

## Os “brasileiros” e a assistência à saúde. O caso do Alto Minho de Oitocentos

Alexandra Esteves

### Introdução

Em Portugal, a partir de 1834, no rol de intenções do Liberalismo constavam várias inovações a aplicar num reino ainda imbuído de práticas e tiques característicos duma sociedade de ordens, marcada pela desigualdade e por procedimentos que eram apanágio do Antigo Regime. Nesse plano de mudança, estava prevista, nomeadamente, uma maior intervenção estatal no domínio da assistência, tendo em vista a erradicação da pobreza, o que implicava a distinção entre os verdadeiros e falsos indigentes, um velho problema que grassava na sociedade portuguesa; o combate à vagabundagem; a criação de instituições e valências que dessem respostas a novos e velhos problemas sociais, agora reconhecidos como prioritários, orientadas para os mais fracos, como as crianças e os doentes, dando, assim, expressão aos valores burgueses então dominantes.

A burguesia, por seu lado, assumirá a sua nova condição, condizente com as transformações entretanto operadas na sociedade portuguesa e materializadas pela ordem política. A partir de uma posição dominante, olhava para baixo e encarava as classes inferiores como sendo responsáveis pela transmissão e proliferação de doenças como o tifo, a febre tifoide, a sífilis, a tuberculose, o sarampo e uma panóplia de febres, que se tornarão endémicas em Portugal, bem como pelos surtos de cólera e de febre-amarela que marcaram a centúria oitocentista. Contudo, algumas das medidas que visavam a resolução dos problemas sanitários esbarraram na instabilidade política que assolou o país durante a primeira metade do século XIX, nas reformas fracassadas, na ineficiência de serviços e, sobretudo, na incompreensão das populações, que resistiam a pôr termo a costumes e práticas ancestrais, próprias dum mundo rural que subsistirá até ao século XX, e na falta de recursos materiais e humanos na área da saúde<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> A título de exemplo, e para a região em estudo, podemos invocar um caso plasmado nas páginas do periódico Comércio do Lima, publicado em Ponte de Lima, que, em fevereiro de 1880,

Por vezes, no discurso sobre a doença são descurados fatores que, atualmente, são invocados para explicar a ocorrência e a rápida expansão das moléstias. Convém não esquecer, por exemplo, que em oitocentos se assiste ao incremento dos transportes marítimos, o que leva à aproximação de pessoas, simplifica a troca de mercadorias e propicia o encurtamento de distâncias civilizacionais e culturais, mas também facilita a circulação de doenças. Recorde-se, a título exemplificativo, que a cólera, uma doença endêmica há vários séculos, apenas saiu do nicho indiano, para atingir a Europa, no século XIX. A partir de Portugal, a doença deslocou-se para o Brasil e para algumas regiões de África. No sentido inverso, a partir de 1849, quando a febre-amarela se manifesta com mais intensidade no Brasil, também se fará sentir em Portugal, ainda que de forma esporádica, até ao grande surto de 1857.

Apesar do elevado número de óbitos causados, considerava-se que estas doenças afetavam, essencialmente, os pobres, devido à ausência de hábitos de higiene, ao seu comportamento promíscuo e imoral, sem regras refreadoras de vícios que contribuía para o definhamento do corpo e, conseqüentemente, para o enfraquecimento da raça (RELVAS, 2002). Assim se constrói uma clara associação entre a pobreza e a doença (RODRIGUES, 1884; CARDOSO, 1912). Se a miséria, ao fragilizar corpos, abria as portas à doença, também esta, por sua vez, podia conduzir à miséria, impedindo homens e mulheres de exercerem o seu mister e de angariarem o seu sustento. De facto, a História mostra que os mais afetados pelos surtos epidémicos foram os grupos sociais mais baixos, o que resulta dos contextos em que estavam inseridos: aglomerados populacionais desprovidos de quaisquer condições de higiene e limpeza, como as "ilhas" na cidade do Porto, ausência de saneamento, alimentação deficitária e monótona, inexistência de hábitos de higiene pessoal, entre muitas outras carências.

Os finais de oitocentos são ainda marcados pelo crescimento de ideologias viradas para a causa operária e para as questões sociais. Os Estados são, então, levados a apoiar reformas que funcionariam como um lenitivo para os problemas então existentes, concebidas por teóricos, nomeadamen-

noticiava que numa aldeia do concelho vizinho de Arcos de Valdevez grassava uma doença, altamente mortal, que estava a ser combatida com dificuldade, pois as pessoas, além de muito pobres, não confiavam nos médicos, mas apenas nos curandeiros, que aplicavam, por vezes, mezinhas mais mortíferas do que a própria doença. Confira-se Arquivo Municipal de Ponte de Lima (doravante AMPL), *Comércio do Lima*, fevereiro de 1880, n. 217.

te sociólogos, que preconizam modelos vanguardistas de combate às desigualdades sociais (BLANNING, 2002). Neste contexto, assiste-se ao crescimento dos programas de vacinação, à propaganda médico-sanitária, ao combate a certas doenças, como a tuberculose, e à aprovação de medidas específicas de higienização em espaços públicos, como as escolas. Aposta-se também no combate à elevada mortalidade infantil, através de mecanismos variados, entre os quais avulta a criação de maternidades. Os resultados acabaram por surgir, sendo mais notórios em nível comportamental e, muito particularmente, na forte redução da taxa de mortalidade, que se veio a traduzir no crescimento da população, uma vez que as taxas de natalidade continuaram elevadas.

### As enfermidades no Alto Minho de Oitocentos

O nosso estudo incide sobre o Alto Minho, região do norte de Portugal, que confina, a norte, com a província espanhola da Galiza. No século XIX, esta circunscrição administrativa foi atingida por várias doenças, além da cólera e da febre-amarela, que atribularam os seus habitantes.

A varíola foi uma delas. Trata-se de uma enfermidade, cuja origem remonta a tempos antigos, altamente estigmatizante devido às marcas físicas que provocava nos afetados, e que, no século XIX, continuava a atingir, por vezes mortalmente, a população alto-minhota.<sup>2</sup> À medida que avançamos na centúria oitocentista, o combate à doença vai-se deslocando do tratamento para a prevenção, e é aqui que se insere o processo de vacinação, que já vigorava em Portugal, em larga escala, desde meados do século XIX.

A varíola constituía um verdadeiro flagelo em nível da saúde pública, pela sua grande incidência, sobretudo entre a população mais jovem. Os seus efeitos continuavam a fazer-se sentir no distrito de Viana do Castelo, nomeadamente no concelho de Arcos de Valdevez, para o que contribuía a resistência das populações à vacinação. Apelava-se, por isso, a párocos e regedores para incentivarem as famílias a vacinarem as suas crianças. O administrador deste concelho chegou, inclusive, a propor que os professores primários fossem proibidos de aceitar nas escolas as crianças que não estivessem vacinadas.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Em 1873, foi registrado um caso mortal de varíola em Caminha. Arquivo Histórico do Governo Civil de Viana do Castelo (doravante AHGCVC), Correspondência recebida relativa à saúde pública, 1.15.4.4-3, não paginado.

<sup>3</sup> AHGCVC, Correspondência recebida relativa à saúde pública, 1.15.4.4-3, não paginado.

Uma grave epidemia de varíola varreu a freguesia de Castro Laboreiro, no concelho de Melgaço, desde outubro de 1873, estendendo-se pelo ano 1874. Em três meses vitimou uma centena de crianças.<sup>4</sup> Em fevereiro de 1874, havia nesta localidade vinte e duas crianças infectadas, com idades compreendidas entre os oito meses e os doze anos de idade.<sup>5</sup> No verão desse ano, a enfermidade atingiu novamente o concelho de Arcos de Valdevez, incidindo, especialmente, na freguesia de Jolda. Na mesma altura, em Outeiro, uma freguesia do concelho de Viana do Castelo, surgiam os primeiros casos.<sup>6</sup> Procurava-se alertar as populações locais para a importância da higiene pessoal e da limpeza do espaço doméstico. Tudo em vão. Na ótica das autoridades, o motivo da proliferação da varíola estava na falta de limpeza e de condições de higiene das habitações. Segundo o subdelegado de saúde, de visita a Castro Laboreiro,

a moléstia é contagiosa e epidémica, e difícil ou quase impossível se torne a sua extinção, já porque as habitações estão fora de todas as condições higiénicas, porque a limpeza é nulla – dormem a bem dizer com os gados – já porque o seu instinto selvagem os faz ter horror a medicina e estão possuídos dum fatalismo quase invencível.<sup>7</sup>

Este comentário peca por um certo facilitismo na tentativa de justificar a propagação da varíola, ao atribuir à rudeza das gentes a recusa das recomendações e dos tratamentos prescritos pela medicina. Consideramos que essa resistência, designadamente à aplicação da vacina, resultava, em larga medida, do isolamento em que viviam as populações de zonas montanhosas, alimentado pela ausência de vias de comunicação. Por outro lado, há que atender à função da casa na economia do Alto Minho no século XIX e até à segunda metade do século XX. A sua configuração implicava o desenvolvimento de diferentes formas de sociabilidade e de aproveitamento do espaço interior e da sua relação com o exterior. O conceito de casa tinha um sentido mais lato e abrangente para as gentes do campo do que para os moradores nas sedes de concelho.<sup>8</sup> Para estes, as habitações eram

<sup>4</sup> AHGCVC, Saúde Pública – 1874, n. 1.18.3.7-4, não paginado.

<sup>5</sup> AHGCVC, Saúde Pública – 1874, n. 1.18.3.7-4, não paginado.

<sup>6</sup> AHGCVC, Saúde Pública – 1874, n. 1.18.3.7-4, não paginado.

<sup>7</sup> AHGCVC, Saúde Pública – 1874, n. 1.18.3.7-4, não paginado.

<sup>8</sup> Segundo João de Pina Cabral, para o camponês, o conceito de casa estende-se às suas terras, animais, estruturas, à família presente, ausente e inclusive familiares já falecidos (CABRAL, 1989). Na perspectiva de Tomás Mantecón, a casa era en la Cantabria rural de los siglos XVII y XVIII un centro de posesiones materiales, un espacio limitado por muros y techumbre, cerrado sobre sí, dominado por un grupo humano que se formaba a partir de una sociedad conjugal, un centro generador y distribuidor de solidaridad y servicios, entre éstos los de protección y disciplina (MANTECÓN, 1997, p. 83).

sobretudo espaços de consumo e fruição, embora, circunstancialmente, fossem utilizadas como locais de trabalho. No campo, funcionavam, simultaneamente, como espaços de produção e de consumo, em consequência da estreita conexão de base sinalagmática entre a terra e a casa: os residentes na casa trabalhavam as propriedades que a integravam, e estas garantiam-lhes a subsistência (CABRAL, 1984). Sendo um instrumento para amansar a terra, a casa rural surge mais virada para o exterior, composta pela eira e pelos anexos agrícolas, onde coabitavam o homem e o animal, numa partilha promíscua da espacialidade doméstica (PERROT, 1990; SARAIVA, 1995).

O sarampo foi outra doença que, no século XIX, provocou um elevado número de mortos no Alto Minho, que as autoridades atribuíam mais ao desleixo das famílias do que propriamente à gravidade da doença, que atacava sobretudo as crianças. Muitas vezes, os progenitores descuidavam o tratamento, na esperança de que a natureza e as mezinhas caseiras curassem o mal e animados pela certeza de que, se a morte sobreviesse, o destino final era o céu. Note-se que, apesar do movimento de secularização da sociedade, empreendido ao longo da centúria oitocentista, o Alto Minho permanecia uma região de grande religiosidade, visível nas práticas e nos gestos do quotidiano e no apego a irmandades e confrarias que existiam em grande número em vários concelhos. Por outro lado, a iliteracia das gentes e a falta de divulgação, por parte das autoridades médicas, dos procedimentos a seguir levavam a tratamentos que, em lugar de curarem, agravavam o mal. Por norma, a terapia aplicada às crianças consistia no reforço do agasalho e na ingestão de bebidas quentes para “fazer sair o sarampo”.<sup>9</sup>

Em 1856, vários concelhos do Alto Minho, principalmente Caminha, Vila Nova de Cerveira e Valença, foram atingidos por um surto de febre tifoide, que provocou várias mortes.<sup>10</sup> Em 1873, também o concelho de Melgaço foi afetado por “febres tifoides”. No combate à doença, foram aplicadas diversas medidas, que incluíam a higienização dos locais públicos e dos espaços privados.<sup>11</sup> Para além da falta de asseio e limpeza, a pobreza era igualmente identificada como elemento causador desta moléstia.

Também as doenças do foro gástrico-intestinal eram comuns no período estival, estando associadas ao calor e ao consumo de determinados ali-

<sup>9</sup> AHGCVC, Correspondência recebida relativa à saúde pública, 1.15.4.4-3, não paginado.

<sup>10</sup> AHGCVC, Assistência e Saúde Pública - Correspondência relativa à saúde pública nos concelhos, 1847-1848, n. 1.16.6.12-2, não paginado.

<sup>11</sup> AHGCVC, Correspondência recebida relativa à saúde pública, 1.15.4.4-3, não paginado.

mentos. A presença de insetos, como moscas e mosquitos, que pousavam nas comidas e nos seres humanos, contribuía para a circulação de doenças como a febre tifoide e a ocorrência de diarreias.

Na centúria oitocentista e nas duas primeiras décadas do século XX, foram registados ataques quase diários de raiva, perpetrados por animais raivosos, sobretudo cães. As vítimas eram enviadas para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, onde recebiam tratamento antirrábico. Também a cabeça do animal agressor era remetida para essa instituição, a fim de ser analisada. Se as vítimas desses ataques fossem pobres e não tivessem, portanto, meios para pagar a deslocação, a administração do concelho custeava a viagem de comboio, depois de devidamente comprovada a sua indigência através de atestado passado pelo regedor e pelo pároco.<sup>12</sup>

Outras doenças se manifestaram no Alto Minho do século XIX, onde as privações abundavam e as condições de vida eram muito precárias, bem patentes nas casas insalubres, nos corpos mal agasalhados e na ausência de cuidados de higiene. Muitas vezes, eram estes fatores que levavam as populações a recorrer à assistência hospitalar, como se depreende do tipo de doenças tratadas nos hospitais das Misericórdias. As mais comuns, transversais aos oito hospitais analisados, eram as doenças do foro respiratório, como pneumonia, pleurite, pleuris e bronquite; do foro gástrico-intestinal, como diarreias, enterites, gastralgias, embaraços gástricos, dispepsias e gastrites; e do foro dermatológico, como a erisipela, a tinha e a sarna (ARAÚJO, 2010, p. 177). Em 1863, recorreram ao hospital de Valença três pessoas atacadas por esta moléstia, que, tal como a *tinha*, resultava essencialmente da falta de cuidados de higiene. A *tinha* era uma doença dermatológica que atacava a cabeça e que era contraída sobretudo por pessoas de poucas poses, com especial incidência nas crianças (ARAÚJO, 2008; PARDAL, 2007). Nem todos os padecentes desta enfermidade podiam ingressar no hospital. Por exemplo, o hospital de Viana do Castelo, no seu regulamento datado de 1874, proibia a sua admissão.<sup>13</sup> Muitas pessoas entravam nos hospitais com vermes e urticária, moléstias que podiam resultar igualmente de um quadro de vida marcado pela insalubridade. Enfermidades, como o car-

<sup>12</sup> AMPL, Administração do Concelho. Livro de registo da correspondência para o Governo Civil 1903-1908, n. 2.2.1.25, fl. 128.

<sup>13</sup> Arquivo Distrital de Viana do Castelo (doravante ADV), Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, n. 4.85.1.6-2, não paginado.

búnculo, podiam ser provocadas por uma convivência demasiado próxima com os animais.

A anasarca, a cacheia, as úlceras e a sífilis constavam também do rol das doenças que justificavam a procura de assistência hospitalar. É de referir que a sífilis foi tratada sobretudo no hospital de Valença, para o que terá contribuído a circunstância de esta vila ser praça militar. A presença de soldados atraía a prática da prostituição, sendo as meretrizes um dos principais veículos transmissores da doença (CASTRO, 1993; JUTTE, 1996). Alguns hospitais colocavam entraves à entrada de sífilíticos nas suas instalações, impondo como condição para a sua aceitação serem acompanhados pelos respetivos consortes.<sup>14</sup> A estigmatização que recaía sobre eles manifestava-se, das mais variadas formas, na vivência quotidiana, nomeadamente através da utilização de expressões ofensivas. Um dos insultos mais utilizado no norte de Portugal, no século XIX, era “tem venéreo”, que significava que se estava perante alguém com conduta sexual considerada imprópria. A mesma expressão assumia uma dimensão ainda mais ofensiva se se tratasse da mulher, pois seria sinónimo de despuorida, dada a forte incidência das doenças venéreas entre as meretrizes.<sup>15</sup> Associada a uma conduta pecaminosa, a sífilis eram considerada vergonhosa, o que explica a sua inclusão na lista de insultos. Além do mais, era uma doença que, além de causar enorme sofrimento, consumia umas partes do corpo e deformava outras, e que exigia um tratamento à base de mercúrio, igualmente doloroso.

Apesar de alcançar proporções mais gravosas nos finais do século XIX, a tuberculose ou tísica, como era vulgarmente conhecida, já se fazia sentir no Alto Minho, em meados de oitocentos. Embora fosse extremamente contagiosa, a inexistência de estruturas específicas para acolher os atingidos pelo mal obrigava o seu ingresso nos hospitais gerais. A medicina portuguesa, confrontada com a escassez de recursos farmacológicos para a

<sup>14</sup> ADV, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n. 4.85.1.6-2, não paginado.

<sup>15</sup> Em 23 de setembro de 1856, o governador civil de Viana do Castelo comunicou ao administrador do mesmo concelho a infeção de militares com sífilis, em resultado do contacto com prostitutas contaminadas, declarando o seguinte: *Tendo o brigadeiro comandante de infantaria n.º 3 sollicitado providencias desta repartição acerca das meretrizes, que, segundo consta da participação do hospital regimental, tem infeccionado de virus syphilitus, algumas praças d'aquelle corpo, queira Vossa Senhoria adoptar as medidas convenientes para que as meretrizes que não são naturaes deste concelho sejam mandadas para fora do mesmo, e para que as doentes marchem para o hospital de S. Marcos de Braga, praticando as mais diligencias que são d'uso em cazos semelhantes.* AHGCVC, Registo geral de Julho de 1856 a 31 de Dezembro, n. 1.10.3.3, não paginado.

travar, adotou os procedimentos considerados eficazes, ou seja, apostou na prevenção da doença e no isolamento dos infectados. Nesse sentido, foi criada, em 1899, a Assistência Nacional de Tuberculosos, que, entre outros objetivos, pretendia impulsionar a criação de hospitais marítimos, sanatórios e hospitais para tísicos incuráveis (MARTINS, 1999). Pouco a pouco, os sanatórios foram surgindo por todo o país. Até então, o tratamento dos tuberculosos decorria em casa ou nos hospitais gerais que tinham sido adaptados para os receber.<sup>16</sup> Mas, como aconteceu noutros pontos da Europa, também em Portugal foi necessário construir hospitais de raiz, em locais apropriados. Por outro lado, foi determinada a criação, em todas as capitais de distrito, de institutos destinados a prestar assistência aos tísicos e, pela mão de Miguel Bombarda, foi instituída a Liga Portuguesa contra a Tuberculose. Simultaneamente, foram implementadas regras sociais com o objetivo de melhorar as condições de vida das populações e apostou-se na formação dos médicos na área da tisiologia.

A tuberculose não era uma epidemia facilmente associável aos escalões mais baixos da sociedade, uma vez que nem os habitantes de palácios escapavam, embora tivesse registado maior incidência nas classes mais desfavorecidas, devido às múltiplas carências que as atingiam, nomeadamente em matéria de alimentação e de habitação (CASCÃO, 2010). De um modo geral, a terapia aplicada aos doentes incluía o repouso, o ar puro e uma alimentação equilibrada, tendo em vista fortalecer o organismo e torná-lo mais resistente, bem como a prescrição de xaropes, tónicos e algumas substâncias medicamentosas.

É igualmente de destacar o elevado número de mulheres que em Ponte de Lima deram entrada no hospital padecendo de amenorreia, que pode ser causada por uma alimentação deficitária. Nesta vila, nos anos de 1859 e 1860, sobressai ainda o número de internados com sezões, ou seja, malária, também conhecida por paludismo. Todavia, em 1899, o médico José Rodrigues de Carvalho, na sua dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, referia que o Minho era uma das províncias de Portugal isenta de sezões. Os casos referenciados, nomeadamente no concelho de Ponte de Lima, ocorreram sobretudo no vale de Bertíandos, uma zona pan-

<sup>16</sup> Nas décadas de 70 e 80 do século XIX, o hospital de Caminha albergava doentes com tuberculose, que, além da medicação prescrita, eram tratados com uma dieta à base de pão, bolachas, vinho e caldos de galinha. Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Caminha, (doravante ASCMC), *Maços de papeletas do Hospital*, n. 1.36.3.1-4, não paginado.

tanosa, onde se cultivava arroz, propícia ao aparecimento da malária (CARVALHO, 1899; ROQUE, 2000).

Em 1887, nos concelhos de Arcos de Valdevez e Viana do Castelo, entre as principais causas de morte de residentes nestas circunscrições administrativas, destacava-se a varíola, com vários surtos em freguesias do concelho arcoense, a tosse convulsa, a escarlatina, bem como a tuberculose, que marcará da pior forma os finais da centúria oitocentista e os primeiros anos da seguinte.<sup>17</sup>

Entre as doenças mais mortíferas no Alto Minho de então, destacam-se a anasarca e várias enfermidades do foro respiratório, como pneumonia, bronquite, pleurites, angina e pleuris. As moléstias do foro gastrointestinal, também comuns nesta região, parecem ter sido menos fatais, embora também se morresse de gastroenterite, gastrite e ascite.<sup>18</sup> Fraturas, contusões e envenenamentos eram igualmente responsáveis pela morte de alto-minhotos.

Havia, portanto, um conjunto de enfermidades de natureza diversa que requeriam assistência hospitalar e que resultavam, muitas vezes, de carências alimentares, da falta de agasalho, da insalubridade das habitações, bem como da ausência de hábitos de limpeza e higiene pessoal.

### Os recursos hospitalares

Num cenário marcado pela doença, a proteção da saúde constituía uma preocupação prioritária da sociedade portuguesa de oitocentos, incluindo, naturalmente, as gentes do Alto Minho. Para uma análise mais completa da questão, conviria considerá-la nas vertentes preventiva, paliativa e curativa. Contudo, no âmbito deste estudo, não nos ocuparemos das medidas de carácter preventivo. Através da sua aplicação, pretendia-se modelar comportamentos, alterar práticas e costumes, impedir e controlar certas enfermidades. Essas medidas tornar-se-ão mais vigorosas a partir do momento em que se tornam conhecidos os agentes responsáveis pela sua propagação, que se considerava ser possível evitar através de precauções higienistas. Assim, no sentido de compreender o papel dos “brasileiros” na assistência

<sup>17</sup> AHGCVC, *Assistência e saúde pública, Mapas do Estado Sanitário e a estatística obituária*, n. 1.15.6.10-14, não paginado.

<sup>18</sup> AHGCVC, *Mapa das enfermidades tratadas nos hospitais das Misericórdias do distrito*, n. 1.14.4.6.4-10, não paginado.

à saúde, através da sua intervenção na criação e financiamento de hospitais e asilos, centrar-nos-emos nas vertentes paliativa e curativa da doença, que eram precisamente as áreas em que essas instituições se destacavam.

Chegados ao século XIX, nem todos os concelhos do Alto Minho dispunham de hospitais. Eram os casos de Paredes de Coura, que passou a dispor de serviço hospitalar na década de 60 do século XIX, Melgaço, Valença, Vila Nova de Cerveira, Monção e Valadares (concelho entretanto extinto). Em caso de necessidade, os doentes eram transportados para os hospitais dos restantes municípios, ou seja, para Arcos de Valdevez, Ponte da Barca, Caminha, Viana do Castelo, Ponte de Lima, ou até para o hospital de São Marcos, na cidade de Braga.

Os estabelecimentos hospitalares existentes caracterizavam-se pela sua reduzida dimensão e, salvaguardadas raras exceções, pelos problemas estruturais que punham em causa o cumprimento dos preceitos higienistas em voga e os transformavam num verdadeiro perigo para a saúde pública, sobretudo para os doentes neles internados. O maior hospital era o de Viana do Castelo que, no século XIX, tinha capacidade para acolher entre 250 e 300 doentes.

Importa, todavia, referir que a ausência de serviços hospitalares não significava a ausência de assistência à saúde, dado que as Misericórdias prestavam apoio domiciliário através dos facultativos que, em caso de necessidade, se deslocavam à casa dos enfermos, e do fornecimento de alimentos e de substâncias medicamentosas.

O hospital de Ponte de Lima era administrado pela Santa Casa da Misericórdia local. Esta vila tinha ainda Hospital de Fora, que, em oitocentos, era destinado a receber doentes portadores de moléstias contagiosas como a tísica e a lepra, bem como peregrinos e idosos.

No século XIX, o hospital de Arcos de Valdevez, situado no centro da vila, também era gerido pela Misericórdia local e dependia, financeiramente, dos apoios concedidos por benfeitores. À semelhança dos seus congéneres alto minhotos, era de pequena dimensão.

A vila Caminha dispunha também duma pequena unidade hospitalar, com capacidade para acolher dezesseis doentes pobres de ambos os sexos. A sua fundação remonta ao século XV, tendo sido integrado na Santa Casa da Misericórdia local em 1516.

O hospital de Vila Nova de Cerveira foi inaugurado em 1857, com a denominação de Hospital *Ecce Homo*, sendo Provedor da Santa Casa da Misericórdia o Comendador Francisco Pereira Sanches de Castro.

Em finais do século XIX, os velhos problemas persistiam nos antigos e nos novos hospitais do Alto Minho e que, naturalmente, eram motivo de preocupação: a presença de alienados, a inspeção das prostitutas matriculadas e o tratamento dos presos, entre outros. Por outro lado, os hospitais continuavam a ser conotados com a pobreza e com o abandono, o que contribuía para alimentar alguma resistência ao ingresso nesses espaços. Os avanços nos tratamentos eram morosos e apostava-se, essencialmente, na alimentação, no conforto e no descanso dos pacientes.

### Os beneméritos: o papel dos "brasileiros"

Desde finais do século XVI, o Alto Minho destacou-se como uma região de emigração rumo a terras brasileiras (SÁ, 2000; RODRIGUES, 1995). De facto, o Brasil tornou-se o destino de muitos varões que fugiam de um quotidiano duro e martirizado e procuravam uma vida melhor (RUSSELL-WOOD, 1997; CRUZ, 1986/1987); KLEIN, 1993). Os maus anos cerealíferos, que se fizeram sentir em finais do século XVIII, a carestia de milho que afetou todo o Minho no ano de 1791 e a conseqüente escassez de géneros alimentares agravaram as condições de vida da população e contribuíram para a debandada daqueles que, em desespero, procuravam escapar à miséria e conseguir melhor sorte noutras paragens (SOUSA, 1979). A pequenez e a fraca produtividade das explorações agrícolas, os magros salários e as dificuldades financeiras, a inexistência de manufaturas e a fuga ao serviço militar também ajudavam a alimentar os fluxos migratórios. Na ausência de braços masculinos, o amanho da terra ficava entregue às mulheres, aos jovens e aos imigrantes galegos (ASTRAY, MALLÓN E BAUDILLO, 2008). Mesmo assim, em finais do século XVIII, o Minho era a província mais povoada do reino (SOUSA, 1979, p. 115).

No século XIX, a tendência migratória manteve-se. O êxodo começou a ser encarado pelas autoridades como um obstáculo ao desenvolvimento da região, por tirar os seus filhos à terra, sobretudo os que se encontravam na faixa etária compreendida entre os 15 e os 25 anos.<sup>19</sup> Em 1856, no relatório sobre o estado do distrito de Viana do Castelo, o governador civil declarava que "em alguns concelhos os trabalhos da lavoura, o que só

<sup>19</sup> Relatórios sobre o Estado da Administração Pública nos districtos administrativos do Continente do Reino e Ilhas Adjacentes em 1860, Lisboa: Imprensa Nacional, 1865, p. 293.

se observa n’esta província, são quasi exclusivamente entregues ao cuidado das mulheres”<sup>20</sup>. Manuel Gomes de Lima Bezerra, por sua vez, exaltou o papel das alto minhotas que, na ausência de braços masculinos, tomaram a seu cargo a condução e a execução dos afazeres agrícolas.<sup>21</sup> A escassez de homens preocupava os Estados, numa altura em que o seu poder assentava nos seus efetivos populacionais (PELLISTRANDI, 2000). Lima Bezerra considerava a emigração masculina como um dos fatores responsáveis pela inércia económica do Alto Minho. Decerto na tentativa de dissuadir os que se dispunham a partir, alertava para o facto de muitos homens se perderem nas viagens, outros na terra de destino, outros ainda regressarem moribundos ou incapacitados (BEZERRA, 1992). Mas alguns dos que voltavam, bafejados pela sorte, tinham granjeado fortuna e faziam questão de a exibir através das casas apalaçadas que mandavam construir, das doações que faziam ou dos legados que instituía. A este propósito, são elucidativas as figuras retratadas em obras de Camilo Castelo Branco, que, depois de anos a labutar em terras brasileiras, retornavam à terra natal, como o “Comendador Belchior”, ou António de Queirós e Meneses da novela *Maria Moisés*, ou das referências à compra de património pelos “brasileiros” a famílias fidalgas, no *Filho Natural* (BRANCO, 1993). Podemos ainda juntar Eusébio Seabra, personagem da obra *A Morgadinha dos Canaviais*, de Júlio Dinis, que, enriquecido pelos anos da emigração no Brasil, decidiu perpetuar o seu nome entre os grandes da aldeia através do financiamento de obras na igreja (DINIS, 1993).

Em oitocentos, no caso concreto do Alto Minho, muito particularmente em alguns concelhos já estudados, como Ponte de Lima e Parede de Coura, foram vários os “brasileiros” que destinaram uma fatia considerável da sua fortuna ao torrão natal, investindo no seu progresso e em melhoramentos que se traduziram no apoio a obras públicas, algumas de dimensão considerável, e à abertura de instituições, nomeadamente de natureza assistencial, como asilos, recolhimentos, colégios e hospitais. É tarefa complicada nomear todos quantos, bafejados pela sorte, conseguiram reunir grandes fortunas e criaram ou impulsionaram importantes obras de nature-

<sup>20</sup> Relatórios sobre o Estado da Administração Pública nos districtos administrativos do Continente do Reino e Ilhas Adjacentes em 1856b, p. 274.

<sup>21</sup> Lima Bezerra destaca na sua obra a participação das mulheres no trabalho da terra, ao referir, num dos diálogos da sua obra *Os Estrangeiros do Lima*, o seguinte: “vi estas mulheres roçando montes, cavando nos campos, e carreando pelos caminhos com tal vigor, e destreza, que eu mesmo estava duvidando do que via” (BEZERRA, 1992).

za assistencial, designadamente na área da saúde. Optámos por destacar José da Costa Pimenta Jarro e Miguel Dantas, duas personalidades ligadas à fundação de hospitais em Viana do Castelo, ainda no século XVIII, e em Paredes de Coura, na segunda metade do século XIX, respectivamente.

José da Costa Pimenta Jarro é um dos “brasileiros” a justificar plenamente o estatuto de benemérito. Trata-se de um emigrado sobre o qual já escrevemos, e outros também já o fizeram (ABREU, 2008), mas sobre a sua vida persistem algumas interrogações, ainda não completamente desvendadas. Uma das primeiras dúvidas prende-se com a sua naturalidade, sendo aventada a hipótese de ter nascido na freguesia de Cabaços, concelho de Ponte de Lima. Ainda de tenra idade, partiu para o Brasil, onde terá acumulado riqueza como oficial de ourives. De regresso a Portugal, empenhou-se na criação de uma congregação em Viana da Foz do Lima, hoje Viana do Castelo, cidade próxima da sua terra natal, cujo objetivo era angariar e distribuir esmolas por aqueles que, além de pobres, não podiam mendigar por estarem incapacitados devido à idade avançada ou a alguma limitação física. Assim, com o apoio de personalidades eminentes da sociedade vianense, organizou a chamada Congregação da Caridade, que entrou em funcionamento em 1780. Adquiriu, mais tarde, um espaço, onde, depois de efetuados vários melhoramentos, foi instalado um hospital destinado a acolher e a assistir na doença os idosos sem meios de subsistência.

Num outro trabalho que já realizámos sobre Pimenta Jarro, tivemos a oportunidade de nos interrogarmos sobre os seus propósitos, ao legar uma parte considerável da sua fortuna para a criação da Congregação da Caridade e do respetivo hospital (ESTEVES, 2016). Alguns autores alegam que, por detrás das ações de filantropia levadas a cabo por várias personalidades, nomeadamente os “brasileiros”, estava o propósito de obterem reconhecimento social, a concretização de aspirações políticas ou a afirmação no seio das comunidades. Ora, na obra de Pimenta Jarro não descortinamos qualquer um desses desígnios. Depreendemos que se tratava de um homem profundamente religioso, dado que no final da sua vida recolheu-se na Serra da Arrábida, num convento de Franciscanos Observantes. O facto de não ter constituído família poderá ajudar a explicar a sua generosidade e algum desprendimento relativamente aos bens materiais.

A caridade revela-se através do exercício de ações altruístas, que permitiam o cumprimento de um duplo objetivo: ajudar o próximo e a si próprio. No atinente a este ponto, importa referir as preocupações salvíficas que inquietavam o ser humano de finais de setecentos e no século XIX. A

par das preocupações terrenas, afligia-se também com o momento da morte. Uma das suas angústias era a ocorrência de uma morte inesperada, que, por conseguinte, não tinha sido antecipadamente planeada. A morte queria-se pública e organizada. Nesta preparação, estava incluída a despedida do elemento corpóreo, através da realização de celebrações fúnebres, que traduziam a importância do falecido. O seu estatuto manifestava-se, ainda em vida, através da pertença a irmandades, confrarias e ordens terceiras que participariam nesse momento de despedida. Mas o elemento espiritual não era de forma alguma descurado. Sendo o cristianismo uma religião salvífica, procurava-se, ainda em vida, acautelar a salvação da alma e abreviar a passagem pelo purgatório. No julgamento a que a sua alma seria submetida contavam as boas ações. Deste modo, a existência de uma economia da salvação beneficiou não apenas a Igreja, em termos patrimoniais, como estimulou o exercício da caridade, que se revelou fundamental para potenciar ações e criar instituições de assistência, num tempo em que a intervenção do Estado no domínio assistencial ainda era muito escassa.

O Hospital da Caridade manteve-se ao longo do século XIX, com uma população em crescimento, mas também com limitações físicas e financeiras, dado que o espaço para acolher os entrevados era diminuto e as verbas para lhes prestar o apoio necessário não abundavam. Todavia, esta instituição não deixou de empreender melhoramentos para tornar mais confortável o quotidiano dos seus utentes, além de revelar preocupações com a sua higiene, alimentação e prestação de cuidados médicos.<sup>22</sup> Neste campo, foi fundamental, mais uma vez, a ajuda dos “brasileiros”. Foram vários os que enviaram o seu contributo para o sustento da instituição, merecendo particular destaque os seguintes: o Comendador João Pereira da Rocha Viana, que vivia no Rio de Janeiro, aquando da passagem por Viana do Castelo, doou 200\$000 réis; Manuel José Fiúza da Costa, no seu regresso a Portugal, proveniente também do Rio de Janeiro, legou 237\$372 réis; os irmãos António Baptista Camacho e Joaquim Baptista Camacho, através de uma subscrição pública realizada no Brasil, doaram 162\$255; José Joaquim de Amorim, no regresso a Viana do Castelo, igualmente procedente do Rio de Janeiro, concedeu 80\$000 réis. No século XIX, era habitual a realização de subscrições públicas, que se podiam estender aos emigrantes, para obter financiamento para a criação de instituições. Em 1869, José de

<sup>22</sup> Arquivo da Congregação e Hospital dos Velhos Entrevados da Nossa Senhora da Caridade (doravante ACHVENSC), Livro de Actas 1, fl. 23.

Miranda Carvalho deixou um importante verba ao hospital, o que permitiu apoiar um maior número de utentes.

O papel de Pimenta Jarro na história da assistência à saúde, essencialmente dos mais velhos, merece ser evidenciado, não apenas por ser um precursor neste âmbito no Alto Minho, mas também porque outros, mais tarde, lhe vão seguir o exemplo. De facto, no século XIX, outras instituições abrirão portas, como, por exemplo, o Lar de Nossa Senhora da Conceição, em Ponte de Lima, também graças à contribuição de um “brasileiro”, Agostinho José Taveira.

Em oitocentos, muitos “brasileiros” continuaram a evidenciar-se no campo da assistência em vários concelhos do Alto Minho. Foi o caso, por exemplo, de Miguel Dantas, nascido em 1836, na freguesia de Formariz, no concelho de Paredes de Coura. A sua ação benemerente não se limitou à terra de origem, pois integrou diversas instituições religiosas e assistenciais do Rio de Janeiro: a Sociedade Portuguesa de Beneficência, a Irmandade de Nossa Senhora de Copacabana, a Irmandade de N. S. da Lapa dos Mercadores, a Caixa de Socorros de D. Pedro V, entre outras. Após o seu regresso a Portugal, mais precisamente à cidade do Porto, por volta de 1870, apoiou várias agremiações, nomeadamente a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários, a Associação de Beneficência e Caridade da Freguesia de Cedofeita, a Real Sociedade Humanitária. Também a Associação Humanitária dos Bombeiros e a Congregação das Irmãs de Santa Teresa de Jesus, sediadas em Viana do Castelo, foram contempladas com os seus donativos. Tendo partido para o Brasil em 1851, aí fez fortuna e voltou, nos anos 70, à cidade do Porto, onde se destacou em vários negócios e alcançou projeção política. Anos antes, já tinha viajado pela Europa e, para o seu regresso, pode ter sido determinante o facto de ter enviuvado da mulher que lhe deu uma filha que veio a casar com Bernardino Machado. Depois de uma série de negócios mal-sucedidos e de um novo casamento, candidatou-se por Paredes de Coura às eleições de 1878 como deputado pelo Partido Regenerador. Presidiu os destinos deste município entre 1882 e 1895, tendo levado a cabo importantes obras públicas de modernização numa terra eminentemente rural (ALVES, 1993/1994). No seu testamento, redigido em 1866, 29 anos antes da sua morte, é possível verificar que atribuiu esmolas a várias instituições, destacando-se o Hospital da Caridade de Paredes de Coura, que foi presenteado com um donativo no valor de duzentos mil réis (ALVES, 1993/1994).

Entre outros projetos, Miguel Dantas apoiou a criação do Hospital da Misericórdia de Paredes de Coura (PEREIRA, 2000). Antes da sua fundação, existia o chamado Hospital da Caridade, que servia os doentes pobres do concelho, e que foi apoiado financeiramente por "brasileiros". A construção do hospital da Misericórdia teve início em 1885, sendo Miguel Dantas o provedor desta instituição. Os seus fundos eram constituídos, ainda em inícios do século XX, por inscrições nominais, capitais mutuados e quatro apólices de "brasileiros", o que representava muito pouco para gerir uma unidade hospitalar que servia à população de um concelho (CUNHA, 2001). Tratava-se de um edifício avançado para época, dispondo de enfermarias com capacidade para 40 doentes, cozinha, casas de banho, capela, salão nobre, secretaria, sala para consultas, aposentos para as irmãs hospitaleiras e um espaço para autópsias. As instalações dispunham de sistema de abastecimento de água e cumpriam os preceitos higienistas da época. As paredes do salão nobre ostentavam os retratos dos seus principais benfeitores. Entre outras figuras, como Fontes Pereira de Melo, Miguel Dantas, José Joaquim Bacellar Barbosa e o seu irmão António d'Antas Bacellar Barbosa, sobressaía José Luís Nogueira, conhecido por Visconde de Mozeles, título atribuído pelo rei D. Luís por Carta Régia de 1884.

Segundo os estatutos aprovados em 12 de março de 1885, o hospital destinava-se aos irmãos da Misericórdia mais carenciados e a todos os pobres do município.<sup>23</sup> No entanto, desde que a situação financeira da instituição o permitisse, os necessitados de fora do concelho também podiam ser tratados. Os outros doentes que quisessem ser tratados neste estabelecimento hospitalar ficavam sujeitos ao pagamento de uma quota diária estabelecida no regulamento. Tal como sucedia nos seus congéneres alto minhotos, não recebia enfermos que padecessem de moléstias crónicas e incuráveis.

Os estatutos da Santa Casa da Misericórdia, responsável pela administração do hospital, previam a contratação, mediante concurso, do número de facultativos que a mesa julgasse indispensável para cuidar dos internados. Os que fossem selecionados não podiam ausentar-se do concelho ou faltar às visitas diárias sem deixar substituto e avisar previamente o provedor. Cabia também à mesa escolher o pessoal de enfermagem, os serven-

<sup>23</sup> Arquivo Municipal de Paredes de Coura (doravante AMPC), Santa Casa da Misericórdia de Paredes de Coura, Livro de Atas, fl. 24.

tes e todos os empregados que fossem necessários para assegurar o funcionamento da instituição. Segundo os dados que colhemos, no período compreendido entre 1885 e 1894, deram entrada nesta instituição 1187 doentes, tendo falecido 76. A baixa mortalidade registada era partilhada pelos restantes hospitais do Alto Minho.

### Conclusão

A centúria de oitocentos é bastante profícua no campo da saúde pública. Esta deixa de centrar-se no recurso a cordões sanitários, quarentenas e lazaretos para enfrentar surtos epidémicos, focando-se antes no indivíduo, nos conceitos de isolamento e desinfecção. Estas transformações são o resultado das teorias microbianas, entretanto assumidas e generalizadas. No entanto, em alguns países, vários historiadores defendem que as mudanças verificadas no domínio das políticas de saúde pública, no dealbar do século XX, se baseiam num processo de prevenção, fomentado por uma educação focalizada no higienismo individual com o objetivo de evitar a degeneração da raça. Em Portugal, as descobertas de Louis Pasteur tiveram importantes repercussões, que se farão sentir não só no campo da medicina social, mas igualmente na forma de conceber mecanismos assistenciais, materializando-se, na centúria seguinte, na aposta na diminuição dos números da mortalidade infantil, com a criação de lactários, na luta contra a tuberculose, na construção de sanatórios e dispensários, na luta contra a sífilis e o cancro, neste caso com a criação do Instituto de Oncologia.

Em matéria de assistência à saúde, importa realçar o papel que as misericórdias, confrarias e ordens terceiras continuaram a desempenhar através dos seus hospitais e de novas valências que foram instalando para dar resposta a preocupações sociais emergentes, como balneários públicos, sanatórios, manicómios, lactários ou albergues noturnos. Aquelas instituições continuaram, igualmente, a ser destinatárias de importantes legados de homens e mulheres movidos por sentimentos filantrópicos, pela expectativa de conseguirem a atenuação de eventuais penas do purgatório, pela obtenção do reconhecimento público ou prestígio social, pela concretização de ambições políticas ou para aliviar a aflição causada por alguma doença. Os seus donativos, em géneros ou dinheiro, permitiram realizar melhoramentos nos equipamentos já existentes e, nalguns casos, deram um contributo decisivo para a criação de novas estruturas hospitalares e asilares.

No que diz respeito ao Alto Minho, em particular, entre aqueles que mais contribuíram para o melhoramento ou criação de instituições de assistência à saúde, destacam-se os “brasileiros”. Facilmente encontramos vários municípios outros “brasileiros” que, à semelhança dos dois exemplos (Pimenta Jarro e Miguel Dantas) que destacámos, destinaram parte da sua fortuna à criação de instituições vocacionadas para a assistência à saúde. Apesar do seu contributo para, pelo menos, atenuar a dureza do quotidiano das gentes mais desprotegidas, duas realidades continuam a evidenciar-se nesta região portuguesa no século XIX: a insuficiência de estruturas de assistência à saúde, que, por sua vez, promovia a existência de espaços lacunares, impulsionadores da prática da benemerência, e o seu exercício enquanto mecanismo facilitador da materialização de ambições sociais, pretensões políticas ou até mesmo aspirações salvíficas. Sobre estas, nos finais do século XIX, mais precisamente em 1880, um periódico de Ponte de Lima, ao noticiar a dádiva de um benfeitor à Misericórdia local, registava a seguinte máxima: *dar aos pobres é emprestar a Deus...*

### Referências

- ABREU, Alberto Antunes. José da Costa Pimenta Jarro. In: d'ABREU, João Gomes (Coord.). *Figuras Limianas*. Ponte de Lima: Câmara Municipal de Ponte de Lima, 2008, p. 136.
- ALVES, Jorge Fernandes. O percurso migratório do Conselheiro Miguel Dantas. *Cadernos de Arqueologia e Património*, 2/3, p. 143-155, 1993/1994.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais do Antigo Regime à República*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, 2010.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. Pequenos e pobres: a assistência nas Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. In: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; FERREIRA, Maria de Fátima (Orgs.). *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, 2008, p. 141-146.
- ASTRAY, Manuel Recuero; MALLÓN BAUDILLO, Barreiro. *História da Galiza*. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- BEZERRA, Manuel Gomes de. *Os Estrangeiros do Lima*. Viana do Castelo: Câmara Municipal de Viana do Castelo, 1992, Ed. facsimilada de 1791.
- BLANNING, T. C. W. *El siglo XIX*. Barcelona: Editorial Crítica, 2002.
- BRANCO, Camilo Castelo. *Novelas do Minho*. Um retrato de Portugal. Lisboa: Bertrand Editora, 2009.

- CABRAL, João de Pina. Comentários críticos sobre a casa e a família no Alto Minho rural. *Análise Social*, v. XX (81-82), 2º e 3º, p. 263-284, 1984.
- CABRAL, João de Pina. *Filhos de Adão, Filhas de Eva*. A visão do mundo camponesa no Alto Minho. Lisboa: D. Quixote, 1989.
- CARDOSO, Júlio Arthur Lopes. “Micróbios e doenças”. *Biblioteca do Povo e das Escolas*, n. 152, p. 52, 1912.
- CARVALHO, José Rodrigues de. *Chorographia Palustre de Portugal*. Porto: Typ. Vapor da Real Oficina de São José, 1899, p. 26.
- CASCÃO, Rui. À volta da mesa: sociabilidade e gastronomia. In: VAQUINHAS, Irene (Coord.). *História da vida privada em Portugal*. A época contemporânea. Lisboa: Círculo de Leitores, 2010, p. 56-91.
- CASTRO, Maria de Fátima. Assistência no Hospital de S. Marcos na 2ª metade do século XVII a cerca de 1710. *Revista Cultural Bracara Augusta*, n. 44, p. 45-73, 1993.
- CRUZ, Maria Antonieta. Agruras dos emigrantes portugueses no Brasil. *Revista de História*, Porto, v. 7, p. 7-134, 1986/1987.
- CUNHA Narciso Alves da. *No Alto Minho*. Paredes de Coura. Paredes de Coura: Câmara Municipal de Paredes de Coura, 2001.
- DINIS, Júlio. *A Morgadinho dos Canaviais*. Porto: Porto Editora, 1993.
- ESTEVEES, Alexandra. *Entre a caridade e a assistência: a fundação dos asilos para idosos, no norte de Portugal, em finais do Antigo Regime*, 2016 (no prelo).
- JUTTE, Robert. Syphilis and confinement. Hospitals in early Modern Germany. In: JUNKER, Detlef; MATTERN, S. Daniel (Eds.). *Institutions of confinement, hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, p. 97-115.
- KLEIN, Herbert S. A integração social e económica dos imigrantes portugueses no Brasil nos finais do século XIX e no século XX. *Análise Social*, v. XXVIII (121), p. 235-265, 1993.
- MANTECÓN MOVELLÁN, Tomás Antonio. *Conflictividad y disciplinamiento rural del Antiguo Régimen*. Santander: Universidade da Cantábria, Fundação Marcelino Botín, 1997.
- MARTINS, Alcina Maria de Castro. *Génesis, emergência e institucionalização do serviço social português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia, 1999.
- PARDAL, Rute. A Criação dos filhos dos pobres e dos tinosos: um aspecto esquecido da assistência da Misericórdia de Évora no século XVIII. *Congresso Internacional de História. Territórios, Culturas e Poderes*. Braga: Núcleo de Estudos Históricos, Universidade do Minho, 2007, p. 757-766.

- PELLISTRANDI, Benôit. *As relações internacionais de 1800 a 1871*. Lisboa: Edições 70, 2000.
- PEREIRA, Maria da Conceição Meireles. Os brasileiros notáveis e... os Outros. *Os brasileiros de torna-viagem no Noroeste de Portugal*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 2000, p. 359-377.
- PERROT, Michelle. Maneiras de habitar. In: DUBY, Georges; ARIÉS, Philippe (Dirs.). *História da Vida Privada*. Da Revolução à Grande Guerra, v. 4. Porto: Edições Afrontamento, 1990, p. 307-323.
- RELVAS, Eunice. *Esmola e Degredo*. Mendigos e Vadios em Lisboa (1835-1910). Lisboa: Livros Horizonte, 2002.
- RODRIGUES, José Júlio. Lisboa e a Cholera. *Biblioteca do Povo e das Escolas*, n. 88, 1884.
- RODRIGUES, Henrique. *Emigração e Alfabetização*. O Alto Minho e a Miragem do Brasil. Viana do Castelo: Governo Civil de Viana do Castelo, 1995.
- ROQUE, João Lourenço. As epidemias no distrito de Coimbra no século XIX (1830-1870). *Revista Portuguesa de História*, tomo XXXIV, p. 1-152, 2000.
- RUSSELL-WOOD, A. J. R. A emigração: fluxos e destinos. In: BETHENCOURT, Francisco; CHAUDHURI, Kirti (Dirs.). *História da Expansão Portuguesa*, v. 3. Lisboa: Círculo de Leitores, 1997, p. 158-168.
- SÁ, Isabel dos Guimarães. Misericórdias, Portugueses e Brasileiros. *Os Brasileiros de Torna-Viagem no Noroeste de Portugal*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 2000, p. 117-133.
- SARAIVA, Clara. Casar em casa: A organização familiar numa comunidade no litoral minhoto. *Cadernos Vianenses*, Viana do Castelo, p. 29-52, 1995.
- SOUSA, Fernando de. *A População Portuguesa nos inícios do século XIX*. Porto, 1979.

## Saúde nas malhas da assistência e dos coletivos protetores

Maria Engrácia Leandro

“Tenho que escolher o que detesto – ou o sonho, que a minha inteligência odeia, ou a acção, que a minha sensibilidade repugna, ou acção, para que não nasci, ou o sonho, para que ninguém nasceu. Resulta que, como detesto ambos, não escolho nenhum; mas como hei-de, em certa ocasião, ou sonhar ou agir, misturo uma coisa e outra.” (Fernando Pessoa)<sup>1</sup>

### Introdução

A preocupação com a doença e a saúde vem de tempos de antanho. Face à doença, secularmente associada ao *fatum*, os humanos não se detiveram quanto à procura de respostas para a vencer, recorrendo, principalmente, ao sobrenatural e ao vegetal, ainda que os resultados não fossem de grande alcance. Se algumas patologias bastante mortíferas existem desde toda a eternidade, cada época tem as suas doenças mais peculiares, consideradas como mal absoluto. Na Idade Média, a peste, dizimando grande parte da população, incarnava, por excelência, o mal. A doença e a morte, duas ameaças permanentes, favoreciam o medo e a angústia que apenas encontravam explicação no sagrado. No século XIX, a tuberculose exprime tanto o mito romântico da personalidade marcada pelo destino quanto a miséria da classe operária no dealbar da industrialização. Nas sociedades hodiernas, o cancro afigura-se a doença mais temível, embora possa não ser a mais mortífera. Há, ainda, uma diferença de peso: no primeiro caso a doença manifesta-se e mata rapidamente, ao passo que nos outros, e ainda mais no último, à semelhança de outras doenças crónicas, a doença pode ser tratada e prolongar-se, tornando-se uma forma de vida.

<sup>1</sup> PESSOA, F. *Livro do Desassossego*. Lisboa: Círculo dos Leitores, 2006.