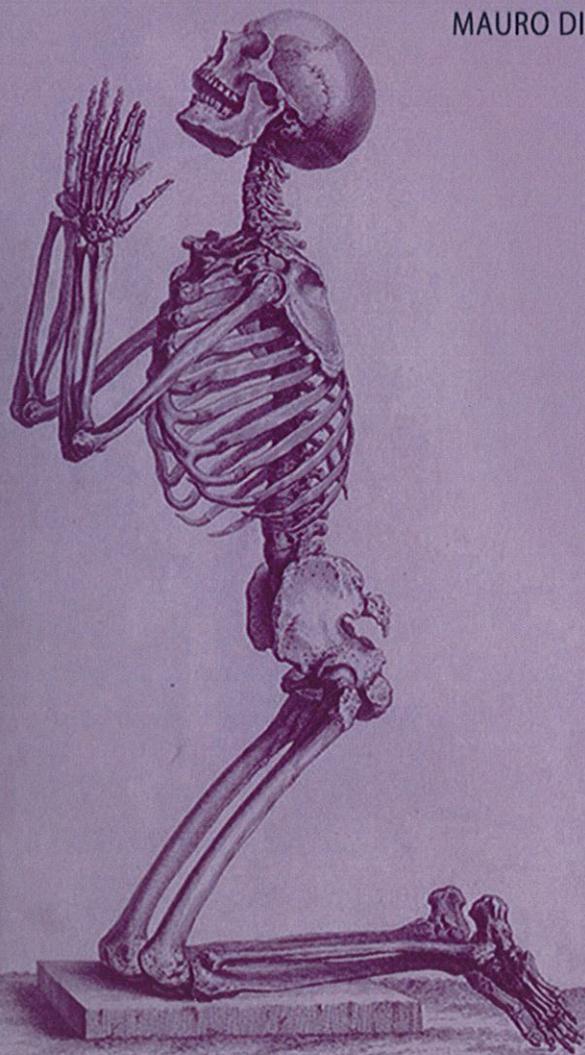


CUIDADOS COM O CORPO E A ALMA

NA LUSO-AMÉRICA DOS SÉCULOS XVII A XIX

MAURO DILLMANN | FERNANDO RIPE

(ORGS.)



PAISAGENS
HÍBRIDAS

A obra organizada por Mauro Dillmann e por Fernando Ripe reúne textos de historiadores que se ocupam com as ações institucionais e os discursos relativos ao corpo e à alma, em Portugal e na América portuguesa, entre os séculos XVII e XIX. Conforme salientou Foucault, tanto o discurso religioso quanto os saberes médicos configuraram dispositivos essenciais para a formação das individualidades na Época Moderna. Tais discursos não desenvolveram somente normas com efeito cerceador, mas estabeleceram também a sua própria positividade, que atraía as famílias e novos agentes sociais. No contexto em questão, é visível a predominância do discurso religioso até pelo menos a metade do século XVIII, como revelam as práticas de “bem morrer” conduzidas pelas irmandades e ordens religiosas. Após o período pombalino, e com mais ênfase durante o século XIX, as normas de caráter sanitário, idealizadas pelos saberes médicos, introduziram uma nova disciplina nos corpos. A partir daí, as preocupações ligadas à salubridade pública e à saúde das crianças foram aos poucos deslocando as tradicionais práticas de salvação, em que o cuidado com o corpo constituía um meio para propiciar a salvação da alma. Mas esse processo não ocorreu sem resistências, tanto no Brasil quanto em Portugal.

William de Souza Martins

Universidade Federal do Rio de Janeiro

CUIDADOS COMO CORPO E A ALMA

NA LUSO-AMÉRICA DOS SÉCULOS XVII A XIX

MAURO DILLMANN | FERNANDO RIPE (ORGS.)

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C 966 Cuidados com o corpo e a alma na Luso-América dos séculos XVII a XIX / Organizadores: Mauro Dillmann e Fernando Ripe – Rio de Janeiro: Paisagens Híbridas: Escola de Belas Artes: UFRJ, 2019.

313 p. : il.; 14 x 21 cm.

Inclui Bibliografia e índice

ISBN 978-85-69970-17-0

1. CORPO 2.SAÚDE 3. ALMA 4. PAISAGENS HIBRIDAS I. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS II. Dillmann, Mauro III. Ripe, Fernando

CDD 610981.03

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Instituto de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em História

Reitor

Pedro Rodrigues Curi Hallal

Vice-Reitor

Luis Isaías Centeno do Amaral

Direção do Instituto de Ciências Humanas

Sebastião Peres

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Flávio Fernando Demarco

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em História

Danielle Gallindo Gonçalves Silva

Coordenação Adjunta do Programa de Pós-Graduação em História

Aristeu Elisandro Machado Lopes

PROJETO EDITORIAL

Laboratório de Ensino de História | LEH

(Universidade Federal de Pelotas) em parceria com

Grupo de Pesquisas Paisagens Híbridas – EBA/UFRJ

Capa, Projeto gráfico e diagramação

Rubens de Andrade

Ficha Catalográfica

Nara Ferreira Oliveira

Revisão dos originais

Mauro Dillmann e Fernando Ripe

Capa: Rubens de Andrade e *Fernando Ripe*

Foto da Capa:

Esqueleto humano ajoelhado em oração, 1733.

Autoria: Cheselden, William, 1688-1752.

CONSELHO EDITORIAL

Claudia Rodrigues | UNIRIO

Douglas Attila Marcelino | UFMG

Eliane Cristina Deckmann Fleck | UNISINOS

Guilherme Figueiredo | EAU/UFF

Mara Regina do Nascimento | UFU

Rubens de Andrade | EBA/UFRJ



núcleo de
documentação
histórica da
UFPEL



Todos os direitos desta edição são reservados à editora Paisagens Híbridas e aos autores. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônicos ou mecânicos, incluindo fotocópias e gravação) ou arquivada em qualquer sistema de banco de dados sem permissão escrita do editor.

Grupo de Pesquisa Paisagens Híbridas

Escola de Belas Artes/UFRJ

www.paisagenshibridas.com.br | paisagenshibridas@gmail.com

Editora Paisagens Híbridas

www.atelierencadernac.wixsite.com/pheditoracatelier

editorapaisagenshibridas@gmail.com

PAISAGENS
HIBRIDAS
EDITORA

CUIDADOS COM O CORPO E A ALMA

NA LUSO-AMÉRICA DOS SÉCULOS XVII A XIX

MAURO DILLMANN | FERNANDO RIPE (ORGS.)

PAISAGENS
HIBRIDAS

RIO DE JANEIRO

2019

1ª EDIÇÃO

SUMÁRIO

- 7 **PREFÁCIO**
Sobre a salvação das almas e a saúde dos corpos: sensibilidades e normatização de condutas sociais na Modernidade
Eliane Cristina Deckmann Fleck
- 21 Apresentação
Corpo, a prisão da alma: discursos, agentes e instituições modernas
Mauro Dillmann e Fernando Ripe
- 33 **PARTE 1 | PODERES: INSTITUIÇÕES NO CONTROLE DO CORPO E DA ALMA**
- 34 Os jogos da salvação: o papel dos jogos nas finanças das confrarias das Almas de Braga na Idade Moderna
Maria Marta Lobo de Araújo
- 62 As práticas de caridade nas Ordens Terceiras franciscanas do império português entre os séculos XVII e XVIII
Juliana de Mello Moraes
- 80 O estado da saúde no distrito de Viana do Castelo entre os finais do século XIX e os inícios do século XX
Alexandra Esteves
- 106 Legislação sanitária e tensão social – A revolta da “Maria da Fonte” (Portugal, 1846)
Jorge Fernandes Alves
- 138 As irmandades de negros em Portugal na Modernidade: resistência e integração social
Maria de Fátima Reis

- 153 **PARTE 2**
SABERES: CIÊNCIA E RELIGIOSIDADE NA PRESERVAÇÃO DO CORPO E DA ALMA
- 154 Modos de conservar a saúde infantil: preceitos médicos para a criação de crianças em um tratado de medicina português do século XVIII
Fernando Ripe
- 176 Para evitar os achaques e preservar a saúde: a divulgação da medicina e o “regime de viver” em Portugal- século XVIII
Jean Luiz Neves Abreu
- 202 A “arte de conjecturar”: corpo, alma e medicina no Filósofo Solitário (1786)
Ricardo Cabral de Freitas
- 232 “Doenças que matam o corpo e a alma”: as práticas de cura de jesuítas e capuchinhos no sertão da América portuguesa (1690-1702)
Ane Luise Silva Mecenas Santos
- 256 Agonia, morte, funeral e luto em Portugal do século XIX
Maria Antónia Lopes
- 284 A morte em gravuras de Philipp Sadeler na obra do jesuíta Jeremias Drexel, séculos XVI-XVII
Mauro Dillmann



O estado da saúde no distrito de Viana do Castelo entre os finais do século XIX e os inícios do século XX

Alexandra Esteves

Ao longo do século XIX, a aplicação de uma parte substantiva da legislação promulgada em Portugal no campo da saúde esbarrou na falta de recursos materiais e humanos. Assim, até finais deste século e nos primeiros anos do seguinte, muitas localidades continuaram sem hospitais, o que não significava, necessariamente, ausência de assistência na doença.¹ A instabilidade política durante o período em análise, a que se juntou, a partir de 1914, o primeiro conflito à escala global, cujas consequências desastrosas se fizeram sentir no país, bem patentes, por exemplo, na carência e no racionamento de bens essenciais e na indigência da população, constituíram sérios obstáculos à implementação de reformas de que o país tanto precisava, designadamente na área da saúde. Por outro lado, a incompreensão e a resistência popular face a algumas das medidas preconizadas nesse campo geraram episódios de revolta e violência contra médicos, autoridades sanitárias e outras entidades e que acabaram por impossibilitar a sua execução.

Os avanços registados no domínio dos transportes possibilitaram que as grandes viagens se tornassem mais rápidas, confortáveis e

¹ Para o caso de Viana do Castelo leia-se ESTEVES, Alexandra. Os hospitais das Misericórdias do Alto Minho entre o século XIX e os inícios do século XX: problemas, desafios e progressos. In: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (coord.). *A intemporalidade da Misericórdia*. As Santas Casas portuguesas: espaços e tempos, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2016, p. 363-391.

seguras e facilitaram a movimentação de pessoas e de mercadorias. Ora, com os viajantes e as bagagens também circulavam enfermidades, que, por essa via, deixam os seus nichos habituais, expandem-se por lugares cada vez mais distantes e acabam por ganhar uma dimensão universal. Tome-se como exemplos a febre-amarela, que atingiu o Brasil em 1849, provinda de nova Orleães (EUA), e a peste bubónica, que chegou ao país em 1899², presume-se que transportada por imigrantes do norte de Portugal, que, por sua vez, terá sido contagiado por indivíduos provenientes da Índia.³ Em 1850, à cidade do Porto chegou precisamente a febre-amarela, a bordo de uma embarcação vinda do Brasil. No ano seguinte, voltou a ser fustigada com a mesma doença, desta feita com maiores proporções, julga-se que trazida, por via marítima, do Rio de Janeiro.⁴

Em oitocentos, o Velho Continente procurou estender o seu domínio económico às demais regiões do globo, o que implicou o estabelecimento de contactos com povos e lugares de diferentes latitudes, o que também potenciou a disseminação de enfermidades. É assim que, numa aparente contradição, a Europa, centro do progresso e do mundo, é atingida por surtos de cólera e febre-amarela e, já no século XX, de pneumónica. Portugal não foi exceção, pois também foi afetado por estas enfermidades e mostrou, igualmente, dificuldade em proteger as suas fronteiras, como sucedeu, por exemplo, aquando da ameaça de cólera vinda de Espanha, desde 1853, e que acabou por atingir todo o

² UJVARI, Stefan Cunha; ADONI, Tarso. *A história do século XX pelas descobertas da Medicina*. São Paulo: Contexto, 2014, p. 24.

³ Veja-se MORAIS, J. A. D. De. História da Medicina: Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. I – Peste Bubónica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 18, 4, 2011, p. 259-266.

⁴ Sobre a presença da febre-amarela em Portugal leia-se Relatório sobre a febre amarela em Lisboa no ano de 1857, Lisboa: Imprensa Nacional, 1859, p. 8-15.

território raiano, desde o Minho ao Algarve.⁵ Como sucedeu noutras ocasiões, uma das razões que facilitou a penetração e a propagação da moléstia foi a resistência das populações às orientações emanadas das autoridades sanitárias, por as considerarem lesivas dos seus interesses.

Ainda nos inícios do século XX, a intervenção do Estado no domínio da assistência à saúde continuava a ser muito limitada e consistia, essencialmente, na concessão de subsídios às instituições de beneficência, na sua maioria privadas, e na fiscalização das suas contas. A assistência domiciliária era feita, quase exclusivamente, pelas Misericórdias.

O nosso trabalho incide, fundamentalmente, sobre o distrito de Viana do Castelo, sito no norte de Portugal, composto por dez concelhos, muito marcados pela ruralidade e pela forte emigração masculina. Através das fontes compulsadas, somos levados a concluir que, no século XIX e nos inícios do século XX, as preocupações com a saúde pública da região incluíam, além das epidemias, sobretudo, da varíola, da febre tifoide e também do tifo, uma série de doenças que grassavam de forma quase endémica, bem como a falta de profissionais de saúde e as precárias condições de funcionamento dos hospitais, entre outras.⁶

Apesar da tendência para a diminuição das doenças infecciosas, estas continuavam a ter uma forte incidência no Alto Minho. Em 1905, por exemplo, entre as principais causas de morte da população

⁵ Não trataremos de forma exaustiva a cólera porque já o fizemos noutros trabalhos, nomeadamente nos seguintes: ESTEVES, Alexandra. A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas. In: HERNÁNDEZ BORGE, Julio; GONZÁLEZ LOPO, Domingo (Ed.). *Antiguos e nuevos desafios. Santiago de Compostela*, Alvarellos Editora, 2017, p. 285-220. ESTEVES, Alexandra; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. Cholera in the Portuguese region of Alto Minho in the second half of the nineteenth century: epidemic outbreaks, treatment and behaviours. *Hygiea Internationalis: An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*, Linköping University Electronic Press, Linköping universitet, v. 9, n. 1, 2010, p. 183-198.

⁶ O distrito de Viana do Castelo é composto pelos seguintes concelhos: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Paredes de Coura, Vila Nova de Cerveira, Valença e Viana do Castelo. Está limitado a Norte e a Este pela província espanhola da Galiza, a Sul pelo outro distrito que integra a região do Minho, Braga, e a Oeste pelo Oceano Atlântico.

desta região, estavam o sarampo, a varíola e a gripe.⁷ No século XIX, o sarampo, que atacava sobretudo as crianças, ainda causava um número considerável de vítimas na cidade de Viana do Castelo. O administrador do concelho atribuía a elevada mortandade mais ao desleixo das famílias do que propriamente à gravidade da doença. Note-se que, apesar do movimento de secularização da sociedade, empreendido ao longo da centúria oitocentista, o Alto Minho permanecia como uma região onde a religiosidade estava muito enraizada, bem visível nas práticas quotidianas e no apego a irmandades e confrarias, que existiam em grande número em alguns concelhos. Assim, a fé servia, muitas vezes, de explicação e de consolo bastante para a morte, em particular de crianças de tenra idade. Por outro lado, a iliteracia das gentes e a falta de informação levavam as pessoas a recorrerem a tratamentos que não produziam qualquer efeito ou, o que era pior, serviam até para agravar os males. Por norma, o tratamento consistia em agasalhar o doente e ministrar-lhes bebidas quentes, com o objetivo de “fazer sair o sarampo”.⁸

A RESISTÊNCIA À VACINAÇÃO

Na segunda metade do século XIX e nos primórdios do século XX, a varíola continuava a grassar com grande intensidade, apesar das iniciativas levadas a cabo com o propósito de sensibilizar as populações para a importância da vacinação, recorrendo à colaboração dos párocos e dos professores primários, as mais importantes referências locais. Em 1869, para enfrentar uma epidemia de varíola, o Ministério do Reino ordenava aos governos civis que diligenciassem a vacinação e revacinação de adultos e crianças, remetendo, para o efeito, tubos e lâminas vacínicas.⁹

⁷ Arquivo Histórico do Governo Civil de Viana do Castelo (doravante AHGCVC), Registo da correspondência expedida ao inspetor dos serviços sanitários do reino - 1905

⁸ AHGCVC, Correspondência recebida relativa à saúde pública, 1.15.4.4-3, não paginado.

⁹ AHGCVC, Correspondência recebida relativa a vacinas. Arquivo Municipal de Arcos de Valdevez (doravante AMAV), Livro do copiador de correspondência expedida para várias autoridades, 1886-1889.

Desde outubro de 1873, Castro Laboreiro, uma aldeia serrana do concelho de Melgaço, foi atingida por uma epidemia de varíola, que se estendeu pelo ano de 1874. Em três meses vitimou cem crianças.¹⁰ Além do subdelegado de saúde, também o professor primário e o farmacêutico se envolveram no combate à doença, visitando as casas infetadas e verificando o cumprimento das regras de higiene então recomendadas. Havia, sobretudo, a preocupação de alertar a população para a importância da higiene pessoal e da limpeza das casas. Em fevereiro de 1874, havia vinte e duas crianças infetadas, com idades compreendidas entre os oito meses e os doze anos. Em apenas uma semana já tinham perdido a vida dezoito pessoas, um número extremamente elevado atendendo a que se tratava de uma pequena povoação.

Na ótica das autoridades, a proliferação da varíola tinha a ver, precisamente, com a falta de higiene das habitações. É o que depreende das palavras do subdelegado de saúde, de visita àquele concelho:

a moléstia é contagiosa e epidémica, e difícil ou quasi impossível se torne a sua extinção, já porque a habitações estão fora de toas 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 dúm fatalismo quasi invencível.¹¹

A propósito deste excerto, convirá referir que, no século XIX e até à segunda metade do século XX, o conceito de casa tinha um sentido mais lato para as gentes do campo do que para os residentes nas sedes de concelho.¹² Para estes, as habitações eram sobretudo espaços de

¹⁰ AHGCVC, Saúde Pública – 1874, n.º 1.18.3.7-4, não paginado.

¹¹ AHGCVC, Saúde Pública – 1874, n.º 1.18.3.7-4, não paginado.

¹² Segundo João de Pina Cabral, para o camponês, o conceito de casa estende-se às suas terras, animais, estruturas, família presente, ausente e inclusive familiares já falecidos. CABRAL, João de Pina. *Filhos de Adão, Filhas de Eva. A visão do mundo camponesa no Alto Minho*. Lisboa: D. Quixote, 1989, p. 65. 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.” Confirma-se MANTECÓN MOVELLÁN, Tomás Antonio. *Conflictividad y disciplinamiento social en la Cantabria rural del Antiguo Régimen. Servicio de Publicaciones*. Universidad de Cantabria, 1997, p. 83.

consumo e fruição, além de, circunstancialmente, servirem de local de trabalho. No campo, funcionavam, simultaneamente, como espaços de produção e de consumo, dada a estreita conexão de base sinalagmática entre a terra e a casa: a gente da casa trabalhava as propriedades que a integravam e estas garantiam-lhe a subsistência.¹³ Sendo um instrumento para amanhar a terra, a casa rural surgia mais virada para o exterior, abrangendo a eira e os anexos agrícolas, onde coabitavam o homem e o animal, numa partilha promíscua da espacialidade doméstica.¹⁴

As décadas de 1960 e 1970 do século XIX foram muito marcadas pela incidência da varíola, que atingiu praticamente todos os concelhos do Alto Minho, sobretudo nos meses mais quentes do verão, sendo os indivíduos não vacinados as principais vítimas.¹⁵ As repercussões da doença, bem como o seu caráter endêmico, resultavam não só da ausência de condições de salubridade e da falta de médicos, mas também da inexistência ou degradação das vias de comunicação, sobretudo nas terras do interior, o que dificultava a deslocação das pessoas, nomeadamente quando precisavam de auxílio médico. No entanto, os facultativos do partido tinham a obrigação de se deslocarem pelas freguesias dos concelhos onde exerciam funções, a fim de prestarem assistência a quem dela necessitava, especialmente aos pobres.

A falta de profissionais de saúde abria caminho a curandeiros, bruxos e charlatães, muito presentes ainda em oitocentos, sobretudo nas terras mais isoladas. Os tratamentos aplicados também eram muito rudimentares e ineficientes, funcionando, geralmente, como uma espécie de panaceia. A propósito da varíola que grassava no concelho

¹³ Sobre a ligação entre a terra e a casa no Alto Minho veja-se CABRAL, João de Pina. *Comentários críticos sobre a casa e a família no Alto Minho rural. Análise Social*, v. XX (81-82), 1984 – 2.º e 3.º, p. 263-284.

¹⁴ Veja-se PERROT, Michelle. Maneiras de habitar. In: DUBY, Georges; ARIÈS, Philippe (dir). *História da Vida Privada. Da Revolução à Grande Guerra*. v. 4. Porto: Edições Afrontamento, 1990, p. 71-82. Consulte-se igualmente SARAIVA, Clara. *Casar em casa: A organização familiar numa comunidade no litoral minhoto*. Cadernos Vianenses, Viana do Castelo, 1995, p. 31.

¹⁵ Arquivo Distrital de Viana do Castelo (doravante ADVC), *Correspondência recebida do conselho de saúde pública do reino e dos vários concelhos acerca do estado do distrito de Viana do Castelo*, n.º 1.14.4.11-19, não paginado.

de Monção em 1872, o administrador do concelho procurou justificar as melhorias do quadro clínico da população com o uso de mezinhas, que incluíam a realização de purgas, a ingestão de limonadas adoçadas com xarope de vinagre, de vinho e caldo e a aplicação de loções, por todo o corpo, à base de vinagre canforado com ácido sulfúrico.¹⁶ Como seria de esperar, o uso generalizado destes “remédios” não produzia os efeitos esperados, mas, bem pelo contrário, até agravava a situação. Havia doentes que bebiam quatro litros de vinho por dia!¹⁷

No início do século XIX, o subdelegado de saúde de Arcos de Valdevez lamentava a resistência demonstrada pelas populações do concelho à vacinação e revacinação, o que explicava o elevado número de casos e de vítimas de varíola que verificou no ano de 1906.¹⁸ Na mesma altura, no concelho vizinho de Ponte da Barca, o seu homólogo também lastimava que, apesar dos contantes apelos, o serviço de vacinação estava quase sempre deserto.

A lei de 2 de março de 1899, ainda que tivesse ficado praticamente esquecida até 1911, estabelecia a obrigatoriedade da vacinação e da revacinação contra a varíola.¹⁹ Segundo o disposto no regulamento previsto naquele normativo, aprovado em 23 de agosto desse ano, as crianças deviam ser vacinadas durante o primeiro ano de vida e a revacinação devia ter lugar dos sete aos oito anos e dos quatorze aos quinze anos. Porém, os pais recusavam-se a vacinar os filhos, o que explica a elevada mortalidade registada em Portugal, nos primeiros anos de novecentos, quando comparada com a verificada noutras regiões da Europa.²⁰ De facto, as principais vítimas da enfermidade eram as

¹⁶ AHGCVC, Correspondência recebida relativa à saúde pública nos concelhos, n.º 1.15.4.5-1, não paginado.

¹⁷ AHGCVC, Correspondência recebida relativa à saúde pública nos concelhos, n.º 1.15.4.5-1, não paginado.

¹⁸ AHGCVC, Registo da correspondência expedida ao inspetor dos serviços sanitários do reino- 1905

¹⁹ Confirme-se PESSOA, Ana Maria Pires. *A educação das mães e das crianças no Estado Novo: a proposta de Maria Lúcia Vassalo Namorado*. vol. I, Lisboa, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2005, p. 897. Tese de doutoramento policopiada.

crianças. Esta resistência à vacinação, a favor da qual se mobilizavam as principais entidades locais, devia-se, em grande parte, à incompreensão e à ignorância das populações, quer no que respeita à inoculação propriamente dita, quer em relação ao modo como era processada. É de referir que também entre a comunidade médica havia quem discordasse da obrigatoriedade da vacinação.

A oposição à vacina não era exclusivamente português. Na mesma época, em várias partes do mundo, a população revoltou-se contra a imposição da vacina, que só foi aplicada com recurso a métodos coercivos, que acabaram por gerar reações violentas. Um dos casos mais extremos, que ficou conhecido como a *Revolta da Vacina* aconteceu no Brasil, mais precisamente quando a população do Rio de Janeiro se insurgiu contra a obrigatoriedade da vacinação. Tal como em Portugal, também já existia nesse país legislação que regulava a aplicação da vacina a crianças e a adultos.²¹

DOENÇAS E EPIDEMIAS

No Alto Minho, na centúria oitocentista e nas duas primeiras décadas do século XX, eram frequentes os ataques de animais raivosos, sobretudo de cães. Alarmados com o elevado número de ocorrências, os governos civis despachavam, regularmente, orientações destinadas a impedir a propagação da raiva. Assim, a título preventivo, era recomendado o abate de cães que fossem encontrados a vaguear sem dono pelas povoações, bem como de quaisquer animais suspeitos de serem portadores da doença.²²

²⁰ Veja-se NUNES, José Nogueira. *Mortalidade em Portugal*. Porto: Imprensa Nacional, 1923, p. 51.

²¹ Segundo Célia Cabral e João Rui Pita, nos inícios do século XIX, o número de indivíduos vacinados em Portugal era de cerca de 20000, começando a decair a partir da década de 1920 de oitocentos. Confira-se CABRAL, Célia; PITA, João Rui. *Ciclo de Exposições: Temas de Saúde, Farmácia e Sociedade*. Catálogo. Cinquenta anos do Programa de Vacinação em Portugal (1965-2015). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do século XX (Ceis20), 2015, p. 8.

²² Arquivo Municipal de Ponte de Lima (doravante AMPL), Administração do Concelho. *Livro de Registo dos da correspondência para o Governo Civil – 1913-1916*, n.º 2.2.1.26, fls. 40-40v.

As vítimas eram encaminhadas para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, onde recebiam tratamento antirrábico. Também a cabeça do animal atacante, sempre que possível, era enviada para esse organismo, a fim de ser analisada. A administração do concelho custeava a viagem de comboio das vítimas mais pobres, depois de devidamente comprovado a sua indigência com atestado passado pelo regedor e pelo pároco da freguesia.²³

As doenças do foro gastrointestinal eram comuns sobretudo no período estival. A presença de insetos, sobretudo de moscas e mosquitos, que pousavam na comida e nos seres humanos, a rápida deterioração dos produtos alimentares, a falta de higiene, entre outras razões, contribuíam para o aparecimento e a circulação de doenças, como a febre tifoide e as diarreias.

Também conhecida por tosse convulsa, a coqueluche causou um elevado número de mortes, sobretudo de crianças, nos concelhos de Melgaço e Caminha, no ano de 1872. Na opinião das autoridades, a rápida propagação da doença resultava da sua elevada contagiosidade, pelo que se impunha o isolamento dos doentes.²⁴ Era uma enfermidade comum no distrito de Viana do Castelo, mas a elevada mortalidade que provocou nesse ano levou as autoridades a tomarem medidas para evitar o seu alastramento. Nesse sentido, recomendava-se a separação das crianças infetadas, cuidados com o agasalho e com a alimentação e, se possível, o seu envio para locais com bons ares, preferencialmente secos.

Na segunda metade de oitocentos, o tifo e a febre tifoide atacaram a população de vários concelhos do distrito de Viana do Castelo. Em 1856, um surto de febre tifoide afetou sobretudo os municípios de Caminha, Vila Nova de Cerveira e Valença, vitimando várias pessoas.²⁵ Alguns anos mais tarde, em 1863, a doença chegou a Távora, uma

²³ AMPL, Administração do Concelho. *Livro de registo da correspondência para o Governo Civil 1903-1908*, n.º 2.2.1.25, fl. 128.

²⁴ AHGCVC, *Correspondência recebida relativa à saúde pública nos concelhos*, n.º 1.15.4.5-1, não paginado.

²⁵ AHGCVC, *Assistência e Saúde Pública – Correspondência relativa à saúde pública nos concelhos, 1847-1848*, n.º 1.16.6.12-2, não paginado.

freguesia do concelho de Arcos de Valdevez, provocando, em muito pouco tempo, três mortes.²⁶ Em 1873, também o concelho de Melgaço foi atingido por um surto de “febres tifóides”. Em junho de 1883, foi a vez de Castro Laboreiro. Nesta localidade, o regresso dos trabalhadores que se tinham ausentado, no inverno, para trabalhar noutras paragens, levou à organização de um hospital para acolher as possíveis vítimas.²⁷ Já no século XX, mais precisamente em 1905, a Misericórdia de Viana do Castelo, perante os sucessivos casos de febre tifoide, decidiu inaugurar duas enfermarias destinadas a doenças infecciosas. O combate à doença incluía diversas medidas, sendo dado especial relevo à limpeza dos lugares públicos e privados.²⁸ Além da falta de higiene e da água dos poços que estavam próximos de quinteiros e de locais sujeitos a todo o tipo de inquinações, também a pobreza era responsabilizada pelo surgimento e pelo alastramento desta moléstia.²⁹ Aliás, à medida que se avança na centúria oitocentista, ao pobre associava-se topo o tipo de flagelos sociais, nomeadamente, a prostituição, a violência familiar e o alcoolismo.³⁰

Tratava-se de uma enfermidade contagiosa que, por vezes, os facultativos confundiam com a febre tifoide, revelando uma certa relutância em assumir que estavam perante o tifo.³¹ Na ótica de Ricardo Jorge, a confusão devia-se à falta de cuidado dos profissionais de saúde, dado que a duração da febre do tifo era mais reduzida do que

² ADVC, *Correspondência recebida do conselho de saúde pública do reino e dos vários concelhos acerca do estado do distrito de Viana do Castelo*, n.º 1.14.4.11-19, não paginado.

²⁷ *A estrela de caminha*, n.º 14 de 17 de outubro de 1882

²⁸ AHGCVC, *Correspondência recebida relativa à saúde pública*, 1.15.4.4-3, não paginado.

²⁹ Leia-se RELVAS, Eunice. *Esmola e Degredo. Mendigos e Vadios em Lisboa (1835-1910)*. Lisboa, Livros Horizonte, 2002, p. 81.

³⁰ Sobre a associação dos pobres à proliferação de surtos epidémicos ao longo do século XIX leia-se RODRIGUES, José Júlio. *Lisboa e a Cholera. Biblioteca do Povo e das Escolas*, n.º 88, 1884, p. 24; CARDOSO, Júlio Arthur Lopes. *Micróbios e doenças. Biblioteca do Povo e das Escolas*, n.º 152, 1912, p. 52.

³¹ Acerca do tifo leia-se HARRISON, Mark. *Disease and the modern world*. Cambridge, Polity Press, 2009, p. 153-156. UJVARI, Stefan Cunha. *A História e suas Epidemias. A convivência do homem com os microrganismos*. Rio de Janeiro: Senac Rio; São Paulo: Senac São Paulo, 2003, p. 71-77.

a da febre tifoide. Julga-se que a doença entrou em Portugal em 1904, pela costa marítima, fazendo-se sentir, primeiro, na zona da Póvoa do Varzim e Vila do Conde, estendendo-se, depois, a Esposende, Viana do Castelo, Matosinhos e Espinho. As comunidades piscatórias acabaram por espalhá-la por toda a orla marítima portuguesa. No ano seguinte, vários casos de tifo surgiram em Viana do Castelo, obrigando o hospital a abrir novas enfermarias para isolar os doentes e a tomar medidas de higiene mais rigorosas.³² Entre 1913 e 1915, a enfermidade alastrou pelos concelhos de Arcos de Valdevez, Melgaço e Paredes de Coura. As zonas serranas não foram poupadas e, em 1915, chegou a Castro Laboreiro, no concelho de Melgaço.

O tifo acabou por marcar os primeiros anos do século XX português, atacando praticamente todo o território e com especial virulência as “ilhas” da cidade do Porto, zonas da cidade onde abundavam a miséria e a insalubridade.³³

Num país onde grande parte da população vivia em casebres desprovidos de qualquer conforto, padecia de graves carências alimentares, andava mal agasalhada e não tinha hábitos de higiene, estavam criadas as condições propícias para a propagação de uma moléstia que atingia, sobretudo, os mais pobres e os mais velhos. A limpeza e a higiene eram consideradas as principais formas de evitar a doença, até porque o seu principal veículo transmissor era o piolho, muito comum nas cabeças e nos corpos sobretudo da gente mais carenciada. Os viajantes estrangeiros que visitavam Portugal nos séculos XIX e inícios do século XX admiravam-se com um dos costumes que ocupava algum tempo do povo luso, que consistia precisamente em catar piolhos.³⁴

³² ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Acordão, 1900-1908, n.º 3.24.3, 9, fl. 90.

³³ Consulte-se JORGE, Ricardo. *Tifo Exantemático ou Tabardilho. Relatórios apresentados ao conselho superior de Higiene*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1918, p. 9. Veja-se igualmente RIBEIRO, Victor. *História da Beneficência Pública em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1907, p. 258. Sobre as ilhas leia-se SEIXAS, Paulo Castro. *Ilhas e novos condomínios no Porto do século XX. Reflexos do passado, interrogações do presente*. In: SANTOS, Carlota. *Família, Espaço e Património*. Porto: CITCEM, 2011, p. 495-502.

Aliás, entre as instruções que foram dadas aos delegados de saúde e aos subdelegados, após a deflagração da epidemia e conhecida a força dos seus números, constava, além do isolamento do infetado, a sua despiolhação, feita à base de vários produtos, como petróleo, benzina e creolina.³⁵ Depois, o doente seria lavado e as suas roupas desinfetadas. Eram igualmente dadas indicações aos profissionais de saúde sobre os procedimentos a adotar para evitarem o contágio. Para desinfetar os locais considerados contaminados, usava-se creolina, petróleo e cal.³⁶

Uma das soluções avançadas tendo em vista a promoção da higiene e a despiolhação foi criação de balneários públicos. O primeiro balneário da cidade do Porto foi criado logo após o surto de peste que afetou a cidade em 1899.³⁷ No distrito de Viana do Castelo, remonta a 1906 a intenção de avançar com a instalação de um balneário público, que acabou por ser inaugurado dez anos mais tarde, tendo sido apresentado como uma aposta no melhoramento da higiene pública da cidade.³⁸ A sua administração foi confiada à direção clínica do Hospital da Misericórdia.

Ente 1918 e 1919, todo o norte de Portugal foi fustigado por um violento surto de tifo exantemático, doença que acabou por tirar a vida ao médico Roberto Frias. Em abril de 1918, no âmbito das medidas tomadas com o propósito de controlar a enfermidade, foi encerrada a fronteira com Espanha.

Outra doença que causava um grande número de vítimas era a tuberculose. Para combater a doença, foram criadas estruturas específicas, entre outras medidas. Em 1853, na cidade do Funchal, surgiu o primeiro sanatório fundado em Portugal. No hospital de Santo António, sito na cidade do Porto, graças a um legado, foi criada uma

³⁴ Sobre esta prática leia-se VICENTE, Ana. *As mulheres portuguesas vistas por viajantes estrangeiros (séculos XVIII, XIX e XX)*. Lisboa: Gótica, 2001, p. 174, 228.

³⁵ Veja-se JORGE, Ricardo. *Tifo Exantemático ou Tabardilho. Relatórios apresentados ao conselho superior de Higiene, Op. Cit.*, p. 5-6.

³⁶ Leia-se *Idem*, p. 12-14.

³⁷ Confirme-se Veja-se JORGE, Ricardo. *Tifo Exantemático ou Tabardilho. Relatórios apresentados ao conselho superior de Higiene, Op. Cit.*, p. 21-22.

³⁸ ADVC, *Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Acordão, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 116v.

enfermaria reservada a mulheres atacadas pela tuberculose e, mais tarde, também em resultado de um legado, foi instalada uma enfermaria para doentes do sexo masculino.³⁹ Em 1894, foi decidida a declaração obrigatória da tuberculose e no ano seguinte teve lugar o primeiro grande congresso sobre a doença. Entretanto, Miguel Bombarda propôs a fundação da Liga Nacional contra a Tuberculose, que veio a ter núcleos espalhados pelo país, incluindo em Viana do Castelo, cidade que, em 1902, acolheu um congresso da Liga. Em 1899, por iniciativa da rainha D. Amélia, foi fundada a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), tendo como objetivos a criação de instituições para tuberculosos, a construção de sanatórios para os tuberculosos curáveis e de hospitais marítimos para crianças.

A Assistência Nacional aos Tuberculosos tinha duas sucursais, uma no Porto e outra em Coimbra, e treze delegações, uma delas em Viana do Castelo. Entre as suas realizações, destacam-se a fundação, em 1900, do Sanatório Marítimo do Outão, do Sanatório Marítimo de Carcavelos, em 1902. Em 1907, já funcionavam dispensários antituberculose em Lisboa, Bragança, Porto, Faro e Viana do Castelo. O desta cidade, inaugurado no dia 9 de janeiro de 1905, foi dirigido por Tiago de Almeida, que veio a lecionar na Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Até junho de 1906, foram realizadas 2148 consultas e diagnosticados setenta e nove casos de tuberculose. Além disso, procedia-se à distribuição de óleo de fígado de bacalhau, de escarradores e de refeições pelos mais pobres. Em 1907, na cidade da Guarda, foi fundado, o sanatório Sousa Martins, destinado aos tuberculosos curáveis. Em 1909, em Vila Praia de Âncora, já se projetava a construção de um sanatório marítimo, com capacidade para acolher 64 crianças pobres portadoras de tuberculose, sendo as despesas custeadas pela comissão executiva da delegação da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Esta instituição ficou pronta para entrar em funcionamento em 1911. Anos mais tarde, acabou por funcionar como uma casa para acolher mulheres com patologias do foro mental.

³⁹ COUTO, Manuel; ESTEVES, Alexandra. A Saúde do Corpo – O Hospital de Santo António (1820-1910). In: AMORIM, Inês (Coord.). *Sob o manto da misericórdia. Contributos para a história da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, v. III (1820-1910). Porto: Almedina, 2018, p. 312-387.

Assim, em inícios do século XX, o combate à tuberculose fazia-se de modos diversos: isolamento dos doentes em enfermarias próprias nos hospitais; criação de dispensários; criação de sanatórios de montanha e marítimos e de colónias balneares para combater a denominada “peste branca”; ações de informação e de dissuasão com o propósito de alterar hábitos considerados facilitadoras de propagação da enfermidade. Estas ações eram suportadas por um quadro legislativo que visava informar e educar a população. Por exemplo, conforme o previsto no edital de 14 de março de 1902, o governo civil de Lisboa punia o costume de escarrar para o chão.

OS PROBLEMAS HOSPITALARES

Aquando dos surtos epidémicos mais violentos, os hospitais do Alto Minho não tinham capacidade bastante para acudir a todos os afetados, até porque se tratava de estruturas de pequena dimensão, com exceção dos hospitais de Viana do Castelo e Ponte de Lima, que eram também as localidades mais populosas. Nesses casos, as Misericórdias prestavam assistência domiciliária ou optavam pela edificação de estruturas provisórias e, se necessário fosse, encaminhavam os seus doentes para hospitais mais bem apetrechados.⁴⁰ Todavia, estas instituições nem sempre se dispunham a receber doentes, sobretudo quando portadores de doenças contagiosas. Em 1869, quando Vila Nova de Cerveira foi atingida por um surto de varíola, o regedor da freguesia, a mando do administrador do concelho, ordenou o internamento dos enfermos no Hospital da Misericórdia, depois de examinados pelo médico municipal, o que desagradou ao provedor da Santa Casa.⁴¹

Em oitocentos, a cólera estava entre as epidemias mais temidas. Qualquer notícia relacionada com esta ameaça proveniente do outro lado da fronteira levava as autoridades portuguesas a tomarem um conjunto de medidas, a aplicar, antes de mais, nos concelhos raianos. Foi

⁴⁰ Arquivo Municipal de Vila Nova de Cerveira (doravante AMVNC), *Livro do coprador de correspondência da administração do concelho de Vila Nova de Cerveira*, 1869-1880.

⁴¹ AMVNC, *Livro do coprador de correspondência da administração do concelho de Vila Nova de Cerveira*, 1869-1880.

o que sucedeu em 1884. Na ocasião, o governador civil apelou à criação de hospitais provisórios ou de isolamento, à organização de comissões de beneficência para socorrer os doentes pobres, que deviam ser presididas pelos párocos das freguesias, bem como ao estabelecimento de um cordão sanitário, o que implicava diligenciar a presença e o aquartelamento de militares. Na mesma altura, foram suspensas as feiras, festas e romarias e foi interrompida a comunicação com a vizinha Espanha.

Em 1885, perante a continuação da doença no outro lado da fronteira, foi estabelecido um rigoroso cordão sanitário, obrigando a que tudo o que viesse da Galiza ficasse sujeito a observação no lazareto de Valença. Apesar de visarem a sua proteção, a população não aceitava de bom grado estas medidas, desde logo pelos prejuízos que traziam para a economia doméstica. O Conselho de Saúde Pública do Distrito, por sua vez, também fez o que lhe competia: procurou sensibilizar as pessoas para a importância dos cuidados de higiene, designadamente das habitações; alertou para a necessidade de fiscalizar os pontos de venda de géneros alimentares e bebidas, os portos e os cemitérios, as prisões e as hospedarias, as boticas e os estabelecimentos industriais.

Diversos fatores concorriam para dificultar o combate à doença, que também se verificavam, aliás, noutras circunstâncias, sendo de mencionar, nomeadamente, os seguintes: desconhecimento sobre o modo como se desenvolvia; carência de médicos, de cirurgiões e de substâncias medicamentosas eficazes; ausência de condições dos hospitais, quase todos de dimensões muito reduzidas; falta de hábitos de higiene pessoal e de limpeza das casas, que, sobretudo nos meios rurais, eram muitas vezes partilhadas com os animais.

Nos finais do século XIX e nos primórdios do século XX, as Misericórdias do Alto Minho passaram por momentos complicados, sobretudo no plano financeiro. Nessas alturas, escasseavam as verbas para aplicar no setor da saúde, pelo que, para superar as dificuldades, havia necessidade de recorrer, muitas vezes, a subscrições públicas. Apelava-se, então, à beneficência de todos, mas em particular dos “brasileiros”, ou seja, dos emigrantes que, tendo deixado bem cedo a terra natal, tinham construído fortuna no Brasil. Alguns deles, movidos

pelo propósito de ostentar a riqueza e ganhar notoriedade ou por razões salvíficas, doaram quantias avultadas para a construção e melhoramento de hospitais e para diversas obras sociais. Viana do Castelo, Paredes de Coura, Caminha, Valença são exemplos de municípios, cujos hospitais beneficiaram do apoio concedido pelos “brasileiros”.

Para ilustrar a generosidade de “brasileiros” do distrito de Viana do Castelo, referem-se, de seguida, dois exemplos. Em Caminha, destacou-se o Visconde de Sousa Rego, que, regressado do Brasil, exerceu cargos políticos nesta vila nortenha e, no seu testamento, determinou que o rendimento sobranço do montante destinado à Misericórdia devia ser aplicado no pagamento das despesas do Hospital de Nossa Senhora da Visitação, gerido por esta irmandade. Tratava-se de uma pequena unidade hospitalar, destinada a receber doentes pobres de ambos os sexos, cuja fundação remonta ao século XV e que foi integrada na Santa Casa da Misericórdia da vila em 1516. O hospital da Santa Casa da Misericórdia de Valença foi fundado, em 1825, por Francisco Xavier Calheiros, antigo governador daquela praça, que obteve do rei D. João VI permissão para a sua edificação num terreno que pertencia às freiras de Santa Clara. Um grande benemérito “brasileiro”, o Barão de Guaratiba, contribuiu para a sua construção, iniciada apenas em 1838, com um total de 56.300\$000 reis Mas quem era este benemérito? Tratava-se de Joaquim António Ferreira, natural de Valença, que tinha emigrado para o Brasil com dezanove anos de idade, onde enriqueceu à custa do tráfico de escravos. Morreu em 1859, sem deixar descendência, e a sua fortuna foi herdada pelo seu sobrinho, Joaquim José Ferreira, segundo barão de Guaratiba.⁴²

A FALTA DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

A carência de profissionais de saúde era um dos problemas mais sérios que se verificava em Portugal no século XIX e que perdurou durante a centúria seguinte, sendo notada sobretudo nas alturas em que

⁴² Sobre o papel dos “brasileiros” nos hospitais consulte-se ALVES, Jorge Fernandes. “Brasileiros”, hospitais e filantropia nos séculos XIX e XX In: CARNEIRO, Humberto; COELHO, José Abílio. *As misericórdias e a saúde. Passado, presente e futuro*. Amares: Santa Casa da Misericórdia, 2017, p. 59-76.

a população era atingida por surtos epidémicos. Por exemplo, em 1890, quando grassava uma epidemia de *influenza* em Paredes de Coura, o único médico do partido municipal adoeceu, deixando os doentes sem assistência. Para resolver a situação, foi solicitada, com caráter de urgência, a sua substituição. Já em 1918, aquando da epidemia de pneumónica, foi por demais evidente a falta de médicos.

A prestação de cuidados de saúde à população também era seriamente prejudicada pelo exercício da medicina por indivíduos que não possuíam as devidas qualificações e pela falta de zelo de alguns médicos. Em 1911, chegaram à administração do concelho de Ponte de Lima queixas contra o médico Manuel Beleza da Costa Almeida Ferraz, acusado de não cuidar dos doentes pobres, conforme era seu dever. De facto, segundo o disposto no Código Administrativo de 4 de maio de 1896, os facultativos municipais eram obrigados a prestar assistência gratuita aos pobres da sua circunscrição.⁴³ Este não foi caso único, dado que foram muitas as denúncias feitas por doentes que não foram atendidos pelos médicos do partido, por serem pobres.⁴⁴

Em Valença, no concurso aberto para o provimento de um lugar de médico do partido, a obrigatoriedade de prestação de assistência gratuita aos doentes pobres estava claramente expressa na lista de requisitos. O mesmo era exigido aquando da criação de um lugar de medicina em Caminha, em 1870.⁴⁵ Assim, além do serviço normal, o médico devia, ex-offício, dar consultas, visitar e prestar assistência aos doentes carenciados sem que por isso auferissem qualquer suplemento remuneratório. Em caso de dúvida, esses enfermos deviam atestar a sua condição, mediante a apresentação de documento passado pelo pároco e confirmado pelo administrador do concelho.

Outra dificuldade na prestação de cuidados de saúde às populações tinha a ver com escassez de farmácias. Em 1884, em Vila

⁴³ AMPL, *Livro do coprador de correspondência expedida da administração do concelho de Ponte de Lima, 1911-1912*.

⁴⁴ *A estrela de caminha*, n.º 121, 16 de dezembro de 1884.

⁴⁵ AHGCVC, *Diferentes negócios acerca dos partidos de facultativos de câmaras e misericórdia*.

Nova de Cerveira, havia apenas uma farmácia em todo o concelho.⁴⁶ Esta situação revelou-se particularmente gravosa com a chegada da pneumónica, em 1918, quando vários boticários adoeceram e as farmácias fecharam, ficando assim comprometido o fornecimento de substâncias medicamentosas.⁴⁷

LOUCOS E PROSTITUTAS: A ORDEM E A TRANQUILIDADE PÚBLICAS EM CAUSA

Até à reconversão do hospital da Gelfa em hospital psiquiátrico feminino, não havia no distrito de Viana do Castelo qualquer estabelecimento destinado a doentes mentais. Durante muito tempo, os alienados eram metidos nas cadeias ou internados nos hospitais gerais ou ficavam à guarda da família, quando a tinham e esta os aceitava. Mas também havia alguns que, entregues à sua sorte, vagueavam pelas ruas, pondo em sobressalto a população. Porém, acabaram por surgir instituições para acolher e tratar os padecentes de demência: primeiro, o Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, e, partir de 1883, o Hospital Conde de Ferreira, no Porto. No início do século XX, os alienados do distrito de Viana do Castelo eram encaminhados para estes dois estabelecimentos.

No início do século XX, além daquelas duas instituições, existiam no país o Instituto São João de Deus, no Telhal, a Casa de Saúde da Idanha, pertencente à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, o manicómio Câmara Pestana, no Funchal, e uma seção da Casa de Saúde Portuense. O Hospital Conde de Ferreira, que vivia de rendas próprias, era administrado pela Santa Casa da Misericórdia do Porto. Os hospitais do Telhal e de Idanha eram estabelecimentos congregacionistas. Por sua vez, a instituição madeirense era administrada por um grupo de indivíduos que tinha promovido a sua abertura. Apenas os hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira funcionavam como

⁴⁶ AMVNC, *Livro do coprador de correspondência da administração do concelho de Vila Nova de Cerveira*, 1869-1880.

⁴⁷ ESTEVES, Alexandra. A pneumónica no norte de Portugal: impacto e medidas. In: ESTEVES, Alexandra (Coord.). *Sociedade e pobreza: mecanismos e práticas assistenciais (séculos XVII-XX)*. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2018, p. 145-164.

organismos públicos. Os restantes eram privados e não eram fiscalizados pelo Estado.

Nem sempre era fácil o internamento dos doentes nestes dois estabelecimentos, que, muitas vezes, se debatiam com o problema da sobrelotação e, conseqüentemente, formavam-se listas de espera para se conseguir uma vaga. De facto, o processo de internamento dos alienados podia ser bastante demorado. A intervenção das autoridades era mais enérgica quando o estado de loucura do doente colocava em causa a ordem e a segurança públicas ou punha em risco a vida de terceiros. Alguns eram internados a pedido dos familiares, que também custeavam os gastos. Tratando-se de alienados pobres, o seu internamento poderia ser financiado pelas Misericórdias. Aliás, o doente dava entrada no manicómio acompanhado por uma série de documentos, que, no caso dos indigentes, devia incluir uma guia da Misericórdia a responsabilizar-se pelo pagamento das despesas, de acordo com o previsto na Portaria de 30 de agosto de 1870.

Quanto à prostituição, outro problema que era motivo de preocupação das autoridades administrativas e sanitárias, assumia contornos bem distintos nos diferentes concelhos do Alto Minho. Em 1864, só há via toleradas no concelho de Viana do Castelo. Mensalmente, eram inspecionadas entre quarenta e cinquenta prostitutas, no Hospital da Misericórdia da cidade. As portadoras de mal venéreo eram encaminhadas para o Hospital de S. Marcos, por não haver condições no distrito para tratar tal moléstia.⁴⁸ Com exceção de Valença, que admitia a existência de meretrizes, que viviam amancebadas com os militares aquartelados na vila, os restantes concelhos recusavam-se a aceitar que as houvesse nos respetivos territórios, considerando a prostituição um fenómeno dos grandes centros urbanos.⁴⁹

⁴⁸ ADVC, Correspondência recebida do conselho de saúde pública do reino e dos vários concelhos acerca do estado do distrito de Viana do Castelo, n.º 1.14.4.11-19, não paginado.

⁴⁹ ADVC, Correspondência recebida do conselho de saúde pública do reino e dos vários concelhos acerca do estado do distrito de Viana do Castelo, n.º 1.14.4.11-19, não paginado.

Em Portugal, a partir de oitocentos, a prostituição continuava a ser condenada pela Igreja, tinha cobertura legal e era tolerada pela sociedade. A partir da adoção da política regulamentadora, as prostitutas ficaram divididas em dois grupos: as toleradas e as clandestinas.⁵⁰ As primeiras, portadoras de um livrete, eram conhecidas das autoridades e, estando matriculadas, eram obrigadas à realização de um exame sanitário semanal, feita em casa ou num dispensário, por um médico. Se porventura adoecessem, podiam ser forçadas a internamento hospitalar.

Da folha de matrícula constava o nome, a filiação, a naturalidade, entre outras informações, que podiam não ser verídicas. Em 1892, a cidade do Porto, com 130 000 habitantes, contava com 380 prostitutas matriculadas, ao passo que Lisboa, com 250 000 residentes, contava com 800. Este registo permitia às autoridades o exercício de um controlo apertado sobre o exercício desta atividade, quer em termos comportamentais, quer, sobretudo, a nível sanitário. Os dados recolhidos permitem-nos conhecer hoje a prostituição no Portugal oitocentista, ainda que circunscrito às prostitutas matriculadas, pois as restantes, em grande número, permaneciam na clandestinidade.

O epíteto de toleradas e o controlo policial e sanitário não coíbiam as prostitutas de explorarem e cultivarem uma imagem extravagante. Sobressaíam e distinguiam-se, nomeadamente, pelo vestuário, pela forma de olhar e de andar. Toleradas e clandestinas partilhavam o ofício e também defeitos. Eram tidas como pouco asseadas, dadas ao vício do álcool e do tabaco. O seu modo de vida marcava-lhes o corpo, deixando-lhes mazelas difíceis de apagar e causadoras de várias enfermidades. A estas mulheres, desde sempre, foi imputada a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, sendo que, neste tempo, a sífilis, tida como um autêntico flagelo social, era a mais preocupante.

Precocemente, a morte batia à porta de muitas, causada por uma doença que alguém lhes transmitira e que não fora diagnosticada nem tratada. Efetivamente, a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo estavam

⁵⁰ Sobre a prostituição em Portugal no período compreendido entre 1841 e 1926 leia-se LIBERATO, Isabel. *Sexo, ciência, poder e exclusão social*. Lisboa: Livros Brasil, 2002.

entre as principais causas de falecimento destas mulheres. Assim, se compreende que os médicos estivessem entre os acérrimos defensores da política regulamentadora, sustentando que era necessário dar uma aparente liberdade a estas mulheres, para que estas pudessem ser inspecionadas pelas autoridades sanitárias, de modo a evitar a propagação de enfermidades.

Nas primeiras décadas do século XX, que em Portugal foram bastante conturbadas, as prostitutas continuaram a ser encaradas como transmissoras de doenças contagiosas. Daí a importância que era conferida à fiscalização, embora se privilegiasse a prevenção, a cargo dos dispensários.

O combate à prostituição deveria incidir, antes de mais, sobre as suas causas, de modo a levar a prostituta a abandonar essa atividade. Reconhecia-se, então, que entre os fatores que concorriam para que as mulheres se dedicassem ao meretrício estavam a miséria, o desemprego e a falta de instrução. Em 1926, foi criada a Liga Portuguesa Abolicionista, que integrava, entre outras tendências, anarquistas e católicos, unidos pela preocupação com a prostituição, tida como atividade imoral.

Os serviços de inspeção e tratamento das toleradas funcionavam nos dispensários, assumindo particular relevo o Dispensário de Higiene Social de Lisboa, dada a dimensão da cidade e o elevado número de meretrizes. Esta instituição era encarada como um modelo nos serviços prestados às prostitutas matriculadas, não só a nível nacional, mas também internacional, tendo sido visitada por várias personalidades estrangeiras.

Assim, se o medo de propagação de doenças sexualmente transmissíveis foi o principal responsável pela imposição da política regulamentadora, por outro lado, não se pode subvalorizar as preocupações com a ordem pública e a clara intenção de minimizar a visibilidade social da prostituição, através da conotação das prostitutas com certos espaços, como ruas, vielas e casas, e da atribuição de elementos definitórios da condição de prostituta, como eram a matrícula, o livrete ou a ida ao dispensário.

ONDE ENTERRAR OS MORTOS?

Nos inícios do século XX, eram muitas as localidades portuguesas que não dispunham de cemitério, apesar de, desde finais do século XVIII, se alertar a população para os perigos inerentes à prática de enterramentos no interior e nos adros das igrejas. A legislação promulgada em 1844 proibia as inumações nas igrejas ou noutros lugares que não fossem os cemitérios. Em 1898, no concelho de Arcos de Valdevez, eram ainda raros os cemitérios,⁵¹ o que levou a que o governador civil do distrito de Viana do Castelo a exigir o cumprimento do disposto na legislação então vigente sobre essa matéria.

No concelho de Melgaço, que em finais do século XIX ainda estava muito marcado pelo isolamento, que se refletia, por exemplo, na resistência da população à introdução de novas práticas, houve sérias dificuldades na construção de cemitérios. Em 1877, aquando da realização do primeiro funeral no cemitério recém-construído na freguesia de Prado, foi necessária a presença do administrador do concelho, acompanhado de outros funcionário e de escolta militar para impedir a revolta do povo. Nessa data, eram muitas as freguesias de Melgaço que ainda não dispunham de cemitério, pelo que se chegou a propor a construção de cemitérios que servissem localidades contíguas, mas a ideia não foi bem recebida pelos párocos.⁵²

O concelho de Ponte de Lima, que em 1905 era constituído por cinquenta e uma freguesias, contava apenas com quatro cemitérios definitivos e dois provisórios. Assim, na maioria das localidades, as inumações continuavam a ser feitas no interior e no adro das igrejas.⁵³ Tratava-se, afinal, de um quadro se repetia noutros concelhos e de um

⁵¹ Collecção Oficial de Legislação Portuguesa redigida pelo Desembargador Antonio Delgado da Silva, Anno de 1844-1845. Imprensa Nacional: Lisboa: 1845, p. 236.

⁵² AHGCVC, *Correspondência recebida relativa à saúde pública, 1.15.4.4-3*, não paginado. Na sua obra *O Minho Pittoresco*, Augusto José Vieira alude ao carácter recente do cemitério da vila de Melgaço. VIEIRA, Augusto José. *O Minho Pittoresco*. Tomo I. Lisboa: Livraria de António Maria Pereira Editor, 1886, p. 5.

⁵³ AHGCVC, Registo da correspondência expedida ao inspetor dos serviços sanitários do reino- 1905.

problema sanitário que se estendia a muitas terras do distrito de Viana do Castelo, que as autoridades justificavam com a “relutância dos povos para os enterramentos fora das igrejas”.⁵⁴

Esta situação manteve-se nos anos seguintes, assumindo particular gravidade com a chegada da pneumónica, em 1918. O elevado número de mortos num curto espaço de tempo obrigou a realização de funerais sucessivos, inclusive à noite, e o mais rapidamente possível. Contudo, em algumas freguesias, os sepultamentos continuavam a ser feitos nos adros, forçando a abertura de valas que expunham os corpos ainda em decomposição.⁵⁵

A resistência à construção dos cemitérios assentava numa solidariedade que se pretendia manter entre vivos e mortos, o que levava os primeiros a tentarem manter os seus entes queridos próximos de si, em chão sagrado e, desse modo, mais próximos da salvação.

CONCLUSÃO

Pobres, alienados, prostitutas e padecentes de todo o tipo de moléstias, a par de muitos outros problemas que se faziam sentir na sociedade portuguesa, eram motivo de preocupação, por serem de difícil resolução, das autoridades administrativas e sanitárias, tanto a nível local como nacional, ainda nas primeiras décadas do século XX.

Numa região periférica como era o distrito de Viana do Castelo, muito marcado pela pobreza e pela emigração, com graves carências em diversas áreas, designadamente na da saúde, aquele rol de problemas ganhava acuidade acrescida. Valia, nesse contexto, a ação das Misericórdias na prestação de assistência aos mais necessitados, substituindo o próprio Estado, bem como a beneficência, ainda que nem sempre desinteressada, de alguns benfeitores, sobretudo de “brasileiros”.

⁵⁴ AHGCVC, Registo da correspondência expedida ao inspetor dos serviços sanitários do reino – 1905.

⁵⁵ Consulte-se ESTEVES, Alexandra (Coord.). A pneumónica no norte de Portugal: impacto e medidas. In: *Sociedade e pobreza: mecanismos e práticas assistenciais (séculos XVII-XX)*, Op. Cit., p. 145-164.

Não faltava vontade política de levar por diante as reformas que se impunham no domínio da saúde, bem patente na legislação que foi sendo produzida. Todavia, a conjuntura adversa, designadamente no plano económico, não facilitava a sua concretização. Por outro lado, a população, como se de uma força de bloqueio se tratasse, fosse por falta de informação, fosse por arreigamento a usos e costumes ancestrais ou por qualquer outra razão circunstancial, também resistia, muitas vezes, à aplicação de legislação e de decisões que, afinal, pretendiam beneficiá-la, como era o caso da vacinação.

Os textos reunidos nesta coletânea foram agrupados a partir da mesa-redonda intitulada *Cuidados com o corpo e a alma na Luso-América dos séculos XVII a XIX*, ocorrida na Universidade Federal de Pelotas no dia 10 de outubro de 2018. Dividido em duas partes e contando com pesquisadores/as do Brasil e de Portugal, este livro destaca os poderes e os saberes que agiam diretamente no controle e na condução (in)consciente dos modos de entender, atuar e nomear práticas relativas ao corpo e à alma.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-69970-17-0



9 788569 970170