

Quinto Sol, vol. 30, n.º 2, mayo-agosto 2026, ISSN 1851-2879, pp. 1-25
<http://dx.doi.org/10.19137/qs.v30i2.9727>

Esta obra se publica bajo licencia Creative Commons 4.0 Internacional. (Atribución-No Comercial-Compartir Igual)



Espaços, demografia africana e doenças, Rio de Janeiro, 1810-1840: propostas digitais

Espacios, demografía africana y enfermedades, Río de Janeiro, 1810-1840: propuestas digitales

Spaces, African demography and diseases, Rio de Janeiro, 1810-1840: digital proposals

Tânia Salgado Pimenta

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - PQ2
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz
Brasil
Correo electrónico: tania.pimenta@fiocruz.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-7133>

Ana Beatriz Lamego Viana

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Universidade de São Paulo
Brasil
Correo electrónico: lamegoviana@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6901-2605>

Flavio Gomes

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - PQ1B
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de História
Brasil
Correo electrónico: escravonovo@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2386-7040>

Resumo

Este artigo analisou os padrões de mortalidade da população africana escravizada no Rio de Janeiro, relacionando suas identidades, os tipos de

Palavras-chave
escavidão africana

doenças e as conexões com as ruas e a cartografia urbana da cidade do Rio de Janeiro. Com base em uma abordagem das Humanidades Digitais, foi realizado um exercício metodológico sobre os espaços e locais onde a população escravizada era vendida, bem como sobre os indicadores de doença e mortalidade. Em parte, este estudo dialoga com pesquisas anteriores sobre a escravidão urbana no Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX, também baseadas em registros de sepultamento e fontes seriadas da Santa Casa de Misericórdia. Os resultados permitiram relacionar as taxas de mortalidade não apenas com as flutuações do tráfico transatlântico, mas também com a cartografia dos ambientes urbanos e com as identidades e doenças das diferentes gerações africanas.

mortalidade
doenças
cartografia

Resumen

En este artículo se analizaron los patrones de mortalidad de la población africana esclavizada en Río de Janeiro, articulando sus identidades, los tipos de enfermedades y las conexiones con las calles y la cartografía urbana de la ciudad de Río de Janeiro. A partir de una propuesta de Humanidades Digitales, se realizó un ejercicio metodológico sobre los espacios y lugares donde se vendía a la población esclava y los indicadores de enfermedad y mortalidad. En parte, este estudio dialoga con investigaciones previas sobre la esclavitud urbana en Río de Janeiro en la primera mitad del siglo XIX, basadas también en registros de entierro y fuentes seriadas de la Santa Casa de Misericordia. Los resultados permitieron conectar las tasas de mortalidad no solo con las fluctuaciones del tráfico atlántico, sino también con la cartografía de los entornos urbanos y las identidades y enfermedades de las diferentes generaciones africanas.

Palabras clave
esclavitud africana
mortalidad
enfermedades
cartografía

Abstract

This article analyzes the mortality patterns of enslaved Africans in Rio de Janeiro, articulating the identities of the enslaved, the types of diseases and the connections with the streets and urban cartography of the city of Rio de Janeiro. Based on a digital Humanities proposal, it carries out a methodological exercise of thinking about the spaces and places where African slaves are sold and also the indications of diseases and mortality. In part, this study dialogues with Mary Karasch's original research on urban slavery in Rio de Janeiro, in the first half of the 19th century, also based on burial records and serial sources from the Santa Casa de Misericórdia. The mortality rates of Africans can be connected beyond the fluctuations of Atlantic trafficking, but rather considering the cartography of urban environments and the identities and illnesses of different African generations.

Keywords
African slavery
mortality
diseases
cartography

Recepción del original: 1 de septiembre de 2024.

Aceptado para publicar: 31 de marzo de 2025.



Espaços, demografia africana e doenças, Rio de Janeiro, 1810-1840: propostas digitais

Durante a escravidão nas Américas, doenças invadiram corpos e mentes de milhões de africanos e seus descendentes sob o impacto das condições de sequestro, transporte compulsório, comércio, vida e trabalho. Vários estudos têm avançado no sentido de associar questões mais amplas sobre o cotidiano enfrentado pelos escravizados, como má alimentação, falta de assistência e violência, considerando contextos específicos referentes às áreas urbanas ou rurais, às flutuações do tráfico, aos costumes e crenças, à organização das famílias e comunidades, às relações sociais e à legislação colonial.

Formações escravistas urbanas modernas contemplaram contingentes populacionais diversos adensados pelo crescente sequestro e incorporação de africanos e a imigração de europeus e asiáticos ainda no século XIX. Para as cidades coloniais é possível esquadrihar a circulação das doenças, considerando a população africana, seus descendentes, assim como os contingentes europeus, asiáticos e americanos de imigração oceânica.

No âmbito das *Humanidades Digitais* e com base em registros seriais desenvolvemos exercícios de georreferenciamento e de cartografias sobre epidemias e doenças endêmicas que marcaram espaços urbanos, apontando para a interseccionalidade entre padrões de sexo, identidades étnicas e moradia. Na perspectiva de abarcar diferentes experiências, tem sido possível identificar doenças que mais levavam escravizados à morte entre os diversos perfis. Quais seriam, por exemplo, as doenças que mais matavam determinadas mulheres ou homens africanos adultos ou em faixas etárias de crianças? O que tais doenças podem nos informar sobre suas condições de vida, além impactos étnicos e de reorganização de espaços sob a escravidão urbana? Por meio da construção de mapas georreferenciados e interativos, pretendemos dar ênfase ao processo histórico, destacando as questões relacionadas à saúde e à escravidão e suas mudanças e permanências ao longo do tempo. Além disso, a criação de mapas georreferenciados e interativos contribuem para a democratização do acesso ao conhecimento científico e a melhor compreensão social das atividades científicas.

Este breve artigo inicia-se com uma análise sobre as identidades étnicas e os locais de moradia de escravizados, a partir de registros de batismos de uma freguesia urbana do Rio de Janeiro, Brasil. Portanto, abordamos um período inicial de suas vidas como cativos na América portuguesa, em que podemos elaborar questões e apontar possibilidades sobre as relações recém estabelecidas entre companheiros de cativo, padrinhos e madrinhas e os respectivos senhores. Em seguida, nos voltamos para os registros que marcam o final de suas vidas, os encaminhamentos de enterramentos. As identidades étnicas e os locais de moradia podem ser relacionados com as causas de morte. Nesta etapa da pesquisa, começamos a desenvolver abordagens teóricas e ferramentas metodológicas para examinar espaços e doenças de africanos e seus descendentes numa importante cidade atlântica no século XIX, no caso o Rio de Janeiro.

A identificação das doenças que mais atingiam determinadas coletividades africanas e suas reconfigurações espaciais e temporais possibilita compreendermos melhor viagens atlânticas, períodos pós-desembarques e mesmo condições de vida e trabalho à luz de interseccionalidades que tornavam as experiências africanas diversas sob a escravidão, principalmente em cenários urbanos atlânticos. A elaboração e testes de ferramentas digitais nos auxiliam a identificar padrões de doenças, sobretudo espaços e nosologia.

1. Um Rio Atlântico: demografia africana revisitada

Para as origens dos africanos no Rio de Janeiro urbano Oitocentista, o estudo pioneiro foi o de Mary Karasch (2000). Baseando-se em notações alfandegárias, listagens de navios negreiros e registros de impostos, de prisões e de sepultamentos da Santa Casa de Misericórdia, a autora propôs a divisão dos africanos em grandes áreas geográficas, classificando-as de *Ocidental*, *Centro-Ocidental* e *Oriental*. Assim, africanos ocidentais apresentariam índices de 1,5 % a quase 7 % (dependendo das fontes e dos períodos) do volume total de africanos no Rio, enquanto os africanos centrais (ela dividiu em Congo Norte, norte de Angola e sul de Angola) alcançavam 79,7 % e os africanos orientais 17,9 %. Estudos mais recentes têm reexaminado a demografia africana carioca oitocentista, primeiramente, a partir das nomenclaturas e dos sistemas de identificações, considerando a variedade dos registros eclesiásticos.

Vale ressaltar que para além das viagens negreiras há processos quase invisíveis, porém, muito importantes em torno dos desembarques e do envio de africanos para as inúmeras casas de negócio, trapiches e galpões na parte central da cidade. Consistiam num movimento cíclico e intenso com picos anuais: a paulatina chegada de africanos, retirados dos navios negreiros, desfilando nas ruas da cidade para chegar aos armazéns e casas de negócio. Outra etapa —nem sempre obedecida— era aquela da inspeção sanitária e o encaminhamento para o Lazareto. Os índices de mortalidade da travessia atlântica foram altíssimos, embora conheçamos pouco sobre esses números nesta fase de imediato desembarque, distribuição e envio para os trapiches e armazéns de negócio.

Há um tempo providencial aí, onde em poucos dias, os sofrimentos e as agruras da viagem seriam substituídos pela tortuosa expectativa da venda e do envio para as unidades produtivas, fossem nas áreas urbanas ou naquelas rurais, próximas ou afastadas. Aliás, tempo de processos de mudanças/transformações nas vidas destes africanos. Ali, homens e mulheres jovens passavam a ser africanos —no sentido desta identificação genérica— ganhavam nomes cristãos e, certamente, desenhavam as suas primeiras identidades. Para além do sofrimento, perdas e mortalidade, estes tempos —viagem, chegada e a ida para os trapiches— eram ricos em experiências fundamentais e definitivas para as novas aventuras na diáspora. Nestas ambiências —áreas de embarque, convés de navios, áreas de desembarques, trapiches— não deviam faltar personagens atlânticos: cozinheiros, marinheiros, negociantes, fiscais de alfândega, muitos dos quais africanos já inseridos nas redes do tráfico. Em muitas situações, estes personagens foram os primeiros tradutores de milhares de africanos que chegavam cada vez mais em grupos e que se transformavam em multidões, menos aos olhares de si próprios e de seus futuros proprietários.

Possibilidades pós desembarques eram inúmeras. Indo da imediata venda nos portos para comerciantes varejistas aos senhores mais afoitos a procura de mercadorias encomendadas. Havia ainda a distribuição —quem sabe já realizada na montagem do investimento negreiro— para determinados senhores e negociantes. Quaisquer que fossem as possibilidades, batismos podiam ser efetuados. Certamente, existiram situações nas quais centenas e centenas de africanos desembarcaram e foram enviados —sem o sacramento de batismo— imediatamente para o interior. Batismos de africanos recém-chegados contemplavam menos às autoridades, inclusive aquelas eclesiásticas que recolhiam impostos, e mais aos proprietários de escravizados, mesmo aqueles provisórios. Sem descartar as dimensões rituais, posto que os batismos inventassem os primeiros símbolos das relações de poder, uma vez que nos seus registros apareciam datas, nomes cristãos atribuídos aos escravizados e nomes dos seus proprietários. De aparente simples e sumário sacramento católico, se produzia os primeiros signos de dominação e também de identidades, com as nomenclaturas/identificações das origens africanas.

Embora mais investigações tenham que ser realizadas, não podemos banalizar os batismos e seus registros. No alvorecer carioca oitocentista, milhares de registros de batizados africanos sugerem a montagem do maior cenário urbano de escravidão africana atlântica. Há evidências de que em feitorias, nas embarcações e mesmo em paróquias em África —como aquela de Nossa Senhora dos Remédios em Luanda— os batizados eram coletivos e sequer eram mencionados nomes individualmente. Não sem importância consistia num rito alfandegário. Por exemplo, foram batizados tantas “peças” africanas, numa mesma métrica que poderia incluir em termos contábeis homens, mulheres e crianças.

Ainda sabemos pouco sobre o período entre o desembarque e os batizados nestas paróquias, assim como o envio para destino final, no caso, as áreas onde trabalhariam como cativos. Enfim, o registro do africano batizado era único. Um fulano ou beltrano, ganhando um novo nome, de sexo masculino ou feminino, acompanhado de alguma nomenclatura/identificação de origem e com o registro de seu proprietário que poderia ser tanto um capitão de navio (situação comum nos lançamentos de sepultamentos pós-travessia), um negociante atacadista ou um proprietário que o comprou em algum trapiche ou nas imediações das áreas portuárias onde podiam ficar amontoados nos primeiros tempos pós-desembarque.

Outra possibilidade de esquadrihar perfis sociodemográficos africanos através dos registros paroquiais de batismos é abordar os padrões considerando determinadas freguesias. Quem eram os senhores que mais batizavam escravos? Onde e como batizavam africanos e nascidos no Brasil? Com quais frequências? Batizavam africanos coletivamente? Onde moravam? Quem eram os padrinhos e\ou madrinhas dos batizados?

Primeiras aproximações podem ser feitas tomando como referência a paróquia da Candelária, uma das freguesias centrais da Corte do Rio de Janeiro, desde o final do século XVIII. Analisamos um livro completo de batizados de escravizados (depositados no Arquivo da Cúria Metropolitana do Rio de Janeiro) entre 20 de agosto de 1809 a 30 de março de 1816. Construimos um banco de dados com 3.330 escravos batizados com

séries completas para o período de 1810 a 1815. Temos o seguinte padrão de batizados de africanos e nascidos no Brasil:

Tabela 1. Padrões de batizados de africanos e nascidos no Brasil, Paróquia da Candelária (1809–1816)

Anos	Africanos	Nascidos no Brasil	Total
1809	37 (1,8)	80 (6,4)	117 (3,5)
1810	231 (11,1)	188 (15,0)	419 (12,6)
1811	477 (22,9)	182 (14,6)	659 (19,8)
1812	409 (19,6)	164 (13,2)	573 (17,2)
1813	251 (12,1)	204 (16,3)	455 (13,7)
1814	278 (13,4)	185 (14,8)	463 (13,9)
1815	292 (14,0)	197 (15,8)	489 (14,7)
1816	106 (5,1)	49 (3,9)	155 (4,6)
1809 – 1816	2081 (62,5)	1249 (37,5)	3330 (100)

Fonte: *Registros de Batizados de Escravizados* (1809-1816). Arquivo da Cúria Metropolitana, Rio de Janeiro, Brasil.

Embora o percentual de nascidos no Brasil se destacasse, a maior parte dos batismos era de africanos com 62,5 %, ainda mais em um momento de grande fluxo do tráfico atlântico e num ambiente urbano com o papel também de redistribuir escravizados africanos. Nesta época, a sociedade escravista urbana da corte do Rio de Janeiro estava se consolidando.

Aproximando-se mais dos perfis destes escravos batizados podemos considerar os padrões de posse. Qual seja, quais são os padrões de batismos para quem batiza mais cativos. Vejamos Henrique José de Araújo, para o qual há apenas indicações de moradia “freguesia da Candelária”. Ele batizou apenas alguns nascidos no Brasil que deveriam ser filhos de seus cativos domésticos. Dos 27 africanos batizados 24 aparecem como Cabinda, para dois Moçambique e um Benguela. Houve três registros de batizados coletivos (com 6, 11 e 7 escravizados cada), entre os anos de 1811 e 1812, perfazendo o total de 24 batizados africanos. Os padrinhos registrados são Victorino, José e Procópio. Perfil semelhante aparece para o conhecido comerciante de escravos Antônio José Airoza que aparece batizando 25 escravizados, sendo somente três nascidos no Brasil. Para ele há uma maior distribuição de batizados africanos com dois nomeados como “Minas”, um Rebolo, 10 Congo e seis Cabinda. Foram igualmente três batizados coletivos onde os padrinhos foram respectivamente os cativos Antônio, Vicente e Caetano de propriedade também do Airoza que aparecia estabelecido na Rua do Rosário. O padrão é mantido para os batizados dos escravizados de Joaquim Ribeiro de Almeida com 25 batismos, sendo só dois nascidos no Brasil. Há um batizado coletivo de 11 africanos Cabinda com o padrinho Antônio, cativo do mesmo senhor. Dos 21 batizados como propriedades de outro conhecido traficante, o capitão Lourenço Antônio Ferreira, 20 eram africanos distribuídos entre Cabinda (3), Congo (1), Minas (6) e Moçambique (9). A mudança do padrão aqui fica por conta dos padrinhos que eram homens forros e não cativos dele proprietário (com exceção de dois casos). Os forros Mariano Ignácio de Assunção, Manoel José Furtado e João Ambrósio foram padrinhos de 14 africanos batizados. Dos africanos batizados sob a propriedade de Antônio Machado de Carvalho há também a

distribuição entre Cabinda (4), Mina (2) e Moçambique (8). Foram realizados cinco batismos coletivos, entre dois e quatro batizados cada.

Quem seriam os padrinhos dos batizados de africanos? Cativos do mesmo senhor, forros ou homens livres pobres? Na lógica da rede comercial atlântica e ainda num contexto do tráfico com a chegada massiva de africanos, os padrinhos dos batizados na freguesia urbana da Candelária poderiam ser especializados para levar escravos a serem batizados coletivamente. Certamente, um ambiente diferente para as paróquias suburbanas de Irajá, Jacarepaguá, Campo Grande e Engenho Velho. Podia ser um escravizado mesmo proprietário ou talvez um forro ou homem livre que atuavam na rede do tráfico. Para os batizados na Candelária identificamos a condição jurídica de cativos ou forros para 1.936 padrinhos (58,1 %), sendo provavelmente homens livres o restante, até porque aparecem apenas com nomes completos. Uma análise mais detalhada deste item esbarra na limitação metodológica de lidar com registros de homônimos. Para os nomes assinalados, se tratavam das mesmas pessoas? Localizamos José Antônio da Cunha como padrinho para 74 registros de batismos? Seria a mesma pessoa? Para aqueles indicados como forros temos 387 registros. A concentração de padrinhos forros com o mesmo nome é maior do que aquela concentrada para um mesmo proprietário que batizava o seu escravizado. Igual padrão pode ser verificado para as madrinhas forras. Para 3263 batizados temos registros de um ou dois padrinhos. Para 80,5 % (627) dos batizados há referências de apenas um padrinho. No caso dos padrinhos escravizados (1632), apenas 44,4 % (660) eram cativos do mesmo proprietário dos batizados. Dos 972 padrinhos cativos de proprietários diferentes, em 71,7 % (697) eles eram os únicos padrinhos. Os batismos com apenas um único escravizado de proprietário diferente estão distribuídos entre 63,3 % de africanos e 36,7 % de nascidos no Brasil, além do fato de que para 28,3 % dos batismos que tinham padrinhos cativos de diferentes de senhores há registros de dois padrinhos. Eis aqui um padrão que evoca mais interpretações.

Os padrões de batizados da Candelária são: africanos, coletivos, padrinhos coletivos e forros. Porém um número significativo de padrinhos referia-se a cativos de proprietários diferentes. Estes dados podem sugerir um paulatino processo de socialização escrava urbana com padrões de compadrio escravo entre diferentes plantéis. Mas difícil seria considerar as explicações para tal processo. A escolha seria dos cativos batizados? Certamente não, pois se tratava de um perfil escravizado e africano de recém-chegados. A escolha teria sido senhorial? Talvez sim, mas por quê? Não tinham escravos próprios que servissem de padrinhos ou não queriam que os mesmos fossem? Outra hipótese seria verificar —algo mais difícil— se os donos dos cativos que eram padrinhos estavam também batizando eles mesmos escravos novos. Verificamos um interessante índice de informações de padres\reverendos entre os proprietários de padrinhos escravos (26 contra 10 que aparecem para os proprietários daqueles que seriam batizados) talvez indicando que eram cativos que estavam no âmbito das paróquias onde se realizavam os batizados, se transformando assim em providenciais padrinhos.

Eis aqui variáveis importantes, mas pouco exploradas nos registros de batismos: endereços dos senhores que batizavam, sugerindo padrões de compra e espacialização dos africanos recém-chegados. A partir de uma amostra de 274 endereços de africanos batizados (corresponde a 13,5 %) localizamos a seguinte concentração de locais

(poderiam ser residências ou casas de comércio) de envio de africanos recém batizados na Paróquia da Candelária, entre 1809 e 1816.

Tabela 2. Endereços de moradia dos senhores ou comerciantes dos escravizados africanos batizados na Freguesia da Candelária, 1809-1816

Locais, ruas	#	%
Direita	61	22,2
Mãe dos Homens	10	3,7
Ouvidor	16	5,8
Quitanda	49	17,9
Rosário	26	9,5
Sabão	15	5,5
São Pedro	55	20,1
Trás do Carmo	14	5,1
Violas	28	10,2
Total	274	100

Fonte: *Registros de Batizados de Escravizados* (1809-1816).

As ruas Direita, Quitanda e São Pedro, no centro da cidade, concentraram mais de 60 % dos endereços, sugerindo um padrão de locais de comércio dos escravizados africanos neste período. Para a Rua Direita aparece mais de 1 a cada 5 africanos batizados. Quase 20 de nascidos no Brasil e filhos de mulheres africanas que também foram batizados neste período indicavam a Rua Direita, área com grande força comercial de africanos recém desembarcados nas primeiras décadas do século XIX.

Enfim, entre 1810 e 1815 os africanos desembarcados e imediatamente aqui batizados podiam tanto serem vendidos para outras áreas como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande, como seguirem para o norte fluminense (Mangaratiba, Parati e Angra dos Reis) ou Vale do Paraíba, áreas que ainda estavam em período de pré-montagem de expansão econômica. É possível supor que a maior parte destes africanos permanecesse —qual seja, fossem comercializados— nas paróquias centrais da Corte (transformados em cativos urbanos e\ou domésticos) ou fossem enviados para as paróquias suburbanas, abastecendo fazendas, engenhos, plantações de alimentos, sítios e chácaras. Nestes registros encontramos muitas informações sobre a moradia dos senhores proprietários. Para além da ausência de qualquer informação ou aquelas genéricas como “freguesia da Candelária” ou “cidade do Rio de Janeiro” temos a esmagadora maioria indicando as ruas centrais da cidade, com destaque para a rua Direita, rua de São Pedro, rua da Quitanda, rua do Rosário, rua do Ouvidor, rua Mãe dos Homens, rua dos Ourives, Praia do Peixe e Praia dos Mineiros. É crível supor que estes africanos eram batizados e podiam tanto permanecer na Corte como serem reexportados. Considerando somente os batizados dos nascidos no Brasil, comprovadamente filhos de mães africanas, verificamos também um alto índice de moradias dos proprietários das ruas acima referidas.

2. Diagnósticos atlânticos

O impacto de doenças e a morbidade nas travessias atlânticas sempre mobilizaram estudos e pesquisas, especialmente para as regiões do Rio de Janeiro no século XIX. Precisamos conhecer mais sobre as taxas de mortalidade e as tipologias das doenças nas margens africanas e atlânticas, tanto em períodos pré-embarques (áreas africanas de mercado e entrepostos do comércio), como naquelas temporadas imediatas aos desembarques nas Américas, em diferentes áreas coloniais. Estima-se que em torno de 10 a 12 % dos africanos escravizados podiam falecer nas feitorias litorâneas antes de serem embarcados.¹

Para os desembarques há estudos apontando as taxas de mortalidade, especialmente nos anos finais do tráfico legal. Para as áreas urbanas do Rio de Janeiro, o estudo de Júlio Pereira destaca que entre 1825 a 1829 foram sepultados 5.826 “pretos novos” (2007, p. 109 e segs.). O impacto e índices de mortalidade eram cruzados com as distâncias, áreas e duração das viagens do comércio atlântico de africanos escravizados. A duração de uma viagem de Luanda para o Rio de Janeiro podia ser de 35 dias enquanto para os portos de Moçambique alcançavam 75 dias (Florentino, 2014).

Diante de novas possibilidades analíticas é fundamental refletir sobre imagens estereotipadas que tornam a ideia de doenças propagadas exclusivamente pelo tráfico atlântico. Será importante considerar fatores conjunturais e demográficos, que incluiria ecossistemas, regimes econômicos, padrões de propriedade e a natureza das fontes onde aparecem os registros de doenças e enfermidades.²

Os registros de batismos e aqueles de sepultamentos constituem um dos primeiros documentos sobre o indivíduo que estava submetido à escravidão, fosse um bebê ou um africano recém-chegado e imediatamente falecido, quando não ocorrida na travessia atlântica. O batismo estabelece ou reforça uma inserção já existente desses indivíduos em relações com outros cativos, libertos ou livres. Para aprofundar a análise dessas relações, mostramos a importância da localização espacial. Na outra ponta da vida dos escravizados, os historiadores podem recorrer aos registros que dizem respeito à morte dessas pessoas. Essa documentação permite investigarmos as condições de vida a que essas pessoas foram submetidas ao longo do cativeiro, considerando as interseccionalidades relacionadas ao sexo, identidade étnica e causa de morte, por exemplo.

Neste estudo, agregamos a localização espacial da moradia como um exercício inicial para o aprofundamento da análise sobre as condições de vida desses escravizados. O estudo de Mary Karasch —pesquisa do final da década de 1960 e primeira metade dos anos setenta, publicado em inglês em 1982— continua a ser importante para as reflexões sobre a saúde dos escravizados que circularam pela cidade do Rio de Janeiro durante a primeira metade do século XIX.³ Os materiais base que permitiram a análise são os

¹ Para estudos clássicos ver Klein & Engerman (1975); Miller (1981); Eltis (1984, 1989); Klein (1988). Estes últimos dados revisados por Florentino (1994).

² Para algumas atualizações de dados sobre mortalidade nas viagens atlânticas ver Klein et al. (2001). Para o Brasil, as melhores atualizações aparecem compiladas em Silva Junior & Reis (2016).

³ Não obstante a bibliografia que analisa a mortalidade escrava no Rio de Janeiro —em estudos baseados em inventários post-mortem, registros paroquiais de sepultamentos e listagens de desembarques de

encaminhamentos para sepultamentos no Cemitério da Santa Casa da Misericórdia. Ela analisou amostras para os anos de 1832-1834, 1837-1838 e sobretudo o ano de 1849. Suas análises sobre mortalidade escrava foram combinadas com as fontes eclesíásticas, considerando que na primeira metade do século XIX, a maior parte dos sepultamentos eram realizados e anotados pelas paróquias, com destaque para aquelas centrais como Santa Rita, Sacramento, Candelária e São José. Ainda assim destacou que as amostras dos sepultamentos da Santa Casa de Misericórdia eram mais amplas, considerando cativos —especialmente africanos— provenientes de diversas partes e cenários urbanos. Foi com base na amostra para o ano de 1849 (1.144 registros) que Karasch assinalou o padrão de 64,4 % mortos de origem africana dos escravizados, 78,6 % de sexo masculino. Em termos de padrões etários, a maior incidência era de africanos adultos, na faixa dos 20 a 29 anos, alcançando 28,3 %. Africanos com 60 anos ou mais representavam cerca 11,9 %. É bom destacar que a faixa de indeterminação etária era muito grande. Da amostra de africanos de 1849 não temos informações das idades de cerca de 70,5 % dos sepultados. Para os registros de escravizados africanos e nascidos no Brasil sepultados para os anos de 1833, 1838 e 1849 temos informações de idade para 64,4 %. Os adultos —sobretudo africanos— representavam 74,3 % dos escravos enterrados, sendo que o restante de crianças era de nascidos no Brasil. Certamente o sobre registro de idades nestes sepultamentos pode ter apagado a memória histórica de índices de crianças (de 0 a 9 anos) africanas escravizadas trazidas no tráfico atlântico. Por exemplo, há que considerar que 23,1 % dos sepultados africanos —portanto quase 1 em cada 4— estava na faixa de 10 a 19 anos. Juntando os três períodos das amostras de Karasch temos para idades conhecidas o padrão de 1.374 registros, sendo 41,3 % para crianças e 58,7 % para adultos. O índice de mortalidade escrava adulta africana era de 37,3 % na faixa de 10 a 29 anos, portanto muito próxima dos períodos e taxas dos desembarques (Karasch, 2000).

As nossas amostras consideraram o mesmo período —segundo quartel do século XIX— mas anos distintos da pesquisa de Karasch.

Tabela 3. Africanos sepultados no Cemitério da Misericórdia, Rio de Janeiro, 1835-1845

Anos	Africanos (%)	Total
1835	1236 (66,4)	1861
1836	1363 (77,8)	1752
1839	1580 (77,3)	2043
1845	1068 (77,1)	1386
1835-1845	5247 (74,5)	7042

Fonte: *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1835-1845). Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Com amostragens mais robustas confirmamos alguns índices indicados por Karasch, embora os limites opostos de suas amostras sejam mais elásticos, como 1833 e sua análise para 1849, o penúltimo ano do tráfico ilegal, desde 1831 e a segunda lei em

africanos publicados em periódicos—, a pesquisa de Karasch (2000) a partir de registros da Santa Casa de Misericórdia continua sendo referência.

1850. Há uma concentração de sepultamentos de africanos com idades aproximadas daquelas para a amostra dela.

Sobre as doenças propriamente ditas Karasch (2000) mencionou também ter utilizado igualmente as “notas manuscritas dos médicos que atestavam a *causa mortis* de muitos cativos enterrados no Cemitério da Santa Casa” (p. 208). Importa ressaltar que as notas assinadas por médicos e cirurgiões utilizadas por Karasch fazem parte de uma documentação bastante diversa referente aos encaminhamentos de sepultamentos da Santa Casa. Havia também bilhetes ou guias assinadas por inspetores de quarteirões ou por juizes de paz encaminhando tanto falecidos identificados, fossem escravizados, libertos ou livres pobres ou corpos sem identificação encontrados na porta de igrejas, praças ou praias. Além disso, existem solicitações do administrador da Casa de Correção para os sepultamentos de presos, que podiam ser escravizados, libertos, e de africanos livres. O material assinado por inspetores de quarteirão, juizes de paz e carcereiros ou administradores da Casa de Correção, em sua maior parte, não indicava a causa da morte, embora, por vezes, fizesse referência a um atestado ou exame médico. Em menor quantidade, havia encaminhamentos de sepultamentos para pessoas livres muito pobres e para marinheiros estrangeiros.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito à forma como Karasch (2000) trabalhou com as informações sobre as causas de morte. Na ocasião, utilizou a “Lista Internacional de Causas de Morte” de 1959. Dessa forma, trata-se de um exercício para encaixar enfermidades, que constituíam a maior parte dos motivos que levaram à morte, como eram compreendidas na primeira metade do Oitocentos numa classificação contemporânea ao estudo original, mas diferente da existente no início do século XXI.⁴ As dificuldades para operar esta classificação são apontadas pela própria autora ao explicar que onde “não era possível identificar a causa da morte, coloquei o sintoma na categoria que parece a mais próxima da parte do corpo afetada. Assim, as tosses estão entre as doenças respiratórias, embora possam ser um sintoma de coqueluche ou tuberculose”. Portanto, apesar de um exercício de classificação bastante minucioso, a autora conclui que diante da “dificuldade em identificar corretamente cada causa de morte, esse apêndice só pode se aproximar das verdadeiras causas da mortalidade dos escravizados” (p. 540).

Colocadas essas ressalvas, a distribuição de causas de morte em determinados grupos deixa mais evidente a relação entre as doenças e as condições de vida da população escravizada. Os grupos utilizados são *Doenças infecto-parasíticas, Sistema digestivo, Sistema respiratório, Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos, Primeira infância e malformações congênitas, Morte violenta e acidental, Sistema circulatório, Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina, Gravidez, parto e puerpério, Sistema geniturinário, Causas conhecidas (variadas), Causas de morte mal definidas, Causa desconhecida*. Alguns estudos seguem mais à risca a associação de determinadas moléstias aos grupos de causas de morte, enquanto outros acatam alguma flexibilidade, considerando sintomas que poderiam indicar diversas doenças de diferentes grupos. Há ainda autores que desenvolvem adaptações que possam fazer sentido para as suas pesquisas.⁵ A pesquisa de Karasch (2000) conclui que as principais

⁴ Sobre as dificuldades e limitações de tal exercício, ver Oliveira (2023).

⁵ Ver, por exemplo, Barbosa (2014, 2016); Viana (2016); Sampaio (2019); Mattos (2023).

causas de doenças e mortes dos escravizados entre 1833 e 1849 eram moléstias infecto-parasíticas, doenças dos sistemas digestivo, respiratório e nervoso e da primeira infância. E entre o grupo que concentrava a maior parte das doenças, a tuberculose se destacava, seguida de longe por disenteria, varíola, tétano e malária.

Seguindo a essa classificação, fizemos o levantamento de dados dos anos de 1835, 1836, 1839 e 1845 da mesma documentação e podemos concluir que os resultados encontrados não são muito diferentes. Assim, reconhecendo a importância do trabalho de Karasch para os estudos sobre saúde e escravidão, procuramos problematizar e aprofundar alguns resultados, especialmente cruzando informações sobre endereços e espaços urbanos, de ruas, travessas, praias e becos. Trata-se de um estudo nosso em andamento, portanto os dados e resultados inicialmente apresentados aqui ainda estão sob o processo de refinamento da classificação no banco de dados.⁶

Tabela 4. Causas de Mortalidade (conhecidas). Escravizados sepultados no Cemitério da Misericórdia, Rio de Janeiro, 1835-1845

Causas	1835		1836		1839		1845		Total
	#	%	#	%	#	%	#	%	
Infecto-Parasítica	189	32,1	246	30,9	299	33,0	210	33,2	944
Sistema Digestório	142	24,2	149	18,7	200	21,9	136	21,5	627
Sistema Respiratório	72	12,2	97	12,2	127	13,9	65	10,3	361
Sistema Nervoso	27	4,6	39	4,9	45	4,9	53	8,4	164
Primeira Infância	26	4,4	49	6,2	32	3,5	36	5,7	143
Morte Violenta e Acidental	18	3,1	25	3,1	9	1,0	25	4,0	77
Sistema Circulatório	3	0,5	16	2,0	25	2,7	9	1,4	53
Doenças Reumáticas e Nutricionais	3	0,5	6	0,8	8	0,9	6	0,9	23
Gravidez e Parto	8	1,4	12	1,5	10	1,1	6	0,9	36
Sistema Geniturinário	0	0	4	0,5	2	0,2	0	0	6
Variadas	13	2,2	16	2,0	5	0,5	6	0,9	40
Mal Definidas	87	14,8	137	17,2	150	16,4	80	12,8	454
Total	588	100	796	100	912	100	632	100	2928

Fonte: *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1835-1845).

Importa ressaltar que as causas de morte identificadas se referem ao conhecimento médico que circulava naquele contexto: na primeira metade do século XIX no Rio de Janeiro. Muitos médicos e cirurgiões se formaram na Academia Médico-Cirúrgica, transformada em Faculdade de Medicina criadas, respectivamente em 1813 e

⁶ Neste artigo utilizamos dados de quatro anos (1835, 1836, 1839 e 1845), cujos registros abarcavam os doze meses. Ressaltamos que não nos limitamos aos atestados médicos, considerando todo o material relativo ao enterramento contido nos pacotes, conforme especificado anteriormente. Isso amplia o universo quantitativo sobre as doenças, mas também sobre as etnias, a distribuição espacial e os africanos livres. *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1835-1845).

1832, na cidade. A organização do ensino e o conteúdo das disciplinas tinham influência das universidades europeias. Além disso, diversos outros médicos que atuavam no Brasil foram formados na Europa.⁷ Mas, importa considerar que a experiência dos médicos e cirurgiões no Rio de Janeiro apresentava doenças diferentes das identificadas na nosologia europeia ou ainda doenças que teriam desenvolvimentos diversos daqueles aprendidos nos livros de medicina europeia. Também outras possibilidades terapêuticas, sobretudo investigações sobre plantas nativas, poderiam ser adicionadas ao arsenal europeu (Ferreira, 1999; Edler, 2014).

Para além dessas questões relacionadas às especificidades do meio ambiente em que a medicina e a cirurgia eram exercidas, havia também questões relacionadas à sociedade urbana atlântica. Uma cidade portuária com a introdução de milhares de africanos escravizados vindos de diferentes pontos do continente, certamente, colocava todos sob uma maior circulação de vírus e bactérias, além de —e especialmente— as condições a que os escravizados eram submetidos os tornarem mais vulneráveis a diversos tipos de enfermidades (Fett, 2002; Hogarth, 2017). Assim, não se pode desconsiderar a experiência de cirurgiões e médicos ao efetivamente tratar o doente ou apenas observar o corpo e estabelecer diagnósticos que constaram dos milhares de atestados médicos que encaminhavam o enterramento dos escravizados no Cemitério da Santa Casa.⁸ Embora alguns médicos possam ter utilizado termos como “ao fim de muito tempo de tratamento”, “foi tratado com desvelo” apenas como uma formalidade, outros indicavam por quantos dias ou meses o doente padeceu ou recebeu tratamento e outros poucos apontavam qual a terapêutica empregada.

Alguns médicos e cirurgiões se esmeravam em detalhar e enumerar as causas da morte. Em 1835, o cirurgião Joaquim Clarimundo da Silva, formado pela Academia Médico-Cirúrgica da Corte, atestava que havia tratado de João de nação Cabinda de apenas oito anos “pouco mais ou menos”. João, que resistiu a todo o processo de separação de sua família e ao tráfico, acabou expirando do outro lado do Atlântico como escravizado de Lucio José Ferreira, morador na rua Larga de São Joaquim, casa 158. O cirurgião Joaquim registrou suas observações sobre o calvário de João: “foi acometido de uma febre contínua complicada com afecção do peito, inflamação do fígado, e todo o tubo intestinal, e vermes lombricóides, e não obstante os socorros, que lhe administrei, terminou a moléstia pela gangrena”.⁹ Embora não tenhamos encontrado muitos outros casos que explicitassem tantas enfermidades que haviam concorrido para o falecimento, não era raro que houvesse duas moléstias registradas. Por um lado, isso aponta para as precárias condições de vida da população escravizada. Contudo, por outro lado, indica que o conhecimento médico naquele contexto não estava uniformizado em relação a uma nosologia. De fato, foi em meados do século XIX, que o hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro estabeleceu uma lista de doenças que deveriam ser

⁷ A Coroa portuguesa só permitiu que houvesse uma escola de cirurgia na colônia quando a corte foi transferida para o Brasil, em 1808. Neste ano foi fundada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica no Rio de Janeiro, que ganhou um plano de estudos em 1813, passando a ser conhecida como Academia Médico-Cirúrgica (Salgado Pimenta, 2019).

⁸ Sobre observações, experiências e produção de conhecimentos médicos em escravizados doentes, ver Viana (2018); Lima (2019); Santos (2022).

⁹ A documentação encontra-se em pacotes referentes a cada ano com manuscritos soltos sem organização interna. *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1835).

usadas pelos médicos, com o objetivo de uniformizar os diagnósticos. No entanto, na prática, essa nosologia demorou em ser seguida dentro e fora do hospital (Salgado Pimenta, 2011, p. 29). Além disso, a própria concepção sobre doença oitocentista torna mais complicada a classificação das enfermidades ao indicar, muitas vezes, o que consideramos sintoma, como febre, por exemplo, como sendo a doença em si. Certamente, quando as anotações eram feitas por um leigo, como inspetores de quarteirão e juízes de paz, a imprecisão em relação aos critérios atuais aumentava bastante. Desse modo, embora os termos “febre intermitente” e “febre perniciosa” sejam associados geralmente à doença conhecida atualmente como malária, no Dicionário de Medicina Popular, de Chernoviz, “febre perniciosa” seria associada à febre tifoide, que também poderia ser referida como febre mucosa, maligna, nervosa, pútrida, adynamica, ataxia, entre outros termos (Chernoviz, 1890).

A classificação em grupos de causas de morte ajuda a conhecermos melhor as condições de vida dessas pessoas. Mas é preciso considerar que algumas causas de morte estão sub-representadas. Como aponta Karasch (2000), as mortes de mulheres por circunstância relacionadas à gravidez e ao parto, assim como as mortes de crianças aparecem em número pequeno nos registros deste Cemitério. Contudo, consideramos que outros grupos, como o de violência e acidente apresentam certamente sub-registros. Nesse tipo de documentação é bastante difícil identificar propriamente que a morte foi consequência direta de alguma violência, conforme a própria Karasch indica. Os registros policiais constituem registros mais apropriados para os estudos sobre o assunto, mas ainda assim consideramos que podemos problematizar essa questão para além da constatação de que “em termos comparativos, poucos escravizados morriam de violência física direta” (p. 249).

Algumas causas de morte como contusões, quedas, queimaduras, em sua maioria, não apresentam qualquer descrição que possa indicar intencionalidade. Mas, por vezes, alguns registros mais completos acabam por lançar luz sobre a possibilidade de que outras causas de morte não tenham sido explicitadas, como sugerem a morte de José, proveniente de Moçambique, por “tétano sintomático em consequência de viscerações na lombar” em outubro de 1835 e, de forma explícita, de João “de nação”¹⁰ que morreu de um “ataque repentino depois de ser castigado com açoite” em janeiro de 1836.¹¹ Essas situações permitem que consideremos pelo menos parte das mortes por tétano, em especial tétano traumático, como consequência de feridas não tratadas e expostas causadas por violência. Igualmente, os casos de escravizados mortos “repentinamente”, por “ataques”, “convulsões” e “apoplexias” podem conter histórias de violência contra essas pessoas. Ainda que não possamos contabilizar esses registros como causas violentas, é necessário problematizar a causa mortis e o lugar de escravizado de quem faleceu.

Os suicídios compõem as mortes violentas. No caso de Pascoal, nascido no Brasil, consta que se suicidou em novembro de 1839. Catherina, de nação Ambaque, foi encontrada enforcada na chácara de seu senhor Antonio Joaquim Garces, em janeiro de 1836. No mesmo ano, Custódio, de nação Cabinda, em abril, e Maria Antonia, em junho,

¹⁰ Na documentação pesquisada do século XIX, o termo “de nação” indicava que a pessoa procedia da África ainda que não houvesse especificação de qual nação.

¹¹ *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1836).

de proprietários diferentes, também se enforcaram. Em 1845, localizamos registros de afogamentos em abril, maio, junho, julho e agosto. É interessante observar que nos casos de suicídios ou de provável suicídio, não há atestados médicos, apenas declarações de inspetores de quarteirão.¹²

Essas considerações são importantes para problematizarmos as análises de mortalidade, mas também para elaborarmos produtos de história digital. Localizar incidências de determinados tipos de doenças no espaço urbano através de um georreferenciamento ou cruzar com os nomes e endereços de proprietários permite perscrutar as condições de vida da população escravizada no Rio de Janeiro, já no período da ilegalidade do tráfico atlântico. Esse aspecto é interessante porque a historiografia aponta que após a proibição efetiva (primeiro em 1831 e depois em 1850) de desembarque de africanos escravizados para o Brasil, os cativos passaram a ser tratados com mais cuidado por seus senhores com o intuito de preservar a mão de obra. Ainda que seja necessária a incorporação de dados relativos à segunda metade do século XIX, análises iniciais sobre a primeira metade do Oitocentos contribui para os estudos que abordem essa questão.

O cruzamento dos nomes e endereços de proprietários chama a atenção para diversos casos em que falecem no mesmo ano, cativos do mesmo senhor. João Silvério Monteiro Dias, morador na rua de São Pedro, 182, por exemplo, perdeu Visidoria e Josefa, em 1835, de metrite aguda e tísica pulmonar respectivamente, num intervalo de oito meses. Em ambas as situações, João Monteiro recorreu ao cirurgião João Francisco de Souza, formado na Academia Médico-Cirúrgica. Já Agostinho da Silva Pinheiro, morador na rua do Fogo, perdeu, num intervalo de um mês, em 1836, duas crianças cativas de diarreia maligna. O cirurgião Jose da Cunha Santos afirmou que ambas sofreram por cerca de uma semana com a moléstia. Havia, contudo, quem tivesse perdido quatro escravizados, como Joaquim Bernardino da Costa Aguiar, da rua dos Ourives, 19, que em um mês viu falecer Faustino “crioulo” de hidropisia e ascites; Thomé, de amolecimento cerebral; Luiz de nação Rebolo, de tísica pulmonar; e Elias, “moleque” de colite aguda. Em 1839, Pedro Antonio Vieira da Motta, morador na rua de Mata Cavalos, 27, ficou sem oito de seus escravizados, três dos quais eram crianças, Francisca, Rosa e Carolina, com menos de dois anos de idade, que morreram de febre intermitente e disenteria. Duas mulheres vieram de Benguela, Joaquina e Agueda, e uma de Cabinda, Ignes. Faleceram de enfermidades como hidropisia, tísica, gastroenterite e obstruções de fígado e baço. Todos foram assistidos pelo cirurgião Antonio da Costa, com exceção do único homem falecido entre os cativos de Pedro da Motta, que foram enterrados no Cemitério da Misericórdia naquele ano. Germano que morreu de enterite teve seu atestado assinado por Jose Pereira Rego, médico que ocuparia o principal cargo de saúde décadas depois, como presidente da Junta Central de Higiene Pública. Também foi presidente da Academia Imperial de Medicina e, certamente, adquiriu parte de sua experiência através da observação e tratamento de escravizados doentes.¹³

¹² *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1836, 1839, 1845).

¹³ José Pereira Rego foi presidente interino da Junta Central de Higiene Pública em 1863 e 1864, assumindo a presidência efetiva em 1865, cargo em que permaneceu até 1881. Presidiu a Academia Imperial de Medicina de 1855 a 1857 e de 1864 a 1883. *Registros de encaminhamentos para enterramentos* (1835, 1836, 1839).

Os registros de sepultamentos da Santa Casa de Misericórdia para os anos de 1835, 1836, 1839 e 1845 permitem revisitar a demografia africana a luz das dimensões que podem cruzar doenças e espaços. Optamos inicialmente desagregar os registros gerais (com alto índice de sub-registros e informações incompletas) pelos padrões de africanos. Para o conjunto de registros de sepultamentos nestes quatro anos, identificamos 578 com informações sobre “nações” e nomenclaturas de origem e procedência a partir do tráfico atlântico (Slenes, 1992).

Tabela 5. Padrões de africanos (10 ou + registros) sepultados na Santa Casa de Misericórdia, 1835-1845

Nomenclaturas portos africanas	1835	1836	1839	1845	Total (%)
Angola	13	7	21	15	56 (10,3)
Benguela	28	33	29	33	123 (22,6)
Cabinda	10	12	39	23	84 (15,4)
Cassange	7	8	5	5	25 (4,6)
Congo	12	20	24	30	86 (15,8)
Mina	8	8	6	7	29 (5,3)
Moçambique	15	23	25	19	82 (15,2)
Monjolo	2	2	8	4	16 (2,9)
Quilimane	1	7	1	1	10 (1,8)
Rebolo	4	6	15	8	33 (6,1)
Total	100	126	173	145	544

Fonte: *Registros de encaminhamentos para enterramentos (1835-1845)*.

Analizamos as “Nações” e/ou nomenclaturas de portos com 10 ou mais registros.¹⁴ Os padrões africanos se mantêm próximos daqueles levantados por Karasch: africanos ocidentais com 5,3 %; africanos orientais (Moçambique e Quilimane) com 16,9 % e o restante africanos centrais, representando 77,8 %. Em termos espaciais encontramos diferenças. Ao contrário dos padrões de concentração para os batizados para as ruas Direita, Quitanda e São Pedro —sugerindo que os africanos eram primeiramente batizados pelos proprietários comerciantes e só depois revendidos— verificam-se uma diferenciação maior e nunca concentração de ruas e endereços.

Destacamos que variáveis como doenças, gênero, identificação étnica e endereço distribuídas num mapa georreferenciado e interativo permitem que, através de filtros, possamos aprofundar a compreensão sobre as relações entre elas. Tais mapas possibilitam também considerar mudanças e permanências nessas relações ao longo do tempo de forma mais detalhada e evidente, assim como propiciam a identificação de concentrações no tempo e no espaço de indivíduos mortos por determinadas doenças. Dessa forma, podemos apontar para um quadro mais complexo acerca das condições de vida de homens, mulheres, idosos, crianças para além da situação dos escravizados em geral.

¹⁴ Não consideramos 34 registros com africanos diversos com menos de dois dígitos: Inhabane, Camundá, Cabo Verde, Calabar, Ganguela, Quissama, Sena, Songa, Mofumbe, Cabundá, Mucumbe, Muange e Ambaca.

3. Possibilidades cartográficas: metodologias em construção

Dessa forma, como exercício metodológico, propomos uma interação digital para analisar as conexões entre doenças, coletividades africanas e a espacialização nas áreas centrais da Cidade do Rio de Janeiro (Reis, 1999). Para georreferenciar o mapa de sepultamentos foi preciso movimentar uma série de fontes cartográficas.¹⁵ Alguns dos mapas mais detalhados, que trazem até o número das casas em cada uma das ruas, foram confeccionados décadas depois dos endereços estudados e coletados. Os sepultamentos foram realizados no final da primeira metade do século XIX, enquanto os mapas mais precisos datam da segunda metade do século XIX. Esse período é rico em intensa mudança de nomes de ruas. Esses novos nomes, ainda que não fossem necessariamente refletidos nos costumes da população, eram usados nas documentações e na confecção dos mapas. É o caso, por exemplo, da Rua dos Latoeiros, que nos mapas do fim do século XIX já aparece como Rua Gonçalves Dias, a Rua da Vala, que da mesma forma aparece como Rua Uruguaiana, ou a Rua da Direita, que em alguns mapas é indicada como Primeiro de Março.

Além da criação de métodos para elaboração de georreferenciamento, o primeiro protótipo do mapa interativo passou por processos de seleção dos pesquisadores para a confecção das ferramentas de interação. Nesse sentido, as ferramentas de filtro são o que mais incentivam a forma como o usuário consulta o mapa e como ele interage com as informações. Tais ferramentas facilitaram as escolhas das informações mais relevantes para se perguntar (ou filtrar) no banco de dados. O filtro, no entanto, levanta a seguinte questão de método de análise: uma vez que os filtros são determinados na pesquisa, cria-se uma indução sobre quais as informações são relevantes para serem filtradas ou não. Dispomos filtros com determinadas informações: os anos dos sepultamentos, o gênero dos escravizados, a doença que se quer selecionar (iniciamos com apenas tísica e disenteria) e as identidades étnicas, que oferecem uma grande potência para pesquisas futuras, mas constitui a ferramenta mais trabalhosa na sua confecção. Destacamos que a realização de uma triagem, ou filtro, de informação em um banco de dados convencional constitui um processo mais simples do que numa pesquisa com informações espaciais. Portanto, quando se produz uma pesquisa com esse recorte é necessário definir muito bem quais informações do banco de dados são passíveis de análise espacial.

Quanto às causas de morte escolhidas para este primeiro exercício cartográfico, foram selecionadas disenteria e a tísica, atualmente denominada tuberculose. A tuberculose era endêmica no Rio de Janeiro, na primeira metade do século XIX, e era a principal causa de morte dos escravizados sepultados na Santa Casa da Misericórdia da cidade. Atingia, proporcionalmente, mais as mulheres que trabalhavam no serviço doméstico e como amas de leite, estando mais vulneráveis ao contágio em moradias

¹⁵ O mapa-base principal é o mapa do Edward Gotto (1871), *Plan of the City of Rio de Janeiro*. Para complementar as informações, foram utilizados também *Cartogramma do Cholera-Morbus na cidade do Rio de Janeiro durante o ano de 1895*, pois cobria uma área maior e oferecia informações sobre as localizações das freguesias; *Planta da Cidade de S. Sebastião do Rio de Janeiro* de Thierry Frères (1839), utilizado por ser de uma data mais próxima das fontes cartográficas; *Planta da mui leal e histórica cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro* (1852). Todas as plantas fazem parte do acervo da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, Brasil.

onde já houvesse alguém tuberculoso. A disenteria era a segunda maior causa da mortalidade de escravizados entre as moléstias infectoparasíticas, mas pode ter sido sub-registrada como causa de morte por muitas vezes se manifestar associada a outras doenças, como varíola (Karasch, 2000).

A representação espacial dos casos de tísica, muito mais presente no mapa, mostra que, às vezes, a doença assolava um mesmo endereço e diversos escravizados faleciam num curto período. É o caso do número 84 da rua de São Pedro: Joaquim falece em março de 1839, dois meses depois, em maio, morreria Antônio e, em agosto do mesmo ano, Francisco morre da mesma doença. A rua de São Pedro chama a atenção, no ano de 1839, pois é possível identificar uma concentração de escravizados que faleceram nas proximidades da Igreja de São Pedro, a maioria de tísica. Há muitos casos de recém-nascidos e crianças falecendo de disenteria, e, em alguns endereços, escravizados mais velhos falecem de tísica no período em que as crianças adoecem. É possível deduzir que a ausência dos cuidados desses escravizados mais velhos tenha desencadeado a morte das crianças, é o caso do número 27 da rua de Mata Cavalos: a escrava Joaquina adoece de tísica e nesse processo falecem, em maio daquele ano, Roza e Francisca, ambas com dois anos de idade e em consequência da disenteria. Algo semelhante acontece no número 24 da rua dos Ciganos: Modesto e Gaspar adoecem, respectivamente de tísica e disenteria, e nesse processo falece Ventura, com apenas vinte dias de vida. Esses aspectos da análise cartográfica podem indicar, além da questão sanitária de muitos lares, possíveis dinâmicas familiares. Se a morte de crianças repetidamente vem acompanhada com a morte de escravizados mais velhos, é possível deduzir que nas dinâmicas familiares dos escravizados não era apenas a mãe a responsável pelos cuidados dos infantes, mas sim todos os escravizados mais velhos, onde a morte ou adoecimento de um afetava diretamente a vida da criança.

Com a ampliação do georreferenciamento dos endereços coletados e das causas de morte, será possível traçar um estudo da saúde e da dinâmica interna dos lares dos escravizados. Poderemos deduzir como lares assolados por tísica, por exemplo, acarretavam a morte de diversas gerações de escravizados, ou a forma como as diferentes faixas etárias interagem naquele espaço e, como o adoecimento de uma afetava, diretamente ou não, a vida dos outros. Esse recorte de estudo espacial, tendo os lares como primeiro objeto, pode ser ampliado em escalas menores; com o levantamento de mais dados será possível analisar padrões através das ruas ou freguesias, tais como, se havia alguma mudança em áreas mais isoladas da cidade, se áreas próximas às casas de saúde ou hospitais tinham incidência maior de epidemias, ou se áreas consideradas nobres tinham mudanças em relação aos subúrbios.

Para a confecção do mapa interativo, utilizamos o processo de georreferenciação com o programa Quantum Geographic Information System (QGIS). Esse programa é de código aberto (open source). Programas de código aberto são gratuitos e, geralmente, são gerenciados por diversos desenvolvedores e comunidades de programadores (como o GitHub) comprometidos com democratização do acesso à tecnologia. O QGIS é um programa que permite construir dados com coordenadas, o que é feito a partir do Sistemas de Informações Geográficas (SIGs). Cada dado espacial presente no mapa interativo vem acompanhado de uma série de coordenadas. A transposição de mapas cartográficos do século XIX para sistemas de georreferenciamento moderno permite

uma padronização nos sistemas de referência. Essa padronização, está servindo para o desenvolvimento de ferramentas que permitam a sobreposição de mapas de diferentes períodos. A sobreposição, que está em fase de desenvolvimento, ajudará a visualizar simultaneamente informações espaciais de períodos diferentes da cidade do Rio de Janeiro.

Para o caso específico desta pesquisa, o QGIS permite que cada linha do banco de dados ganhe uma georreferência, realizando um processo de espacialização do banco de dados. Essa espacialização, diferente dos mapas estáticos (imagens), possibilita reter informações escritas concomitantemente à disposição dos dados sobre o mapa. O mapa interativo, além de propiciar a disposição espacial de diferentes camadas de informações, tem como uma de suas principais potencialidades a visualização do processo histórico no tempo. Ao contrário do mapa estático, o mapa interativo apresenta movimento, sendo possível observar as mudanças na disposição espacial das causas mortis ao longo do tempo. Esse movimento é dado por meio da escrita de códigos de programa feitos com linguagem de programação. A escrita desses códigos cria padrões lógicos que são aplicados no banco de dados espaciais. Por exemplo, a partir da seleção de uma série de critérios (filtros) como ano, procedência e causas de morte, dentre outros, o usuário está indicando para o computador uma sequência de processos lógicos. Por meio da linguagem de programação, o computador poderá processar esses comandos lógicos e devolver os dados filtrados no mapa. Isso faz da construção do mapa interativo um processo de três etapas que se retroalimentam.

A primeira etapa, própria do historiador, consiste na leitura, interpretação e transcrição de fontes e constituição dos bancos de dados. A segunda etapa, própria do geógrafo, consiste no processo de transposição desses bancos de dados para os programas de (SIGs), que implica num primeiro recorte em relação às informações iniciais. É preciso refletir sobre quais dados são passíveis de uma análise que recorte tempo e espaço. Por exemplo, é relevante informações sobre pormenores como a hora do falecimento ou o estado do falecido? É necessário levar em conta o Distrito, a Freguesia e o Quarteirão no processo de georreferência? De que forma essas informações podem ser relevantes quando associadas a recortes espaciais? Essas questões são suscitadas no processo de construção do mapa. Como o processo de pesquisa com mapas interativos está em fase inicial, as metodologias vão se atualizando de tal forma que a construção do mapa é tanto a produção da ferramenta, que permite a análise espacial, como também faz parte do próprio processo de reflexão da pesquisa. A etapa de georreferência também agrega novos dados. Nesse sentido, o papel do historiador, que transita entre diferentes campos de saberes, se apresenta enquanto um diferencial: por meio do saber histórico e da participação em todos os processos da pesquisa, é possível captar informações que poderiam passar despercebidas ou que não pareceriam úteis para um programador ou um geógrafo. Por exemplo, no processo de georreferência dos dados, chama a atenção a constante mudança nos nomes das ruas: como há uma diferença de alguns anos entre o mapa base escolhido e os dados coletados, é necessário ficar atento na existência, ou não, de correlações entre grande incidência de mortes de escravos em alguma rua ou freguesia e as futuras reformas urbanas. Além disso, como foi dito acima, a observação acerca da correlação de mortes de infantes, com o falecimento de escravos mais velhos, surgiu através do processo de

georreferencia. Um levantamento maior de dados pode elucidar melhor essas questões, mas servem para ilustrar a relevância do ofício do historiador que transita pelas diversas etapas da construção de produtos da História Digital. Essas observações, surgidas ao longo do processo de georreferencia, acabam sendo incorporadas também no mapa interativo e no banco de dados espacial, servindo como pistas de caminhos que podem ser explorados em fases mais avançadas da pesquisa.

A terceira etapa desse processo é a escrita dos códigos de programas. Essa etapa demanda mais conhecimento técnico, pois é responsável pela organização do mapa. Trata-se de observar o aglomerado de dados espaciais e dados escritos e se perguntar de que forma essas informações podem ser cruzadas. Desse processo surgem as ferramentas de filtro, mas há ainda outras construções mais sutis que participam dessa etapa, como a escolha das cores que representam as doenças ou a ordem que as informações serão dispostas no mapa, por exemplo. É também no código de programa que residem as inúmeras possibilidades do mapa interativo. Além do levantamento do restante do banco de dados, há outras ferramentas importantes que devem ser desenvolvidas para aprimorarmos o recorte espacial. Neste sentido, está sendo desenvolvida uma ferramenta que conte o número de enterros por rua, distrito e freguesia. Dessa forma, um usuário poderá selecionar algumas nacionalidades, cruzar com causas de morte e receber uma resposta numérica da incidência desses dados relacionados com o espaço da cidade. A olho nu é possível perceber um aglomerado de casos de tísica na Rua de São Pedro, mas é necessário um levantamento quantitativo para inferir com propriedade se naquela rua havia maior incidência de mortes de escravizados por tísica. Essa etapa de construção de ferramentas de análise quantitativa pode também elucidar sobre dinâmicas de moradia dos escravos pela cidade, possibilitando a análise acerca da existência numa determinada rua ou distrito de maior número de escravos de Benguela ou de Angola, ou, ao contrário, se não há correlação alguma entre a disposição espacial e a procedência de africanos.

Explorar as potencialidades da História Digital, através da linguagem de programação e da interação com bancos de dados e georreferencia, é um processo de formular relações lógicas entre coordenadas e informações escritas. Pensando o exercício da programação como a escrita de uma linguagem universal formada por denominadores mínimos (Fortes & Alvim, 2020), programar bancos de dados espaciais é criar uma rede de cruzamentos de dados com uma infinidade de possíveis caminhos. As questões que o pesquisador traz ao mapa interativo, suas seleções e caminhos de análise —ou seja, a escolha do que filtrar, a partir de qual ano e de que área da cidade— são traduzidas para a linguagem de programação através de uma série de comandos lógicos de cruzamentos de dados. Pensando o historiador-programador como o especialista que escreve os códigos que vão mediar as demandas da pesquisa, a escolha do usuário e o processamento do computador, a análise das fontes e dos bancos de dados é mediada por um olhar que capta o potencial de direcionar problemas e perguntas de cunho histórico para as amplas possibilidades de cruzamentos de dados que a linguagem de programação oferece.

Essas três etapas se retroalimentam. A georreferencia traz novas informações e novos caminhos a serem explorados, que são aprofundados na confecção dos códigos de programa que, por sua vez, demandam mais dados, e daí novos retornos devem ser

feitos: da fonte ao banco de dados, do banco de dados à georreferencia, e da georreferencia à linguagem de programação. É necessário apontar que o mapa interativo é pensado como uma ferramenta de pesquisa que pode ser utilizada por um público amplo. Nesse sentido, a confecção do mapa leva em conta, também, a disposição de informações de forma a facilitar a experiência do usuário. Além disso, os mapas digitais podem ser poderosas ferramentas no âmbito da divulgação de pesquisas sobre história da escravidão com Humanidades Digitais, colaborando para a democratização do acesso ao conhecimento científico (Bueno, 2010), assim como para uma melhor compreensão social sobre a atividade científica (Albagli, 1996).

Tais considerações metodológicas e técnicas apontam para caminhos e métodos em desenvolvimento. A ampliação da utilização do banco de dados, mapeando mais causas de morte, e um desenvolvimento aprimorado de ferramentas que cruzem dados quantitativos com espaciais, podem contribuir para conhecermos melhor as condições de vida dos escravos urbanos.

Esses são alguns apontamentos gerais de novas possibilidades que a História Digital pode oferecer aos estudos sobre a saúde e as condições de vida dos escravizados. A primeira versão do mapa georreferenciado com filtros para a análise de doenças que causaram a morte de escravizados, conforme as explicações acima, encontra-se em: <https://projeto-doencas.leha-mapas.com.br/>

4. Considerações finais

Os registros de óbitos de africanos e seus descendentes permitem acessarmos aspectos muito sensíveis e fundamentais da história da escravidão nas Américas, especialmente o Brasil que recebeu 46 % dos africanos desembarcados, numa estimativa de 4,8 milhões.

Em diálogo com as *Humanidades Digitais* é possível aprofundar a investigação empírica (dados seriais e cartográficos) a respeito da presença africana e das experiências da escravidão atlântica urbana (Barbosa & Gomes, 2016; Salgado Pimenta et al., 2018). Ao analisarmos condições de saúde e de vida da população afrodescendente, através das doenças que mais atingiam esse grupo, considerando interseccionalidades, pretendemos trazer reflexões sobre problemas que permanecem em nossa sociedade e comparando com aqueles que mais atingiam escravizados, como tuberculose, pneumonia, entre outras, além das mortes durante as epidemias, tal qual a de cólera de 1855-56 (Viana & Gomes, 2019; Viana et al., 2020). É fundamental fortalecer o campo de estudos sobre Escravidão, Raça e Saúde, contribuindo para a compreensão acerca das condições de vida dos africanos e seus descendentes e aprofundando a investigação sobre o perfil sociodemográfico e as intersecções entre gênero, faixa etária e etnia.¹⁶ Significa também propor estudos comparativos e ampliar o diálogo com a historiografia internacional (Marquese, 2012, 2013).

Neste estudo em andamento pretendemos analisar registros de Luanda (Angola), Rio de Janeiro e Salvador e usar ferramentas digitais para identificar experiências africanas de morte do tráfico atlântico, especialmente em cenários urbanos atlânticos.

¹⁶ Sobre as dimensões de corpo e marcas de escravizados a partir de anúncios de jornais, ver Amantino (2007); Jesus (2016); Bezerra Neto (2020).

Com base na cartografia e outras ferramentas poderemos identificar tendências, padrões, índices e taxas verificando tanto doenças como identidades étnicas associadas às nomenclaturas sobre o corpo, definições de doenças e mesmo práticas de cura. Com o uso destas ferramentas digitais e as reinvenções analíticas será possível imaginar espaços, adentrando casas de negócio, trapiches e galpões na parte central da cidade do Rio de Janeiro. Seria possível assim estabelecer padrões do comércio atlântico de escravos a partir da permanente chegada de africanos, suas retiradas dos navios e entrada nos armazéns e casas de negócio.

A produção de conteúdos digitais constitui um importante aspecto a ser desenvolvido pela historiografia da escravidão atlântica, incluindo a incorporação de metodologias de ensino e direcionadas a públicos mais amplos, como movimentos sociais e ambientes acadêmicos internacionais. Os conteúdos digitais compartilhados em ferramentas streaming poderão ser articulados às bases de informação digital de órgãos governamentais, das secretarias de educação de Estados e Municípios, além de Museus e, sobretudo, das universidades nacionais e internacionais.

Através da pesquisa histórica, da formatação de conteúdos e da divulgação em História Digital poderão ser desenvolvidos softwares e plataformas. A dimensão inovadora seria a oferta de conteúdos digitais com bases em pesquisas inéditas e desenvolvidas para disponibilizar informações sobre a presença africana e a escravidão atlântica.

Referências bibliográficas

1. Albagli, S. (1996). Divulgação científica: informação científica para a cidadania? *Ciência da Informação*, 25(3), 396-404. <https://brapci.inf.br/v/21252>
2. Amantino, M. (2007). As condições físicas e de saúde dos escravizados fugitivos anunciados no Jornal do Commercio (RJ) em 1850. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(4), 1377-1399. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000400015>
3. Barbosa, K. (2014). Escravidão e saúde nas fazendas cafeeiras do Vale do Paraíba fluminense, século XIX. *Revista da ABPN*, 6(14), 25-49. <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/128>
4. Barbosa, K. (2016). Escravos, senhores e médicos nas fazendas de Cantagalo. In T. Salgado Pimenta & F. Gomes (Orgs.), *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil* (pp. 90-113). Outras Letras. https://valedocafeturismo.com.br/wp-content/uploads/2021/10/Escravidao_doencas_e_praticas_de_cura.pdf
5. Barbosa, K. & Gomes, F. (2016). Doenças, mortes e escravidão africana: perspectivas historiográficas. In T. Salgado Pimenta; F. Gomes (Orgs.), *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil* (pp. 273-305). Outras Letras.

6. Bezerra Neto, J. M. (2020). Imagens escravas nas visões senhoriais: uma leitura dos corpos escravizados através dos anúncios de fugas (século XIX). *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Pará*, 7(3), 85-107. <https://ihgp.net.br/revistaojs/index.php/revihgp/article/view/87>
7. Bueno, W. (2010). Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. *Informação & Informação*, 15(esp), 1-12. <https://doi.org/10.5433/1981-8920.2010v15n1esp1>
8. Chernoviz, P. (1890). *Diccionario de medicina popular e das ciências acessórias para uso das famílias*. A. Roger & F. Chernoviz. (Original publicado em 1842).
9. Edler, F. (2014). *Ensino e profissão médica na Corte de Pedro II*. Universidade Federal do ABC.
10. Eltis, D. (1984). Mortality and Voyage Length in the Middle Passage: New Evidence from the Nineteenth Century. *The Journal of Economic History*, 44(2), 301-308. <https://doi.org/10.1017/S0022050700031909>
11. Eltis, D. (1989). Fluctuations in Mortality in the Last Half Century of the Transatlantic Slave Trade. *Social Science History*, 13(3), 315-340. <https://doi.org/10.2307/1171374>
12. Ferreira, L. O. (1999). Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, 6(2), 331-351. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000300006>
13. Fett, S. (2002). *Working cures: healing, health, and power on southern slave plantations*. The University of North Carolina Press.
14. Florentino, M. (1994). *Em Costas Negras. Tráfico de escravos no Rio de Janeiro, 1790-1830*. Arquivo Nacional.
15. Florentino, M. (2014). Aspectos socio-demográficos da presença dos escravos moçambicanos no Rio de Janeiro, c.1790-c.1850. In A. Campos, A., J. Frago, M. Florentino & A. Sampaio (Orgs.), *Nas rotas do império: eixos mercantis, tráfico e relações sociais no mundo português* (pp. 177-224). Editora da Universidade Federal do Espírito Santo.
16. Fortes, A. & Alvim, L. (2020). Evidências, códigos e classificações: o ofício do historiador e o mundo digital. *Esboços, histórias em contextos globais*, 27(45), 207-227. <https://doi.org/10.5007/2175-7976.2020.e68270>
17. Hogarth, R. (2017). *Medicalizing Blackness—making racial difference in the Atlantic World, 1780-1840*. University of North Carolina Press.

18. Jesus, A. M. C. (2016, 27-29 de septiembre). *O corpo escravo: suas condições físicas e de saúde nos anúncios de fuga do jornal A Matutina Meiapontense (1830-1833)* [ponência]. Anais do Congresso Internacional de História, Goiás, Brasil.
19. Karasch, M. (2000). *A vida dos escravos no Rio de Janeiro, 1808-1850*. Companhia das Letras.
20. Klein, H. (1988). Recent trends in study of the Atlantic slave trade. *História y Sociedad*, (1), 123-142.
21. Klein, H. & Engerman, S. (1975). Shippings patterns and mortality in the African slave trade to Rio de Janeiro, 1825-1830. *Cahiers d'Études Africaines*, 59(XV-3), 381-398.
22. Klein, H., Engerman, S., Haines, R. & Shlomowitz, R. (2001). Transoceanic Mortality: The Slave Trade in Comparative Perspective. *The William and Mary Quarterly*, 58(1), 93-118. <https://doi.org/10.2307/2674420>
23. Lima, S. (2019). Cruz Jobim e as doenças da classe pobre: o corpo escravo e a produção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX. *Almanack*, (22), 250-278. <https://doi.org/10.1590/2236-463320192207>
24. Marquese, R. (2012). Capitalismo & escravidão e a historiografia sobre a escravidão nas Américas. *Estudos Avançados*, 26(75), 341-354. <https://revistas.usp.br/eav/article/view/39502>
25. Marquese, R. (2013). As desventuras de um conceito: capitalismo histórico e a historiografia sobre a escravidão brasileira. *Revista de História*, (169), 223-253. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.v0i169p223-253>
26. Mattos, D. (2023). Escravidão e saúde nos anúncios de escravos fugidos: os jornais da Desterro oitocentista (1850-1888). In T. Salgado Pimenta & F. Gomes (Orgs.), *Cativeiros enfermos: assistência e saúde no Brasil escravista* (pp. 203-231). Hucitec.
27. Miller, J. (1981). Mortality in the Atlantic Slave Trade: Statistical Evidence on Causality. *Journal of Interdisciplinary History*, 11(3), 385-423. <https://doi.org/10.2307/203625>
28. Oliveira, D. (2023). A construção do registro de óbito e auto de exame post mortem e a pertinência do contexto social: contribuições para os estudos sobre mortalidade. In T. Salgado Pimenta & F. Gomes (Orgs.), *Cativeiros enfermos: assistência e saúde no Brasil escravista* (pp. 173-202). Hucitec.
29. Pereira, J. (2007). *À Flor da Terra: o cemitério dos pretos novos no Rio de Janeiro*. Editora Garamond.

30. Reis, J. J. (1999). Slaves as Agents of History: a Note on the New Historiography of Slavery in Brazil. *Ciência e Cultura*, 51(5-6), 437-445.
31. Salgado Pimenta, T. (2011). La assistência sanitária en tempos de epidemia en Río de Janeiro en el siglo XIX. *Dynamis*, 31(1), 21-39. <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/248577>
32. Salgado Pimenta, T. (2019). Médicos e cirurgiões nas primeiras décadas do século XIX no Brasil. *Almanack*, (22), 88-119. <https://doi.org/10.1590/2236-463320192204>
33. Salgado Pimenta, T., Gomes, F., & Kodama, K. (2018). Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. In L. Teixeira, T. Salgado Pimenta & G. Hochman (Orgs.), *História da saúde no Brasil* (pp. 67-100). Hucitec Editora.
34. Sampaio, G. (2019). Decrépitos, anêmicos, tuberculosos: africanos na Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1867-1872). *Almanack*, (22), 207-249. <https://doi.org/10.1590/2236-463320192206>
35. Santos, B. (2022). Corpos negros femininos e infantis em produções científicas publicadas na Gazeta Médica da Bahia. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 15(2), 268-278. <https://doi.org/10.53727/rbhc.v15i2.740>
36. Silva Junior, C. & Reis, J. (Orgs.) (2016). *Atlântico de dor: faces do tráfico de escravos*. Fino Traço.
37. Slenes, R. W. (1992). 'Malungu, Ngoma vem!': África coberta e descoberta no Brasil. *Revista USP*, (12), 48-67. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i12p48-67>
38. Viana, I. (2016). Doenças de escravizados em Vassouras, 1840-1880: principais causas mortis e suas implicações. In T. Salgado Pimenta & F. Gomes (Orgs.), *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil* (pp. 130-149). Outras Letras.
39. Viana, I. (2018). Corpo escravizado e discurso médico: para além da anatomia (1830-1850). *Revista de História Comparada*, 12(1), 172-202.
40. Viana, I. & Gomes, F. (2019). Do "mercado imperfeito": sobre corpos, africanos e médicos no Rio de Janeiro oitocentista. *Revista Maracanan*, (21), 71-96. <https://doi.org/10.12957/revmar.2019.40196>
41. Viana, I., Gomes, F., & Salgado Pimenta, T. (2020). Doenças do trabalho: africanos, enfermidades e médicos nas *plantations*, sudeste escravista (aproximações). *Mundos do Trabalho*, 12, 1-16. <https://doi.org/10.5007/1984-9222.2020.e75202>