

*A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia**

TÂNIA SALGADO PIMENTA^{*1}

Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

KEITH BARBOSA^{*2}

Universidade Federal do Amazonas

KAORI KODAMA^{*3}

Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

Resumo: Esse artigo pretende analisar os dados dos relatórios de presidentes de província do Rio de Janeiro, produzidos entre 1835 e 1889, assinalando as principais ocorrências epidêmicas do período. Os relatórios administrativos nos permitem observar como no decorrer do tempo as epidemias foram percebidas e mapeadas pela administração pública em diferentes localidades da província, ainda que se considere as diferentes limitações das ações sanitárias no período. Os textos aqui tratados possibilitam também vislumbrar as mudanças no quadro das “febres”, tidas como denominação mais recorrente na primeira metade do século e que ao longo da segunda metade do século, ganhavam outras identificações.

Palavras-chave: Epidemias; Doenças; Província do Rio de Janeiro.

* Recebido em 02 de março de 2015 e aprovado para publicação em 04 de abril de 2015. Este artigo foi elaborado no âmbito dos projetos: “A saúde dos africanos e afrodescendentes no Brasil (RS, RJ, MG) 1850-1930” e epidemias no Império: debates médicos, assistência e cultura na imprensa do Rio de Janeiro (APQ1). Assistência à saúde e as redes da Misericórdia (Rio de Janeiro, 1838-1889) (APQ1). Financiadores: FAPERGS, FAPERJ e Fiocruz. As autoras agradecem aos pareceristas pelas críticas e sugestões feitas ao artigo.

^{*1} Doutora. Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: taniacoc@gmail.com.

^{*2} Doutora. Universidade Federal do Amazonas. E-mail: keithbarbosa@hotmail.com.

^{*3} Doutora. Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: kaori.flexor@gmail.com.

Abstract: This article aims to analyze data of the provincial presidential reports of Rio de Janeiro between 1835 and 1889, in order to stress the main epidemics of the period. The administrative reports allow us to observe how epidemics were perceived and mapped by public administration along the time in different localities of the province, considering although the limited effectiveness of the sanitary politics by the time. The texts treated here can also allow us to consider changes in the way “fevers” were categorized, once this denomination gained new identifications in these reports after the second half of the nineteenth century.

Keywords: Epidemics; Diseases; Rio de Janeiro province.

Os estudos sobre história das doenças na capital do Império brasileiro têm revelado inúmeros aspectos da organização da saúde pública, das políticas imperiais, da luta da medicina acadêmica pelo monopólio das artes de curar, do exercício das artes de curar e da população atingida. Paralelamente, pesquisas sobre outras regiões do Brasil têm chamado a atenção para as especificidades de cada contexto, alertando para o equívoco de se estender os resultados de análises sobre o Rio de Janeiro para o restante do país (SILVEIRA, 2011; SOUZA, 2009).

Concordamos com essa ressalva e destacamos a necessidade de se investigar mais sobre a história das doenças na própria província do Rio de Janeiro. Não podemos ignorar, porém, que a proximidade à sede do Império de algumas regiões fluminenses trouxe implicações quanto às ações públicas e à assistência à saúde. Nesse sentido, é preciso atentar para as questões discutidas e enfrentadas na corte.

Esse artigo apresenta, assim, uma identificação preliminar sobre as doenças que atingiram os moradores da província do Rio de Janeiro imperial, refletindo tanto sobre o conhecimento médico da época, quanto sobre alguns dos problemas de saúde enfrentados por essa população. Para tanto, recorreremos, sobretudo, aos relatórios do presidente de província do Rio de

Janeiro, e aos relatórios do ministério do império, além dos estudos de Pereira Rego sobre epidemias com foco na corte.¹

Nota-se que os relatórios dos presidentes de província e dos ministros do império, no que diz respeito às doenças, registraram surtos, epidemias e endemias. É preciso aqui salientar que procuramos utilizar os próprios termos empregados pelas fontes, mantendo-os de acordo com a percepção dos autores e, possivelmente, considerando as consequências de se definir uma doença de um modo ou de outro.² Observando as especificidades do contexto social da época, a compreensão das classificações feitas por autoridades médicas e políticas informa-nos sobre os conceitos definidos em determinado momento histórico e pode ajudar-nos a compreendermos mais sobre a saúde pública na província.

De acordo com um importante dicionário médico do século XIX, *Dicionário de medicina popular*, escrito pelo dr. Chernoviz, endemia seria definida como uma situação em que uma moléstia grassasse “em uma localidade quase em permanência” e algumas teriam “causas telúricas ainda muito mal definidas”. As epidemias, por sua vez, ocorreriam quando uma moléstia atacasse “ao mesmo tempo e no mesmo lugar grande número de pessoas de uma vez” e que dependesse “de uma causa comum e geral sobrevivendo acidentalmente”. A duração das epidemias seria incerta: raro que cessassem antes de três ou quatro semanas, e que se prolongassem além de três meses (CHERNOVIZ, 1890).

Outro aspecto a ser destacado, refere-se às dificuldades dos presidentes do Rio de Janeiro em obter informações sobre a ocorrência e disseminação de enfermidades em todos os municípios, o que era motivo de

¹ De agora em diante os Relatórios dos Presidentes da Província do Rio de Janeiro serão referenciados como RPPRJ e os Relatórios do Ministério do Império, como RMI. Os RPPRJ englobam os Relatórios, Falas, Exposições e Anexos.

² Para os contagionistas, as doenças seriam transmitidas de pessoa a pessoa, diretamente, através do contato, ou indiretamente, através de objetos contaminados por doentes. Por sua vez, os anticontagionistas ou infeccionistas, como eram referidos, consideravam que as doenças eram causadas por miasmas, que seriam emanações resultantes da putrefação de substâncias animais e vegetais (CHALHOUB, 1996, p. 64).

constantes reclamações. Isso propiciava a ocorrência de situações em que relatórios afirmavam que determinada moléstia não havia feito tantos estragos como nos anos anteriores, apesar de não haver registro sobre tal moléstia nos referidos relatórios.

Tais considerações, contudo, não impedem que os dados dos relatórios sejam utilizados para um melhor conhecimento das condições de vida da população fluminense durante o Império. Além disso, as falas, exposições e relatórios dos presidentes e vice-presidentes da província nos dizem algo sobre como se gestava a organização das próprias informações sanitárias para as localidades e da estruturação de serviços de assistência, que, em geral, dependiam de reivindicações locais e da dinâmica política local. Torna-se fundamental, portanto, o cruzamento das informações aqui compiladas com diferentes fontes, além da bibliografia sobre o tema, para a ampliação das perspectivas de estudo sanitário da província.

Embora o quadro nosológico levantado na documentação seja mais rico, conforme podemos ver no anexo, destacamos algumas doenças mais recorrentes a partir das quais pretendemos apontar questões sobre o conhecimento médico e as condições de saúde da população.

Febre amarela

O impacto da epidemia de febre amarela de 1849-1850 ensejou algumas respostas do Império a respeito dos serviços sanitários, com a criação, primeiramente, da Comissão Central de Saúde Pública, em 12 de fevereiro de 1850. Em 14 de setembro do mesmo ano, através do Decreto n.º 598, a Comissão foi substituída pela Junta de Higiene Pública, que passou a ser chamada Junta Central de Higiene Pública a partir da publicação de seu regulamento em 29 de setembro de 1851. A Junta era constituída, então, por um presidente, nomeado pelo governo, e pelos cirurgiões mores da Armada e do Exército, pelo Inspetor do Instituto Vacínico e pelo Provedor da Saúde do Porto do Rio de Janeiro. Nesse momento, foram instituídas as Comissões

de Higiene Pública nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul.

A partir daí, a Inspeção de Saúde dos Portos e o Instituto Vacínico seriam incorporados à Junta de Higiene, funcionando conjunta e paralelamente no Império. Destacamos, assim, como o enfrentamento da primeira grande epidemia do século XIX institucionalizou a autoridade de saúde pública no Império. Durante a vigência dessa primeira epidemia, foram fundados hospitais e lazaretos, criados os cemitérios públicos e proibidos os enterramentos em Igrejas, cuja reivindicação por parte dos médicos remontava à década de 1830. Além disso, o isolamento de navios e as quarentenas, baseados na teoria do contágio, também eram empregados, apesar das controvérsias entre anticontagionistas e contagionistas.³ Como notou Rebelo (2013), tanto as medidas quarentenárias como o combate dos anticontagionistas aos miasmas foram concomitantes ao longo do século XIX nos países ocidentais, prevalecendo assim ambas as abordagens nas políticas sanitárias. Durante a implementação da Junta, foram intensos os confrontos entre médicos acadêmicos, defensores uns do contágio e outros do infeccionismo (PIMENTA, 2003).

Pode-se dizer que a febre amarela em 1849-1850 não foi somente um episódio marcante devido à enorme destruição que causou. Com efeito, ela foi responsável por uma das mais altas mortalidades registradas por essa doença no Rio de Janeiro ao longo de todo o século e, concomitantemente, motivou ações políticas visíveis na estrutura sanitária do Império.⁴

A entrada pelo litoral da doença parecia clara à parte influente dos médicos, como José Martins da Cruz Jobim e José Pereira Rego, uma vez que

³ O número de mortos por febre amarela somente seria superado na década de 1890, quando se registraram 4.456 vítimas em 1891, 4.312 em 1892, e 4.852 em 1894, segundo o quadro realizado por Plácido Barbosa e Caio Rezende (1978), reproduzido por Odair Franco (1969).

⁴ Cruz Jobim foi professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, membro da Academia Imperial de Medicina e deputado e senador. Pereira Rego acumulou os cargos de presidente da Junta e da Academia entre 1864 e 1881 e foi recebeu o título de Barão do Lavradio em 1874.

ela atingiu sobretudo as cidades litorâneas e ligadas a portos.⁵ O relatório do presidente da província do ano de 1850 anunciava que além da corte, a febre amarela havia se manifestado em outros pontos da província, como Niterói, Mangaratiba, na freguesia de São Nicolau de Suruí, no município de Magé, em Porto das Caixas, no município de Itaboraí, Barra de São João, Itaguaí, Macaé, Campos e São João da Barra (REGO, 1873, p. 44). Se o anúncio oficial da epidemia na corte se dera em janeiro de 1850, em março a cidade vizinha de Niterói já apresentava seus primeiros doentes. Contudo, segundo Rego, ela se mostrou ali menos mortífera, pois dos 4.767 indivíduos atingidos, “só faleceram” 254 (REGO, 1873, p. 44). Da mesma forma, em toda a província, a mortalidade foi proporcionalmente menos elevada do que se apresentou na corte. Como conclusão, o barão do Lavradio asseverava que, considerando os dados oficiais, a província não fora alvo de febre amarela de caráter epidêmico até o ano de 1870, o que significava dizer que o grosso da mortalidade pertencia à zona urbana do Rio de Janeiro.

Ainda em 1851, Campos, São Fidelis, Mangaratiba, Itaguaí e Cabo Frio continuavam a lutar contra a febre amarela, quando aparece igualmente a diarreia. Na corte, além do sarampão, ou sarampo (CHERNOVIZ, 1890), apareceram também as disenterias ou diarreia, que fora denominada então de *scottish* (que aparece com grafia *shottisk* ou *shottish*) estilo musical em voga. As epidemias de época assim ganhavam nomes pela população associadas à modinha da vez, como fora o caso da *polka*, uma febre reumática, ocorrida em 1848 (BARBOSA e REZENDE, 1978, p. 484). Em 1852, a mortalidade tornava a aumentar com nova onda de febre amarela, que levou a óbito 1.943 pessoas na corte (FRANCO, 1969:43). O lazareto da Jurujuba que havia sido fechado no ano anterior por ter poucos pacientes reabria. Os relatórios ministeriais indicam que era a epidemia que propulsionava o projeto para o Regulamento Sanitário dos Portos Alfandegários, e a criação do Hospital Marítimo de Santa Isabel (decreto de 3 de janeiro de 1853). Até princípios de

⁵ Sobre a Estrada de Ferro Leopoldina, ver p. ex. Helio Suêvo Rodriguez, *A formação das estradas de ferro no Rio de Janeiro: o resgate da sua memória*. Rio de Janeiro: Memória do trem, 2004.

1853, a febre amarela causara a morte de 180 pessoas no sul do litoral da província, em Angra dos Reis e atingiu Campos e São João da Barra. Juntamente com a febre amarela, outras moléstias eram registradas naquele ano. A diarreia teria atingido 1/8 da população, segundo Rego.

Na zona urbana do Rio de Janeiro, as epidemias de febre amarela recrudesceram em 1857, pois de 101 mortos no ano anterior passou a 1.868 (BARBOSA; RESENDE, 1978, p. 497). Em 1857, fora da corte, a febre amarela foi observada em Magé, no recôncavo da Guanabara, e em Campos, na região norte, e, em 1858, também em Itaguaí, Iguaçú e São João da Barra. O problema da falta de dados estatísticos sobre os municípios da província foi constantemente reclamado, o que certamente pode induzir ao não-cômputo da mortalidade por epidemias em localidades mais distantes do centro urbano.

O relatório provincial de 1860 não hesitava em afirmar que a febre amarela havia ficado enraizada no país desde 1850, quando fez sua primeira irrupção, grassando “em diversos pontos, com maior ou menor intensidade, principalmente entre as pessoas ainda não aclimatadas” (RPPRJ, 1860, p. 15). As autoridades percebiam como causa da forte expansão da epidemia, a entrada de um grande número de navios no porto da cidade. O espraiamento para a província se dava com a chegada dos imigrantes nas regiões de lavoura. A preocupação com a chegada dos colonos e a eclosão de epidemias de febre amarela tornavam-se mais evidentes nos relatórios, sugerindo-se que fosse suspensa a entrada de navios nos períodos calmosos e que os imigrantes fossem encaminhados para a serra de Petrópolis para aclimação. Mas anos piores ainda estariam por vir. Em 1870, a febre amarela aparecera em Paraty e na corte e, junto com a varíola, causou a morte de 10.214 pessoas na província naquele ano (RMI, 1871).

A década de 1870 testemunhou uma série de epidemias de febre amarela, estando entre as mais graves a de 1873, de 1875 e a de 1876, que, somente na região urbana do Município Neutro, correspondeu a um número de mortos de 3.659, 1.292 e 3.476 (FRANCO, 1969, p. 43). Atribuía-se as pioras no quadro de mortalidade tanto à massiva entrada de embarcações no

porto da cidade, que somavam anualmente 3.300 navios, quanto à má gestão dos serviços públicos na cidade.

É importante lembrar que a ênfase no controle dos portos por parte do governo fazia parte de acordos internacionais que se estabeleciam a partir de então. Desde 1873, encontros foram realizados entre Uruguai e Brasil, visando a padronização de medidas de quarentena e saneamento marítimo. Essas medidas estavam orientadas para combater a propagação principalmente da febre amarela, através da entrada de cargas de carne e couro da Argentina e do Uruguai, uma vez que os navios geralmente passavam do Brasil para Buenos Aires e Montevideú. Uma das importantes ações no campo da saúde pública derivada dos debates para a busca de solução dos eventos epidêmicos foi a Convenção Sanitária de 1887, feita entre Brasil, Argentina e Uruguai – a primeira a ser ratificada nas Américas (BIRN, 2006). A convenção discriminava períodos de quarentena para navios que propagassem febre amarela e peste, e vigeu por 5 anos.

Mas a febre amarela também insurgia pelo interior da província quando novos caminhos eram abertos por estradas de ferro, como na epidemia de 1876, que atingira a região serrana de Cachoeiras de Macacu. Próximo a essa localidade, em Nova Friburgo, desenvolveu-se no mesmo ano a varíola, que fazia estragos em diversas partes da província, desde o litoral sul, como Angra dos Reis (RPPRJ, 1876). Mais pesquisas seriam necessárias sobre o tema, mas é possível que a construção dos trechos de ligação entre as duas localidades pela estrada de ferro Leopoldina, inaugurados em 1873, tivessem sido igualmente o veículo de propagação das epidemias que atingiram a região.⁶

Ainda na década de 1870, podemos acompanhar o aparecimento de casos da doença em Paraty (1871 e 1873), Magé e Itaguaí (1876). Mas até fins da década, os presidentes da província não tinham dados mais completos sobre as epidemias de seus diversos municípios. Em 1878, o presidente visconde de Prados reclamava da falta de dados oficiais nos diversos pontos da província, lembrando que essa responsabilidade não poderia ficar somente

⁶ O Instituto Vacínico do Império teve seu regulamento publicado em 1846.

a cargo do governo imperial. Um ofício fora enviado pelo presidente para que as casas de caridade enviassem anualmente relatórios que deveriam informar o movimento de entrada e saída de doentes, bem como a advertência às câmaras municipais para que exigissem dos médicos de partido informações sobre os diagnósticos e terminação das moléstias que trataram, além de dados dos pacientes, como sexo, cor, condição e nacionalidade. Até então, continuava o presidente, a estatística sanitária da província continuava sendo ignorada (RPPRJ, 1878).

Nos últimos anos do Império, a febre amarela causava a morte de centenas de pessoas por ano na cidade do Rio de Janeiro, subindo essa mortalidade para mais de mil numa sinistra constância a cada biênio ou triênio. A capital da província, Niterói, também era anualmente visitada pela febre amarela, juntamente com outras cidades na região norte do Rio de Janeiro. Assim, menos seguidamente do que a capital, Magé, Itaboraí, Maricá e Campos também são apontados como lugares onde a doença aparecia de forma recorrente (RPPRJ, 1880 a 1889). No último ano do Império, reapareceu também em Valença, Vassouras, Petrópolis, Paraíba do Sul, Resende e Barra Mansa, mais ao centro e sul da província.

Febres

Se a febre amarela passou a ser identificada como um mal do Brasil anos depois, eram as denominadas genericamente por “febres” o que compunha o grosso das moléstias locais, e cujas condições para seu aparecimento deviam-se, segundo os higienistas, às mudanças ambientais – tais como períodos de seca e de chuva excessiva seguida de alagamentos, emanções de pântanos, infestações de insetos.

Os médicos do período, contudo, consideravam diversos tipos de febres, havendo, por vezes, dificuldades para classificá-las. Chernoviz (1890) aponta que “em lugar de estudarem a moléstia em seus elementos”, muitos esculápios limitavam-se aos sintomas, diagnosticando num mesmo doente vários tipos de febres. Em seu famoso *Dicionário de medicina popular*, descreve

mais de uma dezena, algumas das quais, registradas nos relatórios dos presidentes da província: febre tifoide (chamada também de febre mucosa, perniciosa, maligna, nervosa, lenta nervosa ou pútrida), febre remitente (conhecida como febre dos mangues ou febre palustre), febre intermitente (sezões ou maleitas) e febre intermitente perniciosa.

Na primeira metade do século XIX, as febres da região norte da província, como Macacu e Campos eram constantemente mencionadas nos relatórios. Entre 1828 e 1830, aparecera a febre de Macacu. As febres atingiam ainda as localidades próximas às áreas do recôncavo da baía de Guanabara. A causa principal apontada para elas, segundo os relatórios médicos e administrativos, era a existência de pântanos na região. Em 1832, o relatório do Ministério dos Negócios do Império salientava a necessidade de se aterrarem os pântanos de terrenos baixos em torno da baía da Guanabara e que iam até Campos de Goitacazes, e que envolviam as regiões atingidas pela febre de Macacu. O governo anunciava que engenheiros haviam sido enviados para Macacu e Campos a fim de retirar o nivelamento, esperando haver orçamento para que o trabalho tivesse prosseguimento. Apontava-se, entretanto, as dificuldades financeiras para a execução de obras dessa monta, o que implicava na prática em admitir a impossibilidade de haver uma solução, mesmo a médio prazo para os problemas sanitários. Febres intermitentes voltavam a aparecer em 1835, em Magé. Segundo médicos da década de 1830, as febres, não obstante terem sempre existido, passaram a se tornar mais intensas e frequentes a partir de então (QUEIROZ, 1835). Para médicos como Queiroz, a existência contínua das febres intermitentes naquela região se dava principalmente devido às águas estagnadas e aos esgotos não evacuados para o mar. O crescimento econômico e a atividade dos portos entre as partes da província naquela década (GOUVÊA, 2008, p. 37), intensificando as rotas de comércio de navegação costeira, deveriam certamente contribuir para esse aumento dos casos observados.

Tanto médicos como legisladores criam que a única maneira de extinguir as febres era através da realização de obras, acabando com os pântanos e águas estagnadas. Em 1840, o então presidente da província resignava-se, ao afirmar que “somente o tempo, o aumento da população, a

abundância de capitais, poderão dessecar os vastos [pântanos] existentes na parte baixa da província; que somente a agricultura, a habitação do homem e a conseqüente navegação dos nossos rios, poderão arredar das suas margens e dos seus leitos os vegetais corrompidos acarretados de pântanos que atravessam, e que decompostos nas águas, de que usam em geral os habitantes desses lugares, são, na opinião de pessoas entendidas, uma das principais causas da insalubridade de tais paragens.” Ainda assim, defendia que se não se conseguia debelar o problema, seria possível atenuá-lo com leis e vulgarização de “alguns indispensáveis princípios de higiene pública”, apontando que “o flagelo das febres endêmicas procura a maior parte das suas vítimas entre as classes privadas pela miséria, pela indolência ou ignorância, de adequados recursos” (RPPRJ, 1840, p. 13)

As febres eram consideradas endêmicas e, desse modo, as câmaras de Iguaçu e de Magé declaravam, em 1839, que os municípios eram, respectivamente, “todos os anos assaltado(s) com maior ou menor força, nos lugares pantanosos, pelas febres endêmicas e outras moléstias” e “frequentemente devastado pelas febres endêmicas que aí costumam aparecer” (RPPRJ, 1839, p. 32).

Embora as febres fossem quase sempre de caráter endêmico, a falta de registros oficiais, reclamada nos próprios relatórios, dificulta a sinalização de surtos epidêmicos. Durante boa parte do Império a organização das informações sobre a saúde na província dependiam do estabelecimento de “médicos de partido”, administradores de casas de caridade e agentes das Câmaras Municipais, nem sempre providos. Em alguns relatórios, no entanto, é possível distinguir que a morbidade era mais elevada, sugerindo assim um surto, como no ano de 1883, na região de Saquarema, na região litorânea ao norte da corte. Ali se estabeleceram febres, descritas como de “formas nocivas, desde a intermitente até a remitente biliosa e perniciososa” (RPPRJ, 1883, p. 51).

Até o final da década de 1840, as febres aparecem nos relatórios de modo genérico, quando passam a ser mais classificadas em diferentes tipos. Dessa forma, as febres intermitentes, às vezes perniciosas, são identificadas em diversos anos até o final do período estudado, atingindo municípios de

sul a norte da província. As febres remitentes ou palustres são mais diagnosticadas na década de 1880, assim como as febres de mau caráter ou caráter gravíssimo.

No final do Império, as febres continuavam a se apresentar endemicamente e o investimento em obras públicas ainda era apontado como a solução para o problema. Uma investigação mais aprofundada, a ser empreendida, sobre a execução dessas obras poderia nos mostrar se foram efetivamente feitas, se foram feitas da maneira considerada correta, assim como relacionar com os gastos indicados. No estágio atual da pesquisa, contudo, podemos apenas afirmar que as obras continuavam a ser apresentadas como forma de prevenir epidemias e endemias. Por exemplo, na região cafeeicultora do vale do Paraíba, como em Vassouras, as notícias sobre sua presença eram frequentes na década de 1880. Em fevereiro de 1881, as febres haviam feito tantas vítimas nessa localidade que “quase todos os habitantes viram-se forçados a abandonar a cidade, como mais tarde, logo, no mês seguinte, tiveram ocasião de verificar pessoalmente”. Essa epidemia pressionou a feitura de obras de canalização na região, construção de um novo cemitério público. O relatório admitia que a epidemia que se repercutia na região acompanhava a estrada de ferro Pedro II, tendo como origem a corte (RPPRJ, 1881, p. 32).

Varíola

Apesar da ênfase dada pelos médicos higienistas a tais condições locais para a produção das febres, também se considerava a importação para determinadas epidemias, como no caso da varíola. A presença súbita de doenças percebidas como “importadas” devia-se, na fala de muitas autoridades médicas, à chegada de navios (RMI, 1869, anexo F, p. 7).

Outra questão importante para os médicos dizia respeito à contagiosidade da varíola, ou das bexigas, como era mais comumente conhecida. Apesar de todos os debates entre contagionistas e anticontagionistas (ou infeccionistas) acerca de várias doenças, não havia

dúvidas sobre a varíola ser uma doença contagiosa. Apesar de a varíola ser a doença mais reportada nos relatórios, há muitas lacunas nas informações sobre as localidades onde aconteciam casos de bexigas e o número de enfermos, dificultando o acompanhamento da sua disseminação. Em diversos relatórios a ocorrência era mencionada em “alguns municípios” ou na “província”. Ainda assim, os dados levantados nos permitem afirmar que todas as regiões da província eram atingidas pela varíola.

Para as autoridades provinciais, a solução estaria na propagação da vacina, que enfrentava problemas devido às dificuldades de conservação do pus vacínico e à resistência de boa parte da população em se deixar vacinar, reforçada com a observação de casos de pessoas que haviam desenvolvido a doença depois de vacinadas. Assim, invariavelmente se criticava e se lamentava a inexequibilidade da vacinação nos municípios, seja pela resistência da população, seja pelas dificuldades administrativas no fornecimento das vacinas e no monitoramento das aplicações. O relatório do ministro dos Negócios do Império de 1838, por exemplo, informava que a “instituição vacínica” da corte distribuía o fluido para diversas províncias do Império,⁷ bem como para as vilas da província do Rio de Janeiro, assegurando a qualidade da vacina, que teria a certificação da Real Sociedade Jenneriana de Londres (RMI, 1839, p. 17).⁸ Apesar dessa fala do ministro, o fato é que tal qualidade nem sempre podia ser garantida. O mal manuseio a longas distâncias e em condições de conservação duvidosas, sobretudo sob o calor tropical, faziam com que a linfa chegasse corrompida em muitas

⁷ De acordo com Fernandes (1999, p. 19-20), Edward Jenner desenvolveu a vacina antivariólica a partir de “observações, realizadas no final do século XVIII, com relação à varíola e à imunidade causada no homem quando em contato com uma doença similar desenvolvida nos bovinos” (p. 19). Jenner obteve um produto, denominado então de vacina, a partir da pústula desenvolvida na vaca. Ao ser inoculado no homem, produziam-se erupções semelhantes à varíola no local das inoculações e, daí retiravam-se a ‘linfa’ ou ‘pus variólico’, utilizado em novas inoculações.

⁸ Vide tabela. Os municípios, conforme a tabela, foram: São João do Príncipe, Magé, Cachoeiras de Macacu, Paraíba do Sul, Cabo Frio, Campos, Itaguaí, Rio Claro, Rio Bonito, Angra dos Reis, Magé, Paraíba do Sul, Macacu, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São João da Barra e Niterói.

localidades. Outro problema grave eram as próprias faltas da administração, como no ano de 1878, quando somente três municípios da província – Niterói, Paraty e Petrópolis – haviam realizado vacinação oficial. Naquele ano, computaram-se apenas 813 vacinados, dos quais somente 621 tiveram vacina regular. Relatava-se que os vacinadores não estavam mais recebendo paga por seus serviços, o que resultava na quase impossibilidade de sua aplicação. A Assembleia provincial aparentemente suspendera os recursos e o relator fazia um apelo ao presidente da província para que a vacinação voltasse a funcionar “como era antigamente” (RPPRJ, 1878, p. 21).

A vacinação era promovida em diferentes pontos do Brasil desde princípios do século XIX. Todavia, os números de vacinados, como a historiografia sobre o tema bem aponta (SILVEIRA e MARQUES, 2011; FERNANDES, 1999; CHALHOU, 1996), foram ao longo de todo o século flutuantes e incertos. No ano de 1873, em que a varíola grassou fortemente em diversos pontos da província, as vacinações computadas do ano anterior somavam apenas 1.525 pessoas, sendo que destas, somente retornaram à casa de vacinação 1.076. Como afirmam Silveira e Marques (2011), há que se considerar o medo causado pela vacinação, pois a população muitas vezes a percebia como meio de propagação da varíola, além de ser vista como uma forma de controle da vida das pessoas pelas autoridades. Ao mesmo tempo, como apontam, nem sempre o fracasso da vacinação se devia ao temor da contaminação, mas à descrença na própria administração, e sobre isso a população apontava como problemas o fornecimento irregular e de má qualidade dos lotes de linfas. Também, há que se considerar que entre a administração pública e a efetivação das vacinas, havia escolhas da população de acordo com contextos distintos, sendo possível que em algumas regiões ela procurasse voluntariamente pela vacina, principalmente quando havia notícias de epidemias, enquanto que em outros casos, a população recorresse a métodos tradicionais de variolização (SILVEIRA; MARQUES, 2011, p. 390).

Os registros sobre a existência da varíola ano a ano mostram claramente que ela fazia parte do cotidiano da população do Rio, que lidava de algum modo com sua presença e suas sequelas. Também é evidente a

existência de surtos epidêmicos, apesar de termos informações mais precisas apenas para a corte, onde ocorreram em 1865, 1872, 1878, 1882 e 1887 (BARBOSA; REZENDE, 1978, p. 448-449). Em 1883, a varíola apareceu em diversos pontos da província, embora o relatório afirmasse que não havia assumido proporções devastadoras. A familiaridade com a doença, contudo, não livrava as pessoas do pânico em períodos de disseminação mais forte da bexiga, conforme aponta o mesmo relatório.⁹

Cólera

Essa epidemia foi um dos eventos mais funestos na saúde pública do Oitocentos. A velocidade da propagação e a morte degradante, contra toda a sensibilidade burguesa emergente, certamente contribuíram para fortalecer as imagens de terror desse flagelo (ROSENBERG, 1987). A terceira pandemia de cólera chegara ao Rio de Janeiro em agosto de 1855, tendo aportado no Império primeiramente no Pará, através de um navio vindo da cidade do Porto, em Portugal, no mês de maio do mesmo ano. Entre agosto de 1855 a junho de 1856, a mortalidade somente contada na cidade do Rio de Janeiro indicava 4.828 mortos no relato do barão do Lavradio, superando em pouco o número de mortos da febre amarela, ocorrida cinco anos antes (REGO, 1973). Ao longo da segunda metade do século XIX, a febre amarela esteve muito mais presente entre a população da província. Contudo, a expectativa pelo aparecimento de epidemias de cólera mostra o quão eram temidas.

No próprio mês em que se anunciava a chegada do cólera na corte, a vizinha Niterói já teria seus primeiros casos na povoação de Jurujuba, onde funcionava o lazareto em que eram tratados os doentes recolhidos pelas autoridades. Ao longo dos meses seguintes, o cólera se alastrara por

⁹ Os municípios mapeados parcialmente foram Campos, São João da Barra, Niterói, Barra Mansa, São João do Príncipe, Santo Antonio de Sá, Cantagalo, Magé, Paraíba do Sul, Iguaçú, Paraty, Estrela, Macaé, Vassouras, Piraí, Itaboraí, Rio Bonito, Itaguaí, Rezende, Mangaratiba, Valença, São Fidelis, Rio Claro, Cabo Frio, Maricá, Angra dos Reis, Saquarema, Capivary, Nova Friburgo.

praticamente todos os municípios da província, com mais intensidade em Campos, Niterói, Cantagalo, Barra Mansa, São João da Barra, Paraíba do Sul, Macaé, Paraty, Santo Antônio de Sá, Estrela, Magé e São João do Príncipe.¹⁰ Oficialmente, contabilizaram-se 4.542 pessoas falecidas em toda a província, sendo que destas, 948 eram livres, 1.677 eram escravas, e 1.917 de condição indeterminada. Mas, o próprio presidente da província reconhecia que esses dados eram falhos, apontando que haveria um número muito maior de vítimas e de lugares atingidos, principalmente, por serem os escravos os menos contabilizados, ainda que fossem o grupo mais afetado. Nas propriedades rurais os escravos continuavam muitas vezes a serem enterrados nas fazendas, sem que a notícia sobre os sepultamentos fosse comunicada às autoridades policiais. O barão do Lavradio indicava em seus cálculos que o número de mortos na província teria alcançado 5.450 pessoas (REGO, 1873, p. 120), quando a população total da província deveria estar entre 700.000 a 850.000 almas. As devastações teriam sido imensas em diversas localidades entre 1855 e 1856. No norte da província, a fome passara a ser a consequência da epidemia, por carência de recursos e abandono da lavoura.

De 1867 a 1868, durante a quarta pandemia (1863-1879), a epidemia de cólera estava mais uma vez presente na província. Na corte, em princípios de 1867, o presidente da Junta Central de Higiene Pública, José Pereira Rego, identificou que o cólera havia chegado num navio vindo do Rio Grande do Sul, onde havia notícia de que a epidemia grassava. Todavia, foi considerada pouco intensa, se comparada com a primeira epidemia de 1855. Apesar de ser oficialmente registrada a "explosão" epidêmica naquele ano, era difícil precisar se de fato a nova invasão começara naquele ano, pois algumas embarcações já haviam chegado nos dois anos anteriores, relatando casos de cólera. Segundo Pereira Rego, "a doença não se revestiu da forma de verdadeira epidemia na acepção rigorosa da palavra, senão no recinto de

¹⁰ Ver EDLER (2011). Também seria interessante comparar as classificações empregadas em estabelecimentos médicos no Brasil com o sistema de classificação de causas de morte delineado por William Farr, em 1839, na Inglaterra, revisado duas vezes antes de 1860 (HARDY, 1994).

alguns estabelecimentos públicos onde havia pessoas aglomeradas”. Acometeu fatalmente 423 pessoas em 1867, o que seria considerado um "número sem dúvida insignificante para uma cidade populosa como esta", configurando-se os casos mormente entre as pessoas mais debilitadas, "estragadas por outros padecimentos, ou empregados em trabalhos penosos, como escravos, alienados, inválidos, pessoas em geral afetadas de moléstias crônicas ou praças da armada" (REGO, 1873, p. 110-111). Assim, caracterizava-se socialmente a doença, e diminuía-se sua expressão, isolando-a da sociedade carioca.

Porém, o mesmo não se deu nos municípios de Campos, de São João da Barra e de São Fidélis a partir de maio de 1867 e, um pouco depois, em Cabo Frio. Somente nos dois primeiros municípios, contabilizou-se mais de 600 óbitos, o que era considerado um número elevado para o tamanho da população. Medidas foram tomadas, como o envio para a Câmara Municipal de Campos de um médico munido de medicamentos, além de dois estudantes do 6º ano da faculdade de medicina da corte, um farmacêutico e mais medicamentos. Estabeleceram-se também duas enfermarias para onde eram recolhidos os doentes, sendo uma preparada a expensas de uma sociedade portuguesa de beneficência. Foram distribuídas “instruções médicas organizadas por profissionais muito competentes e práticos” sobre os primeiros socorros aos coléricos e os conselhos higiênicos para se prevenir do flagelo. O presidente Barros Pimentel ressaltava em seu relatório que o ministro do Império havia colocado à disposição do governo da província 2:500\$000 para acudir às despesas decorrentes da epidemia pela verba de ‘Socorros Públicos’ (RPPRJ, 1867, p. 5). Assim como nesse caso, percebe-se que durante todo o período estudado os problemas relacionados à saúde pública justificavam a distribuição de verbas - fosse de forma emergencial via socorros públicos, como no caso de epidemias, fosse de modo mais planejado para combater endemias - através do investimento em obras de aterramento e retificação de rios. Interessa ressaltar que, embora a saúde pública fosse invocada para justificar certas obras, os gastos eram alocados em obras públicas.

No início do ano de 1868, o relatório imperial apontava que casos de doença na corte, com a morte de 125 indivíduos, foram relacionadas aos indivíduos das embarcações procedentes do Paraguai (RMI, 1868). De acordo com Rego, seriam casos isolados, manifestando-se nos quartéis na ilha de Villegaignon e no forte de São João. No primeiro caso, sua aparição foi relacionada à volta de soldados da Guerra do Paraguai que teriam desembarcado já doentes. Pereira Rego afirma, em relatório anexo ao do Ministério do Império, sobre o navio de guerra *Marcílio Dias* que vinha do Paraguai:

“A importação da moléstia pelos passageiros do *Marcílio Dias* é neste caso incontestável: por isso que, no mesmo dia em que desembarcaram para a fortaleza de Villegaignon os recrutas e praças destinadas à armada imperial, e que nele vieram de passagem, ela manifestou-se naquele estabelecimento, sendo a primeira vítima um dos passageiros do *Marcílio* do qual sem dúvida transmitiu-se aos outros indivíduos ali aquartelados, sucedendo-se logo depois os fatos com maior ou menor frequência e intensidade” (RMI, 1868, Anexo F, p. 7).

Neste ano, registraram-se 234 mortos na cidade. O cólera voltaria a aparecer em 1895, já no período republicano.

Outras doenças

Uma doença que se destaca entre o restante analisado é a escarlatina. Segundo Rego (1872), a epidemia de 1837 teria atacado as classes mais abastadas, sendo observadas manifestações entre a população que teve contato em transações comerciais com navios provenientes do sul, ao passo em que a de 1859 teria atingido principalmente os africanos. Embora tenham sido registrados outros surtos ao longo do período estudado, em 1874 apareceu de forma mais disseminada atingindo municípios de várias regiões da província.

Ao acompanhar anualmente os relatórios, percebemos uma variedade maior de doenças registradas na segunda metade do século XIX. Isso pode

estar relacionado a três fatores: notificação mais eficiente por parte das municipalidades ao governo provincial; fluxo migratório mais intenso que faria circular determinadas doenças em certas regiões; e, sobretudo, à própria organização do conhecimento médico no sentido de um refinamento da identificação das entidades nosológicas.¹¹ Isso pode ser observado, por exemplo, no regimento provisório do novo hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, no qual consta um catálogo nosográfico que identificava pouco mais de 300 moléstias, incluindo suas variações (PIMENTA, 2003, p. 154). Ainda, é notável que a maior especificação se dê sempre quando os dados provêm dos registros de hospitais, em geral, referentes à capital da província, Niterói, ou nos dados da corte, em relatórios como os do barão do Lavradio, aqui anteriormente citados. É preciso investigar, portanto, os registros dos hospitais e casas de caridade que funcionavam pela província.

Assim, sobretudo, a partir da década de 1860 passam a ser registrados com mais frequência tubérculos pulmonares, ascite, hipoemia, angina, coqueluche, sarampo, tifo, câmaras de sangue (identificadas como disenteria no *Dicionário de Medicina Popular*) e disenteria propriamente dita. Na década de 1880, são registrados ainda coqueluche, tuberculoses pulmonar e mesentérica, pirexias específicas e inflamações das mucosas bronco-pulmonares e gastrointestinais, lesões orgânicas do coração e caquexias, além das moléstias consideradas peculiares aos climas intertropicais, tais como: a hipoemia – que seriam verminoses –, as hepatites e gastroenterites.

Conclusão

Em 1872, o barão do Lavradio, diretor da Junta Central de Higiene, publicava o *Esboço histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro*

¹¹ Ver EDLER (2011). Também seria interessante comparar as classificações empregadas em estabelecimentos médicos no Brasil com o sistema de classificação de causas de morte delineado por William Farr, em 1839, na Inglaterra, revisado duas vezes antes de 1860 (HARDY, 1994).

desde 1830 a 1870 - um balanço das epidemias que assolaram a corte desde a década de 1830, onde realizava uma apreciação de suas ocorrências ano a ano na cidade (REGO, 1872). Na obra, o autor justificava a importância de se fazer o registro histórico das epidemias, ainda que houvesse falta de consensos entre os médicos sobre as causas das doenças, pois cria que o conhecimento das mesmas ao longo do tempo teria algo a ensinar sobre as maneiras de melhor evitá-las. Ao olharmos essa publicação, é possível dizer que ela refletia as próprias ações e a conformação da Junta Central de Higiene, delineando, ao longo do tempo, um quadro cada vez mais detalhado das moléstias que grassavam no território do Império, e em particular, na província do Rio de Janeiro. Desse modo, a despeito dos debates sobre a capacidade de ação da Junta, a sua instituição propiciou a produção, organização e análise de dados sobre a saúde pública, o que contribuiu para o direcionamento de ações nesse campo, assim como para o desenvolvimento do conhecimento médico acerca das endemias e epidemias.

Apesar de todas as dúvidas e controvérsias sobre as causas dos fenômenos epidêmicos, os relatórios apontam que o projeto de intervenção no meio urbano, através de aterramentos e a observação da higiene manteve-se como a principal reivindicação, tanto dos médicos quanto dos habitantes, ao longo das décadas subsequentes. Aos olhos dos contemporâneos do barão, parece não ter havido contradição entre defender uma busca objetiva das causas e assumir a existência de relações de um meio considerado insalubre com a proliferação de epidemias. Ainda que sempre existissem controvérsias sobre causas específicas das doenças, não se deixou de lado todos os meios possíveis e conhecidos para aplacar os males, seja pela realização de aterramentos, obras de limpeza urbana e assistência, seja também por medidas impopulares como as quarentenas. Talvez, para entendermos essa atitude, seja preciso levar em conta como a comunidade médica se constituiu na sua relação com os projetos modernizadores e na formulação de sua própria identidade, ao longo do século XIX e XX (FERREIRA, 1996, p. 68-99; GONDRA, 2004, p. 105). Para além das controvérsias no âmbito estritamente acadêmico sobre a etiologia das doenças e suas possíveis causas, os médicos tiveram como meta maior a

possibilidade de intervenção na esfera social, atualizando constantemente o higienismo como causa maior a ser defendida.

Nesse sentido, é notória as relações das epidemias com a criação de casas de caridade, de cemitérios, hospitais e de feitorias de obras e a organização da fiscalização nos portos. Ainda que essas ações se mostrassem limitadas para os próprios administradores que com frequência reclamavam da falta de recursos do Estado, elas foram importantes para a consolidação dos médicos higienistas junto aos poderes públicos, como se percebe na incorporação sucessiva dos relatórios médicos aos administrativos.

Através dessas falas refletiam-se os interesses de grupos locais e formavam-se novos discursos sobre as condições de vida da população e seus padecimentos. Era comum, por exemplo, encontrar nos relatórios afirmações de que os principais afetados por febres eram aqueles das classes mais baixas, que pouco observavam as regras higiênicas. Por outro lado, a busca de recursos para as melhorias com obras nas regiões era sempre atrelada às causas sanitárias e motivadas pelas enfermidades que ali apareciam.

Sublinhamos também a importância de considerarmos a proximidade geográfica da província com a corte da monarquia. As relações dos grupos dos diversos municípios com o governo provincial e o governo imperial passavam pela assembleia legislativa, onde tais grupos tinham suporte e expressão (GOUVÊA, 2008b). Os relatórios dos presidentes de província eram apresentados à assembleia, de modo que os interesses desses grupos poderiam ser ali discutidos e negociados. Assim, a identificação das doenças que mais atingiram o Rio de Janeiro imperial contribuiu não apenas para conhecermos melhor sobre as condições de vida da população, mas também para apontar questões a serem aprofundadas sobre as relações entre os interesses locais e ações e estabelecimentos de assistência à saúde. Os registros da ocorrência ou não de doenças em determinadas regiões possibilitaria a negociação de recursos, já que a assembleia provincial era responsável por organizar e aprovar os orçamentos municipais e o orçamento provincial anual. O quadro em anexo procura dimensionar as transformações, a partir dos registros das epidemias para as localidades.

Quadro 1 - Epidemias da província do Rio de Janeiro (1828-1889)

Ano	Endemias	Epidemias/Surtos	Localidades (Municípios)
1828-1830		Febre de Macacu	Estrela Iguaçu Magé Corte
1832	Febres mortíferas		Estrela Corte
1833	Febres mortíferas		Santo Antônio de Sá
1834	Febres intermitentes		Corte
1835	Variola		Corte
	Febres mortíferas e perniciosas		Itaboraí Magé
	Febres		Paraty
1836	Febres		Magé Macacu Santo Antônio de Sá
		Febre tifoide	Corte
		Sarampo Variola Coqueluche	Corte
1837	Catapora		Corte
	Febres		Santo Antônio de Sá
	Variola		Corte Paraty
		Bronquite Escarlatina	Corte
1838		Bronquite Escarlatina	Corte
	Variola		Localidades indeterminadas
1839	Febres		Localidades indeterminadas
	Febres		Iguaçu

	Febres		Magé
1841		Bronquite	Corte
1842	Febres “malignas”	Escarlatina Febre tifoide	Corte
	Febres		Santo Antônio de Sá
1843	Variola		Corte
	Febres		Macacu Santo Antônio de Sá
		Escarlatina	Itaboraí Corte
1844	Febres intermitentes		Diversas localidades da província
		Variola Sarampo	Corte
1845	Febres intermitentes		Corte
1846	Variola Febres		Itaguaí Iguaçu Santo Antônio de Sá Magé
		Oftalmia	Corte
1847	Febres		Magé Santo Antônio de Sá
	Febres intermitentes		Corte
1848	Febres		“alguns municípios da província”
		Variola	Corte
1849	Febres		“alguns municípios da província”
		Febre amarela	Corte
1850		Febre amarela	Barra de São João Cabo Frio Campos Itaboraí Itaguaí Macaé Magé Mangaratiba Niterói

			São João da Barra São Fidelis Corte
	Febres de ruim caráter		Corte
1851	Febres intermitentes		Municípios das “partes baixas da província”
		Febre amarela	Cabo Frio Campos Itaguaí Mangaratiba Niterói
	Febre amarela	Variola Sarampo Diarreia (<i>shottiscké</i>)	Corte
1852	Febres benignas Defluxões		“alguns municípios da província” Corte
		Febre amarela	Angra dos Reis Corte
1853		Febre amarela	Angra dos Reis Corte
	Irritações do sistema mucoso (dermoide) Enfermidades de diversas índoles		“diferentes pontos da província”
	Escarlatina		Vassouras Municípios “serra acima”
	Variola		“alguns pontos da província”
	Febre amarela		Campos São João da Barra
		Febre amarela Febres intermitentes	Corte
1854	Febre amarela	Variola Sarampo	Corte
1855	Febres intermitentes		Municípios “serra a

	endêmicas		baixo ^{***}
		Disenteria Sarampo Varíola	Vassouras
		Sarampo	Estrela
		Cólera	Campos Estrela Iguaçu Magé “municípios da serra” Niterói São João da Barra Corte
1856		Cólera	Barra Mansa Campos Cantagalo Itaguaí Mangaratiba Niterói Paraíba do Sul Paraty Piraí Rio Claro Resende São Fidelis São João do Príncipe Valença Vassouras Corte
	Escorbuto		Corte
		Febre amarela	Corte
1857	Febre amarela		Magé Campos
		Varíola	Paraty São João do Príncipe
	Hidropisia Convulsões Tubérculos mesentéricos	Cólera	Niterói

		Febres intermitentes Febre amarela Febre tifoide	Corte
1858	Variola		“algumas localidades”
		Febre amarela	Itaguaí Iguaçu São João da Barra Corte
	Tuberculose		Niterói Corte
	Exantemas Angina diftérica		Corte
1859	Febres intermitentes		“algumas localidades”
		Febre amarela	Corte
		Escarlatina Angina diftérica Diarreia (<i>shottish</i>) Variola Sarampo Coqueluche Febres intermitentes e remitentes	Corte
1860		Variola	“diversos pontos”
		Febre amarela	“diversos pontos” Corte
		Exantemas	Corte
1861	Variola		“alguns municípios”
	Tuberculose Febre amarela Ascite Hipoemia (vermes)		Niterói
		Variola	Litoral da Corte
	Tuberculose Sífilis Febres intermitentes Exantemas		Corte (localidades próximas à baía)
1862	Febres intermitentes		Localidades indeterminadas

	Febres perniciosas Diarreias		Capivari Paraty
	Angina		Piraiá Vassouras
	Afecções da garganta de mau caráter		Niterói
		Variola	Barra de São João Barra Mansa Campos Resende Corte
	Coqueluche		Capivari Piraiá
1863	Febres intermitentes Febre tifoide		Santa Maria Madalena
		Diarreias e disenterias	Corte
1864		Febres perniciosas e intermitentes	Mangaratiba Magé
	Variola		Piraiá
		Diarreias e disenterias Gripe	Corte
1865		Variola Diarreias e Disenterias Moléstias dos órgãos respiratórios Convulsões	Corte
		Cólera	Niterói
		Escarlatina	Corte
	Câmaras de sangue		Angra dos Reis
1866	Disenteria de sangue		Valença Vassouras e outros lugares
	Disenteria		Niterói
	Febres intermitentes e remitentes	Variola Disenteria e diarreia Afecções dos órgãos	Corte

		respiratórios	
	Varíola Sarampo		Magé
	Varíola		Angra dos Reis Barra Mansa Paraíba do Sul Piraí
1867		Cólera	Cabo Frio Campos São Fidelis São João da Barra Corte
	Varíola		Localidades indeterminadas Corte
1868	Diarreia Tifo		Itaguaí
	Febres intermitentes de caráter pernicioso		Mangaratiba
		Cólera	Cabo Frio São Fidelis Corte
	Varíola Sarampo Câmaras de sangue		São João do Príncipe
		Varíola	Cabo Frio Resende Valença Corte
		Angina Coqueluche	Corte
1869		Febre amarela	Localidades indeterminadas Corte (e litoral)
1870	Febre amarela		Paraty
	Febres remitentes Sarampo Escarlatina	Febre amarela	Corte

	Moléstia do aparelho respiratório Moléstia do aparelho digestivo Moléstia do aparelho cérebro-espinhal Linfatite Angina Erisipela		
1871		Variola	Piraí Niterói Corte
		Febre amarela	Niterói
	Febre amarela		Paraty
	Erisipela Linfatite	Escarlatina	Corte
1872	Erisipela Linfatite Moléstias do aparelho respiratório Moléstias do aparelho cérebro-espinhal	Variola Sarampo	Corte
		Sarampo Coqueluche	Corte
	Febres intermitentes e remitentes		Corte
	Febres intermitentes		Angra dos Reis
	Febre amarela		Corte
1873		Variola	Barra Mansa Cabo Frio Campos Cantagalo Itaguaí Paraíba Resende Rio Bonito São Fidelis Rio Claro

			Valença
		Variola	Barra Mansa Niterói (e outros municípios)
		Febre amarela	“algumas localidades da província” Paraty Corte
1874	Febre tifoide Sarampo Escarlatina Erisipela Coqueluche Moléstias agudas do aparelho respiratório Moléstias agudas do aparelho cérebro-espinhal	Febre amarela Variola	Corte
		Variola Escarlatina	Cabo Frio Campos Macaé Maricá Magé Mangaratiba Niterói Piraí Paraíba do Sul Petrópolis São João da Barra Santa Maria Madalena São Fidelis Santo Antônio de Sá
		Variola Febres intermitentes	Angra dos Reis
1875		Variola	Angra dos Reis Araruama Mangaratiba Valença
		Febre amarela	Corte

1876		Febre amarela	Itaguaí Magé Macacu Corte
		Variola	Angra dos Reis Araruama Nova Friburgo Paraíba do Sul Valença Corte
1877	Febres Tuberculose Afecções do aparelho respiratório Afecções do aparelho cérebro-espinhal Afecções do tubo digestivo Lesões do coração		Corte
		Febre amarela	Corte
		Variola	Paraíba do Sul Corte
1878		Febre biliosa ou cerebral	Barra do Pirai
		Febre “de mau caráter”	Angra dos Reis
		Febres	Paraíba do Sul Corte
		“moléstia de caráter epidêmico”	Itaboraí
		Febres perniciosas com caráter tifoide	Estrela
		Variola	Barra Mansa Cabo Frio Macacu Mangaratiba
	Tuberculose pulmonar Tuberculose mesentérica Lesão do coração Afecção dos órgãos	Febre amarela	Corte

	respiratórios Afecção do aparelho cérebro-espinal		
1879	Varíola		Campos Macacu
	Febres paludosas		Itaboraí Maricá Rio Bonito Saquarema
	Febres “lentas” ou de “mau caráter”		Itambi Porto das Caixas Rio Bonito Saquarema
	Febres palustres		Rio Bonito
	Febres intermitentes e de “mau caráter”		Saquarema e “vizinhanças”
	Febres intermitentes e perniciosas		Capivari
	Febres intermitentes endêmicas perniciosas e tíficas		Araruama
Febres perniciosas e intermitentes Anemias Infiltrações Cloro-anemias		Barra de São João	
1880	Varíola		
		Febres	Estrela
	Febres paludosas		Niterói
	Febre amarela		Campos Niterói
		Febre de “caráter grave”	Vassouras
	Coqueluche		Barra do Pirai
	Febre amarela	Corte	
1881	Febres		Vassouras
	Febre amarela		Paraíba do Sul
		Febre “de caráter infecioso”	Vassouras

	Febres intermitentes		Niterói
	Tuberculose Febre amarela		Niterói
1882	Tuberculose pulmonar Febres palustres remitentes e perniciosas Hipoemia (vermes) Hepatites Gastro-enterites		Angra dos Reis Barra Mansa Campos Itaguaí Magé Valença Vassouras
	Febres palustres, intermitentes, remitentes e perniciosas		Angra dos Reis Capivari Campos Mangaratiba
	Varíola		Angra dos Reis Piraí Paraíba do Sul Petrópolis Rio Bonito Valença
	Tuberculose pulmonar e mesentérica “Pirexias específicas” Inflamações bronco- pulmonares Inflamações gastro- intestinais Febres palustres		Niterói
1883	Febres intermitentes de origem palustre		Capivari Itaboraí Mangaratiba Rio Bonito São João do Príncipe
	Câmaras de sangue	Varíola	Magé Macacu Paraíba do Sul Rio Claro
		Febres palustres	Itaguaí Saquarema

		Febres	Angra dos Reis
		Variola	Angra dos Reis Cabo Frio Campos Itaguaí Magé Niterói Paraíba do Sul Rio Claro Rio Bonito Santo Antônio de Sá Santo Antônio de Pádua São Fidélis São João da Barra
	Tuberculose pulmonar	Febre amarela Variola	Corte
1884		Febre amarela	Angra dos Reis Itaboraí Maricá Magé Corte
		Febres intermitentes Caquexia palustre	Squarema
	Febres palustres		Angra dos Reis
		Variola	Itaboraí Maricá Magé
	Febres intermitentes de caráter pernicioso		Mangaratiba
		Febres biliosas	Sapucaia
		Febre amarela Variola	Corte
1885	Febres		Araruama Macaé
		Febre amarela	Corte

1886	Febres “de caráter grave”		Itaguaí
		Febre amarela	Barra Mansa Niterói
	Febres intermitentes		Mangaratiba
	Febres		Piraí Paraíba do Sul Vassouras
		Variola Febre amarela	Corte
1887		Variola	Angra dos Reis Barra Mansa Cabo Frio Cativari Iguaçu Itaboraí Itaguaí Macaé Magé Maricá Niterói Nova Friburgo Paraíba do Sul Paraty Petrópolis Piraí Resende Rio Bonito Santo Antônio de Pádua Sapucaia Saquarema São Fidelis Valença Vassouras Corte
1888	Variola Tuberculose pulmonar Caquexia Febre amarela Lesões orgânicas do		Niterói

	coração		
	Beribéri		Niterói Santana de Macacu
	Febre tifoide Febres intermitentes e remitentes Sarampo Coqueluche		Niterói
		Febre amarela	Corte
1889		Febre amarela Varíola	Barra Mansa Petrópolis Paraíba do Sul Resende Valença Vassouras Corte
		Varíola	Campos Itaguaí Itaperuna Niterói Santo Antônio de Pádua Saquarema Valença

* A expressão “serra acima” era muito utilizada no século XIX para indicar regiões com a topografia mais elevada de um determinado território. No Rio de Janeiro podemos dizer que os municípios localizados “serra acima” faziam parte das regiões mais elevadas da província. Por exemplo, poderia incluir os municípios serranos de Petrópolis, do Vale do Paraíba fluminense. Em oposição “serra abaixo” indicaria qualquer região localizada na parte baixa da província ou mais próximas ao litoral, por exemplo, as baixadas litorâneas. Nas primeiras décadas do século XIX encontramos a expressão registrada pelo viajante John Mawe, conforme teria ouvido dos seus informantes: “Cantagalense é de *serra acima*, não gosta de farinha de mandioca; isto é para gente de *serra abaixo*, gente de Araruama — dizia em família o pai do autor destas notas, natural de Cantagalo” (grifos nossos). MAWE, John. *Viagens ao interior do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1978. p. 98.

** *Idem*.

Referências

Documentação primária

- BARBOSA, Plácido; REZENDE, Cássio Barbosa. Os Serviços de Saúde Pública no Brasil de 1808 a 1907 - Primeira parte (esboço histórico). *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*, São Paulo, tomo IV, VI, 1978.
- LAXE, João Baptista Cortines. Regimento das Câmaras Municipaes, ou, Lei de 1. de Outubro de 1828: anotada com as leis, decretos, regulamentos e avisos que revogão, ou alterão suas disposições e explicão sua doutrina: precedida de uma introdução historica, e seguida de sete appensos, contendo o ultimo uma breve noticia da formação dos municipios da provincia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: B. L. Garnier, 1885. 2a. ed.
- REGO, José Pereira. *Esboço histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1872.
- REGO, José Pereira. *Memoria historica das epidemias da febre amarella e cholera-morbo que têm reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.
- RIO DE JANEIRO (Província). Presidência da... Relatórios da... Rio de Janeiro, 1835- 1889, disponíveis em: http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro>.

Obras de apoio

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Qual o sentido do termo saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr.-jun., 2000.
- BIRN, Anne-Emanuelle. O nexó nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *Hisória, ciências, saúde - Manguinbos*, v. 13, n. 3, p. 675-708, 2006.
- BRASIL. Relatórios do Ministério dos Negócios do Império, 1835-1889, disponíveis em:

<<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>>.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*.

São Paulo: Companhia das Letras. 1996.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionario de medicina popular e das sciencias accessorias...* 6ª ed. consideravelmente aumentada, Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

DELAMARQUE, Elizabete Vianna. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política sanitária*. Dissertação de Mestrado, COC/Fiocruz, 2011.

EDLER, Flávio. *A Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FERNANDES, Tania Maria. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado, FFLCH/USP, 1996.

FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: GB-Brasil, 1969.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. *A febre amarela, o poder público e a imprensa durante a década de 1850, no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, IFCH/UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

GONDRA, José. *Artes de Civilizar: Medicina, Higiene e Educação Escolar na Corte Imperial*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2004.

GOUVÊA, Maria de Fátima. *O império das províncias: Rio de Janeiro (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

GOUVÊA, Maria de Fátima. Política Provincial na Formação da Monarquia Constitucional Brasileira. Rio de Janeiro, 1820-1850. *Almanack Braziliense*, n. 7, 2008b.

HARDY, Anne. 'Death is the cure of all diseases': using the General Register Office Cause of Death Statistics for 1837-1920. *Social History of Medicine*, v. 7, n. 3, p. 472-492, 1994.

MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial. *Revista de História*, São Paulo, n. 127-128, jul. 1993.

- MAWE, John. *Viagens ao interior do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1978.
- PIMENTA, Tânia S. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. Tese (Doutorado). Campinas, Unicamp, 2003.
- QUEIROZ, Luiz Pedro de. *Considerações gerais sobre as febres intermitentes*. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Typ. Do Diário, de N. L. Vianna, 1835.
- REBELO, Fernanda. Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. *Hist. cienc. saude – Manguinhos*, v. 20, n. 3, p. 765-796, 2013.
- ROSENBERG, Charles E. *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866*. Chicago: The University of Chicago Press, 1987 [1962].
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Epidemias, estado e sociedade: Minas Gerais na segunda metade do século XIX. *Dynamis*, v. 31, n. 1, p. 41-63, 2011.
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; MARQUES, Rita de Cássia. Sobre a varíola e as práticas da vacinação em Minas Gerais (Brasil) no século XIX. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 387-396, 2011.
- SOUZA, Christiane Maria da Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.
- SUÊVO RODRIGUEZ, Helio, *A formação das estradas de ferro no Rio de Janeiro: o resgate da sua memória*. Rio de Janeiro: Memória do trem, 2004.