

EPIDEMIAS: «O ANTIGO REGIME DO MAL» GESTÃO COLECTIVA DA SAÚDE E DA DOENÇA NA BEIRA INTERIOR

Carlos Miguel Ferreira¹

Resumo

A epidemia, fenómeno colectivo e social, o «antigo regime do mal», apresenta como características o número, a impotência e a morte, a exclusão. As epidemias podem ser consideradas, simultaneamente, como reveladoras da interacção entre o mundo médico e o mundo político e como catalisadoras da dinâmica da saúde pública.

Procura-se compreender o processo de gestão colectiva das epidemias. A gestão colectiva da doença remete-nos para um processo social concebido para coordenar e controlar as actividades de interpretação, de prevenção da doença e da produção da saúde pública. A gestão colectiva da doença e da saúde pode ser designada como saúde pública a partir do momento em que entra no domínio político, entendido como organização do «governo da vida» em torno de valores partilhados, mas também de referências concorrentes e mesmo de normas conflituais. Até inícios do século XIX, a saúde pública limitava-se essencialmente a uma aplicação técnica e a uma prática administrativa: tratava-se de desenvolver medidas de isolamento, de controlo, de vigilância, de saneamento, segundo protocolos geralmente simples, apoiados por dispositivos mais ou menos constrangedores.

Palavras-chave: Epidemia, peste, contágio, gestão colectiva da doença e da saúde.

O termo epidemia, que se reporta a uma doença que atinge subitamente um grande número de pessoas podendo provocar um elevado número de mortos, apresenta um significado muito próximo de pestis termo latino do século XII. Este termo, que foi largamente utilizado até ao século XVII, designava todas as grandes doenças epidémicas que assolaram recorrentemente a Europa, mas em que a peste bubónica ou pulmonar era a doença central dos sistemas epidémicos (Fabre, 1998,p.9; Bourdelais, 2003, p.23).

A peste e as derivadas «pestilências» eram por excelência a representação da epidemia. Enquanto expressão do «Antigo Regime do Mal» a peste apresenta três características: o número, a impotência e a morte, a exclusão. A epidemia é a representação da doença em que não se morre só, mas em grande número, não é o «indivíduo» que é atingido mas a família, o bairro, a cidade o país; a epidemia é vista como uma forma de morte, a maior parte das vezes real e imediata como a peste; face aos perigos da epidemia, a exclusão é a única saída, a resposta da sociedade, a socialização do mal, passa pelo internamento e isolamento dos doentes (Herzlich & Pierret, 1984, pp. 23-24).

Em diversos registos discursivos de cariz religioso, poético e médico o termo pestis e suas derivações designam um mal terrível, uma grande desgraça, ou ainda, uma condição poluída, contaminada, insalubre, insana e frequentemente mortal. Doença contagiosa, mas sobretudo o grande mal. Contágio denota uma experiência que está associada a reacções difusas de medo

¹ Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Gestão de Idanha-a-Nova.

e de rejeição do outro. O contágio relaciona a doença ao contacto e ao sentido do tacto. A etimologia de contagium, de cum+tangere, tocar, contactar, o verbo correspondente ao grego miaino (de onde miasma); os termos gregos para dizer contágio eram epaphe (do v. tocar) e synanachrosis (desde o espalhar o corante ao contaminar pelo miasma) e, do latim, infectio (infecção), de inficere (que significava tingir o pano) exactamente como a raiz grega chros (donde, atingir, apanhar, infectar, inquinar, contaminar) (Marques & Ferreira, 2010, p.537; Cf. Teixeira,1998, Nutton,2000; Kuryiama,2000; Pelling,1993).

Até o século XV, os termos contágio e contacto mantiveram-se unidos, e foram empregues com o sentido de «acto de exercer o sentido do tacto» (Cunha, 1982). A perigosidade da peste não estava apenas associada à proximidade dos doentes que contagiava os sãos, o conversar e cuidar dos doentes, tocar em roupas ou outra coisa qualquer que tivesse sido usada ou manipulada, transferiam a doença ao indivíduo saudável. Os objectos dos doentes ou dos mortos também contaminavam e matavam os animais em pouco tempo (Czeresnia, 1997,p.77).

A conjugação numa única palavra, de dois núcleos semânticos: contágio-morte. A etimologia do termo grego epidemia constituída de dois componentes: epi «sobre» e demos «povo», alguma coisa que desaba «sobre» o «povo», alguma coisa que ocorre num determinado lugar, alguma coisa que circula entre o «povo» de um lugar, de uma determinada região ou país. Ressalta-se, aqui, um sentido de visitação: alguma coisa estende-se sobre aquele «povo», alguma coisa que está naquele lugar, mas fundamentalmente alguma coisa que chega, alguma coisa que em situação normal lhe é exterior, estrangeira, estranha: um forasteiro, uma chuva, uma doença ou uma guerra (Teixeira, 1998,p.85).

O termo epidemia surge no século XII, em textos latinos, como uma forma erudita de designação do fenómeno social que até então recebera o nome de pestis. Emerge uma designação com forte apelo ontológico, mais descritiva e fenoménica, não acentuando tanto a essência do mal, mas expressa muito mais a forma geral do fenómeno (Teixeira, 1998). Constata-se que mesmo antes dos termos peste e epidemia ingressarem na história das línguas modernas, já apresentavam uma elevada «contagiosidade semântica». Esta «virulência metafórica» já se encontra presente nos seus étimos. Fala-se em «contagiosidade semântica» porque o nosos neste tipo de contágio, é o sentido. A peste é, principalmente, «transmitida» nos discursos, através dos sentidos de morte-contágio-grande mal. Estes sentidos estão expressos nas expressões latina e grega: pestifer bellum / pólemos epidemía = «guerra funesta» / «guerra civil» (Teixeira,1998,p.85).

A pestis, «o mal absoluto», continuou a moldar as condições materiais de existência, as crises de mortalidade e o sistema de representações simbólicas da «doença» pelos recorrentes surtos de peste e de outras «pestilências», que foram atingindo a Europa até ao século XVIII e alguns países, nomeadamente Portugal, até finais do século XIX.

1. Pestis: A Expressão do Mal

A peste pela sua grande visibilidade sintomática, a elevada morbidade e mortalidade – nomeadamente o surto excepcionalmente virulento que emergiu em meados do século XIV, designado modernamente por Morte Negra ou Peste Negra – o medo de contágio que gerou, a sua dimensão disruptiva, marcou profundamente o imaginário do mal no Ocidente, a desconfiança face ao Oriente – fonte de todas as pestilências –, a perseguição aos «semeadores da peste» – judeus, doentes com lepra, ciganos, vagabundos e mendigos – e moldou os programas de saúde pública, desenvolvidos pelos diferentes Estados, a partir da segunda metade do século XIV.

A peste emerge como a configuração epidémica exemplar. O medo associado à morte e à «inevitabilidade» da contaminação, os conflitos sociais, o questionamento da ordem social, as medidas repressivas que incidem sobre as populações biológica e socialmente classificadas como «perigosas» caracterizam a epidemia como vector de dissolução (Fabre, 1998:45).



Fig. 1. A Dança da Morte (Hans Holbein).

A epidemia quatrocentista da peste começou na Ásia central em volta do Lago Baikal, na Manchúria, a sua difusão efectuou-se segundo duas formas: marítima, propagando-se a extensas áreas geográficas rapidamente; terrestre, desde do litoral para o interior mais lentamente. Pode-se decompor a marcha da peste em oito grandes fases: 1. 1347- início de 1348: do mar Negro aos portos do Mediterrâneo via Constantinopla; 2. Início de 1348: difusão para o interior das terras do perímetro mediterrânico; 3. Meio de 1348: costa atlântica até à Normandia e passagem em Inglaterra e Irlanda; 4. Fim de 1348: penetração por terra até ao mar do Norte; 5. 1349-1350: portos do mar do Norte, Dinamarca, Noruega, Frisa; 6. Extensão à Jutlândia e à Alemanha do Norte e aos seus portos; 7. Verão 1350: extensão aos portos e países ribeirinhos do Báltico; 8. Pela Polónia do norte e a Lituânia, a Rússia foi atingida em 1352 (Hildesheimer, 1993; Biraben, 1975-1976 ; Lindemann, 1999).

A difusão da Peste Negra em Portugal, segundo Mário da Costa Roque, apresentou as seguintes fases: 1. Primavera (Março - Abril de 1348): entrada da peste em Portugal, vinda do Mediterrâneo e início da sua difusão no hinterland; 2. Fins da Primavera: difusão mais ou menos rápida, conforme as vias de comunicação; 3. Verão: retardamento nas regiões mais quentes e secas; difusão mais fácil nas zonas com Verão húmido; 4. Outono: recrudescimento com possível eclosão nas cidades e vilas em que o Verão fora seco; Fins de 1348-1349: declínio e terminação da epidemia nos lugares mais tardios (Roque, 1979,p.136).

A mortalidade foi muito elevada. Admite-se que, no espaço de três ou quatro anos, a Europa perdeu entre um terço e a metade dos seus habitantes. A morte de cerca de trinta milhões de pessoas na Europa e os mais de vinte milhões de mortos no continente asiático dá-nos conta da maior catástrofe demográfica de origem epidémica que a humanidade conheceu. Em Portugal, a taxa de mortalidade teria sido aproximadamente igual à da Europa, tendo falecido trezentos e cinquenta mil dos pouco mais de um milhão de habitantes (Cf. Roque, 1979; Sournia, Ruffie, 1985).

Na sequência deste e de outros surtos epidémicos, registou-se uma aguda falta de mão-de-obra e uma diminuição do consumo e da produção, precisamente quando a economia feudal era atravessada por contradições internas, o que conduziu a uma crise geral. Verificaram-se aumentos consideráveis dos salários e de outras despesas, o que levou a uma quebra dos rendimentos senhoriais, com o subsequente aumento das taxas sobre os camponeses para obviar a esta situação, gerando a revolta destes e daqueles que num primeiro momento tinham migrado para as cidades, designadamente, Lisboa, Porto e Évora à procura de melhores condições de vida. As revoltas de 1371, a revolução de 1383-1385 e as rebeliões de 1438-1441 e 1449 foram disso testemunho. No plano político a peste deu ao poder central um excelente motivo para se fortalecer, com vista a conter as revoltas camponesas e evitar uma subversão social completa (Marques, 1998:113). Rei e aristocracia privilegiaram a consolidação da administração pública, cuja constituição está imbricada à imposição progressiva de um duplo monopólio real: o monopólio fiscal e o monopólio da violência legítima, que caracteriza a emergência do Estado-Nação (Cf. Elias,1989).



Fig. 2. Ilustração da Peste na Bíblia de Toggenburg (1411).

A Origem do Mal

A putrefacção do ar e a do organismo eram apontadas como causas da peste, em conformidade com o sistema galénico-hipocrático que foi dominante na medicina até ao século XVIII. Este sistema enfatizava o ambiente e os humores como os elementos centrais na interpretação das doenças. A saúde resultava do equilíbrio (eucrasia) na combinação das qualidades primárias – quente, fria, seca e húmida – relacionadas com os quatro elementos – ar, água, terra e fogo – e com os quatro humores – bílis negra, bílis amarela, sangue e fleuma. A doença surgia quando havia uma alteração das respectivas proporções, o que levava a um estado geral de desequilíbrio (discrasia), que o ambiente podia afectar ou influenciar. Na peste, verificava-se um desequilíbrio entre as quantidades relativas das quatro qualidades primeiras, e a desarmonia daí resultante tinha origem numa excessiva preponderância das qualidades quente e húmida. O calor e a humidade, em demasia relativa, conduziam à putrefacção e desta nascia a peste.

O ar podia corromper-se por intermédio de dois tipos de causas: celestes e terrestres. As causas celestes actuavam, em certas condições, sobre a Terra, originando vapores que dela se desprendiam e aumentavam a qualidade húmida do ar. Entre estas eram particularmente temíveis os eclipses, as conjunções de planetas e a influência particularmente maléfica de Saturno. Nas faculdades médicas de Paris e Avinhão, defendia-se que a Peste Negra tivera origem na célebre conjunção de Saturno, Júpiter e Marte, que ocorrera em 24 de Março de 1345. Relativamente às causas terrestres para além de certas condições meteorológicas: estações do ano, horas do dia, pontos cardeais, direcções do vento contavam-se também os focos de podridão. A corrupção do organismo podia ter origem própria, assente no desequilíbrio da harmonia das qualidades humorais, ou ser provocada ou acelerada tanto pela inalação de ar pestilento ou pela entrada do mal através dos poros (Roque,1979,pp. 52-55).

Para além da medicina que sustentava que a causa da peste era a «corrupção do ar na sua substância e nas suas qualidades», em que a exposição ao ar nocivo em função dos locais e as predisposições individuais explicavam a selectividade da doença (Cf. Jacquard, 2001); outras concepções, claramente dominantes, assimilavam a peste ao mal e a um castigo divino dos pecadores. A peste era vista como uma emanção demoníaca em que a família diaboli (Fabre,1998) constituída pelos mendigos, vagabundos, judeus, «leprosos», prostitutas, coveiros, «cangalheiros» e diversos animais (cães, gatos, ratos, vermes, lagartas, gafanhotos, besouros) eram os «semeadores do mal». A pestis que se associava ao medo escatológico, o medo de um Deus vingador, o poder da «família do diabo» apresentava-se como a configuração do mal, dominante até ao século XVIII e que continuou a perdurar mesmo depois do seu desaparecimento, enunciava uma sociedade fortemente hierarquizada, que se fundava sobre uma clericalização, particularmente afirmada pela Contra-Reforma. A peste aparece assim, como uma desordem na ordem natural que importava restaurar.

As populações «diabolizadas» cujos modos de vida eram claramente estigmatizados num tipo de sociedade caracterizada pela permanência dos estatutos, a rigidez das hierarquias e a dificuldade de dar lugar à mobilidade e à mudança, apresentam um certo número de traços comuns. A sua exterioridade em relação ao património e ao trabalho regulado, que os condena a viver de expedientes e, em primeiro lugar, da mendicidade. A mendicidade foi a grande questão social das sociedades pré-industriais, porque ela era o meio mais corrente de se assegurar a sobrevivência quando não se dispunha nem de recursos nem de trabalho. Diversos esforços foram desenvolvidos para tentar gerir este imenso problema. A tentativa mais corrente consistiu em distinguir uma mendicidade aceitável, ou pelo menos tolerável, a dos pobres domiciliados e inaptos para o trabalho (os inválidos de todas espécies) de uma mendicidade ociosa desenvolvida pelos indigentes válidos. Outro traço era a mobilidade incontrolada destas populações, o que as expunha à perseguição (Castel,1996,pp.33-34).

Os mendigos e vagabundos foram expulsos das cidades; os judeus e os doentes com lepra enquanto «culpados potenciais» foram segregados, e muitas vezes queimados; os cães e os gatos foram abatidos; os bispos lançaram anátemas sobre os insectos e outros animais considerados como promotores da peste. A marginalização era, assim, uma produção social que encontrava a sua origem nas estruturas de base da sociedade, organização do trabalho e o sistema de valores dominantes a partir dos quais se repartem os lugares e se fundam as hierarquias, atribuem a cada um a sua dignidade ou a sua indignidade social (Castel, 1996, p.38).

2. Epidemias e Crises de Mortalidade no Antigo Regime na Beira Interior

Neste ponto seguiremos de perto os excelentes trabalhos de Teresa Rodrigues Portugal nos séculos XVI e XVII. Vicissitudes da Dinâmica Demográfica, Maria Hermínia Vieira Barbosa, em colaboração com Anabela de Deus Godinho, Crises de Mortalidade em Portugal

desde meados do século XVI até ao início do século XX e, sobretudo, de Maria João Guardado Moreira Vida e Morte no Concelho de Idanha-a-Nova, Estudo de Demografia Histórica, Século XVIII.

Depois do surto de peste de 1348, diversas irrupções epidémicas de peste e de outras doenças, designadas como «pestes» ou «pestilências», também atingiram de forma recorrente Portugal. Em diversos registos discursivos de cariz médico e leigo figuram em plano de destaque as seguintes epidemias: 1414-1415, que atingiu Lisboa e o Porto, tendo falecido a Rainha D. Filipa de Lencastre; 1437-1438, de que morreu o Rei D. Duarte; 1477-1496, «terrível febre pestilencial e contagiosa» que afectou o país na sua totalidade; 1480, «uma pestilência» [de tifo exantemático] «comunicada pelos judeus»; 1569, a «peste grande» que atingiu sobretudo Lisboa, tendo morrido «só em Lisboa mais de sessenta mil pessoas» (Lemos, 1991 [1899], p.175); 1579, epidemia de peste bubónica que afectou sobretudo Lisboa e o sul do país: «em Évora morreram mais de vinte e cinco mil pessoas (...) A epidemia deixara ali [Lisboa] um rasto de quarenta mil cadáveres...» (Lemos, 1991:176-177); 1598-1603, surto de peste bubónica, designada «peste pequena», atingiu praticamente o país inteiro; 1645-1650, epidemia de peste que atingiu principalmente o Algarve «afirma-se que nestes lugares pereceram quarenta mil pessoas, número inacreditável, atenta a pequena densidade da população do Algarve por esta época» (Lemos, 1991,p.179); um surto de peste só voltaria a afectar Portugal em 1899, no Porto.

Quadro I - Causas das Crises de Mortalidade Geral

Anos de Crise	Causas Prováveis
1569	Peste
1580	Peste, Gripe
1599	Peste, Gripe
1615/16	Febre tifóide, Difteria
1619/20	Tifo
1622/23	Tifo
1631	Tifo, disenteria
1636/37	Variola
1642	Tifo
1647/49	Peste
1657/59	Tifo, Febre tifóide
1662/62	Febre tifóide, Gripe
1675/78	Febres, Peste
1682/83	Febres
1685	Peste
1693/97	Tifo

Fonte: Teresa, R. (2008). Portugal nos séculos XVI e XVII. Vicissitudes da Dinâmica Demográfica. p. 92

Os números de mortes provocados pelos sucessivos surtos epidémicos, referenciados por diversos autores e evocados por Maximiano Lemos em 1899, são claramente exagerados por relação ao número de habitantes das zonas atingidas. O medo subsequente é, paradoxalmente, considerado como um factor de propagação da peste. Estas duas características enunciam a epidemia, fenómeno colectivo e social, enquanto «antigo regime do mal», marcado pelo grande número de pessoas atingidas, a impotência e a morte, a exclusão. A epidemia que se articula relacionadamente de forma interdependente com os flagelos da fome e da guerra configura as crises de mortalidade do Antigo Regime.

A natureza das crises «de tipo antigo» de mortalidade/demográficas caracteriza-se, segundo a tipologia proposta por Dupâquier, por três tipos de situações: guerra acompanhada de epidemias; epidemias agravadas por uma crise de subsistências; guerra, epidemia e crise de subsistências intimamente ligadas por um processo dialéctico (Moreira,1994; Dupâquier,1979).

As crises de mortalidade associadas às epidemias, agravadas pelas carências alimentares e pelas guerras também atingiram a região da Beira Interior e, designadamente, o concelho de Idanha-a-Nova.

Entre 1600 e 1602 a peste «pequena» atingiu Castelo Branco, designação esta utilizada para a diferenciar da «peste grande» (1569). Este surto epidémico que afectara a Flandres, Castela e o Norte de África assolou o país entre 1598 e 1603. Surgiu em Lisboa, logo nos começos de 1598, propagando-se a Cascais, Sacavém, Setúbal, Torres Vedras, Tomar, Santarém, Évora, Elvas e ao Algarve, a Aveiro, Leiria, Porto, Vila Nova de Gaia, Guimarães, Mirandela e Vila Real. Em Castelo Branco, este surto de peste provocou a morte a noventa pessoas na freguesia de Santa Maria até 22 de Junho de 1602. Outras povoações foram afectadas, nomeadamente, «Cebolal de Cima, Bemquerenças do Meio e Maxiais atingindo os membros de todas as classes sociais, de qualquer idade, sexo e raça» (Castelo Branco, 1990, p.9). Este autor refere ainda que muitas famílias foram atingidas ou quase destruídas, outras procuraram na fuga a esperança da salvação e que algumas se refugiaram nos Escalos de Cima, Sertã e Sabugal (Castelo Branco, 1990).

No século XVII, a peste cede lugar a outras doenças epidémicas, como tifo, difteria, disenteria, varíola. Este fenómeno, comum a toda a Europa, conduzirá a transformações significativas na dinâmica demográfica, agravadas por más conjunturas (Rodrigues, 2008). A maioria das crises de mortalidade dever-se-ia à conjugação de diversos factores, embora um factor pudesse prevalecer sobre os outros. Este século caracteriza-se pela presença de diversos tipos de situações: o desaparecimento da peste; o papel relevante das epidemias de tifo, frequentemente associado às carências alimentares e à guerra; o problema das subsistências (Barbosa, 2001,p.12).

Nos primórdios do século XVIII a guerra e as epidemias afectaram de forma significativa a região da Beira Interior. No concelho do Fundão, a mortalidade elevou-se expressivamente nas zonas atingidas pela guerra. Em 1704, foi sentida uma das maiores crises gerais registadas no século XVIII, ao atingir um número significativo das freguesias em que houve registos. Este concelho foi também afectado pela situação que nesse ano se vivia no país, caracterizada por um Inverno rigoroso e por uma crise agrícola agravada com os encargos de manutenção das tropas (Barbosa, 2001; Diogo, 1992). Na região de Castelo Branco, a crise sentida nestes anos foi provocada pela devastação dos campos e gados que levou à desorganização da economia, criando assim condições favoráveis ao desenvolvimento de epidemias que os exércitos transportavam consigo. Nesta região, a primeira crise de mortalidade tinha-se registado logo no início do século, em 1700, apontando a sua sazonalidade para uma mortalidade estivo-otonal (Barbosa, 2001; Pinto, 1993). Nas zonas rurais assinalavam-se dois grandes picos de mortalidade. O primeiro invernal, causado pelas condições adversas do clima, pontualmente acompanhado de escassez alimentar, que afectava sobretudo a população maior de 40 anos. Nos corpos mal agasalhados e nutridos facilmente surgiam infecções de tipo bronco pulmonar (gripes, pneumonias, catarros). No segundo momento, entre Julho e Setembro, o enfraquecimento da lactação e dos cuidados maternos, a ingerência de produtos alimentares impróprios e águas contaminadas favoreciam a propagação de surtos epidémicos violentos, como as febres de origem tifóide (Rodrigues, 2008).

No concelho de Idanha-a-Nova, a primeira crise de mortalidade do século XVIII ocorreu em 1702, tendo as freguesias de Oledo, Rosmaninhal, Salvaterra do Extremo e Segura registado níveis de sobremortalidade (Moreira, 1994,p.87).

Quadro II - Crises Gerais

 Concelho de Idanha-a-Nova

1702
 1704-1705
 1717-1718
 1720-1723
 1728-1736
 1747-1748
 1750-1755
 1760-1763
 1766
 1774
 1776-1778
 1786-1788
 1797-1799

Fonte: Moreira, M. J. G. (1994). *Vida e Morte no Concelho de Idanha-a-Nova, Estudo de Demografia Histórica, Século XVIII*. Lisboa: Livros Horizonte.p.86

Mas as crises mais gravosas foram as de 1704-1705 ao provocarem uma das mais graves crises do século XVIII, em termos de freguesias atingidas. Este concelho foi palco de operações militares decorrentes da sua invasão pelo exército espanhol, no quadro de lutas entre os pretendentes à coroa de Espanha, entre os quais se situava D. Pedro II de Portugal. Esta situação de guerra entre as tropas luso-anglo-holandesas e castelhanas e seus aliados conduziu ao desenvolvimento de epidemias como o tifo a que se associou uma crise agrícola agravada pelas condições meteorológicas adversas (Moreira, 1994). Em 1710, 1717, 1723, 1728 e 1729 ocorreram novas crises de mortalidade num quadro relacionado com problemas de subsistência e epidemias, como as disenterias, provocado pela prolongada seca que se seguiu ao Inverno de 1709 (Moreira, 1994; Barbosa, 2001).

Neste concelho, nos anos de 1731, 1734, 1735 e 1736, ocorreram crises de mortalidade, tendo sido a crise de 1735 a de maior extensão geográfica. As freguesias em que se registaram maior número de anos de sobremortalidade foram Penha Garcia, Monsanto (S. Miguel), Aldeia de Santa Margarida, S. Miguel d'Acha e Zebreira (Moreira, 1994,p.111). Nos anos 1730, a sobremortalidade inseriu-se numa conjuntura caracterizada por problemas de subsistência, extensíveis a outras zonas do país. A escassez e a má qualidade da água, associada a Primaveras e Verões quentes, reflectiu-se negativamente na produção agrícola, sobretudo a partir de 1734, e estando na génese de surtos epidémicos, como as «febres malignas e contagiosas», febres tifóides, disenteria e paludismo (Moreira, 1994; Barbosa, 2001).Em 1747 e 1748 novas crises gerais de mortalidade voltam a atingir esta zona. Estas crises foram, também, provocadas por disenteria ou febres tifóides, ou pelas sezões que se registavam periodicamente devido à insalubridade da zona (Moreira, 1994).

Na região de Castelo Branco, nos anos 1734-1736 e 1738-1739, registou-se uma elevada mortalidade, em que as condições climatéricas e agrícolas adversas tiveram um papel relevante. (Barbosa, 2001; Pinto, 1993). Em 1742-1743 verificou-se a existência de uma crise de intensidade acentuada, sobretudo em 1742. A sazonalidade observada no Outono e Inverno desse ano apontou para uma epidemia provocada sobretudo pelo frio (Barbosa, 2001; Pinto, 1993).

Na Cova da Beira, os anos de 1760 a 1763 foram igualmente anos de crise. Em 1762, Portugal foi invadido por três exércitos, tendo um deles passado pelo Fundão e por localidades do Distrito de Castelo Branco, os quais destruíram sementeiras e vinhas e ocuparam quintas

com doentes que inevitavelmente contagiaram as populações. Esta situação, juntamente com uma conjuntura agrícola desfavorável e maus anos climáticos, levaram ao aumento do preço do pão e consequentemente à elevação dos níveis de mortalidade desta população (Barbosa, 2001; Diogo, 1992).

No concelho de Idanha-a-Nova, entre 1750 e 1755, registaram-se três crises gerais em 1750, 1753 e 1755, sendo a de 1750 uma das de maior extensão geográfica do século XVIII. A sazonalidade estivo-outonal observada em 1750-1753 pareceu revelar o desenvolvimento de disenterias, febres tifóides ou paludismo, aliadas a carências alimentares (Moreira, 1994; Barbosa, 2001). Ainda neste concelho, de 1760 a 1763 e em 1766, ocorreram crises de mortalidade, numa conjuntura em que se integraram os reflexos negativos da escassez cerealífera, agravados pelos efeitos da Guerra Fantástica de 1762 (ou Guerra do Mirandum ou Guerra do Pacto de Família, foi a designação pela qual ficou conhecida a participação de Portugal na Guerra dos Sete Anos que se desenrolou entre 1756 e 1763) e a subsequente difusão de epidemias, designadamente, tifo e disenteria (Moreira, 1994).

Na região de Castelo Branco, as décadas de 1750 e 1760 foram marcadas por dois períodos de forte mortalidade entre 1752 e 1755 e entre 1760 e 1763, com o ano de 1753 a concentrar a maior mortalidade deste período. A elevação dos níveis de mortalidade poderá ter sido causada pela ocorrência de epidemias, aliadas a dificuldades a nível alimentar. O período de 1760-1763 foi nesta região o segundo de maior mortalidade do século XVIII. As condições climáticas e agrícolas adversas, a guerra com Espanha e França e os surtos epidémicos estiveram na origem desta crise de mortalidade (Barbosa, 2001; Pinto, 1993).

No concelho de Idanha-a-Nova, na década de 1770 ocorreram também crises de maior ou menor intensidade, consoante as freguesias, atingindo sobretudo um elevado número de menores. Os anos mais mortíferos foram 1774 e 1776, ano que pareceu ter sido marcado por uma crise de subsistência. Em 1777 e 1778, mais de metade das freguesias registaram níveis de sobremortalidade bastante elevados. A sazonalidade estivo-outonal observada nestes anos afectando os mais novos, alude à centralidade das disenterias e das gastroenterites, associadas a uma alimentação deficiente e à má qualidade das águas, na morbidade e mortalidade infantil. Os elevados índices de mortalidade adulta registados entre o Outono e a Primavera, apontaram para epidemia de tifo ou febres outonais com complicações pulmonares (Moreira, 1994).

Em 1777 e 1778 surgiram na região de Castelo Branco crises de mortalidade inseridas num período em que se registaram temperaturas elevadas entre 1773 e 1783 que levaram à subida dos níveis de mortalidade por toda a Europa (Barbosa, 2001; Pinto, 1993).

No concelho de Idanha-a-Nova as «febres» e as epidemias palúdicas, em que as condições ambientais favoreciam o seu estado endémico, podem ser apontadas como possíveis causas das crises de mortalidade registadas entre 1780-1781 e 1786-1788. O paludismo fazia aumentar a morbidade e a mortalidade das populações afectadas por disenterias, pneumonias, febres tifóides e tifo exantemático. O paludismo feminino era uma importante causa de aborto, parto prematuro e esterilidade (Moreira, 1994, pp.148-150).

Em Castelo Branco, a crise de 1785-1788 surge num contexto de subida de preços dos cereais, escassez alimentar e grande difusão epidémica, sobretudo de paludismo (Barbosa, 2001; Pinto, 1993).

No concelho de Idanha-a-Nova, embora tivessem ocorrido crises locais nos anos que se seguiram à crise de 1786-1788, foi entre 1797 e 1799 que se registaram as maiores crises de mortalidade. As freguesias de Idanha-a-Velha, Penha Garcia e S. Miguel de Acha foram as que registaram níveis de sobremortalidade, em que a mortalidade infantil foi mais elevada do que a adulta (Moreira, 1994, p.155). A sazonalidade estivo-outonal apontou para surtos epidémicos, como febre tifóide, disenteria e paludismo, enquanto a mortalidade de Inverno e Primavera se deveu provavelmente a tifo exantemático cuja sazonalidade andava entre Novembro e Abril (Moreira, 1994, p.156). Como refere Teresa Rodrigues a sazonalidade moldava a mortalidade. Nas crises estivais, a subida do número de mortes era provocada por febres tifóides, enterites e

doenças típicas da população mais jovem (sendo as bexigas e a varíola as mais frequentes). No Inverno sobrevinham as gripes, pneumonias e tifo exantemático (Rodrigues, 2008).

Estas doenças desempenharam um papel importante na configuração da morbilidade e da mortalidade ordinária como, também, na mortalidade catastrófica, ou seja, as crises de mortalidade sucediam-se em intervalos curtos – em média havia uma crise cada 4.5 anos ou, se falarmos em crises gerais (quando mais de 25% das freguesias eram atingidas por níveis de sobremortalidade), em média cada 7 anos regista-se uma crise geral. No total do século XVIII registou-se um total de 34 anos de crise geral, embora a segunda metade conheça maior número (20 anos contra 14 na primeira metade) (Moreira, 1993, p.40).

3. A Gestão Coletiva das Epidemias

A gestão colectiva da doença e da saúde remete-nos para um processo social concebido para coordenar e controlar as actividades de interpretação, de prevenção da doença e da produção da saúde pública. Este processo expressa as representações e práticas desenvolvidas pela sociedade para debelar ou prevenir as desordens do corpo cujas manifestações, a origem e o tratamento são tidos por colectivos – efectivamente ou potencialmente. Estas representações e estas práticas têm um carácter universal. Todas as sociedades são confrontadas com acontecimentos cuja distribuição ou etiologia podem dar lugar a uma interpretação em termos colectivos; todas elas dispõem de procedimentos e instituições para as tutelarem de maneira colectiva (Fassin, 1996, p.200).

Quando nos referimos à gestão colectiva da doença, por um lado, o carácter colectivo implica a sociedade na interpretação e na mobilização de instituições e de normas que servem para orientar as condutas e as acções dos diferentes grupos de forma a poderem fazer face à doença; por outro, na sua versão colectiva, a doença é exemplarmente representada pela epidemia nas sociedades menos diferenciadas e pelas endemias e epidemias nas sociedades modernas, o que implica, face às epidemias, respostas urgentes em termos de interpretação e sobretudo de intervenção, e no que concerne às endemias, o desenvolvimento de acções colectivas continuadas, porque estas doenças estão conexas a problemas permanentes que implicam a responsabilidade de todos (Fassin, 1996, pp.200-203).

A noção de produção da saúde pública tem duas implicações: a saúde pública não existe em si, mas no processo pelo qual ela se define e se realiza; é a dinâmica desta produção que é preciso analisar, pois ela revela o que está em jogo no mundo social e que tende a exprimir-se no léxico da saúde pública. A saúde pública não preexiste à intervenção através da qual uma solução é fornecida para um problema. Ela constitui-se por e nesta intervenção. A produção da saúde pública resulta, assim, de uma dupla operação de tradução do social na linguagem sanitária e da inscrição desta nova realidade no espaço público. Esta apresentação da saúde pública, como realidade construída e não simplesmente dada, realiza-se através quer das práticas discursivas quer dos dispositivos preventivos.

Na gestão colectiva da doença e da saúde, a prevenção constitui um elemento essencial dos seus objectivos e das suas justificações, da sua ordem discursiva, assim como das suas actividades práticas. Pode-se considerar que a prevenção se declina sob diferentes formas que se podem reagrupar em quatro modelos: modelo mágico-religioso, que inscreve os interditos e as obrigações num registo sagrado para evitar ou fazer recuar o infortúnio, através de rituais divinatórios e propiciatórios; modelo de constrangimento profano, que releva do espaço político e procede por controlo social, cuja forma paradigmática é o cordão sanitário; modelo pasteuriano, que apoiando-se na ciência e na tecnologia, inscreve-se sobre o terreno da eficácia, ilustrada pelos sucessos históricos da vacinação; modelo contratual, que supõe a aquisição de um acordo parthenarial e em que a educação para a saúde seria a figura central. A leitura destes modelos segundo uma progressão cronológica, na qual cada um destes se situa isola-

damente, poderia fazer-nos crer na sua sucessão linear. Bem pelo contrário, assiste-se a uma sedimentação destes quatro esquemas e nas sociedades contemporâneas quer sejam próximas ou distantes, cristalizam-se tensões entre as formas de crenças e de poder que elas representam (Dozon & Fassin, 2001, pp.15-16).

Nas sociedades tradicionais a gestão colectiva da adversidade e da doença é uma actividade pouco diferenciada. Esta indiferenciação relativa manifesta-se em dois planos. Por um lado, as representações e as práticas mobilizadas não constituem um conjunto claramente circunscrito. Tanto a doença como a morte entram na categoria de infortúnio em que se incluem também outros acontecimentos adversos como a perda de uma colheita ou o mau resultado de uma caçada, a seca, as inundações, a fome; as epidemias fazem assim parte de uma categoria mais vasta de infortúnio que as sociedades enfrentam. São geralmente os mesmos métodos de divinização e de conjuração que são utilizados, os mesmos adivinhos e os mesmos oráculos que são consultados, os mesmos tipos de interpretação que são avançados. Por outro lado, a prevenção apresenta-se como um conjunto de crenças e ritos que tocam todas as actividades sociais mais do que um conjunto de saberes relativos à doença.

Nestas sociedades a prevenção, isto é, o conjunto de crenças e de actos pelos quais os indivíduos se protegem das afecções e dos infortúnios aparece como a figura central da gestão colectiva da doença. A prevenção assenta no modelo mágico-religioso, que inscreve os interditos e as obrigações num registo sagrado para evitar ou fazer recuar o infortúnio. Este modelo corresponde ao conjunto de interdições e de obrigações, de prescrições e proscricções individuais ou colectivas, de práticas divinatórias e ritos propiciatórios acompanhados muitas vezes de ritos sacrificiais e de confecção de objectos de protecção (Dozon, 2001, p.29). Actividade pouco diferenciada, a gestão colectiva da doença e da adversidade não releva de instituições específicas (Fassin, 1996, pp.216-217).

A crescente diferenciação social – divisão social do trabalho, processo de urbanização e industrialização e consolidação das hierarquias funcionais e profissionais – exigiu a criação de novas formas de regulação funcional e de coordenação entre as estruturas sociais e os indivíduos, também presentes na gestão colectiva da doença. Quanto maior é a diferenciação, maior a necessidade de organização institucional que assegure a integração e a interdependência dos indivíduos (Mozzicafreddo, 1998, pp. 259-260).

Assistiu-se à emergência de estruturas administrativas e sanitárias preventivas coordenadas pelo poder central, embora com um carácter inicialmente provisório, para a gestão colectiva das epidemias, nomeadamente conselhos de saúde, cordões sanitários, quarentenas e lazaretos. Constata-se a posição dominante ocupada pelos agentes políticos em relação aos médicos e a extensão crescente das suas prerrogativas nos diversos domínios da vida social. No que respeita às endemias, a sua gestão colectiva pautou-se pelo desenvolvimento de acções colectivas continuadas, porque aquelas doenças estão conexas a problemas permanentes que afectam uma população.

A gestão colectiva da doença e da saúde implica a sociedade na interpretação e na mobilização de instituições e de normas que servem para fazer face às doenças epidémicas nas sociedades menos diferenciadas e às doenças endémicas e epidémicas nas sociedades modernas, mas que, também, concorrem para a preservação da saúde. A instauração de dispositivos administrativos e sanitários para uma gestão colectiva das epidemias, para a sua vigilância e prevenção, foi fundamental na institucionalização da saúde pública.

A gestão colectiva da Peste Negra, e dos recorrentes surtos epidémicos, consubstancia-se num conjunto de procedimentos e de instituições específicas: os conselhos de saúde, os cordões sanitários, as quarentenas, os lazaretos que se apresentaram como as primeiras estruturas administrativas e sanitárias preventivas, coordenadas pelo poder central, embora com um carácter inicialmente provisório, que se desenvolveram primeiramente nos Estados da Itália do Norte, nos séculos XIV e XV e que seriam posteriormente importados para Inglaterra, um pouco mais tarde para França e Espanha, ainda que nestes dois últimos países as autoridades

locais tivessem a primazia no combate à doença, precedendo a actuação do governo central, nomeadamente através da criação dos «Conselhos da Saúde» (Abreu, 2004, pp. 1-2).

Na Europa da Idade Moderna, os problemas da assistência e da saúde pública tenderam a ser territorializados, mais pensados à escala do exercício do poder local do que em termos de orientações emanadas dos governos centrais. Nos inícios do século XVI, as autoridades locais desenvolveram novas formas de assistência e novas políticas sanitárias, privilegiaram a diversificação da oferta em termos de institutos assistenciais e o reforço do controlo dos mendigos e vagabundos, tornando mais coerciva a legislação que, nalguns casos, acabou por a interditar (Abreu, 2004, pp. 2-3).

A especificidade de Portugal neste domínio resulta do facto de as intervenções registadas terem sido determinadas pelo poder central e de terem um âmbito nacional. A partir dos finais do século XV, por ordem do rei D. Manuel I, foi realizada a reforma dos hospitais (de que resultaram os Hospitais Gerais), a fundação das Misericórdias (tendentes a dotar o país com uma rede de confrarias vocacionadas para a assistência aos presos e aos pobres, mas também com competências ao nível da repressão da mendicidade), e a reorganização da assistência às crianças abandonadas. Tratou-se de uma reorganização da assistência de espectro social alargado, politicamente centralizada, mas que pretendia mobilizar as estruturas locais para a sua execução. A coroa apelou aos «melhores das terras», já representados nas câmaras municipais, a associarem-se ao projecto das Misericórdias, confrarias que veiculavam um novo ideal de piedade e que pretendiam revitalizar aquilo que na Idade Média se designava «a espiritualidade da beneficência» (Abreu, 2004, p.3).

O modelo daqui resultante pressupunha um sistema assistencial gerido à escala local, sob a tutela do poder central, imbricado à «doutrina religiosa da caridade» que assumia a pobreza como uma questão ideológica. Como as Misericórdias não possuíam representação política, ou seja, não tinham assento institucional nos órgãos do poder local, a articulação política entre elas e as câmaras municipais era quase inexistente.

Por estas razões, as autoridades municipais tenderam a não se comprometer nas questões relacionadas com a assistência, mormente na vertente hospitalar, procurando não se envolver nos graves problemas, sobretudo de índole financeira, gerados pelo sistema criado pela Coroa. Havia uma área intervenção que era da competência das câmaras municipais: a da saúde pública, na vertente das políticas sanitárias e, por inerência, do controlo das epidemias. Contudo, se os municípios tinham autonomia para impor leis defendendo a limpeza das cidades e a salubridade das águas, as decisões a tomar em caso das epidemias de peste, ou de simples ameaça de peste, tinham de ser sancionadas e coordenadas pelo poder régio. Ao monarca competia também decidir sobre os meios de financiamento de tais acções. Só em situações extraordinárias, como a que ocorreu em resultado da epidemia de 1598, o rei autorizou que a população fosse taxada para ajudar as cidades a fazer face aos enormes custos que a epidemia originava (Abreu, 2004, pp. 3-4).

Os dispositivos de luta contra a epidemia expressam a posição dominante ocupada pelos agentes políticos em relação aos médicos. O poder de decisão permanecia nas mãos dos nobres que administravam os conselhos de saúde.

O debate médico sobre a origem das epidemias, particularmente a peste, opondo duas perspectivas diferentes – a teoria aerista e a teoria contagionista – desenvolveu-se a partir do século XVI até ao século XVIII. A teoria aerista funda-se sobre a ideia de corrupção do ar. Na teoria contagionista, o indivíduo é o agente de transmissão, o corpo veículo do mal, o tocar contamina (Fabre, 1998, p.190). Até ao século XVIII supunha-se que os «pestíferos» contaminavam o ar que os rodeava, donde a expressão de «aerismo». A doutrina aerista não assenta sobre uma negação pura e simples do contágio; ela recusa mais particularmente a atribuição da contaminação apenas pelo contacto directo, pelo tocar (como sugere a etimologia da palavra contágio, a qual deriva do verbo latino tangere, que significa tocar). Segundo a doutrina aerista, a doença é o resultado de uma infecção atmosférica, a corrupção do ar. Esta explica-se pelas

influências malignas do céu, os vapores venenosos, os miasmas que se elevam das águas pútridas ou se libertam dos cadáveres em decomposição. A estas pestilências os aeristas opõem uma medicina dos odores, bons ou maus segundo as correntes de que os médicos se reclamam (Fabre, 1998, p.117).



Médico usando roupa e máscara de proteção.
Pintura de 1656.



Perfumador. 1628-1640.

No linguagem corrente, a peste era designada «o contágio» ou «o mal contagioso». No entanto, a origem da peste pelo contágio era negada pela medicina oficial. Esta teoria, inscrita inicialmente no quadro do aerismo, começa a diferenciar-se progressivamente a partir do século XVI. Em 1546, o médico italiano Girolamo Fracastoro defendia o princípio do *contagium vivum* – uma transmissão patogénica através de um agente vivo e invisível – relativamente à peste e à sífilis. Este médico distinguia no modelo contagionista três formas: o contágio directo, pelo tocar; o contágio indirecto, pelos efeitos pessoais ou as mercadorias; o contágio à distância pelo ar, conforme ao credo aerista. Fracastoro, Massa, Kircher considerados como precursores do contagionismo, assim como Bertrand (um dos principais contagionistas do século XVIII) não põem em causa a tradição hipocrática quando explicam o contágio pela presença de «animálculos invisíveis», não se demarcando claramente da perspectiva aerista: descreve-se os «animálculos» como «vermes que flutuam na atmosfera» (Fabre, 1998, p.119). O respeito pela tradição hipocrática apresenta-se como requisito de admissão no meio médico e consequentemente o reconhecimento como médico e ajuda a compreender a quase nula aceitação das teses contagionistas da origem das epidemias.

O recurso às duas teorias mostra que elas não são tão divergentes como se supunha. Fundados sobre a experiência da lepra e sobretudo da peste, a prática dos cordões sanitários era caucionada simultaneamente pelos defensores do contagionismo e do aerismo. As duas te-

orias coexistiam, não por razões de eficácia terapêutica, mas segundo uma lógica política. Elas serviam os desígnios das autoridades e dos grupos influentes. As representações da epidemia flutuam à vontade dos seus interesses: a peste era descrita tanto como uma doença colectiva devido a uma infecção geral do ar, outras vezes como uma doença contagiosa transmitida individualmente (Fabre, 1998, p.192).

Como se aludiu, a teoria aerista baseia-se sobre a ideia de corrupção do ar, pelo que eram desenvolvidos procedimentos de purificação do ar. Fogueiras imensas eram feitas nas praças públicas. Ervas consideradas desinfectantes eram queimadas: as testemunhas insistiam sobre o mau cheiro dos cadáveres, mas também sobre todos os odores repugnantes que acompanhavam a peste. Preconizava-se o uso de perfumes, de bálsamos, de misturas à base de fluidos ou órgãos de animais, para desinfectar bens e pessoas. Ao mesmo tempo, a circulação dos indivíduos era controlada através dos cordões sanitários. Esta vontade de controlo traduzia o impacto crescente do modelo contagionista; este controlo só teria sentido no caso de se considerar a peste individualmente transmissível, posição que se afastava da perspectiva aerista.

A concretização do «sonho político da peste», de ordenar a desordem, tornou-se possível com a emergência de diversos dispositivos disciplinares: a instituição da quarentena, que permitia o controlo pelo isolamento de pessoas e de mercadorias atingidas ou suspeitas por um período específico e sob condições rigorosas – até se estabelecer que não estivessem afectadas pela peste; as casas extramuros e os lazaretos para isolar os doentes suspeitos ou infectados para «serem tratados ou morrerem fora da cidade»; o controlo dos viajantes, vagabundos e mendigos era efectuado pelo estabelecimento de cordões sanitários nas fronteiras terrestres e nos portos marítimos e fluviais; o controlo das pessoas residentes nos centros urbanos era concretizado pelo isolamento domiciliário, pelo entaipamento ou emparedamento de casas, ruas e bairros infectados, enterramentos em locais afastados da cidade, declaração obrigatória e imediata dos casos de peste, proibição de uso do vestuário dos doentes ou falecidos. Como se pode constatar, o sequestro dos doentes foi uma das principais medidas adoptadas no combate à peste, em que a experiência adquirida com o isolamento dos doentes afectados com lepra moldou esta acção. No entanto, o isolamento, única forma de prevenção do contágio, apenas podia ser seguido voluntariamente pelos indivíduos e grupos mais favorecidos, veja-se por exemplo os casos do papa Clemente VI e do rei de Portugal D. Duarte.

Estes dispositivos e medidas mobilizados na luta contra a peste, orientaram, também, as disposições do Cirurgião-Mor do Reino de Portugal nos finais do século XVI: «O melhor remédio de todos [...] é fazer grandes fogos por todas as ruas e em todas as praças e lugares públicos; e mais particularmente nas ruas que estiveram infeccionadas, de onde vieram mais rebates [...]; o segundo remédio [...] é que haja muita limpeza no lugar empestado [...] convém que as necessárias e latrinas dos conventos e de outros lugares públicos se limpem [...] e se não puderem com fogo, seja com cal viva [...]; o terceiro remédio é assinalar três lugares distintos e apartados para lavar a roupa suja. Um será para a roupa dos enfermos, outro para a roupa dos que tratarem com eles, e o último para a roupa dos sãos [...]; o quarto, mandar que nenhum barbeiro tenha o sangue à porta, dos que sangrarem nas suas tendas, e sejam obrigados a enviá-lo logo ao mar; como devem fazer todos os que tiverem enfermos em suas casas, com toda a brevidade possível [...]; o quinto é procurar abundância de bons alimentos, assim para os enfermos como para os sãos [...]; o sexto é procurar que haja bom pão [...]; o sétimo, que todos comumente notam, é deixar os bailes dos negros, e todos os mais ajuntamentos [...]; o oitavo, em que todos concordam, é deixar os pobres, que não andem pelas casas nem pelas ruas pedindo [...]; o nono, que todos notam, é que se enterrem logo os mortos que se acharem pelas ruas e nas casas [...]; o décimo aviso é procurar com grande diligência que os pobres que enfermarem, ou quaisquer outras pessoas que houverem de levar à Casa de Saúde, se levem com toda a brevidade possível» (Nunes cit in Carvalho, 1994,p.10).

Em Castelo Branco, durante o surto de peste «pequena», que subsistiu entre 1600 e 1602, foram aplicadas diversas instruções gerais seguidas então e que consistiam na execução de

diversas medidas. O isolamento dos doentes com peste e de quem deles tratava se, sendo «os escravos e homens de soldada e obreiros mecânicos», os «pobres enfim, cuidados em ruas ou locais isolados». A introdução de rebanhos de gado, particularmente «vacas criadeiras», nas ruas. A purificação do ar por meio de fogueiras «de ervas e cousas cheirosas», como o alecrim. O encerramento a pedra e cal das portas e janelas das casas, onde houvessem morrido pessoas com peste. A aplicação do vinagre e cal virgem, no interior das casas, onde houvesse doentes com peste. A lavagem e exposição ao sol da roupa dos pestosos, um mês depois de eles morrerem. A regulamentação dos enterros, que deviam ser feitos em sítios fora da localidade e dispostos de tal modo «que quando o vento Norte lhes passasse por cima, não desse nela». Evitar aglomerações de gente, que deviam afastar-se dos lugares contaminados e auxiliar os pobres (Castelo Branco, 1990, p.10). Sem conhecimento da etiologia da doença, o tratamento era necessariamente paliativo. Diversos actores eram mobilizados para as casas de saúde que integravam um médico, um capelão confessor, um sangrador e as «mulheres necessárias para o tratamento dos doentes». Quando a epidemia assumia proporções de maior dimensão, a corte enviava os seus médicos para apoiarem os colegas da província (Abreu, 2004, p.6).

O isolamento temporário dos doentes em «casas da saúde» ou em lazaretos foi uma das principais medidas adoptadas no combate à peste. A experiência adquirida com o isolamento dos doentes afectados com lepra influenciou estas medidas. A segregação social e o isolamento em espaços extra-urbanos dos «leprosos», «doentes no corpo e na alma», foram medidas instauradas no III Concílio de Latrão em 1179, concretizando um modelo de divisão binária entre puro e impuro, perigoso e inocente. Entre essas medidas contava-se o uso da matraca e de túnicas, a cremação do vestuário e dos objectos pessoais das vítimas, o enterro em cemitérios especiais.

Uma vez estabelecida a natureza da lepra por um tribunal laico e religioso, a sanção judiciária era também dupla: o «leproso», o «mésele» que designa os «leprosos» que vivem da caridade, eram excluídos da comunidade dos fiéis e depois de toda a vida social (Sournia & Ruffie, 1985, p.134; Béniac, 1991, p.125). Depois do ritual eclesiástico que marcava simbolicamente «morte social» do doente, o seu encerramento numa leprosaria significava a exclusão perpétua.

A leprosaria era um espaço fechado «participando da ambivalência do «leproso», um espaço simultaneamente oposto à cidade e dotado de uma estrutura cívica já que era dotada de todos elementos urbanísticos e rituais característicos da cidade. Um gueto para as pessoas diferentes; um espaço criado para um tempo indefinido, para aí viver toda uma vida; um recinto para indivíduos contagiosos e perigosos, mas nem muito contagiosos nem muito perigosos ainda que irrecuperáveis e, a este título, separados em permanência da comunidade das pessoas saudáveis e organizados de maneira estável e autónoma» (Cosmacini, 1992, pp.74-75).

No final da Idade Média, a lepra desapareceu do mundo ocidental. Para Foucault, este desaparecimento foi o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra retira-se, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. O que vai permanecer por muito mais tempo que a lepra são os valores e as imagens que configuram a personagem do «leproso»; é o sentido dessa exclusão, a visibilidade social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (Foucault, 1993, pp.5-6).

Os procedimentos de controlo social exercidos pelas leprosarias anunciaram uma outra modalidade de gestão das doenças «contagiosas»: a segregação social dos doentes e o seu isolamento em instituições específicas.

As representações médicas, os valores e as metáforas associadas à lepra e à peste condicionaram a escolha das instituições e as estruturas de defesa da saúde. A lepra é uma doença crónica, invalidante, mas sem um carácter mortífero; ela é sobretudo a morte civil. A peste é uma doença aguda, hiperaguda, não invalidante, mas com um carácter mortífero; ela é uma

verdadeira morte que não tem nada de metafórico. A peste, doença «cujo fim surge rapidamente», requer uma estrutura hospitalar onde os indivíduos morrem ou recuperam a saúde. A lepra pelo contrário, faz parte das doenças por natureza necessitam de tempo pelo que requer uma estrutura que ia para além da simples hospedagem, uma estrutura à medida de acolher os doentes crónicos. O lugar da lepra, a leprosaria, está assim mais próximo do velho hospício; o lugar da peste, o lazareto, lembrará mais o hospital moderno. A passagem do hospício ao hospital com a reforma hospitalar dos meados do século XV reproduz, de maneira quase idêntica, a história interna do primeiro lazareto. Lazareto velho e lazareto novo tiveram origem em Veneza, respectivamente em 1373 e em 1418, ambos eram espaços de isolamento e de defesa. Se o primeiro permaneceu um lugar de piedade, o local de uma assistência dispensada por eremitas caridosos, peritos em cuidados aos «leprosos», o segundo foi um lugar de controlo onde se encontrava, em certos aspectos, os procedimentos de admissão e de repartição em uso no hospital; a admissão na quarentena dos casos suspeitos e o envio para o lazareto velho daqueles que eram considerados contaminados (Cosmacini, 1992, pp.75-76). Em geral, fazia-se uma distinção entre «infectados» e «suspeitos». Era «infectado» aquele cuja doença contagiosa tinha sido diagnosticada por um médico ou cirurgião. Eram «suspeitos», em compensação, todos aqueles que tinham entrado em contacto com uma pessoa atingida ou objectos considerados como infectados assim como todas as pessoas provenientes de um espaço que se supunha pestilento (Cipolla cit. in Cosmacini, 1992, p.76).

O lazareto era um espaço fechado desprovido de ambiguidade. Um espaço de estrutura hospitalar, fora da cidade mas não oposta a ela. Um espaço criado para um período provisório, transitório; um espaço que não é simplesmente clausura, mas completamente barricado. Um espaço de segregação para os indivíduos extremamente contagiosos e extremamente perigosos, ainda que os doentes não sejam forçosamente irrecuperáveis, mesmo se a virulência do mal deixa raramente lugar para uma possibilidade de cura (Cosmacini, 1992, p.75).

Como se assinalou, a peste ao ser considerada como a «desordem comunicável», impôs uma resposta da ordem: a emergência de dispositivos disciplinares. «[O] espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar fixo, onde os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registados, onde o trabalho ininterrupto de escrita liga o centro e a periferia, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos – isso tudo constitui um modelo compacto do dispositivo disciplinar» (Foucault, 1993, pp.174-175).

A emergência destes dispositivos disciplinares visava, assim, a concretização do «sonho político da peste» de ordenar a desordem. O facto essencial torna-se a institucionalização da saúde pública pelo Estado, ou seja, a instauração de um dispositivo administrativo cuja finalidade era a gestão colectiva de uma doença, a sua vigilância e a sua prevenção.

Em Portugal, antes da Revolução Liberal de 1820, a política sanitária do Antigo Regime privilegiava sobretudo a prevenção e o controlo das epidemias, especialmente em caso de peste, mas também a fiscalização do fabrico e venda dos produtos alimentares. O primeiro esboço de administração sanitária em Portugal desenvolve-se a partir de 1707 com a criação da Provedoria-mor de Saúde. O provedor-mor de saúde centralizava e coordenava os serviços da polícia sanitária, cujas actividades incidiam na identificação e controlo das diversas doenças importadas por via marítima e via terrestre. A Provedoria-mor de Saúde do Reino integrava também os serviços de inspecção de todos os produtos comestíveis expostos à venda, bem como das fábricas, das ruas, de certos líquidos espirituosos e, em geral, de todos os objectos de saúde, não só na cidade, mas cinco léguas em torno. (Viegas, Frada, Miguel, 2006, p. 7)

Privilegiava-se a prevenção da doença e a conservação da saúde. O Tratado de Conservação da Saúde dos Povos de Ribeiro Sanches, editado em 1756, era já um tratado de higiene pública que se debruçava sobre aqueles que hão-de ser os temas constantes e efectivos das preocupações higienistas futuras, a saber: necessidade de perspectivar a saúde de um ponto de

vista político-administrativo; a criação e a divulgação de pedagogias da saúde; o controlo de dois elementos determinantes na preservação da saúde e prevenção da doença: a água e o ar (Pereira & Pita, 1993,p.456).

Epílogo

A gestão colectiva da doença e da saúde pode ser designada como saúde pública a partir do momento em que entra no domínio político, entendido como organização do «governo da vida» em torno de valores partilhados, mas também de referências concorrentes e mesmo de normas conflituais (Fassin, 2005:16). Até finais do século XVIII, inícios do século XIX, a saúde pública, enquanto realidade sociológica, isto é, com os seus valores, as suas normas e as suas instituições limitava-se essencialmente a uma aplicação técnica e a uma prática administrativa: tratava-se de desenvolver medidas de isolamento, de controlo, de vigilância, de saneamento, segundo protocolos geralmente simples, apoiados por dispositivos mais ou menos constrangedores. A partir desse período, a saúde pública – embora os termos utilizados sejam higiene pública e medicina política – apresentava-se com a ambição de ser uma disciplina científica e uma «filosofia moral».

A avaliação das epidemias e das endemias desenvolvida pelos higienistas, sobretudo ao longo do século XIX, dando conta das relações, por um lado, entre o desenvolvimento destas doenças e o nível de pobreza das populações atingidas e, por outro, entre a progressão das doenças e a densidade habitacional, chamam atenção dos perigos que os pobres colocam à nova ordem económica e social. As doenças dos pobres tornam-se uma ameaça para a saúde das classes possidentes, pelo que se promovem programas de saúde e reformas sociais que visam através da protecção da saúde de alguns, conservar a saúde de todos.

Os diversos estudos elaborados pelos higienistas, mobilizando a estatística, estabeleceram uma relação entre posição social e as taxas de mortalidade e de morbilidade. O movimento higienista não se limitava a dar conta destas correlações, procurava reduzir a mortalidade, sobretudo a mortalidade infantil provocadas pelas doenças epidémicas e endémicas. No pensamento higienista, uma doença epidémica podia ter origem numa série de elementos: o terreno, o ar, a água, os alimentos, os miasmas, o lixo, a urbanização, o trabalho, a sexualidade, e mesmo a má educação. O movimento higienista que se apoiou sobre uma teoria essencialmente miasmática, com a epidemia de cólera a sua atenção passou a incidir, também, na promiscuidade dos pobres como um dos principais factores no desenvolvimento das doenças.

Se num primeiro momento o processo de gestão colectiva das epidemias, a luta contra a promiscuidade (física e moral) e a pobreza caracterizou a higiene pública, posteriormente, assistiu-se à extensão do domínio normativo da saúde. Populações cada vez mais numerosas passaram a estar sob a sua autoridade: inicialmente limitada a grupos específicos, a saúde pública cobre pouco a pouco a totalidade do mundo social, através da generalização da noção de risco que, em Saúde Pública, reportando-se ao saber epidemiológico, designa a probabilidade de se manifestarem diversos tipos de problemas de saúde. O domínio de intervenção pública na saúde expande-se, progressivamente a todos os comportamentos humanos que podem ser objecto de procedimentos de investigação e de normalização. Uma outra dimensão da expansão do domínio da saúde pública alarga-se a novos agentes, incluindo não profissionais, enquanto, ao mesmo tempo, a procura de peritos por parte dos poderes públicos fez aparecer novas especializações. A ausência de saberes e de instrumentos no domínio da saúde pública para calcular o risco e a produção de representações culturais do risco, enquanto perigo eventual, coloca problemas de diversa ordem, nomeadamente políticos (e não apenas técnicos), na gestão de riscos potenciais (Marques & Ferreira, 2010:538-539).

A «aparição» da cólera, o «medo azul», da tuberculose, a «peste branca», da gripe pneumónica, do HIV/Sida e da gripe A tornaram a dar visibilidade à imagem e à temática da epi-

demia. O medo associado à morte e à «inevitabilidade» da contaminação, os conflitos sociais, o questionamento da ordem social, as medidas repressivas que incidem sobre as populações biológica e socialmente classificadas como «perigosas» continuaram a subsistir e a caracterizar a epidemia como vector de dissolução. O tempo das epidemias perdura.

Contacto: cmiguelferreira@ipcb.pt

Notas

- ² O termo «bubónica» refere-se aos bubões ou gânglios linfáticos tumefactos. A peste bubónica é sobretudo uma doença de roedores e é passada de rato para rato pelas pulgas que, geralmente os infestam. A pulga morde um rato infectado e ingurgita o bacilo da peste juntamente com o sangue. Estes bacilos conseguem permanecer no canal intestinal de uma pulga durante três semanas, e são regurgitados quando a pulga morde outro rato ou humano. Na verdade, a peste bubónica só infecta os humanos se as pulgas migrarem de roedores para humanos ou de um ser humano já infectado para outro. A peste bubónica não é passada através da respiração humana ou contacto directo. Em certas circunstâncias, de natureza desconhecida, a infecção assume a forma pneumónica, a qual não requer a mordidela de uma pulga para infectar o humano, e consegue ser transmitida directamente de uma pessoa para outra por respiração ou contacto. Ambas as formas existem juntas nas grandes pandemias, mas é o tipo pneumónico que produz uma muito rápida e vasta propagação, uma incidência de casos mais elevada e, como a pneumonia é habitualmente mais fatal, uma maior mortalidade. (Cartwright & Biddiss, 2003, pp. 31-32).
- ³ Segundo Mário da Costa Roque a Peste Negra apresenta um conjunto de características particulares: 1. Subida frequência do contágio inter-humano, quer directo, para a peste pulmonar, quer através da pulga humana, para a peste bubónica; 2. Muito maior frequência de casos de peste pulmonar, que a partir dos fins do século XIV se torna muito rara. Tanto para a manutenção da forma pulmonar como da bubónica, foi indispensável a presença do rato. Assim, as epizootias murinas, embora aparentemente inexistentes nas pestes históricas, desempenharam um papel imprescindível na sustentação da Peste Negra; 3. Iguais facilidades de contágio, mais tarde não verificadas, entre todos os países e entre as várias classes sociais, pois tanto estas como aquelas se irmanavam nas péssimas condições de higiene e de promiscuidade em que viviam; 4. Maior frequência de quadros septicémicos, logo verificados no início da Peste Negra; 5. Grande frequência de complicações cutâneas, especialmente carbúnculos secundários; 6. Também maior frequência de discrasias sanguíneas, traduzidas por petéquias, hematomas, sufusões e hemorragias internas, que originaram quadros clínicos muito mais sobreponíveis aos descritos por Procópio na Peste de Justiniano (542-610), do que aos dos surtos tardios, que arrancando do século XVI, chegaram aos nossos dias; 7. Altíssima taxa de mortalidade, com total desaparecimento de pequenos centros populacionais e de todos os habitantes de várias comunidades, pela frequência da peste pulmonar; 8. Difusão terrestre muitíssimo lenta, relacionada com os meios de transporte e vias de comunicação da época. A Peste negra levou nada menos de cinco anos para concluir o seu périplo europeu (Roque, 1979, pp. 113-114).
- ⁴ A tradição Hipocrática-Galénica, postulava uma estrutura contínua entre saúde e enfermidade, onde cada indivíduo se localizava. A saúde era «um ideal inatingível» e a maior parte das pessoas oscilava «para sempre, entre saúde e enfermidade». O excesso de um humor ou a carência de um outro poderia gerar doença, como a podia gerar igualmente a «corrupção» ou a «putrefacção» de um ou de outro humor do corpo. Qualquer alteração na natureza do humor supunha perigo para o indivíduo. Mesmo oscilações mínimas obrigavam a uma reacção expedita, por de forma a evitar uma enfermidade. Terapias normalizadas e preventivas dependiam do reajustamento dos desequilíbrios detectados, obrigando à drenagem de um humor que tivesse aumentado muito ou que se tivesse tornado corrupto, recorrendo à sangria, purga, vômito ou estabelecendo «saídas artificiais» (por exemplo feridas).
- Na medicina humoral, a prevenção (ou profilaxia) era tão importante como o tratamento (ou terapêutica). A melhor maneira de manter a saúde era ser moderado em tudo, especialmente no uso dos «seis não-naturais»: 1. ar; 2. dormir e acordar; 3. alimentação e bebida; 4. descanso e exercício; 5. excreção e retenção; 6. paixões e emoções. Um regime saudável obedecia à observação destas regras da natureza evitando ainda a exaustão, o sobreaquecimento e o consumo excessivo de bebidas espirituosas e de desejos imoderados. Estas ideias prevaleciam e representavam não só as teorias médicas, como também as versões mais populares da doença e da enfermidade (Lindemann, 1999, pp. 11-12).
- ⁵ O requisito de admissão é a competência, o capital científico incorporado, que se tornou o sentido do jogo, mas é também a apetência, a libido científica, a illuso, crença não só naquilo que está em jogo, ou seja, no facto de o jogo valer a pena ser jogado (Bourdieu, 2004, p.74).
- ⁶ Para Carlo Ginzburg a reclusão assim como o massacre dos «leprosos» foram, em França, autorizados por Filipe V num édito exarado em Poitiers no dia 21 de Junho de 1321. Considerava-se que os «deprosos» – não apenas em França, mas em todos os reinos da cristandade – haviam tentado matar as pessoas sãs envenenando águas, fontes e poços. Um ano depois o rei Carlos, sucessor de Filipe V, confirmou que os «deprosos» deveriam ficar reclusos. Até então, apesar do medo de contágio, que inspirava complexos rituais de separação (De leproso amovendo), os «deprosos» viviam em instituições de tipo hospitalar, quase sempre administradas por religiosos, bastante abertas para o exterior, nas quais se entrava voluntariamente. Na França, a partir daquele momento, passaram a ser segregados com carácter perpétuo em lugares fechados (Ginzburg, 1995, pp. 44-45).
- ⁷ No início do século XIX, no âmbito desta lógica preventiva, foi criada a Instituição Vacínica em 1812 por iniciativa de um grupo de sócios da Academia das Ciências de Lisboa, que prosseguia os seguintes objectivos: realizar a vacinação gratuita, em dias fixos, de todos os que procurassem o preservativo das bexigas; generalizar o processo a todo o país; coligir as experiências e observações, a fim de ilustrar as propriedades da inovação. Os primeiros indivíduos a receberem a vacina foram os órfãos da Casa Pia, sendo esta decisão fundamentada em duas razões: porque eram «filhos do Estado» e assim reclamavam os primeiros actos de beneficência; dado que podiam deslocar-se à vacina com regularidade, sem qualquer obstáculo. Anote-se que, embora estes motivos se pudessem considerar a expressão da atitude oficial, não será de recusar outra explicação – tratava-se de indivíduos, em relação aos quais não haviam familiares dispostos a reclamar sobre qualquer desastre que eventualmente pudesse surgir. (Crespo, 1990, pp.211-212)

Bibliografia

- Abreu, L. (2002). A Especificidade do Sistema de Assistência Pública Português. Linhas Estruturantes. *Revista Arquipélago-história*, 2.^a série, VI, pp. 417-434
- Abreu, L. (2004). A Cidade em Tempos de Peste: Medidas de Protecção e Combate às Epidemias, em Évora, entre 1579 e 1637. VII Congresso ADEH. Granada.
- Barbosa, M. H. V. (2001) *Crises de Mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX*. Guimarães: Núcleo de Estudos de População e Sociedade, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Béniac, F. O medo da lepra, in AA.VV. (1991). *As Doenças têm História*. Mem Martins: Terramar.
- Bourdelaís, P. (2003). *Les Épidémies Terrassées. Une Histoire de Pays Riches*. Paris: Éditions de la Martinière.
- Bourdelaís, P. & Raulot, J. (1987). *Une peur bleue. Histoire du choléra en France*. Paris: Payot.
- Bourdieu, P. (2004). *Para uma Sociologia da Ciência*. Lisboa: Edições 70.
- Cartwright, F. & Biddiss, M. (2003). *As Doenças e a História*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Carvalho, J. M. A. S. (1994). *Diário da Peste de Coimbra (1599)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Castel, R. Les marginaux dans l'histoire. Paugam, S. (dir.) (1996). *L'Exclusion, L'État des Savoirs*. Paris: Éditions la Découverte.
- Castelo Branco, M.S. (1990). Assistência aos Doentes na Vila de Castelo Branco e seu Termo, Entre Finais do Séc. XV a Começos do Séc. XVII. *Medicina na Beira Interior. Da Pré-História ao Século XX. Cadernos de Cultura*, n.º 2. Castelo Branco: Editor António Salvado.
- Correia, F.S. (1938). *Portugal Sanitário (Subsídios para o seu Estudo)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde Pública - Ministério do Interior.
- Cosmacini, G. (1992). *Soigner et Réformer. Médecine et santé en Italie de la grande peste à la Première Guerre mondiale*. Paris: Éditions Payot.
- Crespo, J. (1990). *A História do Corpo*. Lisboa: Difel.
- Czeresnia, D. (1997). Do contágio à transmissão: urna mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, vol. IV(1):75-94.
- Diogo, H. (1992). *As Crises de Mortalidade no Concelho do Fundão, Cova da Beira, século XVIII*. Lisboa: Tese de Mestrado policopiada: U.N.L.
- Dozon, J.P. Quatre modèles de prévention. Dozon, J.P. & Fassin, D. (Dir.) (2001). *Critique de la Santé Publique. Une Approche Anthropologique*. Paris: Éditions Balland.
- Dozon, J.P. & Fassin, D. L'universalisme bien tempéré de la santé publique (Introduction). Dozon, J.P. & Fassin, D. (Dir.) (2001). *Critique de la Santé Publique. Une Approche Anthropologique*. Paris: Éditions Balland.
- Drulhe, M. (1996). *Santé et Société. Le Façonnement Sociétal de la Santé*. Paris: PUF.
- Dupâquier, J. Commentaire. Charbonneau, H. & Larose, A. (eds.) (1979). *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*. Liège: Ordina Ed.
- Eliás, N. (1989). *O Processo Civilizacional*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Fabre, G. (1998). *Épidémies et Contagions. L'Imaginaire du mal en Occident*. Paris: Puf.
- Fassin, D. (1996). *L'Espace Politique de la Santé*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (2005). *Faire de la Santé Publique*. Paris: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Fassin, D. Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. Fassin, D. (Dir.) (1998). *Les Figures Urbaines de la Santé Publique. Enquête sur les Expériences Locales*. Paris: Éditions la Découverte.
- Fassin, D. Santé Publique. Lecourt, D. (dir.) (2004). *Dictionnaire de Pensée Médicale*. Paris: PUF.
- Ferreira, C. M. (2007). *A Medicalização dos Sanatórios Populares. Desafios e Formas de um Processo Social*. Lisboa: Dissertação de Doutoramento: FCSH UNL.

- Foucault, M. (1993). *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1993). *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Ginzburg, C. (1995). *História Nocturna. Uma Decifração do Sabat*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Éditions Payot.
- Hildesheimer, F. (1993). *Fléaux et Société : de Grande peste au Choléra (XIVe-XIXe siècle)*. Paris: Hachette.
- Jacquart, D. (2001). La maladie dans la médecine médiévale. *La Revue du Praticien*, Vol. 51, n.º 18, Spécial Cinquantenaire : *Histoire du concept de maladie*. Paris: Éditions J.-B. Baillière.
- Kuriyama S. Epidemics, Weather, and Contagion in Traditional Chinese Medicine. Conrad L. & Wujastyk, D. (Eds) (2000). *Contagion. Perspectives from Pre-modern Societies*. Aldrshot: Ashgate
- Lemos, M. (1991). *História da Medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições*. Lisboa: Publicações Dom Quixote/Ordem dos Médicos.
- Lindemann, M. (1999). *Medicine and Society in Early Modern Europe. New Approaches to European History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marques, A. H. O. (1998). *Breve História de Portugal* (3.ª ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Marques, M. S. & Ferreira, C. M. (2010). Contágio. Contribuição para a Epistemologia e a Ética da Saúde Pública. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 533-556.
- Moreira, M. J. G. (1994). *Vida e Morte no Concelho de Idanha-a-Nova, Estudo de Demografia Histórica, Século XVIII*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Moreira, M. J. G. (1993). A Vida e a Dor no Concelho de Idanha-a-Nova». *Medicina na Beira Interior. Da Pré-História ao Século XX. Cadernos de Cultura*, n.º 7. Castelo Branco: Editor António Salvado.
- Nutton, V. Did the Greeks have a word for it? Contagion and Contagion Theory in Ancient Antiquity». Conrad, L. & Wujastyk, D. (Eds) (2000). *Contagion. Perspectives from Pre-modern Societies*. Aldrshot: Ashgate.
- Pelling, M. Contagion/Germ Theory/Specificity. Bynun, W. & Porter, R. (Eds.) (1993). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge.
- Pereira, A. L. & Pita, J. R. (1993). Liturgia Higienista no Século XIX. Pistas para um estudo. *Revista de História das Ideias*, n.º 15. Coimbra: Instituto de História das Ideias, Faculdade de Letras.
- Rodrigues, T. (2008). *Portugal nos séculos XVI e XVII. Vicissitudes da dinâmica demográfica*. Lisboa: CEPESE.
- Roque, M. C. (1979). *As Pestes Medievais Europeias e o «Regimento Proneytoso Contra há Pestenença» - Lisboa, Valentim Fernandes [1495-1496]. Tentativa de Interpretação à Luz dos Conhecimentos Pestológicos Actuais*. Paris: Fundação Calouste Gulbenkian, Centro Cultural Português.
- Sournia, J.C. & Ruffie, J. (1985). *As Epidemias na História do Homem*. Lisboa: Edições 70.
- Teixeira, R. (1998). Epidemia e Mundo Securitário. *Interface — Comunicação, Saúde e Educação*, v.2, n.2. Botucatu, SP: Fundação UNI Botucatu/Unesp.
- Vigarello, G. (2001). *História das Práticas de Saúde – A Saúde e a Doença desde a Idade Média*. Lisboa: Notícias Editorial.