

# Saúde pública na capital do império do Brasil: escravidão, epidemias, assistência

## Public health in the capital city of the empire of Brazil: slavery, epidemics and assistance

Tânia Salgado Pimenta<sup>1</sup>

Fundação Oswaldo Cruz (Brasil)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-7133>

Recibido: 24-04-2022

Aceptado: 26-05-2022

---

### Resumo

Neste artigo pretendemos analisar a organização da regulamentação e fiscalização de atividades relacionadas à saúde pública, atentando para as mudanças no contexto histórico. Em nossa investigação, apontamos a importância das primeiras grandes epidemias de febre amarela e de cólera no Brasil em meados do século XIX que contribuíram para a centralização das ações do governo imperial. Também consideramos as mudanças na oferta de assistência à saúde, identificando os grupos sociais mais vulneráveis na sociedade escravista. Documentos governamentais, legislação e escritos médicos do período constituem as principais fontes sistematizadas e analisadas.

**Palavras-chave:** história da saúde pública, escravidão, história das doenças, história das epidemias, história da assistência à saúde, Brasil.

---

<sup>1</sup> ([tania.pimenta@fiocruz.br](mailto:tania.pimenta@fiocruz.br)). Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da mesma instituição. É bolsista de produtividade do CNPq. Entre suas publicações mais recentes: “Curas, rituais e amansamentos com plantas entre escravizados e libertos no Rio de Janeiro, entre as décadas de 1810 a 1850”. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Série Ciências Humanas* 17, 2022, 1-13; “Mães e Filhos: vida de escravizados através de suas doenças, Rio de Janeiro na primeira metade do Oitocentos” em K. Carula e M. Ariza (org.), *Escravidão e maternidade no mundo atlântico: corpo, saúde, trabalho, família e liberdade nos séculos XVIII e XIX*, Niterói, EDUFF, 2022, 26-49; “Midwifery and childbirth among enslaved and freed women in Rio de Janeiro in the first half of the nineteenth century”, *Women's History Review* 27, 2018, 910-923. Organizou, com colegas, os livros *No Rastro das Províncias: as epidemias no Brasil oitocentista*, Vitória, EDUFES, 2019; e *História da Saúde no Brasil*, São Paulo, HUCITEC, 2018.

## Abstract

In this article we intend to analyze the organization of regulation and inspection of activities related to public health, paying attention to changes in the historical context. In our investigation, we point out the importance of the first great epidemics of yellow fever and cholera in Brazil in the mid-nineteenth century, which contributed to the centralization of the actions of the imperial government. We also consider changes in the provision of health care, identifying the most vulnerable social groups in the slave society. Government documents, legislation and medical writings of the period constitute the main systematized and analyzed sources.

**Keywords:** public health history, slavery, history of disease, history of epidemics, health care history, Brazil.

## Introdução

Com a corte instalada no Rio de Janeiro, em 1808, a cidade tornou-se centro administrativo do império português. Assim, vários órgãos da burocracia foram transferidos ou criados na nova sede, como a Fisicatura-mor, as Mesas do Desembargo do Paço e da Consciência e Ordens e a Casa da Suplicação. Além disso, o aumento populacional, sobretudo no Rio de Janeiro, e a maior presença de médicos e cirurgiões também vindos com a esquadra que acompanhou os membros da Coroa, suscitaram mais atenção às questões relacionadas à saúde pública. O Estado passou a interferir mais em questões referentes ao exercício e ao ensino das artes de curar, ao comércio de remédios e ao atendimento médico em hospitais e casas de saúde através de regulamentações e fiscalização.

Nesse contexto, foram criadas, em 1808, as Escolas de Cirurgia em Salvador (decreto de 18/02/1808) e no Rio de Janeiro (decreto de 02/04/1808), transformadas em Academias Médico-Cirúrgicas (decreto de 01/04/1813) e, posteriormente, em Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (lei de 03/10/1832). Nesse período, também foi fundada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829, posterior Academia Imperial de Medicina a partir de 1835) e circularam os primeiros periódicos especializados como *Propagador das Ciências Médicas* (1827-1828); *Semanário de Saúde Pública* (1831-1833); *Diário de Saúde* (1835-1836); *Revista Médica Fluminense* (1835-1841); *Revista Médica Brasileira* (1841-1843)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Luiz Otávio Ferreira, “O viajante estático: José Francisco Xavier Sigaud e a circulação das idéias higienistas no Brasil oitocentista (1830-1844)” [em *II Colóquio “Impérios, Centros e Províncias - a Circulação do Conhecimento Médico*, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa, 6 e 7 de maio de 2010. Mimeo].

No que tange à regulamentação e fiscalização do exercício das artes de curar e de atividades que pudessem representar algum risco à saúde da população, como vendas de alimentos e bebidas, tráfico de escravos e matadouro, foram criados os cargos de cirurgião-mor e de físico-mor, em 1808, e de provedor-mor da saúde, em 1809. Após a extinção desses três lugares, sucedeu um período sem que houvesse um órgão voltado especificamente para os assuntos de saúde pública. A eclosão da epidemia de febre amarela de 1849-1850 na capital do império impulsionou a criação da Junta de Higiene Pública em 1850 (Benchimol, 1999; Pimenta, 2003)<sup>3</sup>. Cinco anos depois, a população de diversas províncias do Brasil enfrentou uma epidemia de cólera.

Diante dessas epidemias da década de 1850, o governo imperial viu-se obrigado a intervir de forma mais enfática nos assuntos de saúde pública, inclusive na oferta de assistência médica aos atingidos pelas doenças. Portanto, a eclosão dessas enfermidades representou um momento de inflexão nas ações do Estado referentes ao assunto.

Neste artigo pretendemos analisar as ações do governo imperial frente ao desenvolvimento de determinadas doenças focando a atenção na organização de órgãos de regulamentação e na fiscalização e no direcionamento da assistência à saúde. Nesse aspecto, apontamos, em especial, para a população africana e descendente direcionando a análise para a vulnerabilidade desses grupos. Procuramos atentar também para a forma como os médicos participaram dessas mudanças e para as discussões travadas entre si sobre tais questões.

## **Capital do Império: a saúde pública em questão**

Pouco tempo depois de desembarcar na Bahia, o príncipe regente D. João VI criou os lugares de físico-mor e cirurgião-mor do Reino, Estados e Domínios Ultramarinos, “com o útil fim de entenderem em tudo quanto pode concorrer para o aumento e conservação da saúde pública” (Decreto de 7/02/1808). Foram nomeados, respectivamente, para físico-mor e cirurgião-mor, Manoel Vieira da Silva (barão de Alvaiazere, 1753-1826) e José Correia Picanço (barão de Goianna, 1745-1823). Ambos vieram com a família real.

Em janeiro de 1810 foi publicado um regimento próprio da Fisicatura-mor, cujo objetivo era regular as atividades dos delegados do físico-mor e estabelecer “outras providências para evitar os danos que podem resultar à saúde pública da imperícia dos curadores, e fraudes dos medicamentos, e drogas de que se compõem”. Existia uma preocupação, pelo menos no discurso, com a saúde

<sup>3</sup> Jaime Benchimol, *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz e Editora UFRJ 1999; Tânia Pimenta, “Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855”, [em Dilene Nascimento e Diana Carvalho (Orgs.), *Uma história brasileira das doenças*, Brasília, Paralelo 15, 2003].

da população, para além dos assuntos relacionados somente à medicina. Boa parte desse regimento dizia respeito à fiscalização das boticas e lojas de drogas, enumerando o que deveria ser observado. Especificava as condições que deveriam ser preenchidas para alguém ser examinado e detalhava como seriam procedidos os exames para a obtenção de licença para o exercício da atividade de boticários, para avaliar médicos formados em instituições estrangeiras, cirurgiões que curavam de medicina e pessoas que curavam sem ter formação de médico ou cirurgião. Também compreendia as devassas, especificando o que o oficial deveria verificar e as punições que deveria aplicar.

Juntamente com o regimento da Fisicatura-mor de janeiro de 1810 foi publicado o da Provedoria-mor da Saúde, tendo sido o cargo de provedor criado por decreto em 28 de julho de 1809. A Provedoria evidencia a mudança na concepção sobre a responsabilidade do Estado sobre a saúde da população, mesmo porque nesse contexto a população incluía a Corte. O objetivo desse órgão era conservar a saúde pública, zelando para que não se “estrague por contágio comunicado por embarcações, passageiros e mercadorias, que entrem neste porto e nos demais deste Estado, contaminados de peste, e de moléstias contagiosas e por meio de mantimentos e víveres tocados de podridão, ou já corrompidos (...)”. Essas preocupações estavam explicitamente relacionadas com a recente abertura dos portos brasileiros ao comércio com as nações estrangeiras que estavam “em paz com a portuguesa”, adotando-se medidas praticadas “na maior parte das nações cultas e civilizadas da Europa, e no porto de Lisboa”. Dessa forma, o controle das condições de saúde das embarcações que circulavam nos portos do Brasil era de fundamental importância tanto para evitar o desenvolvimento de epidemias quanto para garantir que problemas sanitários não viessem a prejudicar o comércio. Além disso, deveria se preocupar com lazaretos, quarentenas, embarcações de escravos, vistoria nos mantimentos e aguardentes, sobre o gado, pastagem, matadouro<sup>4</sup>.

As responsabilidades do físico-mor e do provedor-mor concentravam-se numa mesma pessoa, por isso suas atividades se misturavam: Manoel Vieira da Silva (1808 a 1821) e Francisco Manoel de Paula (1822 a 1828), que o substituiu, acumularam os dois cargos.<sup>5</sup> Os regimentos do físico-mor e do provedor-mor atentavam para a importância de que outras cidades mais populosas se adequassem a tais normas.

Assim, o provedor-mor nomeava os oficiais da saúde e o físico-mor e o cirurgião-mor instituíam delegados e subdelegados nos lugares onde

<sup>4</sup> Regimento da Provedoria-mor de Saúde, Alvará de 22/01/1810.

<sup>5</sup> Como ressalta Machado, a criação da Provedoria-mor ao lado da Fisicatura-mor significou uma importante expansão da medicina na sociedade, sendo uma novidade quanto à higiene pública, embora o autor conclua que “mesmo tendo sido melhor delineado neste momento o objeto da higiene pública e tendo recebido um órgão médico como instrumento de poder, os resultados parecem ter sido nulos”. Roberto Machado et al., *Danação da Norma*, 1978, p.170 e 178.

considerassem necessário. Esses mesmos empregados foram motivo de queixas por agirem de forma arbitrária em diversos locais<sup>6</sup>. A própria autoridade do físico e provedor-mor era desafiada, pois comerciantes insatisfeitos com os critérios usados para se averiguar a qualidade dos produtos vendidos para consumo da população acusavam os representantes desse juízo de terem interesse na condenação, uma vez que eram remunerados ao aplicarem as multas. Embora o físico-mor argumentasse acerca da importância para a saúde pública de se fiscalizar a qualidade dos produtos que seriam consumidos, essas frequentes reclamações acabavam por desgastá-lo, pois algumas denúncias eram endereçadas diretamente à Sua Majestade<sup>7</sup>.

Outro ponto de conflito se dava entre as autoridades da saúde pública e os traficantes de africanos escravizados. Em 1808, Manoel Vieira da Silva apontava que as embarcações negreiras se caracterizavam pela “falta de asseio, de tratamento, e de grande número de indivíduos, que a ambição obriga a juntar em um curto espaço”<sup>8</sup>. Já em 1820, o cirurgião-mor Domingos Ribeiro dos Guimarães Peixoto alertava sobre a proliferação de “moléstias” – que produzia “grande mortandade” – ainda durante a travessia, descrevendo escravizados “acumulados em armazéns pequenos e muito pouco ventilados”. Tal situação acabaria por favorecer “o desenvolvimento do chamado maculo, ou corrupção, da disenteria, diarreia, oftalmias rebeldes, febres mucosas e catarrais, escorbuto, edema, reumatismo o fibroso, tumores purulentos, o mal de estômago, bexigas, sarampo, sarna, que apresenta o caráter contagioso, e outras erupções de pele, que se fazem crônicas”<sup>9</sup>.

Em 25 de junho de 1821, o príncipe regente avisava ao físico e provedor-mor sua determinação em atender os comerciantes negreiros, visando “dispensar os navios empregados no tráfico da escravatura que despacharem no porto desta cidade para os referidos portos da costa de África da visita da Botica” uma vez que era isso que “até aqui se mandava fazer a bordo deles pela repartição da Saúde, antes da sua saída”. A provedoria-mor argumentou sobre o perigo de dispensar tal fiscalização sanitária. As consequências de tal dispensa talvez possam ser observadas num requerimento, de março de 1823, para que fossem examinados a botica e os remédios a bordo do bergantim Nossa Senhora da Guia, de cuja visita foi lavrado um termo entregue aos suplicantes, no qual se

<sup>6</sup> Caixa 1212, Fisicatura-mor, Arquivo Nacional (AN).

<sup>7</sup> I S 4 1, AN.

<sup>8</sup> Manoel Vieira da Silva, Sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro, 1808 [em *A saúde pública no Rio de Dom João*. Rio de Janeiro, Editora Senac Rio; 2008], p.77

<sup>9</sup> Domingos Peixoto. Aos sereníssimos príncipes reais do Reino Unido de Portugal e do Brasil, e Algarves, os senhores D. Pedro de Alcântara e D. Carolina Josefa Leopoldina oferece, em sinal de gratidão, amor, respeito, e reconhecimento estes prolegômenos, ditados pela obediência, que servirão às observações, que for dando das moléstias cirúrgicas do país, em cada trimestre, Domingos Ribeiro dos Guimarães Peixoto, cirurgião da Câmara de El-Rei Nosso Senhor [em *A saúde pública no Rio de Dom João*. Rio de Janeiro, Editora Senac Rio; 2008], p.109-110.

dizia que vindo de Quilimane com carga de escravos, o navio havia chegado “com mais da terça parte da sua armação mortos, além de muitos cegos, e outros doentes, e quase toda armação empestada por falta de medicamentos necessários, (...)”. Depois disso, em maio de 1823, o físico-mor argumentou novamente sobre a necessidade das visitas às boticas nos navios de comércio de escravatura que tivessem de seguir viagem, na forma determinada no parágrafo 14 do alvará do regimento de 22 de janeiro de 1810. E a resposta do imperador, outra vez, chegou a favor dos comerciantes, poupando-os da fiscalização.<sup>10</sup> Já eram antigos os conflitos entre negociantes e autoridades alfandegárias a respeito de impostos, vistorias e medidas sanitárias. No início do século XIX, os índices de mortalidade eram tão consideráveis que um decreto de 24 de novembro de 1813 buscava regular as práticas de arqueação dos negreiros, concedendo prêmios para àqueles que “contribuírem para a conservação da saúde, e para o curativo e restabelecimento dos negros que se conduzirem para estes portos do Brasil”. Expressamente determinava “que sucedendo não exceder de dois por cento o número dos morrerem na passagem dos portos de África para os do Brasil”, os mestres das embarcações deveriam ser premiados com a gratificação de 240\$000, cabendo aos cirurgiões 120\$000”.

As reclamações contra a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor e seus oficiais chegaram à Câmara dos Deputados e, embora a sua extinção tenha se dado no final de 1828, desde 1826 já se discutia sobre o assunto. Além dos problemas específicos da Fisicatura-mor, devemos considerar que a sua extinção aconteceu em um contexto de crescimento da voga antilusitana no período, quando algumas instituições passaram a ser identificadas com os interesses portugueses<sup>11</sup>. Assim, a partir de 30 de agosto de 1828, as câmaras municipais responsabilizaram-se por inspeções de saúde pública. Em 14 de novembro de 1828, o Ministério do Império especificava melhor as novas funções designadas às câmaras: inspeção sobre a saúde pública, incluindo os exames e visitas em lojas de comestíveis, boticas e lojas de drogas.

## As grandes epidemias do Oitocentos na Corte imperial

Ao menos na capital do Império, a extinção da Fisicatura-mor e da Provedoria-mor, na prática, relegou para segundo plano as questões relacionadas à saúde pública. As discussões sobre causas e meios de solucionar o aparecimento

<sup>10</sup> caixa 1212 (cx.480, pc.4), Fisicatura-mor, AN.

<sup>11</sup> Sérgio Buarque de Holanda, “A herança colonial – sua desagregação”, *História Geral da Civilização Brasileira*, São Paulo, Difel, t.II, v.1,1982; Roberto Machado et al., *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978, p.157 e 177; Guilherme das Neves, *E receberá mercê – a Mesa de Consciência e Ordens e o clero secular no Brasil (1808-1828)*, Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1997. p.131

de doenças, porém, continuavam a ser travadas entre os médicos nos periódicos especializados, na Academia Médico-Cirúrgica (a partir de 1832, Faculdade de Medicina) e na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Os problemas sanitários atribuídos a causas naturais e sociais convergiam para a explicação de que algumas condições favoreciam a formação de miasmas e estes causariam o desenvolvimento de doenças. As febres intermitentes conhecidas em todas as regiões do Brasil passavam, junto com outras moléstias, a chamar a atenção dos médicos, ao mesmo tempo em que observavam com receio a trajetória do cólera pela Ásia, Europa e América do Norte<sup>12</sup>.

Segundo essa concepção, infeccionista, muitas enfermidades eram causadas por miasmas produzidos por matéria orgânica em decomposição e águas estagnadas. Durante boa parte do século XIX, os médicos acadêmicos reconheciam nas condições ambientais um dos fatores principais, junto com o regime alimentar e de bebidas, para o desenvolvimento de doenças e epidemias. Essa base neohipocrática da medicina ocidental pode ser identificada nos discursos e debates que se davam no interior da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), posterior Academia Imperial de Medicina (1835)<sup>13</sup>.

Algumas doenças, contudo, eram reputadas, indiscutivelmente, contagiosas, como a varíola. Com a preocupação com a salubridade da sede administrativa do Império e com a boa recepção por parte dos médicos da vacina criada em finais do século XVIII por Edward Jenner, o governo instituiu, em 1811, a Junta da Instituição Vacínica da Corte (alvará de 04/04/1811), serviço que foi ampliado e centralizado em 1846, com o Instituto Vacínico do Império (decreto de 17/08/1846), cujo objetivo era “o estudo, prática, melhoramento, e propagação da Vacina”<sup>14</sup>. Havia, contudo, dificuldades em levar o pus vacínico para o interior do Brasil, assim como, em algumas ocasiões, os vacinadores deparavam-se com certa resistência das pessoas para se revacinarem, o que era recomendado em determinado período.

Os surtos de varíola eram associados ao tráfico negreiro<sup>15</sup> do mesmo modo que diversas outras doenças como sífilis, febre amarela e lepra, o que

<sup>12</sup> Luiz Otávio Ferreira, “O viajante estático: José Francisco Xavier Sigaud e a circulação das idéias higienistas no Brasil oitocentista (1830-1844)”. *II Colóquio “Impérios, Centros e Províncias - a Circulação do Conhecimento Médico*, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa, 6 e 7 de maio de 2010. Mimeo.

<sup>13</sup> Lorelai Kury, *O império dos miasmas – a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*, Dissertação de mestrado, Niterói, UFF, 1990. p.29

<sup>14</sup> Sidney Chalhoub, *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996. Tania Fernandes, “Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal)” em *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v.6, n. 1, p.29-51, 1999. Tania Fernandes, “Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação” em *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 10, n.2, p.461-474, 2003.

<sup>15</sup> Sidney Chalhoub, *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996. Mary Karasch, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000.



sustentava o discurso baseado em estereótipos preconceituosos, por um lado, e servia de argumento para a condenação do comércio atlântico de africanos, por outro. Médicos eminentes chamavam atenção para a disseminação de enfermidades por meio do tráfico. José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), um dos fundadores da *Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro*, criada em 1829, apontava a oftalmia e o escorbuto como enfermidades especialmente relacionadas ao tráfico atlântico. Defendeu a tese de que a oftalmia importada da África através dos navios do tráfico produzira – em diversos momentos – verdadeiras “devastações epidêmicas”, rapidamente se espalhando e sendo acompanhada por catarros, disenteria e febres intermitentes. Especificamente sobre o escorbuto, Sigaud concordava que fora “frequentemente introduzido nas costas do Brasil pelos navios negreiros”, mas ressaltava que raramente havia se propagado, “limitando sua ação funesta aos negros amontoados a bordo desses navios, os quais, ao desembarcar, mal tocavam o solo e a morte lhes colhia subitamente”<sup>16</sup>.

O tráfico atlântico de escravos continuou ao arrepio da lei até 1850, apesar da proibição de 1831. A discussão sobre a entrada de doenças por intermédio dos africanos escravizados e a eclosão, no verão de 1849/1850, da primeira grande epidemia de febre amarela do Oitocentos, contribuíram para fortalecer a posição daqueles que defendiam a extinção do tráfico ao final da primeira metade do século XIX<sup>17</sup>. Esta epidemia frustrou as esperanças daqueles que consideravam que não haveria condições de desenvolvimento de epidemias de febre amarela e cólera no país. Diante do flagelo, médicos foram convocados para dirigirem os esforços em conter a doença através da Comissão Central de Saúde Pública, estabelecida em 14 de fevereiro de 1850 e formada por membros da Academia Imperial de Medicina e professores da Faculdade de Medicina. Poucos meses depois, um decreto que destinava duzentos contos ao Ministério do Império para melhorar o estado sanitário da cidade do Rio de Janeiro e “de outras povoações do Império”, determinava a criação da Junta de Higiene Pública (decreto de 14/09/1850). Para cumprir essas tarefas, a Junta contaria com os seus delegados, as autoridades judiciárias e policiais e os fiscais da Câmara Municipal. Contudo, a forma como deveria funcionar só foi detalhada pelo regulamento de 1851, a partir do qual passou a ser denominada Junta Central de Higiene Pública (decreto de 29/09/1851).

O quadro de membros era composto por um presidente escolhido pelo governo, o provedor de saúde do porto, o inspetor do Instituto Vacínico, o

<sup>16</sup> José Sigaud, *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009 [1844].

<sup>17</sup> Sidney Chalhoub, *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996. p.75-76; Jaime Rodrigues, *De costa a costa – escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2005. cap.8. Kaori Kodama, “Os debates pelo fim do tráfico no periódico O Philantropo (1849-1852)” em *Revista Brasileira de História*, v.28, n.56, 2008.



cirurgião-mor do Exército e o da Armada. Entre as suas funções, figurava a de “policia médica nas visitas das embarcações até agora encarregadas à Inspeção da Saúde do Porto, e nas que devem fazer-se nas boticas, lojas de drogas, mercados, armazéns, e em geral em todos os lugares, estabelecimentos, e casas donde possa provir dano à Saúde pública” (decreto de 14/09/1850). Desse modo, algumas funções, antes da alçada da Inspeção de Saúde do Porto, e muitas outras, até então diluídas entre as responsabilidades das Câmaras Municipais, foram centralizadas na Junta. Além de constituir uma resposta às necessidades do momento, essa mudança estava em acordo com o processo de centralização iniciado na década de 1840<sup>18</sup>.

A criação da Junta constituiu um marco importante para as pretensões da medicina acadêmica de monopolizar as práticas e os saberes terapêuticos e representou a institucionalização de sua autoridade. Formada por médicos, fiscalizava e propunha ações preconizadas pela Higiene. Além disso, estabeleceu uma relação mais direta com o Governo Imperial, a Câmara Municipal e a Polícia do que a Academia Imperial de Medicina (que desempenhava esse papel nas décadas de 1830 e 40). Ressalte-se ainda que a maior parte dos médicos que compunha a Junta era membro da Academia Imperial de Medicina.

A epidemia de febre amarela suscitava debates sem fim acerca das melhores formas de se limitar a disseminação da doença. Aqueles que defendiam que a moléstia era adquirida por contágio (através do contato com outros doentes ou com objetos usados por estes), apontavam a necessidade de quarentenas e isolamento de enfermos. Outros sustentavam que a epidemia se propagava por meio de miasmas desenvolvidos através de focos de matéria orgânica em decomposição, ou seja, por infecção, o que requereria a melhoria do estado sanitário da cidade e a adoção de regras higiênicas que diziam respeito à habitação, alimentação, trabalho e diversão. Havia ainda os que consideravam mais prudente colocar em prática todas as medidas possíveis<sup>19</sup>.

Além disso, não se pode ignorar o fato de que, muitas vezes, as implicações associadas ao contagionismo e ao infeccionismo orientavam o posicionamento dos médicos. Enquanto o infeccionismo atraía a simpatia dos que estavam mais próximos à política liberal, o contagionismo era considerado mais conservador e autoritário. As posições políticas decorrentes de cada concepção acerca

<sup>18</sup> Com o regulamento da Junta, de 29/09/1851, instituíram-se as Comissões de Higiene Pública nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul. As atas da Junta registram as correspondências bastante frequentes entre esta e as Comissões referentes a esclarecimentos, autorizações e simples comunicações. Códices 8-2-11, 8-2-12 e 8-2-13, Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ).

<sup>19</sup> Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999. Sidney Chalhoub, *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996. Roger Cooter, “Anticontagionism and history’s medical record” [em P. Wright e A. Treacher (Orgs.) *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 1982. Margaret Pelling, *Cholera, fever and English medicine (1825-1865)*, Oxford, Oxford University Press, 1978.

das doenças muitas vezes podiam ser opostas, embora muitos médicos não considerassem uma teoria excludente em relação à outra.

O próprio presidente da Junta adotava uma postura dúbia a esse respeito. Dizendo-se “convencido de que o modo de propagação da febre amarela seja a infecção, e não o contágio”, Paula Cândido observava que as medidas sanitárias recomendadas ao governo pela Junta, mesmo para as embarcações nacionais, podiam ser “consideradas preventivas do contágio; conquanto também se explique pela hipótese d’infecção”<sup>20</sup>. De fato, seguindo a sua convicção a favor da hipótese de infecção, o ‘médico-mor’ do Império encaminhou ao ministro alguns conselhos para serem aplicados o quanto antes: nivelamento da cidade para escoamento das águas, rega das ruas e praças, limpeza das praias, aquisição dos terrenos acima dos aquedutos, desinfecção de navios sujos – isso tudo sem esquecer o projeto de demolição do morro do Castelo<sup>21</sup>.

Quando, em 1852, o ministério do império solicitou um parecer definitivo sobre o fechamento do lazareto da Jurujuba, que servia para isolar os doentes de febre amarela, a resposta de seus membros ilustra com perfeição a posição da Junta que optava por considerar as duas possibilidades – contagionista e infeccionista – acerca da natureza da disseminação da febre amarela: “pode-se deprender que em algumas localidades tem a febre sido contagiosa, sem sê-lo em outras, e que em uma mesma localidade apresenta umas vezes esse caráter, e outras vezes não”<sup>22</sup>.

## Entre a febre amarela e o cólera: prevenir e assistir

As discussões sobre os meios de se evitar outra epidemia de febre amarela eram intercaladas com as observações a respeito do avanço do cólera pela Europa e América do Norte. A partir dos últimos meses de 1852, em quase todas as sessões da Junta, havia pelo menos uma nota sobre o avanço da moléstia. Em meados de outubro, o ministro do Império pedia à Junta que indicasse com brevidade as medidas para “prevenir-se o ingresso daquele flagelo”<sup>23</sup>. Contagionistas e infeccionistas continuavam o debate, agora com foco em outra enfermidade. No projeto encaminhado ao governo, a Junta argumentava que a questão sobre a possibilidade de transmissão da doença era bastante litigiosa, por isso mesmo era preferível ter excesso de precaução e considerar o cólera como contagiosa e tomar as providências necessárias, “sobretudo quando fatos se dão tão fortes pró e contra as duas opiniões”<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> 31/03/1851, IS 4 22, AN

<sup>21</sup> 07 e 23/01/1851, IS 4 22, AN

<sup>22</sup> 14/08/1852. O relatório foi escrito em 23/07/1852. IS 4 22, AN.

<sup>23</sup> 13/10/1852, IS 4 22, AN

<sup>24</sup> 08/11/1852, IS 4 22, AN.

Explicadas detalhadamente, as medidas propostas eram divididas em preventivas e “adotáveis”, para o caso de “infelizmente o flagelo nos acometer”. Entre as primeiras, as quarentenas constituíam o ponto mais controvertido. A Junta, porém, apoiava-se na convenção sanitária assinada em fevereiro de 1852 por doze “potências europeias”, que apesar de reconhecer a ineficácia das quarentenas e cordões sanitários nas duas últimas epidemias que haviam assolado a Europa, julgava indispensável o seu emprego. Os movimentos do cólera eram acompanhados atentamente pela Junta e pela Comissão Sanitária do Porto do Rio de Janeiro<sup>25</sup>. Ambas eram presididas pelo dr. Paula Cândido e seguiam de perto a entrada dos navios: aqueles procedentes de regiões atacadas pelo cólera, invariavelmente eram submetidos à quarentena<sup>26</sup>.

Em meados de 1855, todas essas recomendações baseadas nos estudos sobre as epidemias em outros países tiveram que ser colocadas em prática. No final de maio de 1855 os primeiros doentes começaram a ser identificados em Belém do Pará. Em junho, a epidemia chegou à Bahia e em julho, à capital do império. No mês de setembro, disseminava-se pela província de Sergipe. No começo de 1856, o flagelo continuava se expandindo e atingia Pernambuco.

Importa considerar que quando a epidemia de cólera eclodiu a Junta de Higiene Pública já existia, pautando-se por preceitos da medicina acadêmica. Criada no contexto da epidemia de febre amarela, a Junta representou a institucionalização do poder médico sobre a esfera da saúde pública. No entanto, conforme os estudos sobre a primeira epidemia de cólera que se desenvolveu no Brasil vêm demonstrando, observa-se a precariedade dos serviços de saúde oferecidos pelo governo e a importância da participação dos diversos tipos de terapeutas populares na assistência à população<sup>27</sup>. Apesar do poder legal de que foram constituídos e de seu empenho para que o regulamento fosse respeitado, fica evidente que a Junta de Higiene enfrentava problemas para impor a sua autoridade, sobretudo em relação ao exercício das artes de curar e à venda de medicamentos.

Durante os períodos de epidemias no Rio de Janeiro na década de 1850, entre as ações orientadas pela Junta de Higiene, verifica-se a implantação de quarentenas, de isolamentos de doentes, de oferecimento de enfermarias com

<sup>25</sup> A Comissão foi criada, por um decreto, em 3 de janeiro de 1853 e começou a funcionar em 4 de março do mesmo ano.

<sup>26</sup> Por exemplo, 24/08/1853, IS 4 22, AN; 25/10/1853, 8-2-12, AGCRJ

<sup>27</sup> Jane Beltrão, *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*, Tese de doutorado, Campinas, UNICAMP, 1999. Onildo David, *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*, Salvador, UFBA/Sarah Letras, 1996. Ariosvaldo Diniz, *Cólera: representações de uma angústia coletiva - a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*, Tese de doutorado, Campinas, UNICAMP, 1997. Tânia Pimenta, “Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855” [em Dilene Nascimento e Diana Carvalho (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*, Brasília, Paralelo 15, 2003. Amâncio dos Santos Neto, *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cholera (1855-1856)*, Dissertação de mestrado, Campinas, UNICAMP, 2001.

pessoal médico e remédios<sup>28</sup>. Além disso, questões políticas e econômicas acerca do comércio internacional e da circulação de viajantes e de imigrantes permeavam os debates sobre a salubridade da cidade e a oferta de serviços médicos. Naquele contexto a assistência à saúde oferecida à população precisou ser redefinida.

A experiência obtida na época da febre amarela acerca da organização da assistência nas freguesias através de comissões médicas formadas por médicos residentes no local também foi muito importante na forma como os médicos lidaram com a epidemia de cólera no Rio de Janeiro poucos anos depois. Quando as manifestações da doença foram reconhecidas, a cidade foi rapidamente dividida entre comissões médicas para cada freguesia, que deveria contar com pelo menos um posto médico, tendo os endereços dos médicos como referência para a população. Enquanto o número de enfermarias não fosse suficiente, os postos médicos, identificados por uma bandeira branca com um S no centro, deveriam contar com quatro a seis leitos para os casos de maior urgência. Essas informações e muitas outras eram constantemente publicadas nos jornais de maior circulação da cidade.

Na capital do império, a irmandade da Santa Casa da Misericórdia era responsável pelo hospital mais importante da cidade, uma vez que era aberto a qualquer doente, enquanto a maior parte dos outros estabelecimentos era restrita a determinados grupos. No caso dos hospitais de outras irmandades, procurava-se limitar o atendimento aos seus membros e familiares. Por meio de uma cláusula do contrato de concessão de estabelecimento e manutenção de cemitérios públicos à Santa Casa, o governo também garantiu a assistência à saúde no Rio de Janeiro, pois a Misericórdia comprometia-se a manter três enfermarias em épocas de epidemia<sup>29</sup>. Os locais e o período de funcionamento eram determinados pelo governo, que também pagava as despesas com a manutenção destas, o que incluía o vencimento dos médicos e enfermeiros, o aluguel das casas onde funcionavam, o material de uso médico, os medicamentos e alimentação.

Apesar desse esforço, isso não significava que os doentes fossem de bom grado receber os cuidados médicos em enfermarias e hospitais. Durante a epidemia de febre amarela de 1849-50, a Santa Casa administrou seis enfermarias externas a seu hospital que funcionaram por alguns meses. Contudo, a da Ilha do Bom Jesus teve de ser fechada devido ao “clamor geral” da população horrorizada com a altíssima mortalidade<sup>30</sup>.

Os próprios esculápios reclamavam que muitos doentes chegavam moribundos para receber os seus cuidados. Em discussões internas sobre a

<sup>28</sup> Chalhoub, Op. Cit.. Pimenta, Op. Cit.

<sup>29</sup> Decreto de 05/09/1850; IS 3 4 e 5, AN

<sup>30</sup> IS 3 4, AN

conveniência de um hospital de isolamento, os membros da Junta lembravam-se da “repugnância que sentem muitos de ir para um tal estabelecimento”. Sabiam que os doentes só iriam se fossem “constrangidos a aceitar o socorro que a mão providente do Governo” lhes proporcionava<sup>31</sup>. Também reconheciam que os mais pobres eram mais atingidos pela remoção e ‘sequestro’ de doentes, o que poderia impressionar “perigosamente a classe necessitada”, revestindo a enfermidade de um caráter muito mais grave do que seria realmente<sup>32</sup>.

De fato, os enterramentos na cidade do Rio de Janeiro nos cemitérios públicos, São Francisco Xavier e São João Batista, além dos cemitérios particulares da Gamboa e de São Francisco de Paula, indicam que a epidemia atingiu mais escravos, forros e livres africanos e descendentes. Entre 18 de julho de 1855 e junho de 1856 foram enterradas 4.922 pessoas, sendo 2.538 escravos.<sup>33</sup> Considerando apenas os casos com condição jurídica determinada, 52% dos mortos eram escravos. De todas as mortes por cólera na cidade, incluindo todos os nascidos no Brasil e outros estrangeiros livres ou escravos, quase a metade eram de pessoas nascidas na África<sup>34</sup>. A alta mortalidade de afrodescendentes era tão evidente à época que, em Recife, muitos suspeitavam que as autoridades e os médicos utilizaram a epidemia de cólera como instrumento para branquear a população<sup>35</sup>. Pereira Rego, presidente da Junta de Higiene de 1864 a 1881, afirmava que o cólera incutia terror na população “pelas devastações espantosas que fazia na Europa e parte da América desde seu assalto em 1830”<sup>36</sup>, mas considerava que, em relação ao Rio de Janeiro, que “posto que geral e intensa, a epidemia não foi muito mortífera nesta cidade”. A questão que se evidencia é: para quem a epidemia não foi muito mortífera? O próprio Pereira Rego respondia ao constatar que a epidemia havia atacado “de preferência os pretos, os homens de cor e as classes mais inferiores da sociedade, mas foi entre os mendigos que ela se mostrou mais violenta”. Além disso, “as outras classes sociais sobretudo as mais elevadas quase nada sofreram, porque poucas foram as vítimas dadas entre elas”<sup>37</sup>.

Uma série de instruções foram feitas pela Comissão Central de Saúde Pública a fim de evitar a propagação da doença e melhorar a saúde dos cativos.

<sup>31</sup> 12/10/1852, 8-2-12, AGCRJ

<sup>32</sup> 21/09/1852, 8-2-12, AGCRJ

<sup>33</sup> Mapa demonstrativo do número de pessoas falecidas sepultadas nos cemitérios públicos (São Francisco Xavier e São João Batista), além dos cemitérios particulares da Gamboa e de São Francisco de Paula. IS 3 5, AN.

<sup>34</sup> Kaori Kodama *et al.*, Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar em *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 19, supl., p. 59-79, dez. 2012.

<sup>35</sup> D. B Cooper, The new “Black Death”: cholera in Brazil, 1855-1856 em *Social Science History*, vol. 10, n.º 4 (winter), 1986, pp.467-88.

<sup>36</sup> José Pereira Rego, *Memória histórica das epidemias de febre amarela e cólera-morbo que têm reinado no Brasil*, Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1873. p. 78

<sup>37</sup> Rego, Op. Cit., p.109

Entre elas havia a recomendação de que os escravizados “tivessem alimentação adequada, fossem bem agasalhados, não trabalhassem muito tempo em rios ou pântanos e que as senzalas não ficassem em lugares baixos, sombrios e úmidos”<sup>38</sup>. Como aponta Mary Karasch, essa população vinha sofrendo com moradia, roupas, alimentação e cuidados médicos inadequados, além de excesso de trabalho, o que a tornaria mais suscetível a doenças e, em especial, a sofrer em epidemias como a de cólera. O excesso de trabalho também era ruim para a saúde dessas pessoas. Uma cozinheira, além de preparar as refeições de seus senhores e desempenhar outras atividades domésticas, ainda poderia ter de vender alimentos nas ruas. Trabalhavam até sete dias por semana, começando o dia antes do alvorecer e terminando após o escurecer<sup>39</sup>. Além da falta de descanso, o tipo de ocupação exporia a determinadas doenças, como a tuberculose, a ancilostomíase, o tétano. Ademais, eram os africanos e seus descendentes que desempenhavam as atividades mais afetadas como as de lavadeiras, pescadores, trabalhadores do comércio e de ofícios manuais, assim como a tarefa de carregar dejetos das residências para atirarem ao mar<sup>40</sup>.

No Rio de Janeiro, essa pandemia durou de julho de 1855 a junho de 1856, e outra onda epidêmica veio em 1867 a partir da guerra do Paraguai. Os relatórios oficiais do período apontavam que mais de 150 mil pessoas morreram na primeira epidemia em todo o país, mas ressaltavam também que haveria considerável subnotificação. Segundo outros estudos posteriores, houve mais de 200 mil vítimas<sup>41</sup>. E africanos e seus descendentes foram os mais afetados. As condições de vida e de trabalho evidenciam o descaso com que eram tratados, antes e depois do tráfico atlântico. Pois, se antes havia a possibilidade de reposição de mão de obra relativamente barata, depois, ao longo da segunda metade do século XIX, as elites procuravam recompor a força de trabalho através do tráfico interprovincial e da imigração europeia.

## Considerações finais

Procuramos ressaltar ao longo do texto que as doenças, em especial em suas manifestações epidêmicas, encaradas como desafios que se apresentam às

<sup>38</sup> Kaori Kodama *et al.* Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar em *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 19, supl., p. 59-79, dez. 2012, p. 64

<sup>39</sup> Mary Karasch, *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*, São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

<sup>40</sup> Kaori Kodama, Tânia Salgado Pimenta, Condições de vida e vulnerabilidades nas epidemias: do cólera no século XIX à Covid-19 em Dominichi Miranda de Sá *et al.* (org.) *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*, São Paulo, Hucitec, 2020, p. 232-241

<sup>41</sup> D. B Cooper, The new “Black Death”: cholera in Brazil, 1855-1856 em *Social Science History*, vol. 10, n.º 4 (winter), 1986, pp.467-88.

sociedades, têm impelido a mudanças na organização dos serviços sanitários. Podemos traçar uma relação entre a epidemia de febre amarela de 1849-1850, por exemplo, e a criação da Junta Central de Higiene Pública. A assistência à saúde no Brasil oitocentista também deve ser analisada considerando-se a eclosão das epidemias de febre amarela e de cólera, pois neste contexto observa-se uma ação mais direta do Estado no sentido de oferecer assistência hospitalar. Durante esse período, a assistência dada pela medicina oficial foi direcionada pelo governo imperial, que além de subsidiar, direcionava onde e quando deveria ser prestada. Trata-se de uma pequena inflexão, ainda que temporária, na forma como a assistência pública à saúde era oferecida. Ressalte-se que, ao abordar a questão da assistência à saúde, é importante não esquecer o ponto de vista de quem seria assistido. Como vários estudos vêm demonstrando, notamos que nem sempre as pessoas que adoeciam ao longo do século XIX no Brasil aceitavam o tipo de assistência oferecida, nem a reconheciam como a melhor forma de aliviar seus sofrimentos.

Na maior parte das situações, a assistência da medicina oficial era prestada por médicos e cirurgiões, de forma privada e, sobretudo, era prestada pela caridade. Era comum entre os mais ricos que, ao ser chamado, o médico atendesse aos doentes da família, agregados e, também, escravizados. Mas nem todos tinham recursos para pagar atendimento médico. Muitos recorriam a casas de caridade e o principal hospital a aceitar os pobres era o da Santa Casa. Os problemas com o aumento do número de pobres e, em consequência, de doentes eram atenuados com a caridade oferecida pelos ricos<sup>42</sup>. Estes faziam doações ou deixavam legados preocupados com a salvação de suas próprias almas e, cada vez mais, com a preservação de seus corpos, ameaçados com a concentração de pessoas vivendo em condições propícias ao desenvolvimento de doenças. Embora os estudos sobre o tema identifiquem um perfil de pobre ideal que poderia ser assistido gratuitamente (mulheres viúvas, órfãs, doentes com atestado de boa moral, escravizados, cujos senhores possuíam apenas 1 ou 2 cativos), na prática, as pessoas entravam na Misericórdia e eram atendidas, em sua maioria. Para isso, além de estarem encaixadas no perfil ideal, poderiam entrar no hospital como emergência ou também estabelecer relações de proteção e procurar algum apadrinhamento para ser atendido gratuitamente.

A assistência à saúde prestada pela caridade era vista como um dever cristão de quem praticava, mas não era um direito de quem recebia. Saúde como dever do Estado e direito de todos, absolutamente todos, é relativamente recente. É uma conquista que os brasileiros obtiveram com a criação do Sistema Único de Saúde, uma construção feita ao longo do século XX e concretizada a

<sup>42</sup> Isabel dos Guimarães Sá, *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português, 1500-1800*, Lisboa, Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, 1997.



partir da Constituição de 1988 e que abarca desde a assistência primária até as complexas cirurgias de transplante, passando por vacinas.

Outro aspecto que a epidemia de cólera, em especial, ajuda a iluminar é o descaso com que os mais vulneráveis têm sido tratados. Assim como no caso do cólera de 1855, os pretos e os pardos foram os que mais morreram durante a epidemia de Covid-19. Os números da pandemia atual no Brasil “reforçam mais uma vez que a causa de mais negros morrerem pela Covid-19 está nas questões socioeconômicas, como saneamento básico precário, insegurança alimentar e dificuldade de acesso à assistência médica, que aumentam o risco de adoecer e morrer”<sup>43</sup>. A primeira vítima fatal do cólera no Rio de Janeiro foi um escravizado, descendente de africanos, assim como a primeira vítima da Covid-19 no estado, uma empregada doméstica infectada pela patroa que voltara havia pouco tempo das férias na Itália. Os vulneráveis de nosso tempo são, além dos idosos, os que fazem serviço de entrega por aplicativo, os moradores de regiões sem saneamento, problema que atinge metade da população brasileira. Parte significativa deles são afrodescendentes. Portanto, nosso presente não está descolado do passado e procuramos evidenciar o problema da persistência das desigualdades social e racial que temos de enfrentar.

## Bibliografia

- Baldwin, P. *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Beltrão, J. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará*. Tese de doutorado, Campinas, UNICAMP, 1999.
- Benchimol, J. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora UFRJ, 1999.
- Buarque de Holanda, S. “A herança colonial – sua desagregação”, *História Geral da Civilização Brasileira*. São Paulo: Difel, t.II, v.1, 1982.
- Chalhoub, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- Cooper, D. B. The new “Black Death”: cholera in Brazil, 1855-1856. *Social Science History*, vol. 10, n.º 4 (winter), 1986, pp.467-88.

<sup>43</sup> Abrasco, <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/a-populacao-negra-e-o-direito-a-saude-risco-de-negros-morrerem-por-covid-19-e-62-maior-se-comparado-aos-brancos/47741/>>. 6 mai. 2020.6/5/2020

- Cooter, R. “Anticontagionism and history’s medical record”. In: Wright, P. e Treacher, A. (Orgs.) *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982.
- David, O. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: UFBA/Sarah Letras, 1996.
- Diniz, A. *Cólera: representações de uma angústia coletiva - a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*. Tese de doutorado (História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 1997.
- Fernandes, T. M. D. “Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal)”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v.6, n. 1, p.29-51, 1999.
- Fernandes, T. M. D. “Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 10, n.2, p.461-474, 2003.
- Ferreira, L. O. “Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43)”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v.6, n.2, p.331-351, 1999.
- Ferreira, L. O. “O viajante estático: José Francisco Xavier Sigaud e a circulação das idéias higienistas no Brasil oitocentista (1830-1844)”. *II Colóquio “Impérios, Centros e Províncias - a Circulação do Conhecimento Médico*, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa, 6 e 7 de maio de 2010. Mimeo.
- Karasch, M. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- Kodama, K. “Os debates pelo fim do tráfico no periódico O Philantropo (1849-1852)”. *Revista Brasileira de História*, v.28, n.56, 2008.
- Kodama, K.; Pimenta, T. S. Condições de vida e vulnerabilidades nas epidemias: do cólera no século XIX à Covid-19. In: Sá, D. M. et al. (org.). *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec, 2020, p. 232-241.
- Kodama, K. et al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 19, supl., p. 59-79, dez. 2012.
- Kury, L. *O império dos miasmas – a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de mestrado (História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990.
- Machado, R. et al.. *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Neves, G. *E receberá mercê – a Mesa de Consciência e Ordens e o clero secular no Brasil (1808-1828)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

- Peixoto, D. Aos sereníssimos príncipes reais do Reino Unido de Portugal e do Brasil, e Algarves, os senhores D. Pedro de Alcântara e D. Carolina Josefa Leopoldina oferece, em sinal de gratidão, amor, respeito, e reconhecimento estes prolegômenos, ditados pela obediência, que servirão às observações, que for dando das moléstias cirúrgicas do país, em cada trimestre, Domingos Ribeiros dos Guimarães Peixoto, cirurgião da Câmara de El-Rei Nosso Senhor. In: *A saúde pública no Rio de Dom João*. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio; 2008.
- Pelling, M. *Cholera, fever and English medicine (1825-1865)*. Oxford: Oxford University Press, 1978.
- Pimenta, T. “Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855”. In: Nascimento, D. e Carvalho, D. (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2003.
- Rego, J. P. *Memória histórica das epidemias de febre amarella e chólera-morbo que têm reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.
- Rodrigues, J. *De costa a costa – escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- Sá, I. G. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português, 1500-1800*. Lisboa: Comissão Nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses, 1997.
- Santos Neto, A. *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cholera (1855-1856)*. Dissertação de mestrado (História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
- Silva, M. V. Sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro, 1808. In: *A saúde pública no Rio de Dom João*. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio; 2008.
- Sigaud, J. F. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [1844].