Saúde bucal dos escravos da Sé de Salvador Bahia, séc. XIX.

Andersen Líryo da SILVA
liryo@hotmail.com

Resumo

A arqueologia tem contribuído amplamente com a história para a compreensão do quadro de saúde/doença das populações no passado, através do estudo dos restos esqueléticos humanos. A análise de uma série de esqueletos escavados na primeira catedral do Brasil trouxe à luz as condições de saúde bucal dos escravos baianos de Salvador. A identificação como escravos foi possível, além de outras evidências, pela presença de mutilações dentárias, característica cultural que só surgiu no Brasil com a diáspora africana. Pode-se neste trabalho verificar que os escravos tinham uma boa condição de saúde dos seus dentes, não por uma higiene adequada, mas principalmente por uma alimentação com baixo potencial cariogênico.

Palavras-chaves: paleopatologia, diáspora africana, saúde bucal.

Abstract

Archaeology has largely contributed to the history to understand the context of health/illness of populations in the past, through the study of human skeletal remains. The analysis of a series of skeletons excavated in the first cathedral in Brazil has brought forth the oral health status of slaves at Salvador, Bahia. The sure that the individuals were slaves were based on the presence of dental mutilation, cultural trait which only appeared in Brazil with the African Diaspora. It was possible verify in this study that slaves had a good health condition of their teeth, because a diet with low cariogenicity, instead to good hygiene.

Keywords: paleopatology, African Diaspora, oral health.

Introdução

Uma das muitas dificuldades em se estudar a História está no fato de que nem tudo foi registrado, e nem tudo que foi registrado resistiu ao tempo. A Arqueologia tem contribuído muito com a História através da recuperação de informação pelos registros arqueológicos, não só nos casos onde a história não tem registro, mas também na confirmação ou refutação de alguns fatos históricos[1].

A paleopatologia, ciência que estuda a doença no passado, tem contribuído no entendimento de muitas questões quanto às endemias e epidemias que afligiram os povos ao longo da história, e que não poderiam ser explicadas de outro modo senão por estudos feitos através de registros médicos, relatos históricos, e principalmente através dos remanescentes esqueléticos humanos escavados nos sítios arqueológicos. As séries esqueléticas proporcionam um conjunto único de dados que permite aproximar da realidade da população de que provêm, somente acessíveis hoje através de eventuais documentos[2,3,4].

Uma das vertentes com uma grande profusão de trabalhos neste campo da paleopatologia é o estudo da saúde bucal, por causa do fato dos dentes serem as partes mais duras do esqueleto, e com isso resistirem mais a ação do tempo do que os ossos, e depois de formados o esmalte da coroa não sofre remodelação, criando um registro fisiopatológico contínuo das lesões e atividades naturais dos indivíduos[5].

Através do estudo dos dentes e ossos da boca de séries esqueléticas é possível fazer uma análise aproximada das condições de saúde bucal (cáries, periodontites, abscessos), do padrão de alimentação (desgaste dentário, cálculos dentários), de problemas no crescimento e desenvolvimento (hipoplasias lineares de esmalte), além de permitir refletir sobre hábitos

---

[1] CARVALHO, DM. Cólera e Garcia da Orta. In *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares* (coord.: Araújo, A.J.G. & Ferreira, L.F.). Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1992.

[2] BUIKSTRA, J. & COOK, D. Paleopatologia (Sheila M. F. Mendonça de Souza, trad.). In *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares* (coord.: Araújo, A.J.G. & Ferreira, L.F.). Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1992.

[3] MACHADO, Lilia C. Paleodemografia e Saúde em Perspectiva Populacional. In *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares* (coord.: Araújo, A.J.G. & Ferreira, L.F.). Rio de Janeiro: Panorama ENSP, pp. 87-91, 1992.

[4] SOUZA S.M., CARVALHO D.M., LESSA A. Paleoepidemiology: is there a case to answer?. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, Jan. 2003, v.98 suppl.1, p.21-27.

[5] SOUZA, S.M. Osteologia Humana, Paleopatologia e Inferência Arqueológica: Uma reflexão sobre o valor dos dados. In *Arqueología y Bioantropología de las tierras Bajas* (José M. Lopez Mazz & Mónica Sans, compiladores). Montevideo: Universidad de la República/Faculdad de Humanidades Y Ciencias de la Educacíon, 1999; pp. 189-204.

culturais (marcas de cachimbo, uso da boca como uma terceira mão, mutilações dentárias, etc.).[6]

Neste capítulo será feita uma análise das condições de saúde bucal dos escravos da cidade de Salvador-Bahia, através da revisão dos resultados do estudo paleopatológico que foi realizado em esqueletos recuperados nos trabalhos de escavação arqueológica feita, em 1998, na área das fundações da antiga catedral da Sé de Salvador, primeira catedral do Brasil.

O Sítio Arqueológico da Sé de Salvador

Nos anos de 1998 e 1999 foi realizada a escavação da antiga Sé de Salvador, primeira Catedral do Brasil. O trabalho arqueológico tinha como objetivos básicos evidenciar as estruturas de alicerces da antiga Sé, para exibição permanente na Praça da Sé que estava sendo reformada para o aniversário de 450 anos de Salvador, em 1999, e realizar pesquisas histórico-culturais com base nos materiais arqueológicos recuperados. Para isso, foram escavadas as quatro quinas da antiga Sé, e posteriormente foi incluída no projeto a escavação da parte da frente, onde seria o lado de fora do edifício[7].



Figura nº 1:Antiga catedral da Sé de Salvador, na parte alta da cidade (no alto, centro).

A antiga igreja da Sé de Salvador começou a ser construída em 28 de maio de 1553, quatro anos após a fundação da cidade, em 1549. Mas alguns historiadores citam documentos com pedidos de materiais para previnir ataques indígenas durante a construção no ano anterior, em agosto de 1552. Mais difícil do que estabelecer o início das obras é

[6] LANGSJOEN OM. "Diseases of the Dentition". In: (Arthur C. Aufderheide & Conrado Rodríguez-Martín, eds.) *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*. Cambridge: Cambridge University Press. 1998; p. 393-412.

[7] ETCHEVARNE, C. & SOUSA, A. C. & PALERMO NETO, F. *Sítio Antiga Igreja da Sé: relatório da segunda etapa do plano de intervenções arqueológicas – 1º semestre*. Salvador: MAE/UFBA/FFCH, 2000.

afirmar o do término delas, pois o governador Mem de Sá, ainda em 1570, atribui a ele os encargos de sua construção.[8]

Ela foi colocada na parte alta da cidade junto à escarpa, de frente para o mar, ao contrário das outras edificações da parte alta que ficavam de costas para a Baía de Todos os Santos. Como o projeto da Catedral era muito grande para os padrões da época, e a antiga cidadela já não comportava um edifício daquele porte, a antiga Sé foi erguida do lado de fora dos muros da cidade.[9]

Na época de Gabriel Soares de Sousa (1540-1591), que se estabeleceu na Bahia em 1569, a Sé tinha três naves com cinco capelas muito bem feitas e ornadas e dois altares nas umbreiras da capela-mor. Entre 1634-1638 sua fachada ficou ainda mais pesada, passando a ter duas torres; a do relógio e a do sino, e um frontispício dotado de doze colunas retorcidas e cinco andares de janelinhas, e um sexto nas torres, toda ela construída em pedras brasileiras.[10]

Seu grande tamanho, somado à instabilidade do terreno, trouxe problemas ao longo dos anos, levando a que fossem feitas diversas reformas na antiga Sé. Em 1716, as terras sob a igreja gemerem pela primeira vez, arruinando a torre do lado sul e parte do frontispício. Para reduzir o peso e preservar a estrutura, os sinos foram retirados da torre. Porém todas as tentativas foram em vão já que, até 1718, foi preciso demolir o frontispício e as torres, com exceção das colunas da base e dos capitéis, por medo de uma das torres cair e destruir consigo a Sé, a Misericórdia, o hospital e outros prédios próximos. As obras de demolição também incluíram o apeamento do teto de madeira da Sé e a construção, em 1754, de uma nova muralha de contenção do barranco, pois a antiga apresentava muitas fissuras na sua estrutura desde 1751.[11]

Com a expulsão dos jesuítas do Brasil e seqüestro dos seus bens, em 1759, as atribuições da Sé passaram temporariamente para a Igreja do Colégio, em 1760, enquanto a antiga Sé estivesse sendo restaurada, deixando de ser uma catedral definitivamente em 26 de outubro de 1765.[12]

Em 1865, foi feito o aterramento e aplainamento da área do adro, e foi construída a Praça Dona Isabel, o que selou definitivamente o solo da antiga Sé. Finalmente, em 1933,

---

[8] PERES, F. R. *Memorial da Sé*. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1974. PEIXOTO, A. *Breviário da Bahia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Cultura, 1980. SANTOS, Manuel M. *A Sé Primacial do Brasil*. Bahia: Cia. Editora e Gráfica da Bahia S. A., 1933.

[9] CARNEIRO, E. A *Cidade do Salvador (1549): uma reconstituição histórica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; Brasília: INL, 1980.

[10] BOCCANERA Jr., S. *Bahia Histórica*. Salvador: Ed. Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, 1921. MATTOS, W. *Pinacoteca do Paço Municipal*. Salvador: Tipografia Manú, 1959.

[11] CARNEIRO, E. A. *Op. Cit.* PEIXOTO, A. *Op.cit.*. SANTOS, Manuel M. *A Sé Primacial do Brasil*. Bahia: Cia. Editora e Gráfica da Bahia S. A., 1933.

[12] BOCCANERA Jr., S. *Op.cit.*

contra a vontade de toda a população e com o pretexto de ser em favor do progresso, pela necessidade de expansão das linhas de bonde da cidade, a catedral da Sé foi demolida às pressas, mas antes foi feita a remoção e traslados dos corpos dos indivíduos das famílias mais ricas e influentes da Bahia.[13]

De fato, nas escavações da Sé foram encontrados muito menos esqueletos do lado de dentro da igreja, restando apenas os indivíduos que pagaram pelas covas mais baratas próximas à entrada da igreja e os enterramentos feitos do lado de foram. As escavações da antiga Sé revelaram uma grande diversidade de materiais, mas os restos esqueléticos humanos se destacaram pelo seu grande volume, principalmente, na área do adro.[14]

O costume dos enterros nas igrejas tem origem no final da Antigüidade e perdurou em Salvador até 1856, quando foram proibidas definitivamente as inumações em igrejas de Salvador, e transferidas para cemitérios na periferia da cidade. Antes da proibição, era permitido a qualquer um ser enterrado nas igrejas, mesmo que fossem escravos. O enterro em solo consagrado era vetado somente aos criminosos, suicidas, hereges, indigentes e pagãos. Mas para ser enterrado do lado de dentro dos templos também era necessário pagar pela cova e, geralmente, quanto mais próximo do altar-mor mais cara e prestigiosa era a cova, pois acreditavam que ali tivessem mais possibilidades de salvar a alma[15,16].

Aos que não tinham condições de pagar por uma cova restava o solo do lado de fora da igreja. Procurava-se a todo custo evitar o adro, o que levava muitas vezes parentes e amigos arrecadarem dinheiro através de esmolas para conseguir pagar uma cova no interior do templo. Mas apesar de não ser bem visto, o enterrado no adro era menos pior do que em solo não-consagrado, o que era considerada praticamente uma condenação da alma. Escravos, libertos e toda sorte de pessoas muito pobres, inclusive brancos eram, em geral, enterrados no adro sem precisar pagar ou até por caridade.[17]

Na igreja da Sé foram sepultadas pessoas de todas as classes sociais, desde escravos até bispos, diferenciando apenas no tipo e localização das sepulturas. A composição cadavérica dos indivíduos nela enterrados, em 1835, tinha uma proporção de 64,1% de

---

[13] BARBOSA, M. A. *Retalhos de um Arquivo*. Salvador: Editora Beneditina Ltda, 1972. SANTOS, Manuel M. *A Sé Primacial do Brasil*. Bahia: Cia. Editora e Gráfica da Bahia S. A., 1933.
[14] ETCHEVARNE, C. & SOUSA, A. C. & PALERMO NETO, F. *Op. Cit.*
[15] RODRIGUES, C. A Cidade e a Morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). In *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*. Vol. 6 (1). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999; pp. 53-80.
[16] TAVARES, A. C. P. *Vestígios materiais nos enterramentos na antiga sé de Salvador: postura das instituições religiosas africanas frente à igreja católica em Salvador no período escravista* [Dissertação de Mestrado]. Recife: UFPE, 2006.
[17] REIS, João J. O Cotidiano da Morte no Brasil Oitocentista. In F. A. Novais (Coord.) & L. F. Alencastro (Org.). *História da Vida Privada no Brasil*. 3ª reimpressão. Volume 2. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

indivíduos livres/libertos (brancos, negros ou indígenas) e 25,2% de escravos.[18] Os enterramentos feitos especificamente no adro da antiga Sé, entre os séculos XVIII e XIX, mostram uma predominância de indivíduos negros, com um total de 65% de negros de diferentes etnias, 19% de pardos, e apenas 16% de brancos. [19]

Entre os esqueletos escavados na Sé foram encontrados alguns com colares contas em volta do pescoço, ou próximas ao corpo, ou mesmo sob os sepultamentos, que eram associados a cultos africanos (por exemplo, ritos de candomblé), e eram muito usados por negros escravos e libertos. Os esqueletos com colares de contas foram recuperadas basicamente na área do adro da igreja, o que reforça a presença preponderante de negros enterrados neste local.[20]

Mutilação Intencional dos Dentes

Alguns dos esqueletos escavados no adro da Sé também apresentavam mutilações dentárias intencionais, principalmente dos dentes incisivos (os dentes da frente). Essas mutilações levantaram muitas questões, entre elas qual seria a origem étnica desses indivíduos.

Os primeiros estudos sistemáticos sobre mutilação dentária intencional foram publicados em 1882 por E. T. Hamy, que estudou as mutilações encontradas na península de Yucatán no México; e também por Ladislau Netto, diretor do Museu Nacional, que observou a mutilação dentária entre os 15 mil flagelados da seca que assolava os Estados nordestinos do vale do baixo São Francisco. [21]

A prática de mutilar os dentes é muito antiga, tendo sido observada em restos humanos do período Neolítico. Essa prática foi encontrada em diversas partes do mundo, em quase todos os continentes, e persistiu em alguns lugares até bem recentemente. Foram encontradas casos de mutilações dentárias na península Ibérica; [22] no Japão[23]; em diversas

[18] REIS, João J. *Op. Cit.*
[19] TAVARES, A. C. P. *Vestígios materiais nos enterramentos na antiga sé de Salvador: postura das instituições religiosas africanas frente à igreja católica em Salvador no período escravista* [Dissertação de Mestrado]. Recife: UFPE, 2006.
[20] ETCHEVARNE, C. & SOUSA, A. C. & PALERMO NETO, F. *Op.cit.* TAVARES, A. C. P. *Op.cit.*
[21] NESI, W. Contribuição ao Estudo das mutilações Dentárias: aspectos patológicos. In *Anais da Sétima Jornada Fluminense de Odontologia "Prof. Coelho e Souza"*. 1969; pp. 38-49.
[22] DEMBO, A. & IMBELLONI, J. Deformaciones Intencionales del Cuerpo Humano de Carácter Étnico. *HUMANIOR*. Buenos Aires: Jose Anesi, 1938.
[23] KOGANEI, Y. Über die künstliche Deformation dês Gebisses bei den Steinzeitmenschen Japans. In *Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultat der Kaiserlichen Universitat zu Tokyo*. Vol. 28. 1921-22; pp. 429-85.

partes da África, como em Angola, Congo, Nigéria, Moçambique, Sudão e Uganda[24]; em quase toda a América[25], principalmente na América Central e nos Andes[26]; e, em tribos indígenas brasileiras do interior, como os *Ticuna*, *Makuxi*, *Galibi*, *Karipuna*, *Pauaxiana*, e *Jauari*, e do litoral, os *Tenetehara* e *Kaigang*.[27,28,29].

Porém, não há até hoje nenhuma evidência arqueológico, anterior ao descobrimento do Brasil, da prática de mutilação dentária entre os nossos índios (nem entre povos sambaquieiros do litoral, nem entre caçadores-coletores do interior). E nos relatos de cronistas, missionários e viajantes que passaram por terras brasileiras, também não existe nenhuma referência sobre índios com dentes mutilados.[30]

De fato, somente após o contato com os negros africanos, trazidos como escravos para o Brasil, é que alguns povos indígenas brasileiros passaram a mutilar os dentes. Como escreveu Ladislau Netto, em 1882, no seu artigo sobre o corte artificial dos dentes observado entre os sertanejos: "Este não e estupido costume foi transmittido ao Brazil, de envolta com tantissimos outros de igual demérito, pelos escravos africanos [...]." [31]

Nos jornais do período escravista, era comum ver anúncios de escravos que traziam referências a traços característicos do cativo, como as escarificações e diversas outras mutilações corporais, entre as quais estão presentes referências aos chamados dentes "limados" ou "cortados"[32]. Estes anúncios eram geralmente feitos pelos senhores de escravos em busca de negros fujões, ou pela polícia na caçada de criminosos. [33]

Apesar dos indígenas brasileiros terem assimilado a prática de mutilação dos negros africanos, eles não assimilaram a variedade de formas que os africanos davam aos dentes,

---

[24] PEREIRA FILHO, A. G. A Mutilação dos Dentes. In *Anais da Academia Brasileira de Odontologia* (Raridades Bibliográficas de Patronos da Academia), 1968.

[25] ROMERO, J. *Mutilaciones Dentarias: prehispanicas de México y América en general*. Serie INVESTIGACIONES 3. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1958.

[26] FASTLICHT, S. Tooth Mutilations in Pre-Columbian Mexico. *JADA*. Mar; 36 (3): 315-23, 1948.

[27] CUNHA, E. S. Mutilações Dentária no Negro, no Brasil. In *Anais da Sexta Jornada Fluminense de Odontologia "Prof. Coelho e Souza"*. 1968; pp. 19-26.

[28] NESI, W. Mutilação Dentária em Silvícolas de Roraima. In *Arquivos Fluminenses de Odontologia*. 1 (3): 8-14, 1968.

[29] NESI, W. & QUEIROZ, V. Mutilações Dentárias. In *Anais da Sexta Jornada Fluminense de Odontologia "Prof. Coelho e Souza"*. 1968; pp. 67-70.

[30] LIMA, P.E. Deformações Tegumentares e Mutilação Dentária entre os Índios Tenetehára. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro: Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, Vol. 16.1954; pp. 1-22.

[31] Citado por Pedro E. LIMA. *Op.cit.*

[32] O uso dos termos "limado" e "cortado" não tinha nada haver com a técnica utilizada pelos povos africanos, mesmo porque a saída para captura de escravos no interior da África não era feita pelos portugueses, mas pelos próprios africanos. Assim eles não tinham a chance de observar como os africanos faziam para mutilar seus dentes. Porém os europeus já tinham visto e descrito como os ameríndios conseguiam fazer suas mutilações, e por associação acabaram ligando erroneamente a forma dos dentes mutilados de africanos com a técnica dos ameríndios (Rodrigues, 1964).

[33] FREYRE, G. Deformações de Corpo dos Negros Fugidos. In *Antologia do Negro Brasileiro* (E. Carneiro, Org.). Rio de Janeiro: Tecnoprint Gráfica S. A., 1957; pp. 183-186.

como as mutilações em "V" invertido, os recortes retangulares, entre tantas outras. Até hoje a única forma de mutilação descrita entre os nossos índios é o chamado "dente de piranha", onde se retiram os dois ângulos oclusais dos incisivos apontando-os na forma de caninos.

Na Sé, apenas 22,2% dos dentes mutilados encontrados apresentavam a forma de "dentes de piranha". A maior parte dos dentes mutilados (70,0%) tinha a retirada de um ângulo (V invertido), 5,6% um recorte retangular, e ainda existia um caso de estreitamento da coroa dentária pelo desbaste das faces interproximais, e um caso de mutilação da face vestibular e do bordo incisal. Com toda essa variedade de formas encontradas nos esqueletos da Sé, é mais provável que os dentes mutilados encontrados sejam de negros escravos.

É de se estranhar que esta prática africana, que se disseminou entre os indígenas brasileiros e sertanejos nordestinos, não tenha sido observada entre os negros brasileiros. Este fato poderia ser explicado por uma possível proibição das mutilações dentárias pelos senhores de escravos aos seus cativos nascidos no Brasil, pois estas exigiam resguardo e cuidados especiais por um longo tempo (até três meses), inclusive na alimentação, que poderia diminuir temporariamente a capacidade de trabalho, e permanentemente o valor do escravo para a revenda ou troca por outra mercadoria. Aos escravos africanos também pode ter valido esta proibição, mas é provável que aqueles com mutilação já viessem assim da África.[34]

A grande parcela da população baiana sempre foi composta por estrangeiros, tendo em média 70% de africanos desde o início do século XVII até o fim do tráfico[35]. A procedência dos negros sepultados na Sé de Salvador, entre os séculos XVIII e XIX, era africana em sua grande maioria (70,7%), sendo que a maior parte deles era de sudaneses[36] (36,0%). Apenas 29,3% dos negros enterrados na Sé eram crioulos (negros nascidos no Brasil). [37]

Tabela nº 1:
Procedência de negros sepultados na Sé de Salvador,
entre os séc. XVIII e XIX.

[34] CUNHA, E. S. Considerações sobre Mutilações Dentárias no Brasil. In *Arquivos Fluminenses de Odontologia*. 1 (3): 18-24, 1968.CUNHA, Salles E. 1968 & 1972. CUNHA, Salles E. 1972.
[35] REIS, João J. *Rebelião Escrava no Brasil: a história do levante dos malês (1835)*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
[36] Africanos da costa ocidental, que abrange toda região da Costa da Mina, constituídos principalmente por nagôs e jêjes (Schwartz, 1988).
[37] TAVARES, A. C. P. *Vestígios materiais nos enterramentos na antiga sé de Salvador: postura das instituições religiosas africanas frente à igreja católica em Salvador no período escravista* [Dissertação de Mestrado]. Recife: UFPE, 2006.

PROCEDÊNCIA	NÚMERO	PORCENTAGEM
Brasileiros (crioulos)	66	29,3%
Sudaneses	81	36,0%
Angola	13	5,8%
Africanos (não especificados)	65	28,9%
Total	**225**	**100%**

(Fonte: TAVARES, 2006)

A ausência da prática de mutilação dentária entre os crioulos permite afirmar que os esqueletos escavados no adro da antiga igreja da Sé e que tinham mutilação são de escravos africanos. Mesmo supondo que uma parcela dos escravos brasileiros tenha feito mutilações dentárias, indo contra a determinação dos seus senhores, as chances de algum dos esqueletos com mutilação da antiga Sé vir a ser de crioulo ainda será bem reduzidas, devido a maior proporção de africanos no plantel de escravos de Salvador.

Sendo os esqueletos com mutilação dentária originários de negros escravos baianos, poder-se-ia tentar identificar a origem étnica específica deles na África. Porém, a Bahia recebeu escravos de três grandes regiões africanas: da costa ocidental (abrange toda região da Costa da Mina); da costa centro-ocidental (abrange principalmente a região do Congo e Angola); e, da contra costa (abrange a região de Moçambique). E em todas estas regiões existiram povos africanos que mutilavam seus dentes.[38]

Nos dois últimos séculos de tráfico negreiro (séc. XVIII e XIX), a Bahia recebeu escravos, principalmente, da região do Golfo de Benin, na Costa da Mina. Mesmo os traficantes baianos tendo concentrado o tráfico, ainda eram numerosos os grupos de origem dos escravos baianos, sendo dominante a presença de negros originários das nações *iorubás* (chamados de *nagôs* na Bahia), *aja-fon-ewe* (*jeje*), *haussás* (aussás, uças, etc), *nupe*, *fulani*, *ardas*, *calabares* e tantas outras etnias. Só é possível afirmar que a maioria dos esqueletos com mutilação escavados na antiga Sé muito provavelmente eram de negros sudaneses, da região da Costa da Mina.[39]

[38] VERGER, P. *Fluxo e Refluxo do Tráfico de Escravos entre o Golfo de Benin e a Bahia de Todos os Santos dos Séculos XVII a XIX*. 3ª ed. São Paulo: Currupio, 1987. PEREIRA FILHO, A. G. A Mutilação dos Dentes. In *Anais da Academia Brasileira de Odontologia* (Raridades Bibliográficas de Patronos da Academia), 1968.
[39] REIS, João J. *Op.cit.*

Mesmo com todas essas evidências, não se pode descartar categoricamente a remota possibilidade de que alguns desses esqueletos com mutilação dentária possam ser de escravos brasileiros, mestiços, índios, ou até mesmo de brancos. Mas a preponderância do número de negros enterrados no adro da antiga Sé, comprovado pelo fato histórico-social da localização do sepultamento no sítio, pela presença de acompanhamentos funerários ligados a ritos africanos, e pela existência de esqueletos com mutilações dentárias, garante a origem negra (eminentemente, africana) dos esqueletos estudados.

Paleopatologia Bucal

Para caracterizar as condições de saúde bucal dos negros escravos de Salvador, foi estudada uma série de 55 esqueletos escavados da parte de fora (adro) da antiga catedral da Sé de Salvador.

Apesar do solo da igreja ter sido usado para enterros desde sua fundação, no séc. XVI, até a proibição estabelecida em 1856, o mais provável é que os esqueletos estudados datem da primeira metade do séc. XIX, já que os esqueletos mais antigos sofreram danos ao longo do tempo com a reutilização do terreno para novos enterramentos e para obras, como foram identificados durante os trabalhos de escavação.[40]

A série esquelética da Sé tinha 31 esqueletos identificados como sendo do sexo feminino, 18 do sexo masculino, e seis não puderam ser identificados. No total 13 esqueletos eram jovens, com idade entre 12 e 20 anos, e os outros 42 eram adultos, ou seja, tinham 21 anos ou mais.

Tabela nº 2:
Distribuição dos esqueletos por sexo e idade.

	Jovem	**Adulto**	***Total***
Feminino	8	23	*31*
Masculino	2	16	*18*
Não Identificado	3	3	*6*
Total	*13*	*42*	***55***

[40] ETCHEVARNE, C. & SOUSA, A. C. & PALERMO NETO, F. *Op.cit.*

Dos 55 esqueletos examinados, 20 (36,4%) tinham colares de contas ou dentes mutilados, sendo que: 04 (7,3%) tinham apenas colares de contas; 18 (32,7%) tinham apenas mutilações dentárias intencionais; e, dois esqueletos (3,6%) tinham tanto colares de contas quanto dentes mutilados.

Em resumo, a localização dos esqueletos no sítio, na área onde geralmente eram enterrados escravos e pessoas muito pobres; a presença de acompanhamento funerário associado a cultos africanos; a prática da mutilação dentária, fortemente relacionada aos negros africanos; e, a singularidade da cidade de Salvador quanto à maior presença de africanos sudaneses frente aos bantos[41], principalmente no séc. XIX, revela que a série esquelética estudada é sobretudo composta por escravos africanos da região da Costa da Mina.

Para avaliar as condições de saúde bucal dos esqueletos da antiga Sé, e consequentemente, caracterizar a saúde bucal dos escravos de Salvador, foram examinadas as ocorrências de cáries, abscessos e perdas dentárias *antemortem* (em vida) [42], além de calcular o índice de CPO-D43.

A cárie dentária é um processo infeccioso crônico, que para se desenvolver necessita de três fatores básicos: 1º microbiota bucal; 2º hospedeiro; e, 3º substrato (carboidratos, principalmente açúcar). Este último fator é o único dos três que varia significativamente entre as populações, e que melhor explica as diferenças na freqüência da cárie entre os povos.[44]

O abscesso dentário é por definição uma coleção purulenta que resulta da destruição dos tecidos periapicais moles e duros. Em geral, ele é resultado da evolução clínica da cárie dentária, que pode originar um granuloma, um cisto ou formar imediatamente um abscesso, a depender de como o processo evolui. Como é muito difícil diferenciar no esqueleto entre os três processos, que têm uma mesma origem, todos acabam sendo identificados como abscessos[45].

---

[41] Assim eram denominados pelos portugueses os africanos da região congo-angolana e moçambicana, e no Brasil eram compostos principalmente por angolas e benguelas (Reis, 1987; Rodrigues, 1964).

[42] A estreita relação entre os três (as cáries são lesões que, geralmente, precedem os abscessos, e ambos à perda dentária), e deles com a alimentação, foi fator preponderante para a escolha como marcadores das condições de saúde bucal.

[43] O índice CPO foi proposto por Klein e Palmer, em 1937, e expressa o número médio da soma de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O), tendo o dente como unidade de medida (CPO-D) ou cada uma das superfícies do dente (CPO-S) [Frazão, 2003; Moreira, 2000].

[44] BURNETT GW, SCHERP HW, SCHUSTER GS. *Microbiologia Oral & Doenças Infecciosas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

[45] DIAS G, TAYLES N. Abscess Cavity - a misnomer. *Int. J. Osteoarchaeol* 1997 Sep/Oct; 7(5):548-554.

A perda dentária em vida é resultado de diversos fatores, como as periodontites e as caries dentárias, mas antes da introdução do uso de flúor pela população, o principal agente no processo de perda dos dentes foi de longe a cárie dentária não tratada. A evolução da lesão cariosa pode destruir completamente a coroa e levar à expulsão da raiz do interior do alvéolo, ou progredir para uma infecção periapical que, cedo ou tarde, causará a perda do dente comprometido.[46]

No total, 155 dentes estavam cariados, o que representou 9,3% dos dentes com alguma lesão. Este valor representa uma média de 2,8 dentes cariados por esqueleto. O total de perdas *antemortem* foi de apenas 21 dentes, o que significa 1,2% de todos os dentes esperados. E os abscessos somaram 26 casos, ou apenas 1,5% dos *loci* examinados. O índice de CPO-D calculado para os esqueletos da Sé foi de 3,3.

Tabela nº3:
Lesões encontradas nos esqueletos da antiga Sé.

	Total	Média	%
Cariados	155	2,8	9,3%
Abscessos	26	0,5	1,5%
Perdidos	3	0,1	1,0%
CPO-D	180	3,3	10,2%

Esses valores são baixos se for considerado que até fins da década de 1970 e início dos anos de 1980 os chamados países desenvolvidos, como a Islândia, mantinham um índice CPO-D maior que 6,5 entre crianças com 12 anos de idade, o que é considerado muito alto. Em 1993, o Brasil tinha um índice de CPO-D também muito alto (6,67), e três anos depois, em 1996, com a implantação de programas preventivos de saúde bucal, juntamente com a utilização das mais variadas formas de aplicação de flúor, principalmente pela fluoretação da água de abastecimento público e uso de dentifrícios fluoretados, o índice foi reduzido em mais da metade (caiu para 3,06), mas ainda assim ficou muito

[46] MAYS SA. *The Archaeology of Human Bones*. London: Routledge, 1999.

próximo ao que foi encontrado nos esqueletos da antiga Sé, onde a população escrava com certeza não recebeu nenhum desses benefícios ou quaisquer outros à época.[47]

A cárie é erroneamente associada à pobreza. Basta verificar que, em 2003, apesar da ótima situação socioeconômica dos países industrializados, compostos principalmente pela Europa Ocidental, o índice CPO-D desses países figurava apenas na terceira posição. O índice mais baixo entre todos era o da Ásia e Oceania (1,29), seguidos pelo continente mais pobre, a África (1,62), daí a Europa Ocidental (1,65), tendo a América Latina apresentado o maior dos índices (3,72), maior até que os escravos da Sé. O que chama mais a atenção é que um continente como a África, com sérios problemas socioeconômicos, apresentava uma condição de saúde bucal melhor que os países mais ricos e desenvolvidos, mesmo hoje quando já se têm métodos e programas que de fato conseguem fazer a prevenção das doenças bucais, e que são largamente aplicados na Europa.[48] Em 1987, o CPO-D na África (2,01) era o menor em todo o mundo, e o da Europa Ocidental (3,75) só era menor que os CPO-D dos países americanos.

Tabela nº 4:
Relação entre o índice de CPO-D e renda. [49]

Região	CPO-D médio aos 12 anos de idade	PNB per capita (em dólares)
África e Ásia	2,19	531
África	2,01	735
Ásia	2,23	490
América Latina	5,64	1.807
América do Sul	5,73	1.750

[47] BASTOS JR, PERES S.H, RAMIRES I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A.C. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde.* Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 117-39. PERES S.H. *Perfil epidemiológico de cárie dentária em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região centro-oeste do Estado de São Paulo* [Dissertação Mestrado]. São Paulo: USP, 2001.
[48] ARANHA L.A. *Análise da Prevalência de Cárie Dental e gengivite em Escolares de 12 Anos na Rede Municipal de ensino de Boa Vista, Roraima* [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.
[49] PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 23: 509-14,1989.

América Central e Caribe	5,40	1.956
Países Industrializados	3,64	8.700
Europa Ocidental	3,75	8.430
Europa oriental	3,50	4.141
Países ñ Europeus	3,70	13.630

O fato é que o consumo de carboidratos, principalmente na forma de açúcares simples, sempre foi mais alto nos países ricos e baixo nos países pobres. Isso acontece porque o poder de compra nos países desenvolvidos possibilitou às pessoas a terem uma dieta variada e rica em açúcar, enquanto nos países pobres a falta de muito dos alimentos básicos e o baixo poder aquisitivo da maioria da população não deu condições às pessoas a terem o açúcar na sua dieta, pelo menos com grande frequência, protegendo elas das cáries e de suas consequências. Os países latino-americanos apresentam o mais alto índice de CPO-D, pois não são tão pobres quantos os países africanos e porque atualmente o açúcar é muito barato, garantindo um alto consumo nestes países (Tabela nº5).[50]

Tabela nº5:

Valores da Produção e consumo de açúcar pelo mundo.

Região	Produção (em mil toneladas)	Consumo *per capita* (gramas por dia)
	1985	1985
África	7.998	42,2
Ásia	34.466	30,7
Oceania	1.006	119,8
América do Sul	10.756	109,1
América Central	6.066	124,9

[50] ARANHA L.A. Op.cit. PINTO, V.G. *Op.cit*.

América do Norte	8.340	86,3
Europa	34.078	113,9
Mundo	98.710	57,3

Até a primeira metade do séc. XIX, o preço alto do açúcar protegeu a boca dos estratos menos favorecidos da sociedade. O grande consumo de doces entre a classe alta era bem comum, tanto que a perda dentária era generalizada entre os mais ricos, a ponto dessa falta de dentes não ser mais tomada como um dano estético. Isso explica uma melhor condição da saúde bucal dos escravos de Salvador, e de outras cidades, que tendo que sustentar a si próprios com o seu trabalho, não tinham condições de manter uma dieta com açúcar, conservando seu CPO-D relativamente baixo. Essa condição pior entre os ricos permaneceu até meados da década de 1980, quando as ações preventivas conseguiram diminuir substancialmente o índice de CPO-D na camada de nível de renda alto, sem haver a diminuição do consumo de açúcar.[51]

Tabela nº 6:

Diferença entre os índices de CPO-D dos mais ricos e dos mais pobres.

Ano	Nível de renda	CPO-D aos 12 anos de idade	Suprimento de açúcar *per capita* (gr/dia)
1981	Baixo	1,56	23
	Alto	3,79	108
1985	Baixo	1,72	28
	Alto	3,56	107

A higiene bucal não era relevante até meados do séc. XX, não havendo diferenças significativas entre as classes, que pudessem garantir bocas mais saudáveis entre os mais

[51] ALENCASTRO LF. Vida Privada e Ordem Privada no Império. In F. A. Novais (Coord.) & L. F. Alencastro (Org.). *História da Vida Privada no Brasil*. Volume II. 3ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. CARVALHO C.L. *Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira*. Tese apresentada a ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003.

ricos. Durante todo o período colonial do Brasil, nem os senhores nem os escravos faziam higiene da boca com intenção profilática. O uso de dentifrícios teve um papel meramente cosmético até a década de 1960, no qual a intenção do uso dos "pós-dentifrícios" e "elixires dentifrícios" era apenas o de eliminar o mau-hálito e fazer o asseio estético da boca. E os dentifrícios fluoretados só começaram a ser incorporados no último terço do século XX, em todo o mundo ocidental, inclusive no Brasil. Estima-se que já em 1981 apenas 12% dos dentifrícios consumidos no Brasil fossem fluoretados, aumentando em 1984 para 90% do mercado nacional.[52]

A escova de dente como a conhecemos é uma invenção relativamente recente, produzida inicialmente na Inglaterra, em 1780. As primeiras escovas só chegaram ao Brasil na primeira metade do séc. XIX, com a vinda da família Real e da corte que a acompanhava. Devido ao seu preço alto elas só existiam nas casas de famílias ricas, e seu uso não era regular, continuando seu uso incomum ou inexistente entre as pessoas de todas as classes sociais, principalmente entre os mais pobres e escravos. Sem haver diferenças significativas na higiene dos senhores e escravos, é possível que a baixa frequência relativa de cáries nos escravos de Salvador da antiga Sé fosse sim devido a uma dieta de pouco consumo de açúcar.[53]

Os dentes cariados dos esqueletos da antiga Sé estavam distribuídos por 36 indivíduos (65,5%), sendo que mais da metade deles (20 esqueletos – 55,6%) eram femininos, 12 masculinos (33,3%) e 4 não identificados (11,1%). O esqueleto que apresentou o maior número de cáries foi o de uma mulher adulta que tinha 17 dentes cariados, ou 68,0% dos dentes presentes com lesão. Todos os cinco esqueletos que apresentaram 10 ou mais dentes cariados eram femininos, com exceção de um não identificado. De fato, os esqueletos femininos apresentaram uma frequência de dentes cariados (11,0%) maior que os esqueletos masculinos (6,6%), e essa diferença entre as mulheres e os homens é estatisticamente significante[54], ou seja, existe diferença na frequência de cárie entre os sexos.

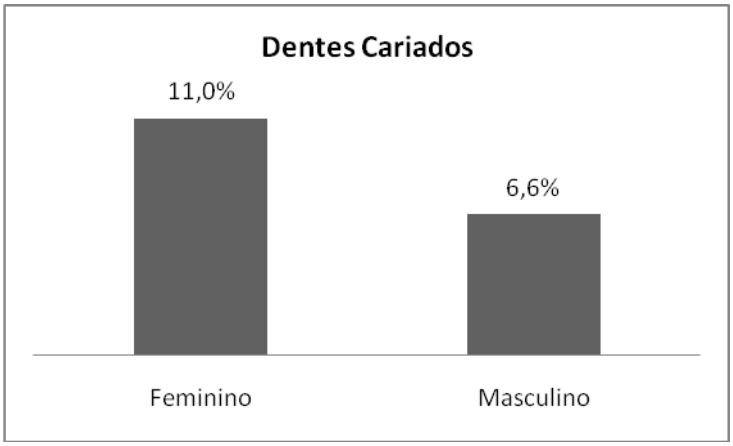
[52] ANDRADE LIMA T. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. II (3): 44-96, Nov. 1995-Feb. 1996. NARVAI P.C, FRAZÃO P, FERNANDEZ R.A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 25-29, 1999.

[53] ANDRADE LIMA T. *Op.cit*. BARROS O.B, PERNAMBUCO R.A, TOMITA N.E. Escovas dentais. Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos, v.4, n.1, p. 33-8, jan./abr., 2001.

[54] Em estatística é feito o cálculo da *probabilidade de significância* ou *valor-p* para verificar se a diferença observada entre dois grupos é fruto do acaso ou se existe diferença de fato. Aceita-se que existe diferença quando o *valor-p* é inferior a 0,05.

Gráfico nº 1

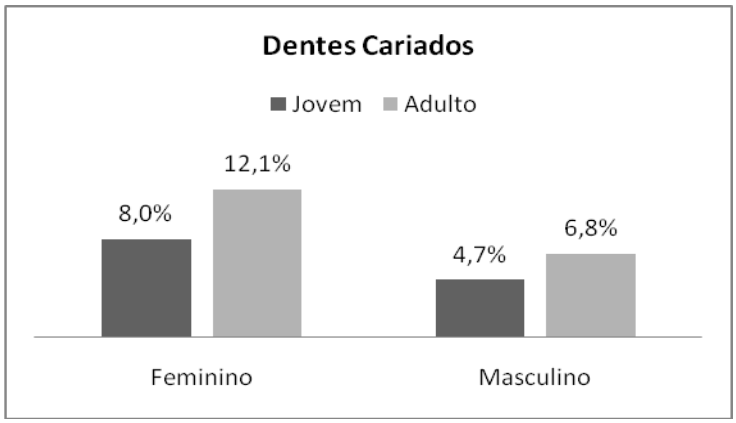
Frequência de dentes cariados nos esqueletos femininos e masculinos.



Os esqueletos de jovens da Sé apresentaram uma freqüência de cárie (5,9%) quase duas vezes menor que os de adultos (10,4%), diferença estatisticamente significante. Como as lesões de cárie são processos cumulativos, o que se espera sempre é que quanto mais velho seja o indivíduo maior seja o número de dentes cariados, como foi observado. A diferença entre mulheres e homens ficou ainda mais evidente quando separados em jovens e adultos. Em ambas faixas de idade as mulheres apresentaram uma frequência maior de cáries que os homens, e as mulheres também tiveram um aumento da taxa de dentes cariados dos jovens para os adultos mais acentuado do que nos homens (Gráfico n.º 2).

Gráfico nº 2:

Frequência de dentes cariados por sexo e idade.

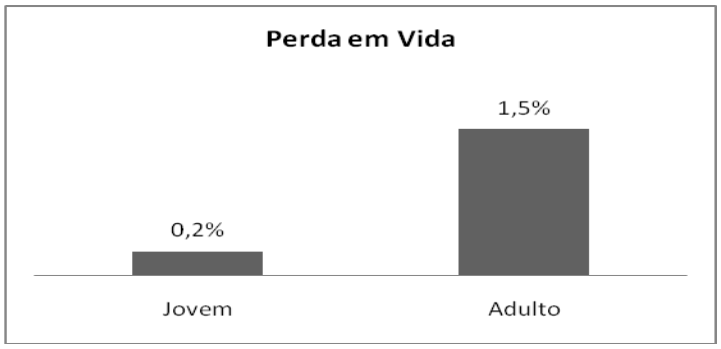


A maior frequência de cáries e o aumento mais acelerado nos esqueletos femininos pode ser explicado pelas diferentes funções desempenhadas pelas escravas e escravos de Salvador. Enquanto os escravos homens desempenhavam atividades de rua não relacionadas a alimentos, como artesãos, carpinteiros, pedreiros, britadores, carregadores, estivadores, calceteiros, pintores, ourives, litógrafos, alfaiates, sapateiros, barbeiros, curtidores, ferreiros, entre outras; as escravas tiveram funções mais ligadas ao ambiente doméstico e próximos a alimentos, como cozinheiras, quituteiras, lavadeiras, costureiras, e também no trabalho de rua como ganhadeiras na venda de alimentos, que era dominado por elas. Como os escravos urbanos tinham que ganhar não só para pagar a diária ao senhor como para sustentar a si próprios, inclusive sua alimentação, a proximidade das escravas com os alimentos nos seus trabalhos dava muito mais chances a elas de terem contato, e consequentemente ingerir, mais frequente açúcar dos doces que preparavam para os senhores e para a venda. [55]

Os esqueletos masculinos apresentaram uma freqüência maior de perdas dentárias que as mulheres (1,4% contra 1,0%), porém a diferença não é estatisticamente significante. Assim como na cárie, o esqueleto que apresentou o maior número de perdas dentárias foi a de uma mulher adulta que tinha 07 dentes perdidos (21,7% dos dentes esperados). A diferença entre os esqueletos de jovens e adultos (0,2% contra 1,5%), apesar dos valores tão pequenos, foi calculada como sendo significativa. Assim como as cáries, as perda dentárias em vida são processos cumulativos, e por isso estão fortemente relacionadas à idade, garantindo dessa forma que mesmo no caso de pequenas freqüências, as diferenças sejam significativas entre jovens e adultos.

[55] GORENDER, J. *O Escravismo Colonial*. 6ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1992. REIS, JJ. Rebelião Escrava no Brasil: a história do levante dos malês em 1835. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Cia. das Letras, 2003.

Gráfico 3:
Frequência de perdas dentárias em vida por idade.

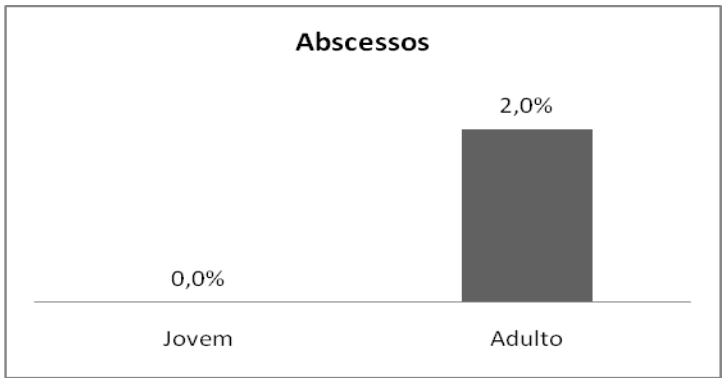


A média de perda dentária em vida dos escravos da antiga Sé foi muito baixa se comparada aos resultados do trabalho de Rathbun & Steckel [56], com esqueletos de afro-americanos de um cemitério de escravos e trabalhadores livres dos séculos XVIII e XIX, onde a perda entre os homens foi de 5 dentes por indivíduos, contra 0,4 na Sé, e de até 12 dentes entre as mulheres, contra 0,4 na Sé. Essa diferença pode estar numa dieta muito pobre em variedades dos escravos baianos, que na maior parte das vezes restringia-se à farinha, carne seca e salgada, e cachaça. Uma dieta desse tipo, mesmos com a presença da farinha, que tinha uma apresentação mais grossa, tinha um valor cariogênico muito baixo, possibilitando a proteção na formação das cáries e, consequentemente, da perda dos dentes.

Os homens também foram os que apresentaram a maior freqüência de abscessos (2,1% contra 1,1% das mulheres), mas a diferença também foi pequena e estatisticamente insignificante. Seria esperado que as mulheres tivessem uma freqüência maior de abscessos por terem tido mais cáries, mas nas condições favoráveis de uma dieta pouco cariogênica dos escravos, era de se esperar que somente uns poucos dentes cariados evoluíssem para abscessos. Todos os abscessos encontrados estavam em indivíduos adultos. Como geralmente os jovens têm uma taxa de cárie menor que os adultos, e é necessário alguns anos para que uma cárie evolua até um abscesso, sob uma dieta pouco cariogênica, a lesão cariosa pode iniciar quando o indivíduo é jovem e só formar o abscesso quando já for adulto..

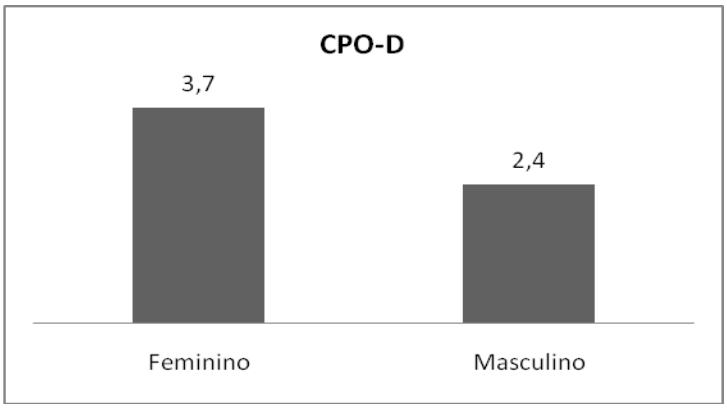
Gráfico nº 4:
Frequência de Abscessos por idade.

[56] RATHBUN, T. & STECKEL, R. The Health of Slaves and Free Blacks in the East. In *The Backbone of History: Health and Nutrition in the Western Hemisphere* (Richard H. Steckel & Jerome C. Rose, editors). United Kingdom: Cambridge University Press, 2002.



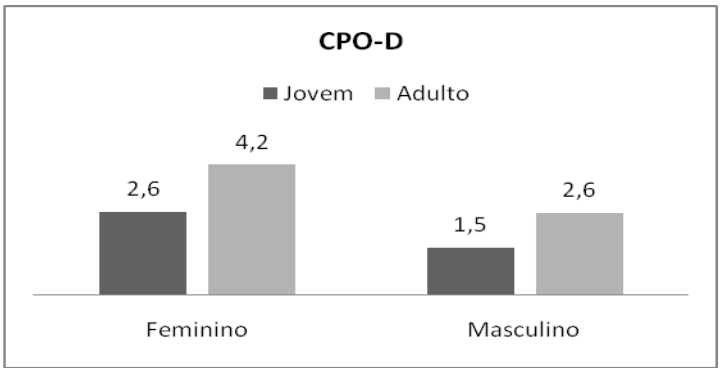
O índice de CPO-D das mulheres foi maior (3,7) que o dos homens (2,4). Como só houve diferença significativa entre mulheres e homens na taxa de dentes cariados, já era esperado que o CPO-D dos esqueletos femininos fosse maior que os masculinos, confirmando que a saúde bucal das escrava baianas da antiga Sé era pior do que o dos escravos homens.

Gráfico nº 5:
Índice de CPO-D por sexo.



Os mais jovens apresentaram um CPO-D menor (1,9) do que os adultos (3,6), e como em todos os outros casos a diferença entre as faixas de idade foi estatisticamente significante. Tanto as mulheres quanto os homens tiveram um aumento do índice de CPO-D dos jovens para os adultos, sendo que as mulheres tanto da faixa etária jovem quanto adulto tiveram os índices maiores que os homens.

Gráfico nº 6:
Índice de CPO-D por sexo e idade.



Tem que se levar em conta que a relativa boa saúde bucal dos negros escravos africanos da antiga Sé de Salvador não diz respeito somente à sua dieta em terras brasileiras, pois parte da vida destes indivíduos foi passada na África, já que geralmente os cativos trazidos para o Brasil eram adolescentes, sendo as crianças e os velhos menos comuns. Dessa forma sua dieta alimentar no período de formação seus dentes estavam em formação e erupcionando, o que os preservou de problemas como as cáries, tendo

continuado dessa forma em Salvador por uma alimentação baseada, principalmente, em farinha e em carne seca salgada.[57]

Uma comparação destes resultados com a situação de saúde dentária dos esqueletos retirados do interior da antiga Sé, ou até de outras igrejas de Salvador de áreas onde geralmente não eram enterrados os negros, poderá esclarecer se essas diferenças observadas aqui se restringem à população escrava, possibilitando uma comparação entre escravos e senhores, que possivelmente tinham um maior acesso a açúcares na forma de doces e bebidas.

[57] ALENCASTRO L.F. *Op.cit.*

Referências Bibliográficas

ALENCASTRO L. F. Vida Privada e Ordem Privada no Império. In Fernando Antônio. Novais (Coord.) & L. F. Alencastro (Org.). *História da Vida Privada no Brasil*. Volume II. 3ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ANDRADE LIMA T. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. II (3): 44-96, nov. 1995-feb. 1996.

ARANHA L.A. *Análise da Prevalência de Cárie Dental e gengivite em Escolares de 12 Anos na Rede Municipal de ensino de Boa Vista, Roraima* [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

BARBOSA, M. A. *Retalhos de um Arquivo*. Salvador: Editora Beneditina Ltda, 1972.

BARROS O.B, PERNAMBUCO R.A, TOMITA N.E. Escovas dentais. Pós-Graduação Revista Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, v.4, n.1, p. 33-38, jan./abr., 2001.

BASTOS JR, PERES S.H, RAMIRES I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A.C. *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde.* Porto Alegre: ARTMED, 2003.

BOCCANERA Jr., S. *Bahia Histórica*. Salvador: Ed. Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, 1921.

BUIKSTRA, J. & COOK, D. Paleopatologia (Sheila M. F. Mendonça de Souza, trad.). In *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares* (coord.: Araújo, A.J.G. & Ferreira, L.F.). Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1992.

BURNETT GW, SCHERP HW, SCHUSTER GS. *Microbiologia Oral & Doenças Infecciosas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

CARNEIRO, E. A *Cidade do Salvador (1549): uma reconstituição histórica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; Brasília: INL, 1980.

CARVALHO C.L. *Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira*. Tese apresentada a ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, D. M. Cólera e Garcia da Orta. In *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares* (coord.: Araújo, A.J.G. & Ferreira, L.F.). Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1992.

CUNHA, E. S. Considerações sobre Mutilações Dentárias no Brasil. In *Arquivos Fluminenses de Odontologia*. 1 (3): 18-24, 1968.

CUNHA, E. S. Mutilações Dentária no Negro, no Brasil. In *Anais da Sexta Jornada Fluminense de Odontologia "Prof. Coelho e Souza"*. 1968; pp. 19-26.

DEMBO, A. & IMBELLONI, J. Deformaciones Intencionales del Cuerpo Humano de Carácter Étnico. *HUMANIOR*. Buenos Aires: Jose Anesi, 1938.

DIAS G, TAYLES N. Abscess Cavity - a misnomer. *Int. J. Osteoarchaeol* 1997 Sep/Oct; 7(5):548-554.

ETCHEVARNE, C. & SOUSA, A. C. & PALERMO NETO, F. *Sítio Antiga Igreja da Sé: relatório da segunda etapa do plano de intervenções arqueológicas – 1º semestre*. Salvador: MAE/UFBA/FFCH, 2000.

FASTLICHT, S. Tooth Mutilations in Pre-Columbian Mexico. *JADA*. Mar; 36 (3): 315-23, 1948.

FREYRE, G. Deformações de Corpo dos Negros Fugidos. In *Antologia do Negro Brasileiro* (E. Carneiro, Org.). Rio de Janeiro: Tecnoprint Gráfica S. A., 1957.

GORENDER, J. *O Escravismo Colonial*. 6ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1992.

KOGANEI, Y. Über die künstliche Deformation dês Gebisses bei den Steinzeitmenschen Japans. In *Mitteilungen aus der Medizinischen Fakultat der Kaiserlichen Universitat zu Tokyo*. Vol. 28. 1921-22; pp. 429-85.

LANGSJOEN OM. "Diseases of the Dentition". In: (Arthur C. Aufderheide & Conrado Rodríguez-Martín, eds.) *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*. Cambridge: Cambridge University Press. 1998; p. 393-412.

LIMA, P.E. Deformações Tegumentares e Mutilação Dentária entre os Índios Tenetehára. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro: Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, vol. 16, pp. 1-22, 1954.

MACHADO, Lilia C. Paleodemografia e Saúde em Perspectiva Populacional. In *Paleopatologia e Paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares* (coord.) Araújo, A.J.G. & Ferreira, L.F.). Rio de Janeiro: Panorama ENSP, pp. 87-91, 1992.

MATTOS, W. *Pinacoteca do Paço Municipal*. Salvador: Tipografia Manú, 1959.

MAYS SA. *The Archaeology of Human Bones*. London: Routledge, 1999.

NARVAI P.C, FRAZÃO P, FERNANDEZ R.A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 1, nº. 1/2, p. 25-29, 1999.

NESI, W. & QUEIROZ, V. Mutilações Dentárias. In *Anais da Sexta Jornada Fluminense de Odontologia "Prof. Coelho e Souza"*, pp. 67-70,1968.

NESI, W. Contribuição ao Estudo das mutilações Dentárias: aspectos patológicos. In *Anais da Sétima Jornada Fluminense de Odontologia "Prof. Coelho e Souza"*. 1969; pp. 38-49.

NESI, W. Mutilação Dentária em Silvícolas de Roraima. In *Arquivos Fluminenses de Odontologia*. 1 (3): 8-14, 1968.

PEIXOTO, A. *Breviário da Bahia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Cultura, 1980.

PEREIRA FILHO, A. G. A Mutilação dos Dentes. In *Anais da Academia Brasileira de Odontologia* (Raridades Bibliográficas de Patronos da Academia), 1968.

PERES S.H. *Perfil epidemiológico de cárie dentária em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região centro- oeste do Estado de São Paulo* [Dissertação Mestrado]. São Paulo: USP, 2001.

PERES, F. R. *Memorial da Sé*. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1974.

PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 23:509-14,1989.

RATHBUN, T. & STECKEL, R. The Health of Slaves and Free Blacks in the East. In *The Backbone of History: Health and Nutrition in the Western Hemisphere* (Richard H. Steckel & Jerome C. Rose, editors). United Kingdom: Cambridge University Press, 2002.

REIS, João José. *Rebelião Escrava no Brasil*: a história do levante dos malês em 1835. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Cia. das Letras, 2003.

REIS, João José. *Rebelião Escrava no Brasil: a história do levante dos malês (1835)*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

REIS, João José. O Cotidiano da Morte no Brasil Oitocentista. In F. A. Novais (Coord.) & L. F. Alencastro (Org.). *História da Vida Privada no Brasil*. 3ª reimpressão. Volume 2. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

RODRIGUES, C. A Cidade e a Morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). In *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*. Vol. 6 (1),pp. 53-80. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ROMERO, J. *Mutilaciones Dentarias: prehispanicas de México y América en general*. Serie INVESTIGACIONES 3. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1958.

SANTOS, Manuel M. *A Sé Primacial do Brasil*. Bahia: Cia. Editora e Gráfica da Bahia S. A., 1933.

SOUZA S.M., CARVALHO D.M., LESSA A. Paleoepidemiology: is there a case to answer? *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, Jan., v.98 suppl.1, p.21-27, 2003.

SOUZA, S.M. Osteologia Humana, Paleopatologia e Inferência Arqueológica: Uma reflexão sobre o valor dos dados. In *Arqueología y Bioantropología de las tierras Bajas* (José M. Lopez Mazz & Mónica Sans, compiladores). Montevideo: Universidad de la República/Faculdad de Humanidades Y Ciencias de la Educacíon, 1999.

TAVARES, A. C. P. *Vestígios materiais nos enterramentos na antiga sé de Salvador: postura das instituições religiosas africanas frente à igreja católica em Salvador no período escravista* [Dissertação de Mestrado]. Recife: UFPE, 2006.

VERGER, P. *Fluxo e Refluxo do Tráfico de Escravos entre o Golfo de Benin e a Bahia de Todos os Santos dos Séculos XVII a XIX*. 3ª ed. São Paulo: Currupio, 1987.