

anais de história de além-mar

XXII

ANO 2021

CHAM – CENTRO DE HUMANIDADES

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

 CHAM
CENTRO DE
HUMANIDADES
NOVA FCSH – UAc



anais de história de além-mar

XXII
2021

PERIODICIDADE	Anual
DIRECÇÃO E COORDENAÇÃO	João de Figueirôa-Rêgo
SECRETARIADO	Inês Cristóvão
CONSELHO DE REDACÇÃO	Edite Alberto (CHAM / NOVA FCSH) João de Figueirôa-Rêgo (CHAM / NOVA FCSH) Nunziatella Alessandrini (CHAM / NOVA FCSH) Pablo Ibáñez-Bonillo (CHAM / NOVA FCSH) Rui Loureiro (Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes; CHAM / NOVA FCSH)
CONSELHO CONSULTIVO	Ana Isabel Buescu (CHAM / NOVA FCSH) André Teixeira (CHAM / NOVA FCSH) Ângela Domingues (Universidade de Lisboa/CH) Angelo Alves Carrara (Universidade Federal de Juiz de Fora) António de Almeida Mendes (Université de Nantes) Avelino de Freitas de Meneses (CHAM / Universidade dos Açores) Barbara Karl (Textilmuseum St. Gallen) Cátia Antunes (Universiteit Leiden) Fernando Bouza Álvarez (Universidad Complutense de Madrid) Hervé Pennec (Centre national de la recherche scientifique) Ines G. Županov (Centre national de la recherche scientifique) István Rákóczi (Eötvös Loránd Tudományegyetem) José da Silva Horta (Universidade de Lisboa) João José Reis (Universidade Federal da Bahia) José C. Curto (York University) José Damião Rodrigues (Universidade de Lisboa) José Javier Ruiz Ibáñez (Universidad de Murcia) Leonor Freire Costa (Universidade de Lisboa) Malyn Newitt (King's College London) Miguel Ángel de Bunes Ibarra (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) Miguel Metello de Seixas (Universidade Lusíada de Lisboa; IEM / NOVA FCSH) Nuno Senos (IHA / NOVA FCSH) Pedro Cardim (CHAM / NOVA FCSH) Pedro Puntoni (Universidade de São Paulo/Cebrap) Rogério Miguel Puga (CETAPS / NOVA FCSH) Tonio Andrade (Emory University) Zoltán Biedermann (University College London)
EDIÇÃO E PROPRIEDADE	CHAM — Centro de Humanidades Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade NOVA de Lisboa Universidade dos Açores
SEDE ADMINISTRATIVA	Av.ª de Berna, 26-C 1069-061 Lisboa anais.cham@fcsch.unl.pt http://www.cham.fesh.unl.pt
REVISÃO DE TEXTO	Margarida Baldaia
CAPA E PROJECTO GRÁFICO	Patrícia Proença
COMPOSIÇÃO	Edições Húmus
IMPRESSÃO	Papelmunde – V. N. Famalicão
TIRAGEM	300 exs.
ISSN (IMPRESSO)	0874-9671
ISSN (ELECTRÓNICO)	2795-4455
DEPÓSITO LEGAL	162657/01

anais de história de além-mar

XXII
2021

CHAM – CENTRO DE HUMANIDADES
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DOS AÇORES



REFEREES 2020-2021

Almir Diniz de Carvalho Júnior (Universidade Estadual de Campinas)
Ana Isabel López-Salazar (Universidad Complutense de Madrid)
Angela Muñoz Fernández (Universidad de Castilla-La Mancha)
Ardian Muhaj (Universidade de Lisboa)
Ernestine Carreira (Universidade d'Aix-Marseille)
Fernanda Guedes de Campos (CHAM / NOVA FCSH; BNP)
Francisco José Alfaro Pérez (Universidad de Zaragoza)
Gerhard Seibert (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira)
Gerrit van der Wees (George Washington University)
Hebe Mattos (Universidade Federal de Juiz de Fora)
João Martins e Silva (Universidade de Lisboa)
Jon Arrizabalaga Valbuena (Institución Milá y Fontanals de investigación en Humanidades, CSIC)
Jorun Poettering (Universidade de Hamburgo)
José Augusto Cardoso Bernardes (Universidade de Coimbra)
José Camões (Universidade de Lisboa)
Laurinda Abreu (Universidade de Évora)
Luís Fernando Fardilha (Universidade do Porto)
Luis Garrido-González (Universidad de Jaén)
Manuela Santos Silva (Universidade de Lisboa)
Margarida Miranda (Universidade de Coimbra)
María del Pilar Rábade Obradó (Universidad Complutense de Madrid)
Maria Filomena Andrade (Universidade Aberta)
María Soledad Gómez Navarro (Universidad de Córdoba)
Maria Teresa Valente Pinto (Universidade Aberta)
Mário Santiago de Carvalho (Universidade de Coimbra)
Samuel K. Cohn (University of Glasgow)
Selma Pantoja (Universidade de Brasília)
Teddy Sim (Nanyang Technological University)
Weichung Cheng (Academia Sinica)
Yolanda Guerrero Navarrete (Universidad Autónoma de Madrid)

Os *Anais de História de Além-Mar* estão referenciados e indexados nas seguintes bases de dados internacionais:

America: History and Life		
CARHUS Plus 2018	Fonte Academica	MIAR
CIRC	Historical Abstracts	Qualis/Capes
classifICS	Index Copernicus	Scopus/Elsevier
ERA	Latindex (catálogo v1)	SHERPA/RoMEO
ERIH Plus	MEDLINE/PubMed	SJR

Publicação subsidiada ao abrigo do projecto estratégico do CHAM, FCSH, Universidade NOVA de Lisboa, Universidade dos Açores, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – UIDB/04666/2020 e UIDP/04666/2020.

Índice

- 7 Nota de Abertura
João de Figueirôa-Rêgo

EPIDEMIAS EM CONTEXTO HISTÓRICO: DO CONTÁGIO À MITIGAÇÃO
EPIDEMICS IN HISTORICAL CONTEXT: FROM TRANSMISSION TO MITIGATION

- 11 Introdução
Edite Martins Alberto, Joana Balsa de Pinho
- 19 Do miasma ao contágio
Adelino Cardoso
- 33 Doença e epidemias no mundo urbano tardo-medieval: o exemplo da cidade e região de Coimbra
Ana Rita Rocha
- 59 Chronology, routes and conditions for the spread of the plague in Portugal during the Black Death
André Filipe Oliveira da Silva
- 85 Medidas contra a propagação da peste a partir do porto de Lisboa: Os Regimentos de 1693 do Senado da Câmara de Lisboa
António Costa Canas
- 107 Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad
Josep Barceló-Prats, Eduardo Bueno Vergara
- 137 Política de saúde, política de morte: A peste e a realeza em Portugal (séculos XIV-XVI)
Mário Jorge da Motta Bastos
- 159 Recensões | Book reviews
- 163 Procedimentos & Normas Editoriais | Editorial Process & Guidelines

Nota de Abertura

Caro leitor

O volume, agora lançado, reflecte ainda resquícios de um tempo desafiante e exigente, mas confirma a capacidade de adaptação e de resposta dos AHAM a conjunturas difíceis.

A revista conta com uma renovada equipa redactorial, constituída por colegas do CHAM empenhados na missão de fazer de cada número um exemplar cuja leitura se torne um prazer para os leitores, sejam estes oriundos do meio académico ou externos a esse universo.

O tópico do dossier apresentado, parece quase inevitável na sua flagrante actualidade, dada a conjuntura, ou não tivesse como tema: *Epidemias em contexto histórico: do contágio à mitigação*; uma chamada de atenção historiográfica devida à diligente colaboração de Edite Alberto e de autores por si convidados.

Por feliz coincidência, no apartado referente a recensões surge uma obra, escolhida para resenha por Fernando Serrano Larráyo, que acaba por dialogar com alguns dos artigos presentes no dossier temático.

João de Figueirôa-Rêgo

**Epidemias em contexto histórico:
do contágio à mitigação**

Epidemics in historical context:
from transmission to mitigation

Coord.

Edite Martins Alberto
CHAM, FCSH, Universidade NOVA de Lisboa;
DPC, CM Lisboa

Joana Balsa de Pinho
ARTIS – Instituto de História da Arte, Faculdade
de Letras, Universidade de Lisboa

Introdução

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS), pela voz do seu diretor geral Tedros A. Ghebreyesus, declarou a covid-19, doença provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), como pandemia, considerando os 118 mil casos de infecção, registados em 114 países, e as mais de quatro mil mortes. A OMS justificava a declaração de pandemia com os «níveis alarmantes de propagação e inação», considerando que «os países podiam ainda mudar o curso desta pandemia se detetarem, testarem, tratarem, isolarem, rastrearem e mobilizarem as pessoas na resposta»¹.

Perante o desconhecido e a incerteza dos tempos que se seguiriam a esta afirmação, e sabendo-se dos surtos epidémicos que frequentemente afetaram a humanidade ao longo da sua história, cedo surgiu um interesse sem precedente a nível global sobre o conhecimento das epidemias e pandemias dos séculos passados. Desde universidades, centros de investigação, associações, sociedades científicas, não esquecendo os meios de comunicação social, por todo o mundo, organizaram-se conferências, congressos, mesas-redondas, publicaram-se livros e artigos e produziram-se materiais pedagógicos sobre o fenómeno das epidemias e das pandemias. Procuraram-se abordagens de diferentes disciplinas, da história à literatura, passando pela arquitetura e outras artes, sociologia, psicologia e antropologia. À pertinência do tema, acresceu a generalização do recurso às plataformas de videoconferência e ao *streaming* o que permitiu um alcance ainda mais generalizado a todas as iniciativas promovidas. Todavia, é necessário lembrar, que todo este dinamismo que se fez sentir na *era covid*, assenta numa tradição de investigação sobre epidemias, já com algumas décadas, sendo a mais conhecida e estudada a que ficou conhecida por *peste negra*.

¹ Ver: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Se a história tinha um lugar natural neste contexto, também outras ciências sociais procuraram mostrar a sua importância na forma de compreender e lidar com a pandemia global, confirmando que a situação ultrapassava em muito uma questão biomédica. Um artigo de divulgação, da autoria de Thais Borges, publicado no *Correio*², jornal de referência no estado da Baía, Brasil, a 19 de abril de 2020, dá conta de cinco projetos de letras, artes e humanidades cujo foco foi a covid-19. O texto destaca o papel de uma equipa de tradutores da Universidade Federal da Baía que traduzia artigos científicos de inglês para português para tornar o conhecimento científico mais acessível; o trabalho de um grupo de investigadores que integram o grupo de pesquisa GEA-Hosp, na mesma universidade, que adaptavam às residências particulares as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aplicadas à arquitetura hospitalar como forma de prevenir o contágio; ou ainda a atividade do grupo O Farol, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, que elaborava vídeos, com legendagem e áudio descrição, relativos ao procedimento de prevenção e controlo da covid-19, ou respondendo a dúvidas dos utilizadores, materiais que foram sendo disponibilizados nas redes sociais.

Seguindo esta tendência, e reconhecendo não estar prevista qualquer atividade do género a realizar no nosso país, promoveu-se a organização do Simpósio Internacional «O testemunho da História: para viver e superar a epidemia no presente», que reuniu um conjunto de reconhecidos investigadores nacionais e estrangeiros com investigação sobre o tema. As comunicações apresentadas nos dois dias do simpósio (18 e 19 de junho de 2020), organizado pelo CHAM – Centro de Humanidades (NOVA FCSH / UAç), ARTIS – Instituto de História de Arte (FLUL) e Instituto Europeu de Ciências da Cultura Padre Manuel Antunes, encontram-se disponíveis no canal de Youtube do CHAM. Na origem deste evento esteve a elaboração de uma candidatura a um projeto no âmbito do concurso, promovido pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, RESEARCH 4 COVID-19 – apoio especial a projetos de implementação rápida para soluções inovadoras de resposta à pandemia de covid-19. A proposta elaborada procurava ajudar a pensar o momento presente, destacando o contributo da história para o entendimento da pandemia atual e de todas as propostas de prevenção e mitigação associadas.

No entanto, o nosso interesse pelos temas da saúde e da doença é bastante anterior e reside no facto de coordenarmos projetos de investigação

² Borges, Thais. 2020. “Como projetos de Letras, Artes e Humanidades se engajam contra o coronavírus.” *Correio**, março 19, 2020. <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/como-projetos-de-letras-artes-e-humanidades-se-engajam-contra-o-coronavirus/>.

relacionados com a temática: «Hospital Real de Todos os Santos: a cidade e a saúde» (2015-2021), promovido pela Câmara Municipal de Lisboa em colaboração com o CHAM – Centro de Humanidades (NOVA FCSH / UAc); e «Hospitalis – Arquitetura hospitalar em Portugal nos alvares da Modernidade: identificação, caracterização e contextualização» (PTDC/ART-HIS/30808/2017) (2018-2022), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e desenvolvido pelo Instituto Europeu de Ciências da Cultura Padre Manuel Antunes em parceria com o ARTIS – Instituto de História da Arte (FLUL). Estes projetos têm em comum o estudo da saúde e das suas instituições numa perspectiva histórica, reconhecendo a importância do conhecimento do passado para uma melhor compreensão do presente. A reflexão sobre as epidemias e saúde pública em contexto histórico, torna-se ainda mais relevante quando se vivencia um surto pandémico como a covid-19.

Em 2004, antecedendo mais de uma década e meia a era covid-19, Gabriel Scally e Justine Womack escreveram, na revista, *Journal of Epidemiology & Community Health*, n.º 58, o artigo «The importance of the past in public health» (Scally e Womack 2004, 751-755). Embora refletindo essencialmente sobre o contexto profissional da saúde pública na Grã-Bretanha, os autores interrogavam-se sobre como a saúde pública e a sua prática são “a-históricas”, ou seja, não consideravam a história. Os autores apoiaram-se em duas poderosas frases para justificar a sua tese. A primeira de Edward Carr, na obra *What is history?*, que afirma que a história tem a dupla função de permitir ao homem o entendimento da sociedade do passado e incrementar o seu controlo sobre a sociedade do presente; e uma segunda de John Tosh, no texto, «The Pursuit of History», no qual é defendido que conhecer o passado é saber que as coisas nem sempre foram como são, e, conseqüentemente, não necessitam de se manter iguais no futuro. Segundo Scally e Womack, a reflexão sobre a história e o passado fica por vezes restrita a um conjunto de especialistas, não tendo uma repercussão nas políticas e nas práticas. Assim, defendem, se os profissionais de saúde pública estivessem dotados de uma visão e discernimento históricos sobre o impacto dos desenvolvimentos políticos e sociais na evolução da prática de saúde pública, estariam mais bem armados para combater as muitas lutas que compõem a batalha de melhorar a saúde da população. É neste sentido que os seis textos que se publicam neste dossier abordam diferentes temáticas relativas às epidemias históricas.

A doença como fenómeno antropológico faz parte da condição humana e a constatação de que parte significativa de uma população é simultaneamente afetada pela doença é antiga. No primeiro texto deste dossier, intitulado

Do miasma ao contágio, Adelino Cardoso esclarece-nos sobre esta temática, recuando às origens da arte médica na Grécia clássica. Hipócrates, comumente assumido como o pai fundador da medicina racional e cuja influência na medicina europeia foi marcante até finais do século XVIII, descreveu, sob a designação de *epidemias*, situações diversas de endemia que atribuiu à constituição peculiar do lugar afetado num dado momento: «As doenças provêm ora do regime, ora do ar que respiramos para viver. O diagnóstico para cada uma destas categorias deve fazer-se assim: quando uma única doença atinge um grande número de indivíduos ao mesmo tempo, é preciso atribuir a causa respetiva àquilo que é o mais comum, àquilo que todos nós mais utilizamos. Ora, isso é o que nós respiramos» (Hipócrates 1923, *Natureza do homem*, § 9). Apesar de colocar o enfoque no ar que respiramos, Hipócrates não abordou especificamente o fenómeno da transmissão de uma doença através do contacto de pessoas saudáveis com pessoas infetadas, o surgimento de epidemias estava dependente das condições médico-sanitárias existentes em determinado lugar que permitiam prever a sua ocorrência. Um conceito diferente do atual, onde, como se verifica com a pandemia covid-19, esta apanhou desarmada a comunidade médico-científica e alastrou à escala global num curto lapso de tempo.

A primeira descrição de epidemia tal como a conhecemos encontra-se na *História da guerra do Peloponeso*, do historiador Tucídides, a propósito da peste de Atenas, no ano 430 a.C., de que ele próprio sofreu. Adelino Cardoso destaca esta descrição, fundamental para os historiadores da medicina, sobretudo no que se refere à doença que irrompera subitamente num momento em que a saúde pública atravessava uma fase favorável e, que se propagava por via do contacto de pessoas saudáveis com pessoas infetadas, donde resultava, por exemplo, que os médicos fossem os mais atingidos pela doença e com maior taxa de mortalidade, devido à sua proximidade com os doentes no exercício da sua arte. Esta primeira descrição de uma epidemia, de Tucídides, não encontrou paralelo na literatura médica do seu tempo, mas não deixou de suscitar o esforço retrospectivo de médicos relevantes, nomeadamente Galeno, para explicar o fenómeno da transmissão. A teoria do contágio, como a encaramos na atualidade, deve-se ao médico e humanista Girolamo Fracastoro, no século XVI, que apesar do significado inovador da sua obra não deixa de sistematizar algumas ideias que vinham sendo abordadas desde séculos anteriores. Nomes como Célio Aureliano, Isidoro de Sevilha, Avicena, Giovanni Battista Montano são referidos por Adelino Cardoso, não descurando, no entanto, a menção às ideias originais de Fracastoro, concedendo ao contágio o estatuto de um tipo específico de doença (infetocontagiosa) e definindo-o com a precisão de um conceito operatório da ciência e da prática médicas.

O modo como a Humanidade enfrentou os desafios que se colocavam à sua saúde e bem-estar são referidos por Ana Rita Rocha no seu texto sobre as medidas de controlo de doenças epidémicas adotadas nos finais da Idade Média, e centrando-se geograficamente, na cidade e região de Coimbra. A autora referencia os tratamentos e cuidados dispensados aos doentes no meio urbano e social onde estavam integrados, identificando os físicos e os cirurgiões que em Coimbra e Montemor-o-Velho exerceram atividade. Assinala, também, as doações deixadas em testamento por particulares, legados incentivados, a partir dos séculos XI e XII pela Igreja que preconizava a prática da caridade para com os pobres e doentes. À medida que se avançava na direção do final da Idade Média, os hospitais assumiram gradualmente a responsabilidade de acolher e curar os enfermos, providenciando-lhes conforto, alimentação e medicamentos. Os hospitais deixaram de ser apenas abrigo de pobres e tornaram-se simultaneamente casas de saúde, deixando claro, em alguns casos, que esse era o seu principal fim, como o do Hospital da Confraria dos Clérigos de Montemor-o-Velho. No texto *Doença e epidemias no mundo urbano tardo-medieval: o exemplo da cidade e região de Coimbra*, Ana Rita Rocha debruça-se ainda sobre uma das principais doenças da época em estudo – a lepra – e como era tratada e controlada pelas autoridades civis, tanto régia como municipal.

No entanto, a principal epidemia que marcou o período medieval foi a Peste Negra. Apesar de ao longo das últimas décadas termos assistido a avanços importantes no estudo da epidemiologia histórica, em particular sobre a Peste Negra (*Black Death*) a nível europeu, o impacto e as consequências em Portugal são largamente desconhecidas. No artigo *Chronology, routes, and conditions for the spread of the plague in Portugal during the Black Death*, André Filipe Oliveira da Silva propõe uma cronologia de introdução e propagação da epidemia em território português, através da reconstituição das vias e da cronologia de infeção das diversas regiões do reino. Apesar de as referências documentais diretas serem escassas, fornecem informação suficiente para que seja possível concluir que os portos marítimos de Lisboa e do Porto foram os primeiros centros de difusão do contágio, que a partir de junho de 1348, se propagou aos outros portos mais pequenos e ao interior do país através dos caminhos terrestres. A identificação dos locais e das distâncias em relação ao litoral permitem traçar um mapa com o avanço da epidemia e abrir portas para estudos mais detalhados propiciando a integração da realidade portuguesa no contexto europeu e, desse modo, contribuir para uma interpretação global da Peste Negra, a epidemia mais mortífera registada na história da humanidade.

Os portos marítimos foram locais de propagação das epidemias e, desde logo, alvo de medidas que tornavam viáveis o controlo dos surtos. O posicionamento geográfico de Lisboa, na confluência do estuário do Tejo com o oceano Atlântico, possibilitou o desenvolvimento e prosperidade da cidade desde épocas remotas. O seu porto, cuja navegabilidade e segurança foram desde cedo reconhecidas pelos mareantes, tornou-a, no entanto, vulnerável aos surtos pestíferos, que alastravam provenientes de outros reinos e que, recorrentemente, a afetaram. As medidas tomadas em Lisboa para evitar o contágio pela peste, a partir dos navios que chegavam ao seu porto, são analisadas por António Costa Canas no texto *Medidas contra a propagação da peste a partir do Porto de Lisboa – Os Regimentos de 1693 do Senado da Câmara de Lisboa*, partindo da legislação que foi sendo promulgada desde quinhentos, especialmente para controlar, do ponto de vista sanitário, os viajantes que chegavam e para garantir o isolamento daqueles que constituíam potencial ameaça. No final do século XVII, foi redigido, pelo Senado de Lisboa, um regimento que regulava o modo de funcionamento do Porto de Belém. Nesse regimento são apresentadas as funções e competências dos oficiais responsáveis pelas atividades de controlo da entrada de embarcações no porto, bem como são descritos os procedimentos a seguir no controlo sanitário e as sanções a aplicar a quem não cumprisse o que estava regulamentado. Pela mesma altura, surgiu um outro regimento com medidas aplicáveis a todo o território, com particular atenção às regiões fronteiriças, pelas quais poderiam entrar pessoas infetadas no reino.

Numa perspetiva de «longa duração», Josep Barceló-Prats e Eduardo Bueno Vergara, no artigo *Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad*, debruçam-se sobre a *medicalização* nos cuidados de saúde e a evolução dos hospitais ao longo da história, enquadrando-os nas condições históricas que os contextualizam desde a época medieval até aos nossos dias. Os autores explicam como as grandes epidemias contribuíram para o progresso das práticas médicas e, paralelamente, no momento atual em que a pandemia covid-19 evidenciou as potencialidades e as carências dos sistemas sanitários, esclarecem as diferentes etapas de desenvolvimento da assistência nos hospitais. Evidenciam como os ciclos epidémicos medievais se relacionaram com as transformações da assistência, passando pelo início da experimentação clínica ao desenvolvimento da bacteriologia e a sua ligação à génese do hospital moderno. Ou seja, o desenvolvimento dos hospitais desde o tempo em que se dedicavam à assistência de todo o tipo de «pobres», para a partir do século XV se reorientarem para o trabalho com os «pobres enfermos» e de forma sucessiva para os «enfermos pobres». A partir do século XIX, e

durante o século XX, os hospitais passaram a ser instituições de assistência especializada em tratar «enfermos» de todas as condições sociais.

Por fim, Mário Jorge da Motta Bastos no texto intitulado *Política de Saúde, Política de Morte – A Peste e a Realeza em Portugal (Séculos XIV-XVI)*, examina como as elevadas taxas de mortalidade decorrentes dos surtos epidémicos provocaram o medo e o caos social nas sociedades e como estes fatores de desestabilização e desordem social suscitaram por parte do poder real a promoção de ações variadas de intervenção social e o aproveitamento religioso. Segundo o autor, as epidemias são frequentemente tidas como uma doença democrática que não escolhe as suas vítimas por preferência de estrato social, no entanto, as condições vivenciadas face à doença são irremediavelmente sociais, provocando maior número de mortos nos estratos mais pobres. Numa nova perspetiva de análise, política e social da história das epidemias, o autor explora o tema de *Necropolitics*, conceito criado por Achille Mbembe, publicado pela primeira vez na norte-americana Duke University Press na revista *Public Culture* em 2003 (Mbembe 2003, 11-40), como explicação para as medidas régias tomadas face às epidemias, no passado, mas também as providências tomadas no presente.

Assim, com estas duas iniciativas, o Simpósio Internacional «O testemunho da História: para viver e superar a epidemia no presente», e a publicação deste dossier, esperamos contribuir para a difusão do conhecimento histórico sobre as epidemias, pois acreditamos que o conhecimento tem um poder transformador e que a sua divulgação pode ser um dos fatores de desenvolvimento das sociedades humanas. Agradecemos aos investigadores que conosco colaboraram nestas duas iniciativas, contribuindo com o seu saber para o entendimento das epidemias no seu contexto histórico através dos seus estudos, apresentando novas perspetivas de análise e abrindo novas áreas de estudo.

Edite Martins Alberto

CHAM – Centro de Humanidades, FCSH, Universidade NOVA de Lisboa, Portugal
 Departamento do Património Cultural, Câmara Municipal de Lisboa
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0856-1956>
E-mail: calberto@fesh.unl.pt

Joana Balsa de Pinho

ARTIS – Instituto de História da Arte, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Portugal
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7713-0028>
E-mail: joanabalsapinho@letras.ulisboa.pt

Do miasma ao contágio

Adelino Cardoso*

Anais de História de Além-Mar XXII (2021): 19-31. ISSN 0874-9671

Resumo

A constatação de que parte significativa de uma população é simultaneamente afetada pela doença é antiga. No entanto, a caracterização desse fenómeno variou ao longo do tempo, nomeadamente no quadro médico. Hipócrates, cuja influência na medicina europeia foi marcante até finais do século XVIII, descreveu, sob a designação de epidemias, situações diversas de endemia, que atribuiu à “constituição” peculiar do lugar afetado num dado momento. Mas não abordou especificamente o fenómeno da transmissão de uma doença através do contacto de pessoas saudáveis com pessoas infetadas por uma doença. Daí que a primeira descrição de uma epidemia, da autoria do historiador Tucídides, não encontre paralelo na literatura médica do seu tempo, mas não deixou de suscitar o esforço retrospectivo de médicos relevantes, nomeadamente Galeno, para explicar o fenómeno da transmissão. A teoria do contágio é relativamente recente, devendo-se a Girolamo Fracastoro, no século XVI. Este médico e humanista recebe a palavra contágio da tradição intelectual latina e dá-lhe o estatuto de um conceito central da ciência e da prática médicas.

Palavras-chave: contágio, Hipócrates, medicina hipocrática, miasma, peste, Fracastoro.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 25/06/2021

Abstract

The observation that a relevant part of a population is simultaneously sick is quite ancient. Nevertheless, the explanation and characterization of such phenomenon, namely at the medical framework, had changed throughout the time. Hippocrates, the most influential doctor in European medicine until the end of the 18th century, described, under the name of epidemic, diverse endemic situations, and attributed them to the peculiar “constitution” of the place affected in a certain moment. But he did not approach specifically the phenomenon of the transmission of a disease by means of the contact of healthy persons with someone affected by a disease. So, the first description of an epidemic, by the historian Thucydides, has no parallel in the medical writings of his time. In any case, it motivated the retrospective effort of relevant doctors, as Galen, aiming to explain the phenomenon of disease’s transmission. The theory of contagion is relatively recent, being formulated by Girolamo Fracastoro in his *De contagione* (1546). This Physician and humanist received the word contagion from the intellectual Latin tradition and converted it into a central concept of medical science and practice.

Keywords: contagion, Hippocrates, Hippocratic medicine, miasma, plague, Fracastoro.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 25/06/2021

* CHAM, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, FCSH, Universidade NOVA de Lisboa, 1069-061 Lisboa.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0927-5428>. E-mail: cardoso.adelino@gmail.com.

Do miasma ao contágio

Adelino Cardoso

Sentido moderno versus sentido hipocrático da «epidemia»

A doença é um fenómeno antropológico, que faz parte da condição humana. Daí que, desde os tempos mais remotos, as diferentes culturas tenham procurado socorros para a doença. Na tradição intelectual europeia, a medicina é uma prática ancestral que remonta aos poemas homéricos. Na visão mitológica, que enformava a cultura helénica até ao século VI a. C., a arte médica teria sido uma invenção de Asclépio, que a transmitiu à sua descendência, os Asclepiades. Por conseguinte, a aprendizagem da medicina era feita no quadro familiar. E foi esse o caso de Hipócrates (460-370 a. C.), que é comumente assumido como o pai fundador da medicina racional (que representou o primeiro esforço de classificação sistemática das doenças e propôs uma visão holística do doente): pertencente à linhagem dos Asclepiades, recebeu formação de seu avô Hipócrates e de pai, Heraclidas, e ele próprio transmitiu a sua ciência aos seus filhos Téssalo e Dracon, bem como ao seu genro Pólibo. Natural da ilha de Cós, Hipócrates criou aí uma escola, que, além do ensino da ciência e arte médicas, se dedicou à redação de uma extensa obra, constituída por cerca de 60 escritos, sobre temáticas variadas como: deontologia e ética; semiologia; etiologia das diferentes doenças, nomeadamente as febres e epidemias. Esta coleção, redigida ao longo de séculos por um número indeterminado de autores, entre os quais sobressaem Hipócrates e Pólibo, é conhecida pela designação de *corpus hippocraticum*.

A medicina hipocrática é uma componente do processo de constituição do pensamento racional na Grécia clássica e desenvolve-se num quadro intelectual cuja matriz é a da indagação filosófica pela natureza (*physis*) e pela boa ordem do cosmos. Em especial a teoria, defendida pelo médico e filósofo Empédocles (495-444 a. C.), de que o universo era constituído por quatro elementos – terra, água, fogo e ar – teve uma influência decisiva na conceção do corpo humano assumida por Hipócrates e que, *grasso modo*, vigorou até finais do século XVIII. Na visão hipocrática, o corpo é uma mistura bem proporcionada dos quatro humores – quente e frio, seco e húmido –, que correspondem aos quatro elementos. Saúde e doença são, pois, explicados em termos de proporção harmoniosa ou desequilíbrio

dos humores: «O corpo do homem contém sangue, fleuma, bile amarela e negra; esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente quando estes humores são harmónicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais» (Hippocrates 1923, *Natureza do homem*, § 4).

Neste quadro, o papel do médico consiste em compreender a complexão ou o temperamento de cada paciente e determinar a causa da intempérie que o afecta. A prática médica dirige-se ao ser individual, tendo em atenção a sua idade, estilo de vida e condições do meio ambiente. No entanto, os médicos hipocráticos confrontaram-se com situações em que a doença não era explicável à escala individual e que deviam ser tratadas como um problema de saúde pública. A distinção é claramente estabelecida no tratado *Natureza do homem*: «As doenças provêm ora do regime, ora do ar que respiramos para viver. O diagnóstico para cada uma destas categorias deve fazer-se assim: quando uma única doença atinge um grande número de indivíduos ao mesmo tempo, é preciso atribuir a causa respectiva àquilo que é o mais comum, àquilo que todos nós mais utilizamos. Ora, isso é o que nós respiramos. Efetivamente, é bem claro que o regime de cada um de nós não pode ser causa da doença, a partir do momento em que ela ataca alternadamente novos e velhos, mulheres e homens, os que bebem vinho e os que bebem água, os que comem pão de cevada e os que comem pão de trigo, os que fazem muito exercício e os que fazem pouco. Por conseguinte, o regime não poderia ser a causa respectiva, quando, apesar da máxima diversidade no regime, os indivíduos são atingidos pela mesma doença. Mas quando se produzem simultaneamente doenças de toda a espécie, é evidente que a sua causa é, em cada caso, o regime de cada um [...]» (Hippocrates 1923, *Natureza do homem*, § 9).

A passagem que acabamos de citar é extremamente relevante porque ela apresenta, de um modo sintético e luminoso, o tipo de inteligibilidade que prevalecerá durante cerca de dois mil anos: quando uma mesma doença ataca indiscriminadamente a maioria dos habitantes de uma região, a causa deve encontrar-se não no regime de vida de cada um, mas no elemento que mais partilhamos, a saber, o ar ambiente. Isso significa, prossegue o autor, que o ar está contaminado por «emanações doentias» (*apokrisis*) ou por «miasmas» e que «as precauções a tomar pela população são as seguintes: inspirar o mínimo de ar possível e o ar menos contaminado possível; para isso, desertar, na medida do possível, dentro da região, os locais infestados

pela doença e, depois, fazer uma cura de emagrecimento, já que é essa a melhor maneira de evitar uma respiração forte e frequente» (*Ibidem*).

Como vemos, as medidas recomendadas pelo autor hipocrático em caso de peste são o despovoamento dos locais empestados e inspirar o mínimo de ar possível, recorrendo para isso a um corte na dieta alimentar para, no estado de enfraquecimento daí resultante, respirar menos e menos fortemente. A estratégia de fuga e abandono dos locais infestados foi certamente, durante longos séculos, uma das causas da propagação de epidemias: as pessoas que fugiam dos locais infestados, em muitos casos, elas próprias infestadas, eram agentes de transmissão da doença.

A convicção sobre a importância das condições ambientais para a saúde individual e coletiva é o tema de um dos tratados hipocráticos que mais impacto tiveram na Grécia clássica e na Europa do Renascimento: o tratado «Ares, águas e lugares». Aí se defende a relevância do local onde se constroem as cidades, da qualidade do ar ambiente e das águas para reforçar ou debilitar a natureza individual.

As epidemias são objeto de uma abordagem específica no *corpus hippocraticum*, num total de sete livros. O sentido do termo e, conseqüentemente, aquilo que é visado não é o mesmo a que modernamente chamamos epidemia, a saber, a irrupção de uma doença infecciosa, frequentemente desconhecida, e que se propaga rapidamente pela população. O mais habitual é que as epidemias ocorram subitamente, sem que as condições médico-sanitárias existentes permitam prever a sua ocorrência. Foi isso que se passou nomeadamente com a pandemia covid-19, que apanhou desarmada a comunidade médico-científica e alastrou à escala global num curto lapso de tempo. No *corpus hippocraticum*, as epidemias têm uma outra significação.

No sentido hipocrático, epidemia é uma situação endémica de doença afetando toda uma população e que é causada por uma certa *constituição* (*katástasis*), termo que designa um complexo de circunstâncias meteorológicas e ambientais durante uma ou mais estações do ano numa determinada região. Uma constituição destemperada propicia um estado geral favorável à eclosão de várias doenças, podendo uma delas ser claramente predominante. A título de exemplo, o primeiro livro de *Epidemias* descreve várias constituições que afetaram a cidade de Tássos, situada numa ilha da costa da Trácia, e as enfermidades associadas a cada uma delas. O ponto de partida é o estado do tempo «no Outono, por volta do equinócio»: «havia muita chuva, suavemente contínua e com ventos súbitos. No inverno, ventos meridionais e do norte, moderados, secos; em suma, o inverno era comparável a uma primavera. A primavera gélida e com vento meridional;

chuvas fracas. O verão em geral nublado. Nenhuma chuva. Ventos etésios raros, fracos e irregulares» (Hippocrates 1923, 147).

Decorrentes desta constituição, as complicações de saúde começaram na primavera, devido ao contraste com a «constituição anterior», em que a influência dos ventos norte tinha sido maior. De algum modo, a influência quase exclusiva dos ventos meridionais no inverno e na primavera significa um desequilíbrio meteorológico, do qual resultam «febres ardentes, bastante moderadas, que causam hemorragias em alguns casos, mas não mortes». Em alguns pacientes, a febre era acompanhada por uma «ligeira subida da temperatura» (*Ibidem*). A população atingida era constituída basicamente por «jovens rapazes e homens novos», «daqueles que frequentavam a escola e os ginásios». Parte destes doentes, passado pouco tempo, eram acometidos por uma «inflamação num ou nos dois testículos», que se revelava muito dolorosa (Hippocrates 1923, 147-149). No início do verão, os pacientes com afeção mais prolongada caíam em estado de «exaustão» e muitos destes morriam, entrando previamente em estado de delírio. No decurso do verão, regressaram as febres contínuas, mas pouco intensas (Hippocrates 1923, 151-153).

A descrição que acabamos de acompanhar ilustra bem o intento das *Epidemias*: descrever com razoável minúcia a doença ou doenças resultantes de uma dada constituição, sua evolução e grau de letalidade, mas sem fornecer indicações terapêuticas a respeito dos medicamentos que se revelaram mais eficazes. Trata-se, assumidamente, de uma obra de patologia e não de terapêutica.

Nos sete livros que compõem a obra, encontramos a descrição de constituições e enfermidades bastante diversas, mas nenhuma epidemia no sentido moderno da palavra. Curiosamente, a primeira caracterização de uma epidemia tal como hoje a entendemos encontra-se na *História da guerra do Peloponeso*, do historiador Tucídides, a propósito da peste de Atenas, no ano 430 a. C., de que ele próprio sofreu. Segundo o relato de Tucídides, esta peste tem as seguintes características: irrompe subitamente, num momento em que a saúde pública atravessa uma fase favorável, apresenta o carácter de uma doença específica e propaga-se por via do contacto de pessoas saudáveis com pessoas infetadas, donde resulta, por exemplo, que os médicos sejam dos sectores mais atingidos pela doença e com maior taxa de mortalidade, devido à sua proximidade com os doentes no exercício da sua arte: «No princípio nem os médicos podiam ajudar uma vez que estavam a tratar uma doença que não conheciam e morriam em grande número especialmente porque visitavam muitos doentes; mas

também nenhuma outra arte humana ajudava, como ir aos santuários como suplicante, ou o recurso a profecias, e outras coisas, tudo era inútil. No fim abandonavam tais esforços vencidos por tal calamidade» (Tucídides 2010, 208). Os parágrafos 47 a 49 do livro II da *História da guerra do Peloponeso* são um documento ímpar, constituindo porventura a única descrição de uma epidemia na Antiguidade, com a particularidade de se tratar de uma testemunha ocular dos acontecimentos: «[...] eu próprio estive doente e vi muitas das suas vítimas [...]» (Tucídides 2010, 209). Em relação a tópicos de que não pode dar testemunho direto, como por exemplo, a origem da doença e seu percurso geográfico, Tucídides tem o cuidado de assinalar essa informação em segunda mão iniciando a narrativa com a expressão «dizia-se»: «Dizia-se que tinha começado na Etiópia para além do Egípto e depois passou para o Egípto, Líbia e grande parte do território do Grande Rei. /209/ De repente, caiu sobre a cidade de Atenas [...]» (Tucídides 2010, 208-209).

A descrição minuciosa que Tucídides faz dos sintomas e da evolução da pestilência tem a intenção de fornecer a «ideia» ou forma geral da doença e não apenas o registo de um fenómeno histórico. Daí o interesse do seu relato para os historiadores da medicina (Pigeaud 2017):

Aquele ano, segundo a opinião geral, tinha sido particularmente saudável no que respeita a outras doenças. Mas se uma pessoa já estava doente, a doença que tinha transformava-se nesta. Noutros casos, sem qualquer motivo, de repente, estando de boa saúde, as pessoas eram tomadas por febres altas, vermelhidão e inflamação dos olhos e por dentro a garganta e a língua ficavam ensanguentadas e emitiam um cheiro não natural e nauseabundo. Depois disto, espirravam, tinham dores de garganta e em muito pouco tempo o mal descia ao peito com tosse muito forte. E quando se fixava no estômago transformava-o de tal maneira que vômitos de bílis, das espécies todas a que os médicos tinham dado nomes, os afligiam com grande sofrimento físico. Para muitos seguiam-se arrancos secos que produziam terríveis convulsões [...]. (Tucídides 2010, 209)

A respeito das sequelas desta terrível peste naqueles que eram afectados por ela, Tucídides é igualmente muito preciso:

Na verdade, tendo a doença começado em cima, estabelecendo-se primeiro na cabeça, espalhava-se por todo o corpo e se alguém sobrevivia a todos estes sofrimentos, o ataque às suas extremidades deixava marcas. Com efeito, esta doença destruiu as partes pudendas, dedos de pés e mãos e muitos escaparam mesmo sem aqueles, enquanto outros perderam os olhos. (Tucídides 2010, 210)

A medicina hipocrática não dispunha de instrumentos conceptuais para lidar com a peste (*loimos*), sobretudo no que diz respeito ao fenómeno do contágio. Sob este aspeto, a medicina religiosa tradicional usava o termo *miasma*, isto é, um conjunto de partículas venenosas ínfimas, invisíveis ao olhar comum, provenientes de vapores, emanações, eflúvios, para explicar o contágio¹. A medicina hipocrática só raramente utilizou o termo *miasma*², preferindo o termo *apokrisis*, para designar emanações mórbidas do ar, tal como vimos numa importante passagem do § 9 de *Natureza do homem*. A causa das doenças endémicas e das pestes só podia ser a qualidade do ar. É esse o legado hipocrático, que Galeno (129-199) irá retomar, quando se confronta com a peste de Atenas descrita por Tucídides. Este proeminente médico, que sistematizou a medicina hipocrática e deu um contributo original para a mesma, propõe uma explicação bastante elaborada para a peste de Atenas. Esta resultaria da contaminação do ar por miasmas provenientes de matéria putrefacta, como por exemplo cadáveres, que foram transportados pelo vento para regiões afastadas do local de origem da pestilência, a Etiópia. No entanto, esses miasmas patogénicos, também designados «sementes da peste» (*pestilentiae semina*), não afetavam todas as pessoas da mesma maneira. Só os indivíduos com certas predisposições orgânicas é que eram infetados pelos miasmas. Os restantes ficavam imunes. Por conseguinte, Galeno articula a teoria da origem da pestilência no ar putrefacto com a teoria das diáteses, segundo a qual a doença sobrevém em resultado de predisposições individuais que permanecem em estado de latência (como causas antecedentes) até que alguma «causa incitativa» as ative:

Nas constituições pestilenciais, a inalação de ar (*inspiratio*) é a causa mais importante. Com efeito, se a febre é por vezes causada por humores no corpo suscetíveis de causar putrefação [...] a maior parte das vezes é na sequência de inalação que a febre começa, inalação de ar corrompido por miasmas

¹ Num artigo muito minucioso sobre o significado da palavra *miasma* e seu uso na Grécia antiga, Jouanna mostra que a origem deste vocábulo é legal (designando, por exemplo, as manchas de sangue que denunciavam o homicida) e religiosa, encontrando-se igualmente na tragédia, e. g. no início de *Édipo Rei*, para explicar «a mais odiosa pestilência que se abate sobre Tebas», num sentido que é religioso e moral pois são os miasmas que rompem a comunicação entre homens e deuses. Daí que, consultado o oráculo de Delfos, a pitonisa mandou afastar os miasmas causadores da pestilência (*loimos*) (Jouanna 2012, 121-125).

² Segundo Jouanna, o vocábulo *miasma* ocorre apenas duas vezes no *corpus hipocraticum*, relevando a passagem do livro sobre a respiração, cap. 7, no tratado *Sobre as doenças*, onde *miasma* significa uma causa natural, num sentido claramente oposto à medicina religiosa e à tragédia (Jouanna 2012, 125). Neste quadro, a exceção é o quase ignorado Nanio Erotiano (século I a. C.), que afirma explicitamente a tese do *miasma* como causa da pestilência (Erotiani 1918, 60).

(*miasténtos*) gerados por odores putrefactos. A origem da putrefação é uma massa de cadáveres que não foram cremados, como normalmente acontece em combate, ou fumos provenientes de pântanos ou lagos estagnados durante o verão. Em muitos momentos, o ponto de partida da febre é o calor excessivo do ar ambiente, como foi o caso durante a peste que assolou Atenas, tal como referido por Tucídides. [...] Na verdade, devemos lembrar que é inquestionável que nenhuma causa pode atuar sem a suscetibilidade do corpo em sofrimento. (Galeno 1550, 19-21).

O percurso da ideia de contágio

Está fora de dúvida que foi Girolamo Fracastoro (1478-1553) o primeiro a elaborar uma teoria do contágio. No entanto, o significado inovador da sua obra é objeto de controvérsia. Vivian Nutton, insigne historiador da medicina, defende que o *De contagione* prolonga e desenvolve o legado galénico³, ao passo que Jackie Pigeaud afirma o seu carácter pioneiro: «Ele [Fracastoro] é primeiro e leva à revolução da noção de contágio» (Pigeaud 2017, 25). A questão é complexa, requerendo uma abordagem multidisciplinar e não simplesmente lexical, se bem que a abordagem lexical dê indicações muito valiosas. Como bem observou Nutton, não há no grego antigo uma palavra que corresponda com alguma precisão ao termo latino *contagio*⁴. Ao invés, este termo ou o equivalente *contagium*, «aparece frequentemente em latim, pelo menos desde o século II a. C.» (Nutton 2000, 138). No entanto, o respetivo significado é um pouco difuso e, até ao século V, não é usado em contexto médico. Com efeito, é Célio Aureliano, da escola metódica, o primeiro médico a utilizar o termo na sua relevante obra *De morbis acutis et chronicis* (Sobre as doenças agudas e crónicas). No livro sobre as doenças crónicas, utiliza duas vezes a expressão «contagione sauciari» (ser tocado por contágio). Num caso, a propósito do fenómeno da doença em geral, tudo indicando que a palavra *contagio* significa aí o contacto com a doença;

³ Num interessante artigo, publicado em 1983, Nutton defende que Fracastoro é porventura «mais glénico que moderno» e questiona a originalidade do seu *De contagione*, tendo nomeadamente em atenção o contexto intelectual e médico do norte da Itália na primeira metade do século XVI (Nutton 1983, 1 e 28-29). Se bem que matizando-a, o autor retoma esta tese em trabalho posterior (Nutton 2000).

⁴ «Secondly, there is no single Greek word that is used so often and with such a specific application to disease as *contagio*. In general, the Greeks preferred to use such words “share”, “pass”, and “receive”, which emphasize the common illness rather than a particular method of transmission» (Nutton 2000, 138). A título de exemplo, na obra *Problemas* do Pseudo-Aristóteles, coloca-se a questão do porquê de a peste só afetar as pessoas que tiveram contacto com infetados, mas o termo contágio está ausente (Aristotle 1991, 859 b 15-20).

na outra ocorrência, a expressão é usada a propósito da lepra, para designar o contacto com a doença. Por muito interessante que seja o uso do vocábulo *contagio* por um dos mais notáveis representantes da escola metódica, o seu significado é muito restrito (o contacto com a doença), quando comparado com o moderno conceito de contágio para determinar a transmissão de uma doença através do contacto com pessoas infetadas.

Dentre os autores que utilizaram o termo, importa realçar Isidoro de Sevilha (560-636), pela atenção que lhe dedica e pela relevância do autor. Efetivamente, as *Etimologias* tiveram um impacto significativo, tornando-se uma das obras mais influentes na transmissão do legado clássico, uma espécie de enciclopédia, que, ao mesmo tempo apresenta uma cuidada reflexão sobre as temáticas abordadas. O termo surge em contexto médico, na definição de peste:

A pestilência é um contágio (*contagium*), pois, logo que ela apanha (*adprehenderit*), passa rapidamente a vários (*plures*). Com efeito, ela nasce do ar corrompido e instala-se (*innititur*) nas vísceras. Embora, a maior parte das vezes, isto aconteça graças aos poderes do ar (*per aerias potestates*), todavia não acontece sem o juízo do Deus omnipotente. (Isidoro de Sevilha IV, 6, 17-18).

A referência matricial para os autores dos últimos séculos da Idade Média é o *Canon* de Avicena (980-1037), uma das obras de leitura obrigatória nas universidades europeias do século XIII ao XVI. De facto, Avicena passou à posteridade como um dos «três corifeus», a par de Hipócrates e Galeno, pela sua fama como médico e filósofo. No primeiro livro do *Canon*, Avicena elabora uma classificação das doenças, que se divide em simples e complexas, resultantes da compleição individual ou da solução do contínuo. Posto isto, acrescenta um capítulo intitulado *Ad complemendum sermonem de dispositionibus aegritudinum* (Para completar a exposição sobre as disposições das doenças), no final do qual inclui doenças transmissíveis de pessoa para pessoa: «E, além disso, há doenças que passam de um para outro (*de uno ad alium transiunt*)» (Avicena 149, 24 r). O termo *contágio*/*contagioso* não ocorre, mas o que está em jogo é o fenómeno do contágio seja por transmissão hereditária, seja pela contaminação numa região determinada: «E há certas doenças que é herdade no sémen (*in semine hereditantur*), como o albinismo, a micose (*tinea*), a gota, a tísica, a lepra. E há doenças que são gerais, que são próprias de algum povo ou abundam nos moradores de uma região» (*Ibidem*).

As doenças transmissíveis de pessoa para pessoa constituem, para Avicena, uma classe específica de doenças, mas o insigne médico não aprofunda o modo da transmissão e a terapêutica a administrar. Ainda assim,

julgamos que ele opera uma transformação decisiva na abordagem do fenômeno do contágio. Efetivamente, para a tradição hipocrático-galénica, retomada por Isidoro de Sevilha, o contágio explica-se pelas partículas nocivas presentes no ar e que o vento pode transportar de uma região para outra. Quer isto dizer que o fator patogénico é uma matéria pútrida, capaz de infectar determinadas compleições físicas. Ora, segundo Avicena, há doenças que têm a capacidade de passar de um indivíduo para outro; neste caso, o olhar foca-se na própria doença, intrinsecamente contagiosa. A novidade do *Canon* reside nesse modo inovador da posição da questão, que vai influenciar a abordagem do fenômeno por alguns dos comentadores do *Canon*, e. g. Jacques Despars (1380?-1458) e Gentile da Foligno (? – 1348), em escritos de meados do século XIV.

J. Despars, no *Primus canonis*, discute a questão do contágio, afirmando ser uma via possível de afeção (Despars s/d). Por seu lado, Foligno, no seu *Comentário ao Canon de Avicena*, coloca a questão da contagiosidade das doenças: «Mas, atendendo ao que aqui se diz, ocorre a dúvida se alguma doença pode ser contagiosa (*utrum aliquis morbus possit esse contagiosus*)» (Foligno, apud Chandelier 2017, 37). Ora, segundo Foligno, a possibilidade de contaminação depende de dois requisitos: «que a doença seja de tal humor que possa através do vapor exalado pelo corpo doente espalhar-se pelo ar» e «que o corpo que a recebe esteja preparado (*quod corpus recipiens sit apparatus*)» (*op. cit.*, 102 r). O que se afigura mais significativo neste duplo requisito não é tanto a disposição do corpo – que constitui um lugar-comum da medicina hipocrática – como a capacidade de a doença que afeta um corpo passar a outros corpos graças ao «vapor exalado» (*per vaporem elevatum*) pelo primeiro. O vapor patogénico emana da própria doença, não do ar ambiente.

Num contexto diferente, que não é já o do comentário a Avicena, mas do esforço de compreender e elucidar o fenômeno da peste, numa data relativamente próxima de Fracastoro, Girolamo Manfredi (1430-1493), no *Tratado sobre a pestilência, Tratado sobre a peste* (1479), define-a como uma doença venenosa e contagiosa, que se propaga devido a um contágio que afeta várias regiões:

[...] a pestilência não é outra coisa senão um contágio universal (*universalis contagio*) espalhado em determinadas regiões, que infecta e corrompe os corpos humanos. Mas a peste é uma doença que é gerada nos corpos humanos e que, na verdade, é a própria pestilência a produzir. Logo, a peste é uma certa doença venenosa e contagiosa (*egritudo venenosa et contagiosa*) que é gerada nas vias do coração a partir da corrupção e putrefacção do espírito vital que está nele. (Manfredi 2008, 13)

Depois deste percurso, forçosamente lacunar, pelo vocábulo e pela ideia de contágio, impõe-se a questão: qual é, então, o contributo inovador de Fracastoro? O que é que o distingue de eminentes médicos seus contemporâneos, como Giovanni Battista Montano (1498-1551), que utilizaram o termo contágio e procuraram explicar o fenómeno e suas causas (Montanus 1583)?

Quando escreve o tratado *De contagione*, em 1534 (se bem que a primeira edição seja de 1546), Fracastoro é um médico experiente, que lutou contra a peste do tifo exantemático (1505 e 1528) e a peste de Verona (1510). Além disso, tem uma longa experiência de luta contra a sífilis, nome de uma doença altamente contagiosa que alastrou pelas várias partes do mundo na primeira metade do século XVI e cujo nome se deve ao próprio Fracastoro, no «divino poema» (segundo a designação de G. C. Escaligero) *Syphilis*, publicado em 1525 e sucessivamente reformulado, e no *De contagione*. Por conseguinte, Fracastoro estava familiarizado com o fenómeno do contágio.

A novidade de Fracastoro reside em que ele inscreve a propagação no dinamismo imanente da Natureza, em que as relações de simpatia/antipatia – atração/repulsa na nossa linguagem – têm uma função reguladora da atividade recíproca dos seres e, principalmente, porque faz dele uma patologia específica. Muito sucintamente, o contágio é definido como uma modalidade de infeção que tem a característica da transmissibilidade: «O contágio é uma certa infeção que passa de um para outro» (*Contagio est quaedam ab uno ad aliud transiens infectio*) (Fracastoro 1554, 139). Assim, a ocorrência do contágio não diz respeito a alguma forma indeterminada de doença, cujas exalações possam propagar-se e contaminar outros, como em Manfredi, mas a uma categoria específica de doenças: as doenças infetocontagiosas. Como é que estas se caracterizam, a fim de podermos distingui-las de outro tipo de infeções? A transmissão ocorre de um modo específico: chega em silêncio, atacando as partes ínfimas e invisíveis de certos órgãos e, portanto, os agentes patogénicos são micro-organismos também eles invisíveis:

Quando uma infeção ocorre e começa em partes ínfimas e invisíveis (*in particulis minimis & insensibilibus*), ela merece o nome de infeção pois não dizemos que o infectado (*infectum*) está corrompido como um todo, mas de certo modo. (Fracastoro 1554, 141).

Quanto ao modo de transmissão, Fracastoro considera três modalidades: por simples contacto imediato (*contactu solo*); por certos objetos, como a roupa, e por certas superfícies, que são como rastilho (*fomes*) da doença, à distância, através de sementes de contágio (*contagionis seminaria*) (Fracastoro 1554, 142).

Como bem assinala Nutton, o termo contágio é usado por outros médicos, nomeadamente italianos, contemporâneos de Fracastoro, como é o caso de Montano. A palavra está presente num importante *consilium* (parecer médico especializado dado por escrito) do Colégio dos Físicos de Pádua (do qual Montano era membro e em cujas *Consultationes* foi publicado este *consilium*) a pedido do governo de Veneza, a propósito de uma febre bastante letal que então afligia a cidade de Pádua. O veredito deste Colégio foi o de que se tratava de uma epidemia contagiosa, que tinha como causa a putrefação do ar (Nutton 1983, 27). A ideia de que há contágio, quer dizer, transmissão da doença através do contacto entre infetados e não-infetados é aceite por diversos médicos, em meados do século XVI. Mas é Fracastoro o único a conceder ao contágio o estatuto de um tipo específico de doença e defini-lo com a precisão de um conceito operatório da ciência e da prática médicas.

Bibliografia

- ARISTOTE. 1991-1994. *Problèmes*. Traduzido por Pierre Louis. 3 tomos. Paris: Les Belles Lettres.
- CHANDELIER, Joel. 2017. «Définition et terminologie des épidémies dans la médecine latine de la fin du Moyen Âge». In *Épidémies, épizooties. Des représentations anciennes aux approches actuelles*, dirigido por Francois Clement, 29-42. Rennes: Press Universitaires de Rennes.
- DESPARS, Jacques. [1498]. *Primus Canonis Avicennae Principis cum explanatione Jacobi de Partibus*. In *[Opera medica et anathomica, Avicena]*, 5 vols. BNP Manuscritos <https://purl.pt/33150>.
- EROTIANUS. 1918. *Erotiani vocum hipocraticarum collectio cum fragmentis*. Edited by Ernst Nachmanson. Upsala: Upsaliae Appelbergs Boktryckeri.
- FRACASTOTO, Girolamo. 1554. *Liber unus de sympathia & antypathia rerum. Item, de contagione, & contagiosis morbis, & eorum curatione lib. III*. Lugduni: Apud Tomaesium & Guilielmum Gazeium.
- GALENO. 1550. *De differentiis febrium libri duo*. Editado por Simon Thomas. Lugduni: Apud Gulielmum Rouillium.
- HIPPOCRATES. 1923. *Works*. Traduzido por W. H. S. Jones. Cambridge / MA: Harvard University Press.

- ISIDORO DE SEVILHA, Santo. 1911. *Etimologiae* IV. Editado por W. M. Lindsay. Oxford: Oxford University Press.
- JOUANNA, Jacques. 2012. «Air, miasma and contagion in the time of Hippocrates and the survival of miasmas in Post-Hippocratic medicine (Rufus of Ephesus, Galen and Palladius)». In *Greek Medicine from Hippocrates to Galen Selected Papers*, editado por Jacques Jouanna, traduzido por Neil Allies, 119-136. Leiden: Brill.
- MANFREDI, Girolamo. 2008. *Tractado de la pestilentia. Tractatus de peste*. Editado por Tommaso Duranti. Bologna: Clueb
- MONTANUS, Giovanni Battista. 1583. *Consultationes Medicae*. Basileae: [Er Henrichum Petri et Petrum Pernam].
- NUTTON, Vivian 1983. «The seeds of disease: an explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance». *Medical History* 27: 1-34. <https://doi.org/10.1017/s0025727300042241>
- NUTTON, Vivian. 2000. «Did the Greeks have a word for it? Contagion and contagion theory in classical Antiquity». In *Contagion: Perspectives from Pre-Modern Societies*, editado por Lawrence I. Conrad e Dominik Wujastyk, 137-162. London / New York: Routledge.
- PIGEAUD, Jackie. 2017. «De la difficulté de penser la maladie pestilentielle. Le legs antique». In *Épidémies, épizooties. Des représentations anciennes aux approches actuelles*, dirigido por Francois Clement, 15-27. Rennes: Press Universitaires de Rennes.
- TUCÍDIDES. 2010. *História da guerra do Peloponeso*, tradução, introdução, prefácio e notas de Raul Rosado Fernandes e Gabriela Granwehr. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Doença e epidemias no mundo urbano tardo-medieval: o exemplo da cidade e região de Coimbra

Ana Rita Rocha*

Anais de História de Além-Mar XXII (2021): 33-57. ISSN 0874-9671

Resumo

Este estudo tem por objetivo dar a conhecer o modo como o Homem medieval enfrentou os desafios que se colocavam à sua saúde e bem-estar na cidade e região de Coimbra, nos finais da Idade Média. Começamos por descrever alguns dos tratamentos e cuidados dispensados aos doentes no meio urbano e social onde estavam integrados, focando-nos depois na assistência prestada aos enfermos nos hospitais de Coimbra e de Montemor-o-Velho. Por fim, centraremos a nossa atenção nas medidas de controlo de doenças contagiosas, como a lepra, e de surtos de peste, adotadas pelos poderes civis.

Palavras-chave: Doença, epidemias, cuidados médicos, hospitais, Coimbra, séculos XIV a XVI.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 25/06/2021

Abstract

The goal of this article is to analyse how the medieval Man faced the challenges to his health and wellbeing in the late medieval Coimbra city and region. We start to describe the treatment and care given to the sick in their urban and social environment, focusing on those provided in Coimbra and Montemor-o-Velho hospitals. Finally, we will examine the measures taken by civil authorities to control plague outbreaks and other contagious diseases, like leprosy.

Keywords: Disease, epidemics, medical care, hospitals, Coimbra, 14th-16th centuries.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 25/06/2021

* IEM, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, FCSH, Universidade NOVA de Lisboa, 1069-061 Lisboa, Portugal; CHCS – Centro de História da Sociedade e da Cultura, Universidade de Coimbra, Portugal.
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4709-5927>. E-mail: anarita.srocha@fcs.unl.pt.

Doença e epidemias no mundo urbano tardo-medieval: o exemplo da cidade e região de Coimbra

Ana Rita Rocha

Introdução

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a doença dele resultante, a covid-19, lançaram-nos novos desafios. A Humanidade foi obrigada a reinventar-se e a encontrar soluções capazes de prevenir o contágio e, conseqüentemente, conter a rápida propagação do vírus. Perante a inexistência de medicamentos e terapêuticas eficazes e enquanto não atingimos a imunidade de grupo, o controlo da doença passa, essencialmente, por medidas preventivas, como a higiene frequente das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização obrigatória de máscara em locais públicos, o distanciamento físico e, em último caso, o dever geral de recolhimento domiciliário. Para além disso, retomou-se a prática da quarentena, para quem esteve exposto ao vírus, e o isolamento, para os indivíduos infetados¹. Apesar de todas as dificuldades, perante uma situação completamente nova, e não obstante os atuais conhecimentos médicos, estas medidas preventivas têm sido fundamentais no combate à covid-19. Em poucos meses criaram-se várias vacinas eficazes e desenvolveram-se inúmeros estudos que têm contribuído para um conhecimento mais aprofundado do vírus e da doença, preparando-nos para o futuro e dando-nos a esperança de que em breve controlaremos a epidemia e retomaremos o nosso antigo quotidiano.

Na Idade Média, tanto nos meios urbanos, como nos rurais, o Homem teve de lidar com elevadas taxas de doença, que comprometiam a sua sobrevivência e limitavam a sua esperança média de vida². Entre as causas contam-se os insuficientes conhecimentos médicos, as más condições de vida, uma dieta pobre em quantidade e qualidade e os baixos níveis de higiene individual e coletiva. Daqui resultava uma ampla variedade de doenças,

¹ A informação relativa às medidas adotadas no combate à covid-19 foi recolhida nos sites oficiais da Direção Geral de Saúde e da Organização Mundial de saúde. <https://covid19.min-saude.pt/> e <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acedidos em 26 de janeiro de 2021.

² Katharine Park refere-se à Idade Média europeia como um “universo de doença”, numa alusão à expressão que Jacques Le Goff utilizou para descrever o mesmo período no que respeita à fome que grassava pela Europa («um universo de fome») (Park 1992, 60).

que iam muito para além das mais conhecidas e emblemáticas que marcaram o período medieval, como a lepra, a peste e o fogo de Santo António, embora a documentação seja um pouco lacónica na sua identificação (Park 1992, 61-63 e Rawcliffe 2013, 62-64)³.

Neste contexto, o Homem medieval, à semelhança do contemporâneo, recorria aos meios e conhecimentos médicos que estavam ao seu alcance para prevenir e tratar a doença, fosse ela a mais comum das enfermidades ou uma epidemia que, em surtos relativamente rápidos, dizimava uma parte considerável das comunidades urbanas e rurais.

Em primeiro lugar, mais do que tratar e curar a doença, a medicina medieval dava especial importância à preservação da saúde, que dependia da harmonia entre o corpo e a alma e do equilíbrio dos quatro humores ou fluidos que compunham o organismo (sangue, fleuma, bílis negra e bílis) (Jouanna 2012, 335-359). O equilíbrio alcançava-se através do cumprimento de um conjunto de regras, difundidas pelos *regimina sanitatis*, género de literatura médica em expansão na Europa desde o século XIII (Nicoud 2007), que garantiam a saúde do paciente e evitavam a doença. Assim, estes tratados recomendavam uma dieta alimentar equilibrada, boas práticas de higiene, conforto, segurança e descanso (Rawcliffe 1997, 36-40 e Rawcliffe 1999, 170).

Mas quando a doença era inevitável, os cuidados médicos e terapêuticos eram essenciais, consultando-se o físico e o cirurgião, que, respetivamente, diagnosticavam a doença e tratavam-na com recurso a mezinhas, outros medicamentos ou mesmo procedimentos cirúrgicos, como a sangria (Rawcliffe 1997, 58-81). O controlo da doença podia ainda passar, tal como hoje, por um conjunto de medidas de contenção do contágio⁴, principalmente no caso das epidemias, da responsabilidade das autoridades civis, que impunham práticas como o confinamento, a exclusão e o afastamento dos doentes do convívio com os sãos (Tavares 1987 e Touati 2000, 28-30).

As fontes relativas à doença, às epidemias e ao respetivo tratamento e controlo são, na sua generalidade, pouco abundantes e, por vezes, muito resumidas. No entanto, a sua análise permite-nos traçar um quadro mais ou menos completo sobre a perceção da doença e das epidemias, das práticas médicas e terapêuticas e da integração dos doentes na sociedade medieval.

³ A autora Carole Rawcliffe, na obra citada, chama mesmo a atenção para a falta de estudos sobre o impacto de doenças como a malária e a tuberculose nas populações urbanas medievais, não obstante os poucos vestígios osteológicos que deixaram.

⁴ Sobre a noção e a perceção de contágio na Idade Média, ver Nutton 1983 e Robert 2011, 41-53.

Partindo destes pressupostos, este estudo tem por objetivo dar a conhecer o modo como o Homem medieval enfrentou os desafios que se colocavam à sua saúde e bem-estar, num espaço e tempo concretos: a cidade e a região de Coimbra, entre o século XIV e as primeiras décadas do século XVI. Recorrendo a documentos de natureza diversa, como testamentos, textos normativos, atas de vereação, entre outros, começamos por descrever alguns dos tratamentos e cuidados dispensados aos doentes no meio urbano e social onde estavam integrados, para depois nos focarmos na assistência prestada aos enfermos nos estabelecimentos hospitalares da cidade de Coimbra e da vila de Montemor-o-Velho, principais núcleos urbanos da região em estudo. Apesar de não se destinarem, num primeiro momento, ao acolhimento e tratamento exclusivo dos doentes, as fontes a respeito dos hospitais medievais são mais prolixas, sobretudo aquelas produzidas num período em que já se caminhava no sentido de uma maior especialização destas instituições e da medicalização da assistência que nelas se praticava (Sá 1996). Por fim, centraremos a nossa atenção nas medidas de controlo das doenças contagiosas e epidemias, como a lepra e a peste, adotadas pelo poder régio e municipal, no mundo urbano conimbricense tardo-medieval, numa perspetiva comparativa com outras realidades, sobretudo, nacionais.

Tomando a situação epidemiológica atual e os seus desafios como pano de fundo, pretendemos compreender como a sociedade medieval lidou com a doença e com conjunturas semelhantes, com o intuito de encontrar lições no passado que nos ajudem a enfrentar o presente e o futuro com maior confiança.

Cuidar e tratar dos doentes na sociedade medieval

Identificar e caracterizar os doentes medievais nem sempre é tarefa fácil. A documentação é, por norma, pouco explícita no que respeita às enfermidades que afligiam os indivíduos, sendo, sobretudo, frequentes os vocábulos *infirmus* e doente, que têm um sentido muito lato, remetendo para uma situação global de fragilidade e de privação de saúde, não raras vezes associada à carência de meios materiais e à pobreza (Rocha 2019, 43-45 e 125-127). Salvo algumas exceções, entre as quais os leprosos ou gafos (Rocha 2019, 127-129), são escassos os casos em que é possível perceber qual a doença de que estas pessoas padeciam. Como salienta Carole Rawcliffe (2013, 313), os seus sofrimentos deixaram-nos poucas marcas nos registos escritos, sendo mais facilmente perceptíveis nos vestígios osteológicos.

Independentemente da doença de que sofriam ou mesmo da sua riqueza ou pobreza, o tratamento dos doentes ou enfermos era uma competência dos profissionais da cura, em particular físicos e cirurgiões. Os primeiros tinham como função examinar o paciente e identificar a doença, através dos meios de diagnóstico conhecidos na época, como a observação da urina e a medição do pulso. Os segundos intervinham diretamente no corpo do enfermo, através de procedimentos cirúrgicos ou outras técnicas que teriam como objetivo a cura do indivíduo. No entanto, na prática, a distinção teórica entre os dois profissionais, que definia que os físicos assumiam responsabilidade pelo interior do corpo e os cirurgiões pelo seu exterior, nem sempre era assim tão linear, multiplicando-se os casos em que uns se imiscuíam nas funções dos outros (Rawcliffe 1997, 62-63)⁵.

O seu conhecimento podia ter origem em estudos universitários, quer além-fronteiras, quer no reino, depois da fundação do Estudo Geral de Lisboa⁶, ou, mais frequentemente, resultar da prática do ofício, sendo, portanto, empírico. A partir do século XV, tornou-se obrigatório os físicos e cirurgiões sem formação académica submeterem-se a um exame perante o físico ou cirurgião-mor do rei, que, em caso de aprovação, lhes passaria uma carta comprovativa, indispensável ao exercício da sua profissão⁷. No caso dos cirurgiões, o certificado deste exame habilitava-os a curar feridas, fraturas e luxações, a realizar cirurgias simples e ainda a tratar doenças da pele (Gonçalves 1988, 18). Estes profissionais podiam também fazer cauterizações, sangrias e aplicar ventosas (Rawcliffe 1997, 62-63).

Uma breve pesquisa pelas fontes e bibliografia permite-nos conhecer alguns dos físicos e cirurgiões que exerceram a sua atividade em Coimbra e na vila próxima de Montemor-o-Velho, nos finais da Idade Média. Na cidade de Coimbra, estão documentados, entre outros, os cirurgiões Gil Rodrigues de Góis (1385)⁸, Mestre Abraão (1418) (Campos 2017, 81), Mestre Lopo (1450) (Campos 2017, 459) e ainda Mestre Fernando (1501)⁹. Entre os físicos, conhecemos Mestre Gonçalo, que testemunhou uma renúncia e

⁵ Para uma definição mais completa de ambos os profissionais de saúde, ver Rawcliffe 1997, 105-147; Gonçalves 1988 e Silva 2016.

⁶ Sobre a frequência de universidades estrangeiras ou portuguesas ou de outros estabelecimentos de ensino por profissionais da cura, durante a Idade Média, ver Silva 2016, 83-101.

⁷ Foi D. João I, em 1430, quem tornou o exame obrigatório, para evitar os danos que a falta de formação e de conhecimento de muitos dos que se dedicavam à medicina e à cirurgia estava a provocar. No entanto, já D. Afonso IV tinha ordenado que os físicos, cirurgiões e boticários fossem examinados, sem que a prática se tivesse mantido nos reinados seguintes (Gonçalves 1988, 11).

⁸ Arquivo Nacional da Torre do Tombo [ANTT], *Cabido da Sé de Coimbra*, 2.ª inc., mc. 7, n.º 332.

⁹ ANTT, *Colegiada de S. Bartolomeu de Coimbra*, livro 2, fl. 22v.

empresamento do Hospital de S. Lázaro, em 1418¹⁰. Iria Gonçalves identificou ainda, entre 1434 e 1495, quatro cirurgiões e seis físicos de Coimbra, que foram examinados pelo cirurgião ou físico-mor, sendo evidente a prevalência de judeus entre os mesmos (Gonçalves 1988, 19, 22 e 36-50).

Em Montemor-o-Velho, foram submetidos ao exame Isabel Martins, única mulher cirurgiã documentada no Portugal de Quatrocentos (Gonçalves 1988, 20), e Mestre Pero Pinheiro, que receberam, em 1454 e 1472, respetivamente, licença régia para usar e «hobrar da ciencia e arte da çorlogia» em todo o reino (Coelho 2010, 53; doc. 36, 138; e doc. 59, 169).

Nestes dois núcleos urbanos, à semelhança de outros, os físicos e cirurgiões exerceriam a sua atividade a pedido dos pacientes, fazendo visitas domiciliárias, pelas quais cobravam um estipêndio (Sá 1996, 89). Embora com licença para operar em todo o reino, é provável que se fixassem nestes núcleos urbanos, onde eram moradores, devido aos custos que as deslocações implicavam (Silva 2016, 117). Noutros casos, nos grupos sociais mais elevados, estes profissionais podiam mesmo integrar a domesticidade dos mais ricos. Parece ser este, em parte, o caso do já mencionado Mestre Fernando, documentado em 1501 e identificado como cirurgião do bispo de Coimbra¹¹. Este cirurgião faria parte do séquito do prelado, acompanhando-o nas suas deslocações e zelando pela sua saúde, sem ignorarmos que também o faria por, provavelmente, ser clérigo e desempenhar outras funções na diocese, como observou André Silva (2016, 119).

Atendendo às funções e à prática profissional de físicos e cirurgiões parece, pois, claro que estes raramente serviriam os doentes pobres, que não teriam forma de suportar os gastos que a sua visita implicaria¹². Até aos finais de Idade Média, este grupo de enfermos estaria dependente da caridade alheia para poder aceder aos cuidados médicos de que necessitaria (Rawcliffe 2013, 299-303), uma vez que só por aquela altura, com a mudança do paradigma hospitalar, é que os físicos e cirurgiões começaram a ter uma presença assídua nestas casas assistenciais, como iremos ver. Embora a documentação compulsada para este estudo não seja explícita, podemos admitir que alguns dos legados monetários destinados aos doentes teriam esse fim¹³.

¹⁰ Arquivo da Universidade de Coimbra [AUC], IV, 3.^a, Mv. 11, Gav. 50, n.º 5.

¹¹ ANTT, *Colegiada de S. Bartolomeu de Coimbra*, livro 2, fl. 22v.

¹² Esta situação é bastante evidente na assistência dispensada aos pobres do hospital de Bartolomeu Joanes, em Lisboa. Com efeito, nesta instituição eram atribuídos 5 soldos a cada pobre para sangrias, provavelmente realizadas por um cirurgião externo ao hospital (Tavares 1989, 130).

¹³ Sobre a doação aos doentes de quantias em dinheiro pela sociedade conimbricense, através dos seus testamentos ou doações *pro anima*, ver Rocha 2019, 126-127 e 150-158.

Esta observação conduz-nos a um outro importante aspeto da assistência aos doentes fora do contexto hospitalar: o envolvimento da sociedade em geral no combate à enfermidade.

A partir dos séculos XI e XII, incentivados pela Igreja, que preconizava a prática da caridade como meio para atingir a vida eterna, os particulares passaram a contemplar, nos seus testamentos e doações, os pobres e doentes. Enquanto os primeiros garantiam, através das suas esmolos, a salvação dos corpos dos mais pobres, estes asseguravam junto de Deus, enquanto intercessores privilegiados, a salvação daqueles após a morte (Rocha 2019, 55-60).

Assim, neste contexto e cumprindo uma das sete obras de misericórdia corporais – «visitar os enfermos» –, os elementos mais ricos da cidade de Coimbra destinavam aos doentes, sobretudo os que se encontravam numa situação voluntária ou involuntária de privação económica, legados pios que podiam contribuir para o seu tratamento ou, simplesmente, para uma melhor qualidade de vida. Inclusivamente, este grupo de assistidos, no qual se incluíam os leprosos, foi-se tornando, em conjunto com as instituições de assistência, um dos principais beneficiários da caridade da sociedade coimbricense. No século XIV, já recebiam mais de 35% dos donativos recolhidos em testamentos e doações *pro anima*, redigidos na cidade em análise (Rocha 2019, 116).

Os legados atribuídos aos doentes eram compostos, na sua larga maioria, por uma quantia monetária, que se podia converter nos bens de maior necessidade dos beneficiários, como géneros alimentares ou terapêuticos (Rocha 2019, 150-152). Outros donativos são, no entanto, mais expressivos, deixando-nos antever meios de tratamento das doenças que afligiam os seus destinatários ou, pelo menos, panaceias que ajudavam a suportar a enfermidade e a recuperar mais rapidamente a saúde.

Ainda no século XIII, no último quartel, D. Mor Dias, fundadora do mosteiro de Santa Clara de Coimbra, ordenou, num segundo testamento, a entrega anual de 20 libras aos enfermos para aquisição de medicamentos («Item mando quod senper annuatim dentur viginti libre infirmis pro ad medicinas») (Santos 2000, doc. 32pa, 122). Embora este testamento não se tenha vindo a concretizar¹⁴, é evidente a intenção da testadora - ela própria jazendo doente - de contribuir para a cura dos enfermos.

Algumas décadas mais tarde, em 1331, Joana Gonçalves Redonda, dama da casa da rainha D. Isabel, doou às freiras doentes do mosteiro de Santa

¹⁴ D. Mor Dias redigiu ainda um terceiro testamento, em 1302, que anulou os anteriores (Santos 2000, doc. 30, 105-107).

Clara uma parte da renda de uma propriedade para comprar calçado e frangos¹⁵. A carne desta ave, magra, bastante nutritiva e de fácil digestão, tinha claras vantagens na recuperação da saúde de quem a consumia (Adamson 2004, 33-34 e Rocha 2018, 73). Este é apenas um exemplo, talvez dos mais significativos, dos vários legados de géneros alimentares (ou dinheiro atribuído para esse fim) destinados a doentes, destacando-se igualmente as várias pitanças concedidas aos leprosos, que, por certo, contribuiriam para o reforço das suas defesas¹⁶.

Por fim, em testamento anterior a 1352, o legado de Maria Eanes parece apontar num outro sentido. Esta vizinha de Coimbra doou, à capela de S. João de Santa Cruz, sete marcos de prata «pera fazerem hũa copa para comunguarem os doentes»¹⁷. Aqui, mais do que o auxílio ao corpo, está patente a cura das almas. Não podemos mesmo ignorar que a testadora pode ter tido a preocupação de dotar os enfermos de cálice próprio como medida preventiva, para evitar o contágio dosãos. Este objeto poderia ainda ter a finalidade de servir nas visitas dos clérigos aos doentes que não estavam em condições de assistir à Eucaristia na igreja paroquial, cumprindo-se, perfeitamente, a quinta obra de misericórdia («visitar os enfermos»).

Não obstante a importância que todos estes donativos assumiam no socorro aos doentes, as principais notícias sobre os cuidados do corpo destes indivíduos provêm dos hospitais, ainda que estes não fossem, na Idade Média, casas exclusivamente de saúde, destinadas à assistência médica. Nestes estabelecimentos acolhiam-se pobres, peregrinos e outros necessitados, mas também doentes, que mereciam, por vezes, uma atenção especial.

A «rede» hospitalar medieval da cidade e região de Coimbra

Nas cidades e vilas onde moravam ou por onde circulavam, os pobres, doentes, peregrinos e outros carenciados encontravam um conjunto de instituições de assistência, nomeadamente hospitais, albergarias, mercearias e gafarias, que lhes ofereciam proteção, conforto, alimentação e, em alguns casos, cuidados terapêuticos (Rocha 2019, 69-71). Estas eram, geralmente, casas de pequena dimensão e com recursos muito limitados, fundadas por

¹⁵ ANTT, *Convento de Santa Clara de Coimbra*, DP, mc. 19, n.º 30.

¹⁶ Para uma análise mais detalhada destes legados, que não importa aqui descrever ao pormenor, ver Rocha 2018 e Rocha 2019, 159-166.

¹⁷ ANTT, *Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra*, 2.ª inc., mc. 18, n.º “Alm. 11, mc. 7, n.º 9”.

particulares, leigos ou eclesiásticos, muitas vezes organizados em confrarias, e também pelos próprios poderes civis e religiosos (Rocha 2019, 361-367).

Na cidade de Coimbra, uma investigação sistemática das fontes medievais, revelou-nos que, entre as primeiras décadas do século XII e os finais do século XV, foram fundadas 45 instituições hospitalares (Rocha 2019, 189-192). Naturalmente, em momento algum, todas estas casas estiveram a funcionar em simultâneo. Na realidade, foram-se sucedendo no tempo, ora extinguindo-se, ora desaparecendo dos registos escritos.

Desde a primeira referência, em 1117¹⁸, a fundação de novos hospitais na cidade registou uma evolução ascendente até ao final do século XIV, quando atingiu o seu auge, como resultado da designada «revolução da caridade»¹⁹. Só durante a centúria de Trezentos, contabilizámos 26 estabelecimentos hospitalares, mencionados pela primeira vez na documentação (Rocha 2019, 549-550), o que não invalida que tenham sido instituídos nas centúrias anteriores. No século seguinte, as primeiras menções documentais a hospitais decresceram abruptamente, como sinal das mudanças que se foram operando neste campo, que conduziram à secularização da assistência e à criação de grandes hospitais, em detrimento dos pequenos estabelecimentos caritativos (Rocha 2019, 191)²⁰.

Entre todas estas instituições, salientam-se alguns hospitais, tanto pelas suas dimensões, como pela importância que assumiram no contexto assistencial conimbricense. É este o caso, por exemplo, do Hospital de Santa Cruz, anexo ao mosteiro do mesmo nome, e do Hospital dos Mirleus, de fundação régia, ambos do século XII. Já no século seguinte, foi fundado, por D. Sancho I, o Hospital de S. Lázaro, especializado no acolhimento de doentes de lepra (Rocha 2011), ao qual voltaremos com mais atenção. Esta instituição destaca-se ainda por administrar uma mercearia, que acolhia e prestava assistência a pobres envergonhados, ou seja, pessoas que perderam o seu sustento, por vários motivos, como a velhice, a viuvez ou problemas de saúde, entre os quais a cegueira (Rocha 2011, 65-67).

Já na centúria de Trezentos, a rainha D. Isabel instituiu o Hospital de Santa Isabel, junto do mosteiro de Santa Clara, destinado a 30 «pobres

¹⁸ Referimo-nos ao Hospital do Santo Sepulcro, embora a sua identificação levante algumas dúvidas (Rodrigues e Costa 1999, doc. 243, 375). Ver Rocha 2019, 192-193.

¹⁹ Expressão de André Vauchez para se referir ao período iniciado no século XII e que se estendeu ao longo do seguinte, durante o qual se registou um aumento exponencial de fundações assistenciais, no contexto do desenvolvimento urbano, mas também dos ideais de caridade cristã e do maior envolvimento dos particulares com as questões da pobreza, da doença e do desenraizamento geográfico (Vauchez 1980, 58).

²⁰ Sobre a reforma da assistência, durante o século XV, ver Sousa 2010, 101-102 e 104-106.

de vergonha e de boa vyda» (Paiva 2003, doc. 252, 507), e o casal Gonçalo Gonçalves e Ana Afonso fundaram o Hospital do Corpo de Deus, que veio a ter, nos alvares da Época Moderna, um papel de relevo na assistência aos doentes, como veremos. Estes são apenas alguns dos exemplos mais marcantes dos numerosos hospitais e albergarias existentes na cidade, na Idade Média. E a verdade é que todos eles, em maior ou menor escala, contribuíram para moldar a paisagem assistencial conimbricense e a própria fâcies urbana²¹.

Nos inícios do século XVI, contudo, no contexto das reformas da assistência, esta mesma paisagem alterou-se profundamente. Entre 1502 e 1508, o rei D. Manuel I instituiu o Hospital Real, ao qual foram anexados todos os hospitais medievais da cidade ainda ativos (Coelho 1996). Ficaram de fora desta união os hospitais dos Mirleus, do Corpo de Deus e de S. Lázaro, todos eles destinados ao acolhimento de doentes incuráveis, e os de Santa Cruz e de Santa Isabel, ligados aos mosteiros junto dos quais estavam localizados (Rocha 2019, 247).

Na região envolvente, estavam implantados outros pequenos hospitais e albergarias, que serviriam pequenas comunidades rurais e todos aqueles que por elas passavam, mas também algumas vilas, como a de Montemor-o-Velho. Em torno de Coimbra, contam-se, por exemplo, o Hospital de Ceira, fundado por D. Mor Dias, em 1302 (Santos 2000, doc. 30, 105-107), e as albergarias de Antanol, Tentúgal, Cernache, Soure, Verride e, um pouco mais afastadas, as de Penacova, Poiares e Carvalho (Coelho 1989, 704-705 e Correia 1999, 385-386).

Em Montemor-o-Velho, existiam, na Idade Média, a albergaria da Madalena (Coelho 1989, 705) e os hospitais de Santa Maria Madalena, para solteiras honradas, o de S. Pedro, para casadas virtuosas, e uma gafaria, junto da capela de Santa Marta, embora se desconheçam as respetivas cronologias (Correia 1999, 402 e 412 e Coelho 2010, 51-52)²². Por fim, encontramos, anexo à Confraria dos Clérigos, um hospital da invocação de S. Pedro, de

²¹ Sobre os hospitais aqui referidos e os restantes, não nomeados, ver, por todos, Rocha 2019.

²² Na impossibilidade de fazer uma recolha documental sistemática, neste elenco de instituições assistenciais em torno de Coimbra recorremos, em parte, à obra de Fernando da Silva Correia, publicada originalmente em 1944. Porém, os dados apresentados por este autor, em grande parte recolhidos na obra de Pinho Leal, devem ser utilizados com alguma cautela. De facto, constatamos que Fernando da Silva Correia, citando Pinho Leal, identificou, em Montemor-o-Velho, as albergarias de Santo André do Outeiro e do Espírito Santo, que, unidas, deram origem ao Hospital Real de Santo André (Correia 1999, 386). Todavia, trata-se de um lapso do autor, que erradamente extraiu esta informação do verbete relativo a Montemor-o-Novo, da obra *Portugal Antigo e Moderno* (Leal 1875, 490).

que subsistiu um compromisso muito completo, de 1495, que revela importantes detalhes sobre o cuidado dos doentes na transição da Idade Média para a Época Moderna (Coelho 2010, 52).

Os cuidados médicos nos hospitais medievais de Coimbra e Montemor-o-Velho

Na Idade Média, como já mencionámos, os hospitais, com exceção das gafarias, não se destinavam, exclusiva ou principalmente, ao acolhimento e tratamento médico de doentes. Estas instituições recebiam, durante algumas noites apenas, pobres, no sentido lato do termo, entre os quais se incluíam os doentes, já que a pobreza e a doença estavam intimamente ligadas, resultando, não raras vezes, uma da outra.

Porém, a partir do século XIV e, sobretudo, ao longo do XV, começaram a ser evidentes alguns sinais de que os hospitais urbanos da região de Coimbra, à semelhança dos seus congéneres, consideravam os doentes, em particular os que eram pobres, entre os seus hóspedes principais e estavam cada vez mais aptos a recebê-los²³. Em 1379, no emprazamento da Albergaria de Santa Maria da Sé ao casal João Eanes de Sousa e Constança Martins, previa-se a possibilidade de os pobres nela hospedados adoecerem, definindo-se a assistência que lhes devia ser prestada²⁴. Um testamento de 1397 contém uma referência ainda mais clara. Naquele ano, Constança Esteves legou quatro jeiras de terra à Albergaria de Santa Maria de S. Bartolomeu para «conduyto dos pobres doentes que i ouverem na dicta albergaria»²⁵.

As grandes mudanças ocorreram, no entanto, nos finais de Quatrocentos e inícios de Quinhentos, no contexto da reforma da assistência, concretizada

²³ Como observou Katharine Park, o mesmo se verificou em Itália, onde, a partir de 1300, os pobres doentes começaram a aparecer, a par de outros carenciados, «as a special group with a recognized claim to social assistance». Inclusive, a autora considera que o problema dos doentes pobres ganhou uma maior urgência a partir de meados do século XIV, com os diversos surtos epidémicos que atingiram a população italiana, em particular os de Peste Negra, pelo impacto que tiveram nas classes mais baixas da sociedade. Além disso, as autoridades civis esperavam prevenir e conter a propagação das epidemias cuidando da saúde dos mais pobres e providenciando-lhes lugares onde podiam ser tratados e isolados, em caso de surto de peste, uma vez que os viam como um «perpetual reservoir of potential infection» (Park 1991, 27-28).

²⁴ ANTT, *Cabido da Sé de Coimbra*, 2.^a inc., mç. 74, n.º 2966.

²⁵ ANTT, *Colegiada de Santiago de Coimbra*, mç. 3, n.º 522. Este testamento encontra-se publicado em Paiva 2003, doc. 180, 347-350, a partir da cópia do Tombo Velho do Hospital Real (AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.^a E-7-3-6, fls. 2v-5v).

durante os reinados de D. João II e D. Manuel I, e da intensificação dos cuidados médicos oferecidos pelos hospitais. Os doentes, pobres ou ricos, passaram a ocupar um lugar central em algumas destas instituições²⁶. No compromisso da Confraria dos Clérigos de Montemor-o-Velho, de 1495, pode mesmo ler-se que «ho fim principal dos espiritaaes deve ser aguassalhar os emfermos e cura-los e prove-los» (Paiva 2003, doc. 56, 105). Inclusivamente, acrescentou-se que o juiz e governadores de Montemor deviam conduzir ao hospital qualquer pobre e enfermo que se encontrasse na vila. Mas também se considerava a possibilidade de receber «pessoas de bem» enfermas, que optavam por ser tratadas na instituição, a expensas suas, para que pudessem ser «milhor curada(s)», tendo acesso a melhores condições do que os restantes assistidos (Paiva 2003, doc. 56, 105).

Do mesmo modo, o Hospital Real de Coimbra acolhia e «curava» doentes, para além dos pobres andantes, como disposto nos seus documentos normativos (Coelho 1996)²⁷. Um deles, o regimento datado de 2 de outubro de 1508, vai ainda mais longe e informa-nos que, depois da examinação dos doentes pelo físico ou cirurgião, «aquelles que forem incuraveis e sem remedio havemos por bem que não sejam no dito hospital recebidos» (Paiva 2004, doc. 27, 121)²⁸. Pelo aditamento do regimento, de 15 de junho de 1510, sabemos que estes doentes deveriam ser acolhidos nos hospitais dos Mirleus e do Corpo de Deus, onde seriam assistidos pelos oficiais da Misericórdia (Paiva 2004, doc. 28, 131). Este documento apresenta ainda uma outra novidade bastante relevante: o Hospital Real podia admitir até quatro doentes de «boubaz», ou seja, sífilíticos, numa altura em que a sífilis ou gálico estava em expansão na Europa (Paiva 2004, doc. 28, 131)²⁹.

A todos estes doentes era necessário acudir e prestar os devidos cuidados médicos, que, embora limitados, eram fundamentais no processo de cura e recuperação da saúde.

Até aos finais da Idade Média, os hospitais não prescreviam cuidados médicos ou terapêuticos, nem contavam com a presença ou visita de profissionais da cura, físicos ou cirurgiões. A assistência prestada aos pobres

²⁶ No Hospital das Caldas da Rainha, por exemplo, recebiam-se tanto pobres, como ricos, enquanto o Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, se destinava apenas a pobres (Sá 1996, 94).

²⁷ Esta função é evidente nos três textos normativos outorgados por D. Manuel I a este hospital, entre maio de 1508 e junho de 1510 (Coelho 1996, doc. 6, 246-251; Paiva 2004, doc. 27, 118-129 e doc. 28, 130-132).

²⁸ Esta era uma prática comum a outros hospitais do mesmo período, designadamente o Hospital de Todos-os-Santos de Lisboa e o das Caldas da Rainha (Sá 1996, 95).

²⁹ O Hospital de S. Marcos de Braga também acolhia doentes de sífilis, embora num período um pouco mais tardio (Araújo 2014).

e aos doentes passava apenas por aplicar alguns dos princípios difundidos nos *regimina sanitatis*, a que já nos referimos anteriormente.

Neste sentido, os hospitais medievais da região de Coimbra, à semelhança de todos os outros, providenciavam aos seus utentes, pobres e doentes, uma cama, com a respetiva roupa, vestuário, fogo, água e alimentação, que podia mesmo ser considerada um tratamento médico (Sá 1996, 100)³⁰. Também a higiene dos espaços e roupas era fundamental na prevenção da doença. O hospitaleiro do Hospital dos Mirleus, por exemplo, tinha a obrigação, em 1504, de «alinpar e repairar e governar todo o dicto ospytall e lavar a roupa e fazer as camas e teer augoa e fogo pera os dictos pobres»³¹.

Na Albergaria de Santa Maria da Sé detetámos a prescrição de uma dieta própria para doentes com, assim nos parece, um fim terapêutico. Com efeito, de acordo com o já mencionado emprazamento de 1379, o casal de albergueiros ficava obrigado a dar caldo de farinha aos pobres que adoecessem na albergaria³². Esta seria até uma prática comum a outros hospitais, nomeadamente o de Santa Maria de Palhais, de Santarém, onde a hospitaleira tinha a obrigação de procurar, entre outros, farinha para caldo, para dar aos enfermos (Mata 2000, doc. 1, 99).

Com as mudanças operadas a partir do século XV, assistiu-se à crescente medicalização da assistência hospitalar e à presença cada vez mais assídua dos profissionais de saúde nestes estabelecimentos (Sá 1996, 95-96). O compromisso do Hospital da Confraria dos Clérigos de Montemor-o-Velho, o regimento do Hospital Real de Coimbra e o aditamento ao mesmo são disso exemplo.

No primeiro hospital, para além dos cuidados regulares, como uma cama e práticas de higiene, os pobres doentes tinham direito a géneros não especificados «pera seu curar». Provavelmente, receberiam mezinhas, como os mais ricos, embora estes tivessem de pagar por elas e pelas suas refeições. Os doentes acolhidos nesta instituição eram ainda tratados por um físico da vila, que os assistia a troco de um salário de meio real de prata, pago pelo hospital, estando obrigado a «com toda dilligencia curar os emfermos do dicto espirtall de graça sem delles mais levar outro proveito

³⁰ Carole Rawcliffe salienta a importância da alimentação para a conservação da saúde, apontando-a como «the first instrument of medicine», but also as the principal means of preserving health» (Rawcliffe 2013, 231-241). Sobre a dieta alimentar oferecida nos hospitais de Coimbra, na Idade Média, ver Rocha 2016 e Rocha 2018.

³¹ AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.^a E-7-3-6, fls. 106v-107. Para uma visão mais detalhada dos cuidados do corpo prestados nos hospitais de Coimbra, ver Rocha 2019, 388-395.

³² ANTT, *Cabido da Sé de Coimbra*, 2.^a inc., mc. 74, n.º 2966.

nem satisfaçam». As suas funções mantinham-se mesmo em caso de surto de peste na vila, não podendo abandonar os doentes (Paiva 2003, doc. 56, 105 e Coelho 2010, 52).

O regimento do Hospital Real de Coimbra, de 1508, é um pouco mais descritivo do que o anterior, permitindo-nos delinear um quadro mais completo da assistência médica tardo-medieval (Paiva 2004, doc. 27, 118-129)³³. Nesta instituição, tudo o que respeitava ao cuidado e provimento dos doentes competia ao provedor, sendo a «principal cousa que a seu cargo pertence por ser principal effeito das obras para que o dito hospital foi fundado e ordenado» (Paiva 2004, doc. 27, 119). Uma das suas funções passava por providenciar alimentação e mezinhas aos doentes, garantindo que aquelas últimas eram administradas tal como ordenado pelos físicos e cirurgiões e nas horas corretas. No entanto, estes profissionais não pertenciam ao hospital, sendo contratados na cidade para visitar os enfermos, duas vezes por dia, no caso dos físicos, e para realizar algumas cirurgias, no caso dos cirurgiões. Do mesmo modo, esta instituição não tinha uma botica, nem boticário diretamente ao seu serviço. Ao provedor, mais uma vez, cabia a responsabilidade de contratar com o melhor boticário da cidade a compra de todas as mezinhas prescritas pelos físicos. Aquele oficial podia ainda optar por lançar as mezinhas em pregão, adquirindo-as ao boticário que apresentasse o preço mais baixo. No aditamento de 1510, no qual se acrescentou que o Hospital Real estava preparado para doentes de sífilis, estabeleceu-se que estes seriam socorridos por um mestre recrutado na cidade, permanecendo na instituição por um período de um mês (Paiva 2004, doc. 28, 131).

À semelhança de outros regimentos outorgados a outros hospitais do reino³⁴, no mesmo período, os estatutos analisados apresentavam normas mais específicas a respeito dos tratamentos a aplicar e do papel dos profissionais médicos na cura dos doentes, fossem eles pobres ou ricos. No regimento de 1508, é mesmo visível a preocupação com uma das causas mais frequentemente atribuídas às doenças: os maus ares. De facto, o provedor recebia instruções muito claras para manter as enfermarias bem limpas e sem maus cheiros, porque isso era necessário para a saúde dos enfermos,

³³ Este documento já foi analisado com algum pormenor por Maria Helena da Cruz Coelho (1996, 234-239).

³⁴ Para uma comparação com outros hospitais, portugueses e estrangeiros, ver Sá 1996, 95-96; Abreu 2009, 272-274 e Park 1991.

enquanto o contrário era muito danoso (Paiva 2004, doc. 27, 120)³⁵. Cada vez mais, a medicina, mesmo com todas as suas limitações, influenciava o quotidiano hospitalar, fazendo adivinhar mudanças profundas no modo como se assistiam os doentes em Portugal.

A prevenção do contágio na Idade Média: a lepra e a peste

Ao longo da Baixa Idade Média, algumas doenças, fossem elas endémicas ou epidémicas, exigiam medidas especiais e mais adequadas, à semelhança do que acontece atualmente com a covid-19. Neste aspeto, a lepra e a peste são exemplares, sendo frequente a promulgação de disposições preventivas, com o intuito de controlar a propagação destas enfermidades.

A lepra, doença em expansão na Europa desde os séculos XI e XII e com um importante peso simbólico³⁶, rapidamente desencadeou respostas por parte da sociedade e dos poderes civis, no contexto do desenvolvimento caritativo de Undecentos e Duzentos. Os particulares, como já vimos anteriormente, incluíram, desde cedo, entre os destinatários da sua caridade os leprosos ou gafos, legando-lhes importantes esmolos, que contribuía para a sobrevivência física destes doentes, mas também para a sua própria salvação após a morte (Rocha 2019, 127-129). Por sua vez, os poderes régio e municipal ou mesmo os próprios leprosos, reunidos em comunidades, enveredaram pela fundação de hospitais especializados no acolhimento destes enfermos, em parte isolando-os da restante sociedade, mas mantendo-os sempre próximos para poderem beneficiar da sua assistência e integrarem-se no mundo urbano envolvente, com o qual se interrelacionavam.

³⁵ Segundo Isabel dos Guimarães Sá, no regimento do Hospital de Todos-os-Santos abundam as referências aos «bons cheiros», obtidos através de preparados especiais, comprovando que esta seria uma preocupação frequente nos regimentos de finais da Idade Média e inícios da Época Moderna (Sá 1996, 96). Sobre a relação entre os maus ares e a doença, na Idade Média, ver Rawcliffe 2013, 120-127.

³⁶ A lepra teve, de facto, um papel muito simbólico na Idade Média, associando-se, em simultâneo, ao pecado e à possibilidade de redenção através de uma vida de sofrimento. No entanto, ao longo dos últimos séculos construiu-se uma imagem de estigma e exclusão dos leprosos, que inevitavelmente marca a perceção que se tem da lepra medieval. Vários historiadores têm contribuído para uma nova compreensão desta doença e do lugar dos que dela padeciam na sociedade (Touati 1998 e Rawcliffe 2006). Acerca das perspetivas de estudo sobre a lepra, abordando os autores que se têm dedicado ao tema, ver Brenner 2010.

As leprosarias ou gafarias surgem-nos, então, como uma das primeiras medidas de proteção dos leprosos³⁷ e não tanto de exclusão dos mesmos. A sua construção fora das cidades, geralmente associada a esse conceito e aos perigos do contágio da população são através dos miasmas³⁸, poderia estar, na realidade, relacionada com outros fatores. Elma Brenner apontou como principais razões o preço mais acessível dos terrenos, a maior tranquilidade dos locais para a realização dos serviços religiosos e tratamento dos doentes, a proximidade aos caminhos, para atrair as esmolas dos viandantes, e ainda a qualidade do ar e do ambiente de alguns lugares mais afastados, propícios ao bem-estar dos doentes (Brenner 2016, 22-23).

Em Coimbra, a gafaria começou por estar implantada, desde a sua fundação, em 1210, nos arrabaldes da cidade, próxima de uma porta de entrada e de uma via de muita circulação de gentes, na freguesia de Santa Justa (Rocha 2011, 48-53). Porém, mais tarde, já em meados do século XV, os leprosos foram obrigados a mudar o seu hospital de localização para um terreno um pouco mais distante da urbe. No entanto, as razões são claras e não aparentam ter ligação com a exclusão e afastamento dos doentes. Com efeito, em 1452, D. Afonso V autorizou os gafos de Coimbra a proceder àquela transferência, porque as frequentes cheias do rio Mondego colocavam em risco de ruína a casa e respetivas dependências e isolavam os doentes, impedindo os oficiais e uma manceba que os servia de entrarem no hospital para os visitar e assistir (Paiva 2003, doc. 121, 233-234). A gafaria seria, então, (re)construída num terreno que lhe pertencia, localizado um pouco mais a norte da cidade e mais afastado do rio. Neste caso, a nova implantação da instituição dependeu da disponibilidade da terra e de fatores ambientais, revelando mesmo uma atitude de inclusão dos leprosos, num momento em que, involuntariamente, estavam a ser apartados da restante sociedade.

Do mesmo modo, a associação entre a localização das gafarias e a ideia de contágio da doença não deve ser demasiado linear, pelo menos nos séculos iniciais de existência destas instituições. Com efeito, apenas na centúria de Trezentos é que os médicos começaram a apresentar os maus ares, exalados pelos doentes, e o contacto físico com os mesmos como causas da lepra, classificando-a como uma doença contagiosa e infecciosa. A partir desta altura, as autoridades públicas começaram a manifestar preocupação com a

³⁷ Citando Carole Rawcliffe, as leprosarias «mark the emergence of a collective sense of responsibility for the sick that marched hand in hand with prosperity and growth» (Rawcliffe 2013, 323).

³⁸ Como iremos ver, esta noção surgiu mais tarde, já no século XIV.

sua transmissão e a adotar medidas com vista à contenção do contágio (Touati 2000, 185-201; Rawcliffe 2006, 90-95 e 274-284; Brenner 2016, 141-143).

Na Gafaria ou Hospital de S. Lázaro de Coimbra foram aplicadas algumas regras que apontam no sentido do controlo da transmissão da doença à população sã, embora as fontes não nos revelem uma relação direta com a literatura médica ou, pelo menos, com as novas conceções de contágio da lepra. Logo no primeiro texto normativo, outorgado por D. Afonso IV, em 1329, foram incluídas normas de conduta que limitavam a circulação dos leprosos, quer dentro, quer fora do recinto hospitalar (Rocha 2011, 76-78 e doc. 5, 159-160). Estes doentes estavam, então, proibidos de andar descalços na quintã da gafaria e de se aproximar do poço, sob pena de pagarem 5 soldos de multa, numa tentativa, assim nos parece, de evitar a contaminação da terra, onde se cultivavam legumes e outros géneros, e da água³⁹, que mais tarde seriam consumidos por eles ou por outros indivíduos. Quanto à deslocação dos pacientes de S. Lázaro de Coimbra no exterior, o regimento é também muito claro: os gafos podiam sair da instituição, para ir em romaria ou à cidade comprar roupa ou calçado, mas apenas com licença do vedor⁴⁰. Caso contrário, deviam pagar 5 soldos de coima aos restantes leprosos. Embora autorizados a deslocar-se ao exterior, a sua circulação estava limitada a algumas atividades bem definidas e controlada pelo responsável superior do hospital, que, assim, mais facilmente os poderia manter sob vigilância.

Mais de um século depois, em 1452, D. Afonso V outorgou um novo texto normativo à gafaria conimbricense, com novas declarações, relacionadas, em particular, com o comportamento dos leprosos. Uma delas é bastante elucidativa das medidas que se foram tomando para proteger os sãos do contágio. Sempre que os lázaros cometessem algum delito ou erro que merecesse pena de prisão, o vedor prendê-los-ia na cadeia do próprio hospital, porque «nom he razoado que sejam levados aa prisom dos sãaos» (Rocha 2011, 29 e doc. 34, 227). Mesmo que a noção de contágio não estivesse ainda plenamente desenvolvida, parece-nos claro que existia, em Portugal, no geral, e em Coimbra, em particular, uma certa preocupação com a transmissão da doença à população saudável ou, pelo menos, não leprosa.

³⁹ O medo de contaminação da água seria comum e parece estar subjacente à acusação dos leprosos, em França, em 1321, de envenenarem as águas do reino para a população morrer ou ficar infetada com lepra. Este episódio corresponde a um momento de perseguição aos leprosos e aos judeus, podendo ser indicativo do desenvolvimento de uma atitude de marginalização dos mesmos, por oposição à caridade e compaixão dos séculos anteriores, e de medo do contágio (Brenner 2010, 392).

⁴⁰ Na Casa de S. Lázaro de Lisboa, por exemplo, os leprosos estavam proibidos de sair da instituição, sendo punidos com prisão (Nóvoa 2010, 118).

A peste, por sua vez, uma das epidemias mais conhecidas e emblemáticas da História da Humanidade, desencadeou um significativo conjunto de respostas por parte da sociedade e dos poderes políticos, que procuravam travar os avanços de uma doença que parecia não dar tréguas.

O primeiro surto medieval, que se inscreve na segunda pandemia de peste⁴¹ e que ficou conhecido como Peste Negra, teve origem no Extremo Oriente, cerca de 1346, e rapidamente se expandiu pelo Médio Oriente, Norte de África e Europa, chegando a Portugal em 1348⁴². São várias as referências escritas que documentam a entrada e propagação da doença no reino e a devastação que causou, sobretudo ao nível humano.

A documentação emanada de instituições religiosas da cidade de Coimbra e arredores é particularmente rica. O *Livro da Noa* de Santa Cruz de Coimbra oferece-nos um dos relatos mais precisos e mesmo detalhados, indicando que a pestilência começou no dia de S. Miguel de setembro de 1348 e que a mortandade no mundo foi tão grande que morreram duas partes das pessoas (Coelho 1989, 23, n. 1)⁴³. Este registo descreve ainda a manifestação física da peste, indicando que os seus doentes tinham «levações» nas virilhas e nos braços.

Há também notícias de comunidades religiosas que foram, na sua quase totalidade, ceifadas pela peste, em 1348 e nos anos seguintes. Assim aconteceu na colegiada de S. Pedro de Coimbra, segundo testemunho de 1348, no mosteiro de Lorvão, de acordo com informações transmitidas pela abadessa ao rei, nos anos de 1349 e 1350, e no mosteiro de Seiça, que perdeu não só os seus religiosos, mas também os seus trabalhadores (Coelho 1989, 24-25)⁴⁴. A notícia que nos chegou da colegiada de S. Pedro de Coimbra é particularmente conhecida e relevante, dando-nos conta de que todos os

⁴¹ Uma primeira pandemia de peste ocorreu entre c. 541 e c. 767 e ficou conhecida como praga de Justiniano (Benedictow 2004, 39).

⁴² A bibliografia sobre a peste na Idade Média, em particular a Peste Negra, é muito abundante, sendo um tema que tem despertado a atenção dos historiadores. Por isso, limitamo-nos a citar alguns estudos de síntese e referência, como os de Benedictow 2004 e de Green 2014. Para Portugal, ver a síntese de Maria Helena da Cruz Coelho, que traça a evolução e o impacto da doença no reino, no século XIV (Coelho 2020). Acrescente-se ainda que se encontra em desenvolvimento, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, a tese de doutoramento de André Silva, intitulada “A Peste Negra em Portugal. Os casos do Entre-Douro-e-Minho e do Entre-Tejo-e-Odiana.”

⁴³ ANTT, *Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra*, liv. 99, fls. 21v-22.

⁴⁴ As notícias sobre a peste e o seu impacto não se resumem ao desaparecimento das comunidades eclesiais. Recolhem-se igualmente referências sobre o despovoamento e abandono dos campos (Coelho 1989, 25-26). Maria da Conceição Falcão Ferreira apresenta também vários exemplos das consequências da Peste Negra no concelho de Guimarães, salientando a falta de tabeliães na vila (Ferreira 2010, 440-445).

membros desta igreja morreram da «door de levadigas», no espaço de um mês⁴⁵. Como observou Maria Helena da Cruz Coelho, estas comunidades, compostas por várias pessoas que partilhavam um mesmo espaço, eram propícias à difusão da peste (Coelho 1989, 24).

Ao surto de 1348 seguiram-se outros na cidade e região de Coimbra. Estão documentadas pestes nesta área nos anos de 1361, 1386, 1423, talvez nos anos 30 do mesmo século e também em 1479 (Tavares 1987, 20 e Coelho 1989, 21-26, 29 e 36). As consequências terão sido igualmente nefastas.

Lamentavelmente, chegaram-nos poucas informações sobre a forma como a sociedade e as autoridades, em particular as municipais, lidaram com estes surtos na região em estudo. As poucas notícias de que dispomos datam já dos finais da Idade Média, permitindo-nos, no entanto, confirmar que as medidas postas em prática seriam muito semelhantes às de outras cidades do reino.

Antes de mais, não temos qualquer informação documental de que, em Coimbra, se tenham isolado os pestíferos em hospitais ou noutros locais, onde podiam mesmo ser entaipados ou encerrados. No entanto, atendendo à importância e dimensão da cidade, é plausível que tenham sido construídos hospitais de raiz para esse fim, que poderiam ser abandonados ou desmantelados no final do surto, ou adaptados outros já existentes, como aconteceu em Évora (1483 e 1488), Lisboa (1485 e 1495) e Porto (1486, 1487 e 1488) (Tavares 1987, 24-25).

As mais antigas informações de que dispomos relativamente à deliberação de medidas de controlo de uma epidemia de peste na cidade de Coimbra, pelo poder municipal, datam apenas de 1518. Neste ano, entre junho e setembro, a vereação do concelho tomou importantes providências para evitar a entrada da doença na urbe. Na sessão de 12 de junho, ao saberem que grassava a peste em Antuã (Estarreja), os vereadores e demais oficiais presentes decidiram pôr guarda nas várias portas da cidade, em particular na zona do Arnado, voltada a norte. Todos os que chegassem às portas de Coimbra eram obrigados a dizer de onde vinham, sob pena de não poderem entrar. Em caso de mentira ou ocultação da proveniência, estavam sujeitos a uma pena pecuniária. Quatro dias mais tarde, a vereação contratou o sapateiro Afonso Gil para guardar a entrada do Arnado (França, Ribeiro e Ferreira 2011-2012, 17 e Arquivo Histórico Municipal de Coimbra 2015, 14-15).

⁴⁵ ANTT, *Colegiada de S. Pedro de Coimbra*, liv. 4, fl. 1.

Estas mesmas medidas foram tomadas na reunião de 2 de setembro, desta vez para evitar que o surto de peste de Lisboa entrasse em Coimbra. Acrescenta-se que ninguém devia receber ou agasalhar pessoas que viessem de fora, sem autorização do guarda-mor ou do juiz. A cidade estaria guardada em dois pontos de entrada fulcrais: a ponte e o Arnado. Neste mesmo dia, Onofre da Ponte, escrivão da Câmara, foi nomeado guarda-mor da cidade e, no dia 25, foram escolhidos dois novos guarda-mores, os cidadãos António de Sá e João de Araújo (Arquivo Histórico Municipal de Coimbra 2015, 16-17).

A guarda de portas e limitação de entradas como forma preventiva de contágio era muito comum nas cidades portuguesas tardo-medievais. Maria José Ferro Tavares recolheu vários exemplos que comprovam a sua adoção pelas vereações municipais, nomeadamente no Porto, em 1479, para evitar que o surto que grassava em Coimbra se alastrasse à urbe (Tavares 1987, 20-21). Não obstante, como a mesma autora adverte, estas medidas, na maior parte dos casos, eram ignoradas propositadamente, permanecendo «letra morta» (Tavares 1987, 20).

Conclusão

Numa época de conhecimentos médicos pouco desenvolvidos e assentes em teorias com pouco fundamento científico, a sociedade medieval teve de lidar com a enfermidade e surtos esporádicos de doenças contagiosas, e com a necessidade de as controlar com os meios que tinha ao seu alcance.

Na região de Coimbra, tal como nas suas congéneres, o enfraquecimento físico e perda de saúde de alguns mobilizou a atenção daqueles que os rodeavam. O seu tratamento podia estar a cargo dos físicos e cirurgiões residentes na cidade de Coimbra ou na vila de Montemor-o-Velho, que diagnosticavam, aplicavam técnicas cirúrgicas e prescreviam mezinhas. Para esse tratamento podiam contribuir os particulares com uma pequena parte dos seus bens, incluindo, cada vez mais frequentemente, os doentes entre os beneficiários dos seus legados pios.

À medida que se avançava na direção do final da Idade Média, os hospitais assumiram gradualmente a responsabilidade de acolher e curar os enfermos, providenciando-lhes conforto, alimentação e medicamentos. Os próprios profissionais de cura tornaram-se presença assídua nestas instituições, onde desempenhavam as suas funções a troco de um salário. Os hospitais deixaram de ser apenas abrigo de pobres e tornaram-se também

casas de saúde, deixando claro, em alguns casos, que esse era o seu principal fim, como vimos a respeito do Hospital da Confraria dos Clérigos de Montemor-o-Velho.

Mas quando uma doença contagiosa como a lepra ou um surto de peste ameaçavam a cidade e a sua população, as autoridades civis, tanto régia, como municipal, eram obrigadas a recorrer a um outro tipo de medidas, sobretudo de controlo da propagação da doença. Era fundamental proteger os enfermos, mas também a sociedade saudável, evitando o contacto. Por isso, quer no caso da lepra, quer no caso da peste, limitava-se a circulação de pessoas, doentes e/ou sãos, para evitar o «transporte» da doença de uns locais para outros e, conseqüentemente, a sua transmissão e propagação pela urbe.

Não obstante todas as evidentes diferenças e a distância temporal de 500 ou 600 anos, não podemos deixar de ver as semelhanças nos modos como a Humanidade enfrentou a doença e, particularmente, as epidemias, no passado e no presente. O afastamento físico e a vigilância dos movimentos populacionais, por exemplo, continuam a ser fundamentais para a contenção do contágio. Talvez a Idade Média nos ajude a perceber de uma nova forma a epidemia atual, mostrando-nos que, mesmo com menos meios, o Homem sempre ultrapassou os desafios sanitários que se lhe colocaram ao longo dos tempos.

Fontes Manuscritas

Arquivo Nacional da Torre do Tombo [ANTT]

Cabido da Sé de Coimbra, 2.^a inc., mç. 7, n.º 332; mç. 74, n.º 2966.

Colegiada de S. Bartolomeu de Coimbra, livro 2, fl. 22v.

Colegiada de S. Pedro de Coimbra, liv. 4.

Colegiada de Santiago de Coimbra, mç. 3, n.º 522.

Convento de Santa Clara de Coimbra, DP, mç. 19, n.º 30.

Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, 2.^a inc., mç. 18, n.º «Alm. 11, mç. 7, n.º 9»; liv. 99.

Arquivo da Universidade de Coimbra [AUC]

IV, 3.^a, Mv. 11, Gav. 50, n.º 5.

Tombo Velho do Hospital Real, IV-2.^a E-7-3-6.

Fontes Impressas e Bibliografia

- ABREU, Laurinda. 2009. «O que nos ensinam os regimentos hospitalares? Um estudo comparativo entre os hospitais das Misericórdias de Lisboa e do Porto (séculos XVI e XVII), a partir do Regimento do Hospital de Santa Maria Nuova de Florença». In *A solidariedade nos séculos: a confraternidade e as obras. Actas do I Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto (Casa Diocesana de Vilar, 2 e 3 de Julho 2009)*, coordenado por Santa Casa da Misericórdia do Porto, 267-285. Porto: Alêtheia Editores.
- ADAMSON, Melitta Weiss. 2004. *Food in Medieval Times*. Westport, Connecticut, London: Greenwood Press.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. 2014. «O tratamento das boubas no hospital de S. Marcos de Braga na Época Moderna». In *La respuesta social a la pobreza en la Península Ibérica durante la Edad Moderna*, coordenado por María José Pérez Álvarez, Maria Marta Lobo de Araújo, 31-53. León: Universidad de León, Área de Publicaciones.
- ARQUIVO Histórico Municipal de Coimbra. 2015. *Catálogo da Série Vereações do AHMC (1491-2003). (1491-1518) 3 vols*. Coimbra: AHMC. https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2014/12/coimbra.old_joomlatools-files_docman-files_Catalogo-Serie-VEREACOES-1-3.pdf.
- BENEDICTOW, Ole J. 2004. *The Black Death 1346-1353: The Complete History*. Woodbridge: The Boydell Press.
- BRENNER, Elma. 2010. «Recent Perspectives on Leprosy in Medieval Western Europe». *History Compass* 8 (5): 388-406.
- BRENNER, Elma. 2016. «Outside the City Walls: Leprosy, Exclusion, and Social Identity in Twelfth and Thirteenth-Century Rouen». In *Difference and identity in Francia and medieval France*, edited by Meredith Cohen e Justine Firnhaber-Baker, 139-155. Nova Iorque: Routledge.
- BRENNER, Elma. 2017. «Marginal Bodies and Minds: Responses to Leprosy and Mental Disorders in Late Medieval Normandy». In *The place of the social margins, 1350-1750*, edited by Andrew Spicer e Jane L. Stevens Crawshaw, 21-38. Nova Iorque: Routledge.
- CAMPOS, Maria Amélia Álvaro de. 2017. *Cidade e Religião: a colegiada de Santa Justa de Coimbra na Idade Média*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- COELHO, Maria Helena da Cruz. 1989. *O Baixo Mondego nos Finais da Idade Média*. 2 vols. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

- COELHO, Maria Helena da Cruz. 1996. «A Assistência em Coimbra em Tempos Manuelinos: o Hospital Novo». *Biblos* 72: 223-258.
- COELHO, Maria Helena da Cruz. 2010. *Montemor-o-Velho a caminho da corte e das cortes*. Montemor-o-Velho: Câmara Municipal de Montemor-o-Velho.
- COELHO, Maria Helena da Cruz. 2020. «1348 – Peste negra: o flagelo que foi quase “global”». In *História Global de Portugal*, dirigido por Carlos Fiolhais, José Eduardo Franco e José Pedro Paiva, 269-275. Lisboa: Temas e Debates.
- CORREIA, Fernando da Silva. 1999. *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- FERREIRA, Maria da Conceição Falcão. 2010. *Guimarães: ‘duas vilas, um só povo’. Estudo de história urbana (1250-1389)*. Braga: CITCEM e Universidade do Minho (ICS).
- FRANÇA, Paula, Maria Fernanda Ribeiro, e Nuno Ferreira. 2011-2012. *O Poder; o Local e a Memória, 1111-2011. Catálogo da Exposição*. Coimbra: AHMC/CMC. <https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2019/06/O-Poder-o-Local-e-a-Mem%C3%B3ria.pdf>.
- GONÇALVES, Iria. 1988. «Físicos e Cirurgiões Quatrocentistas: As Cartas de Exame». In *Imagens do Mundo Medieval*, 9-52. Lisboa: Livros Horizonte.
- GREEN, Monica, ed. 2014. *Pandemic Disease in the Medieval World: Rethinking the Black Death. The Medieval Globe* 1. Kalamazoo e Bradford: Arc Medieval Press.
- JOUANNA, Jacques. 2012. *Greek medicine from Hippocrates to Galen: selected papers*. Leiden / Boston: Brill.
- LEAL, Augusto Soares d’Azevedo Barbosa de Pinho. 1875. *Portugal Antigo e Moderno. Dicionario Geographico, Estatistico, Chorographico, Heraldico, Archeologico, Historico, Biographico e Etymologico de todas as Cidades, Vilas e Freguesias de Portugal*. Lisboa: Livraria Editora de Mattos Moreira & Companhia.
- MATA, Luís António. 2000. «O rosto do bem: apontamentos para o estudo da Confraria de Santa Maria de Palhais nos finais da Idade Média (1422-1500)». In *João Afonso de Santarém e a assistência hospitalar escalabitana durante o Antigo Regime*, 82-107. Santarém: Câmara Municipal de Santarém.
- NICLOUD, Marilyn. 2007. *Les régimes de santé au Moyen âge: naissance et diffusion d’une écriture médicale (XIII^e-XV^e siècle)*. 2 vols. Rome: École française de Rome.
- NÓVOA, Rita Luís Sampaio da. 2010. «A Casa de São Lázaro de Lisboa: Contributos para uma História das Atitudes face à Doença (Sécs. XIV-XV)». Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

- NUTTON, Vivian. 1983. «The seeds of disease. An explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance». *Medical History* 27, n.º 1 (janeiro): 1-34. <https://doi.org/10.1017/S0025727300042241>.
- PAIVA, José Pedro, ed. 2003. *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 2, *Antes da Fundação das Misericórdias*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas.
- PAIVA, José Pedro, ed. 2004. *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 3, *A Fundação das Misericórdias: o Reinado de D. Manuel I*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas.
- PARK, Katharine. 1991. «Healing the Poor: Hospitals and medical assistance in Renaissance Florence». In *Medicine and Charity before the Welfare State*, editado por Jonathan Barry e Colin Jones, 26-45. Londres / Nova Iorque: Routledge.
- PARK, Katharine. 1992. «Medicine and society in medieval Europe, 500-1500». In *Medicine in Society: Historical essays*, editado por Andrew Wear, 59-90. Cambridge: Cambridge University Press.
- RAWCLIFFE, Carole. 1997. *Medicine and society in late medieval England*. Stroud: Sutton Publishing.
- RAWCLIFFE, Carole. 1999. *Medicine for the Soul: The Life, Death and Resurrection of an English Medieval Hospital*. Stroud: Sutton Publishing.
- RAWCLIFFE, Carole. 2006. *Leprosy in Medieval England*. Woodbridge: The Boydell Press.
- RAWCLIFFE, Carole. 2013. *Urban Bodies: Communal Health in Late Medieval English Towns and Cities*. Woodbridge: The Boydell Press.
- ROBERT, Aurélien. 2011. «Contagion morale et transmission des maladies: histoire d'un chiasme (XIIIe-XIXe siècle)». *Tracés. Revue de Sciences humaines* 21: 41-60. <https://doi.org/10.4000/traces.5139>.
- ROCHA, Ana Rita. 2011. «A Institucionalização dos Leprosos. O Hospital de S. Lázaro de Coimbra nos séculos XIII a XV». Dissertação de mestrado, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- ROCHA, Ana Rita. 2016. «A dieta dos leprosos numa gafaria medieval: o caso de Coimbra». *Revista de História da Sociedade e da Cultura* 16: 55-73.
- ROCHA, Ana Rita. 2018. «“Dar de comer a quem tem fome”: A dieta alimentar dos pobres e doentes de Coimbra na Idade Média». In *Mesas Luso-brasileiras: Alimentação, Saúde & Cultura*, coordenado por Carmen Soares e Cilene da Silva Gomes Ribeiro, vol. 1, 61-87. Coimbra / Curitiba: Imprensa da Universidade de Coimbra / PUCPRESS – Editora Champagnat.
- ROCHA, Ana Rita. 2019. «A Assistência em Coimbra na Idade Média: Dimensão Urbana, Religiosa e Socioeconómica (Séculos XII a XVI)». Tese de doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

- RODRIGUES, Manuel Augusto, e Avelino de Jesus da Costa, dir. 1999. *Livro Preto. Cartulário da Sé de Coimbra. Edição Crítica. Texto Integral*. Coimbra: Arquivo da Universidade.
- SÁ, Isabel dos Guimarães. 1996. «Os hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno». In *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora: actas*, 87-103. Évora: Hospital do Espírito Santo.
- SANTOS, Ana Paula Pratas Figueira. 2000. «A Fundação do Mosteiro de Santa Clara de Coimbra (Da instituição por D. Mor Dias à intervenção da Rainha Santa Isabel)», vol. 2. Dissertação de mestrado, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- SILVA, André Filipe Oliveira da. 2016. *Físicos e cirurgiões medievais portugueses. Contextos socioculturais, práticas e transmissão de conhecimentos (1192-1340)*. Porto: CITCEM.
- SOUSA, Bernardo Vasconcelos e. 2010. «Pauvres, charité et assistance au Portugal (XIV^e-XV^e siècle)». In *Minorités et régulations sociales en Méditerranée médiévale: actes du colloque réuni du 7 au 9 juin 2007 en l'Abbaye royale de Fontevraud (Maine-et-Loire)*, dirigido por Stéphane Boissellier, François Clément e John Tolan, 97-106. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2010.
- TAVARES, Maria José Ferro. 1987. «A política municipal de saúde pública (séculos XIV-XV)». *Revista de História Económica e Social* 19 (janeiro-abril): 17-32.
- TAVARES, Maria José Ferro. 1989. *Pobreza e Morte em Portugal na Idade Média*. Lisboa: Editorial Presença.
- TOUATI, François-Olivier. 1998. *Maladie et société au Moyen Âge. La lèpre, les lépreux et les léproseries dans la province ecclésiastique de Sens jusqu'au milieu du XIV^e siècle*. Bruxelas: De Boeck Université.
- TOUATI, François-Olivier. 2000. «Contagion and Leprosy: Myth, Ideas and Evolution in Medieval Minds and Societies». In *Contagion. Perspectives from Pre-Modern Societies*, editado por Lawrence I. Conrad e Dominik Wujastyk, 179-201. Londres: Routledge.
- TOUATI, François-Olivier. 2000. «Un mal qui répand la terreur? Espace urbain, maladie et épidémies au Moyen Âge». *Histoire urbaine* 2 (2): 9-38. <https://doi.org/10.3917/rhu.002.0009>.
- VAUCHEZ, André. 1980. «Assistance et charité en Occident, XIII^e-XV^e siècles». In *Religion et société dans l'Occident médiéval*, 57-68. Turim: Bottega d'Erasmus.

Chronology, routes, and conditions for the spread of the plague in Portugal during the Black Death

André Filipe Oliveira da Silva*

Anais de História de Além-Mar XXII (2021): 59-83. ISSN 0874-9671

Resumo

Apesar de ao longo das últimas décadas termos assistido a avanços importantes no estudo da epidemiologia histórica, em particular sobre a peste, o impacto e as consequências da Peste Negra em Portugal são largamente desconhecidas. Este artigo propõe uma cronologia de introdução e propagação da epidemia em território português, através de uma tentativa inédita de reconstituição das vias e da cronologia de infeção das diversas regiões do reino. Embora as referências documentais diretas sejam escassas, fornecem informação suficiente para que se estabeleça um esboço, destinado a ser melhorado, corrigido ou desmentido pelo avanço futuro da investigação sobre o tema.

Palavras-chave: Peste Negra; Século XIV; Portugal Medieval; Peste.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 24/06/2021

Abstract

Although the last decades witnessed major advances on the study of historical epidemiology, particularly the plague, the impact and consequences of the Black Death in Portugal remain largely unknown. This paper aims to propose a chronology of introduction and spread of the epidemic in Portuguese territory, offering a first attempt of reconstitution of infection routes and chronology. Although direct documentary references are scarce, they provide enough information to present a first draft destined to be improved, corrected, or contradicted by future research.

Keywords: Black Death; 14th century; Medieval Portugal; Plague.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 24/06/2021

* CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória», Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Portugal.
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0223-8314>. E-mail: andre.f.oliveira.silva@gmail.com.

Chronology, routes, and conditions for the spread of the plague in Portugal during the Black Death

André Filipe Oliveira da Silva

Introduction

The Black Death of 1347-1352 (in its European route) is, by far, the most studied epidemiological phenomenon in human history. Frequently labelled as the deadliest pandemic of all times, it reached, by now, almost two hundred years of fruitful and permanently growing scholarship. The last decade proved to be one of the most important, with the paleogenomic confirmation of the *Yersinia pestis* as the main pathogenic agent of the disease and – even more importantly – with a remarkable genetic proximity between the 14th century pathogen and today's same species bacterium (Bos *et al.* 2011).

Although this epidemic is so intensively studied, the theme is far from being closed or exhausted. In opposition to some well documented and known European, North African or Levantine areas, others remain mainly as white spots in the maps of Black Death or represented in incorrect ways. The medieval kingdom of Portugal is one of the most poorly known cases. Portuguese historiography paid little attention to the mid-14th-century plague. Naturally, this is not due to the lack of interest on the theme, but mainly because of the lack of the preferential documentary sources used by Black Death historians in other regions (series of wills, complete manorial records, etc.). The absence extends to the narrative sources. Very few Portuguese chronicles and annals about those years remain, and the silence about Black Death is almost complete. In the conventionally designated by *Crónica de Portugal de 1419*, for example, the narration of king Afonso IV of Portugal (r. 1325-1357) reign ceases after the Battle of Río Salado (1340), and the remaining years are mainly narration of Castilian events. Black Death is only mentioned in the quite simple reference to the death of Alfonso XI of Castile during the Siege of Gibraltar, in March 1350. The richest, and almost unique narrative testimony comes from an annals collection from Coimbra, a text that will be analysed forward.

Other factors may be considered in this lack of previous studies. Portuguese medievalist historiography usually focuses in two alternative chronological axes – the period of formation and consolidation of the

kingdom, in 12th and 13th centuries, and the start of the Portuguese overseas expansion, its influence in culture, society and economy of the 15th century, thus leaving a gap around the difficult 14th century.

The historiographical *corpus* dedicated to the Black Death in Portugal gathers less than a dozen short papers, mostly about one or a restrict number of documents, explicitly involving someone who died during the plague, but not allowing global views or readings (Baião 1942; Rau 1963 and 1966; Moreno 1978, 1983 and 1996; Roque 1979; Coelho 1980; Barroca 2003, vol. 3). It is in some works not directly dedicated to the study of the Black Death that the most important contributions to the theme are made: the doctoral thesis of Maria Helena da Cruz Coelho (Coelho 1989), one of the most important Portuguese works on medieval rural history, and the ones of Maria Ângela Beirante (1995), Ana Maria S. A. Rodrigues (1995) and Maria da Conceição Falcão Ferreira (2010), three of the finest Portuguese works on medieval socioeconomic urban history, are some enlightening examples. The monographic approach allows a comprehensive survey of local sources and reveals a big picture frequently unexpected: tendencies in prices, wages, variations in the agricultural area or in urban expansion/contraction, short term violent changes in rents, leases, and concessions (be it in the number of contracts, be it in the amounts practised), among other signs of instability. It reveals that, although direct or preferential sources of Black Death are largely absent in Portuguese archives, thousands of parchments remain and may provide important indirect data to reconstruct the impact and the socioeconomic consequences of the pestilential outbreak of 1348-49 in the Western Iberia.

The aim of this paper is to study the beginning and the spread of the Black Death in Portugal. Before any analysis of the impact of the pandemic and the study of short-, mid- and long-term consequences, it is important to understand where the infection came from and how it spread through the Portuguese territory. To achieve these purposes, the text will be divided into two main topics. I will start discussing the chronology of introduction and spreading, comparing it not only with the Iberian neighbours, but also with what is being said or cartographically represented over the years; then, the hypothetical routes and means of diffusion of the infection among the population will be presented and analysed, and some comparisons with later Portuguese outbreaks of plague will be made, a way to deal with the extensive gaps. This is an exploratory paper, presenting hypotheses and dealing with some speculative answers. However, the incipient state of this matter in Portugal makes it necessary and useful, as a starting point to future works.

A relevant question: when does the Black Death start in Portugal?

Portuguese historiography traditionally resort to a temporal reference contained in a codex with annalistic records – known as *Livro da Noa* or *Livro das Eras* –, produced in the city of Coimbra, at the *scriptorium* of the important monastery of Santa Cruz. According to this record, the epidemic started at the Michaelmas of 1348¹. This reference to the Michaelmas seems oddly coincident with others from different European regions: one is found on an English chronicle, written around 1360, where it is said that the Black Death started in London in Michaelmas of 1348 (Sloane 2011, 30); another is from Avignon: Guy de Chauliac points the Michaelmas of 1360 as the starting day of the *Pestis secunda* in the pontifical city (Glénisson 1968-9, 31). Although I do not think these references may be connected in any way through a common textual tradition, they suggest that the feast of Saint Michael was an important chronological milestone, dating something roughly between the end of the summer and the beginning of the autumn, coinciding with harvest season and providing future readers with a familiar temporal reference.

In this Portuguese record, whose original manuscript survives, the day is not revealed in the body of the main text, but in a gloss written in a different, cursive calligraphy that may be coeval, or a bit later. However, coeval or not, this date cannot be the beginning of the plague; at most, it could be the date when the most intense phase of the epidemic was felt in the city of Coimbra, where the record was made. The main text – even offering the single 14th-century description of plague symptoms known in Portugal (and in Portuguese), and allowing us to identify the bubonic form as the most common one – says nothing about the initial date. As Ole. J. Benedictow refers, in his comprehensive and provocative synthesis, many coeval records of the beginning of the local manifestations of the Black Death only inform us when the plague was already spreading violently enough to produce social disruption and start interrupting the work of courts, notaries, town halls, markets and other local and regional institutions; the infection was probably present and spreading in its epizootic way for as long as six or seven weeks (Benedictow 2011, 87-91). Although not followed by all Portuguese medievalists, the suggestion of a much earlier infection is not new: Mário da Costa Roque proposed it more than

¹ Arquivo Nacional da Torre do Tombo [ANTT], *Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra*, liv. 99, fl. 21v.-22.

forty years ago – although the applied methodology reveals some issues and the thesis lies mainly on empirical, but not entirely accurate arguments (Roque 1979, 123-136). Roque dates the introduction of the epidemics as early as late April or early May; with the support of documentary sources, João Pedro Ferro adjusts this, showing the highly probable presence of the disease in the area of Lisbon during the early summer of 1348 (Ferro 1996, 85-86); plague was already present in Alenquer, a town about 50 km north of Lisbon, in the final days of August, which points towards an introduction of plague in Lisbon no later than final June.

The doctoral thesis of Ermelindo Portela da Silva about 12th to 14th century southern Galician bishopric of Tui, allows us to suggest the presence of the disease in the Galician coastal town of Baiona as early as late June, although the author, influenced by the Portuguese tradition based on *Livro da Noa* and by the scarcity of Galician testimonies, does not risk and prefers to point the beginning of the Black Death in the region somewhere between July of 1348 and January of 1349 (Portela da Silva 1975, 279). I think that it is precisely in the beginning of that chronological interval that lies the most probable introduction date. The geographical proximity to the Portuguese border makes the possibility of a Galician epidemic without Portuguese contamination very unlikely. Therefore, with the area of Lisbon and the far Northwest of Portugal probably contaminated in June, maybe with several introductions as early as May, the plague was ravaging parts of the country during late summer, reaching the peak of its violence in the autumn, or even during the winter of 1348-49 in the southern, warmer regions, the last ones affected.

When the Black Death reached Portugal, its route was already long and deadly. Trade and circulation between the Iberian Atlantic shore and Northern Europe, by one side, and the Mediterranean, by other, probably brought the news of a terrible unknown disease reaping the life of countless people, apparently attacking everyone, and jumping from region to region with no possible defence. We know examples of monarchs expecting the worse before it started: the English King, Edward III (Sloane 2011, 22-29), the Swedish-Norwegian King, Magnus Eriksson (Benedictow 2011, 209), or the Aragonese King, Pere IV². The plague was fast approaching, with the

² The Aragonese king heard the worrying news about the new epidemic that was severely affecting Sardinia (then an Aragonese territory) and sent a letter to the local authorities in Mallorca so they may be prepared to avoid a major cataclysm. However, when the letter was sent, and without the king knowing, the plague was already killing thousands in the Balearic Islands (López de Meneses 1956, 292).

infection of Catalonia in April and, soon after, Aquitaine – the first Atlantic region to be so. Unfortunately, any testimony that could allow us to know if the Black Death was expected in Portugal did not survive: there is a gap in royal chancery records from 1345 to 1357 (Homem 1990, 219-221) – the only gap of its kind in Portuguese royal chancery between 1248 and 1833, when it was officially extinct – and nothing is known about any previous preparation. Today we know that little could be done to prevent the disease, and, after the contamination of the coastal and northern borders area, the news was probably spreading internally, and the last affected regions, in interior South, were probably waiting in anguish by their own time.

Introduction or introductions? Routes, means and comprehension on how the disease spread.

One methodological option must be stressed: I chose not to present any cartography due to several questions – first, the collection of data is not yet closed, with several years of work remaining to complete the whole Portuguese case; secondly, and more importantly, the problems concerning the cartography of epidemiological phenomenon, specially the Black Death, have been already matter of critical analysis of other authors, with whom I share those doubts: its particularly useful and stimulating the reflexion of David C. Mengel on this matter (2011). Starting from the international “consensus” around the absence of the Black Death in Bohemia – which the Czech historiography proved to be false – it moves towards the massive (and noncritical) reproduction of the map produced to the remarkable 1962 paper authored by Élisabeth Carpentier (1962).

The issues of the cartographic representation of the plague diffusion are also felt when the Portuguese case is included. The classical representation of a wave map usually reverses the infection main direction in Portugal. This happens partially in the referred 1962 map, but some worse – and much more recent – examples may be pointed: in the mentioned Ole J. Benedictow’s synthesis, the featured map assumes that the northern half of Portugal was contaminated in 1348, while the southern half, with the division being made by the Tagus River, would only be affected in 1349. As I will demonstrate ahead, this is incorrect but difficulty avoidable, since Benedictow could not access almost any work about the Black Death in Portugal, and the lack of information about Portuguese plagues during the Second Pandemic is almost complete and highly distortive of the

general readings tried to the whole European continent. The main source of Benedictow's Iberian routes of spread is the pioneer work of Antonio Ubieto Arteta (1975), to which I will return further ahead.

This kind of problems, in a wider way beyond the cartographic representation, were already discussed by Joris Roosen and Daniel R. Curtis, taking as starting point another poorly internationally known region (until recently) in plague studies – the Netherlands – to contest the construction of statistic models of European tendencies from dated and France-centric databases of outbreaks (Roosen and Curtis 2018). One example applied to the Portuguese case reveals the way how a complex and methodologically correct model produces a totally incorrect pattern and chronology of spread: only the north-western region of Entre-Douro-e-Minho is represented as infected until September of 1348, leaving cities as Lisbon, Coimbra and Évora, and entire regions that we know were already affected by that time, outside (Christakos, Olea and Yu 2007, 709-710). The problem is not in the model, whose conception was rigorous, but in the incomplete historical data from which it is built.

As I said, there is news of contagion in Portugal in the transition from the summer to the autumn of 1348, which points towards a first contagion in early summer. The most acceptable scenario is the one with multiple contamination routes. The strongest candidates are the main Portuguese maritime ports, Porto, Lisbon, and the network of the Algarve, responsible for the introduction of the disease in northern, central and southern Portugal. Secondary seaports as Viana da Foz do Lima, Aveiro or Setúbal would play an important role in national diffusion, but not as a main door through international commercial traffic.

The terrestrial contagion is also possible, although the only region where this may be a probable hypothesis is in the aforementioned region of Tui or in the border between Chaves and Monterrei, through southern Galician interior; in southern lands, along the border between Portugal and Castilian Extremadura and Andalusia, a Portuguese-Castilian contagion seems more likely, considering the late outbreaks in Christian Andalusia of the time. In some classical visions (Ubieto Arteta 1975) the terrestrial route would be the main way of entrance and spread of the plague in 1348, seconding the seaports, with the plague covering the kingdom from north to south, even with 'jumps' that would allow Coimbra to be contaminated before Braga – with this last one laying 150 km closer to the Galician border –, and little importance of seaports. Although this traditional Iberian route has been already contested since a long time ago, specifically in the

Castilian case (Vaca Lorenzo 1984, 89-107), it is the one that Benedictow's map suggest, it is incorrect and contradicts most of what is known about the spreading of plague outbreaks in Medieval and Early Modern Europe.

It is difficult to measure the "metastatic leap", to use the expression of Ole J. Benedictow (2011, 305-308), that allowed the introduction of plague in Portugal. Porto may have been contaminated both through ships coming from a Galician port or directly from Aquitaine; in Lisbon, these possibilities may be considered, although a Mediterranean (Aragonese? North Italian? Provençal?), seems more likely. The maritime navigation between the Mediterranean and North Sea was growing in importance since the early 1300's, motivated by geopolitical issues (Campbell 2016, 9 and 139-141), and Portugal was profiting from those changes (Andrade and Miranda, 2017, 343). The presence of Italian communities in Lisbon is documented (Farelo 2019), and Northern Portuguese merchants and sailors were a frequent presence both in English and French ports³. Undoubtedly, the "death that came from the sea" (Barros 2013) will always be the most feared and watched in the Portuguese territory until the 19th century, when the first terrestrial restrictions and surveys are put into action (Abreu 2018).

To study the spread of Black Death in Portugal it is essential to associate the road network, and its relationship with the main urban centres, just as it is being made in other European cases, regional or continental (Goméz and Verdú 2017). Man is the main responsible for the spread of rats and fleas in long distances, being the vehicle of diffusion through armies and commerce. Portuguese testimonies of the Black Death offer a challenge more: they are geographically static and, in opposition to what happens in 15th century and later plagues, the origin or route of the disease from one point to another is never mentioned. Therefore, the reliability of coeval testimonies of routes of spread is not an issue since we have none. In order to achieve a satisfactory level of reliability, I will use some known data from spread routes of later Portuguese outbreaks. However, the study of 15th and 16th century Portuguese plagues is also scarce. These studies on later plagues do not propose routes of spreading, and that is a major task yet

³ One unequivocal proof of the circulation of merchants, in this case from Guimarães, in international maritime commerce is the sentence from a royal officer, closing a process between the municipality of Guimarães and the royal officer in charge of the recruitment of the crossbowmen of the city. It is said that an important part of the town's men was absent, trading in France – and it is important to remember that the first Galician (and maybe directly Portuguese) contagion probably came from the Atlantic shore of France. AMAP, *Câmara Municipal de Guimarães*, Coleção de Pergaminhos da Câmara Municipal, 8-1-1-12.

to be done. Thus, all the proposed routes are discussable reconstitutions that must be, in future studies, improved and/or corrected.

River transportation in the Portuguese Middle Ages was far from having the same importance it had in Central Europe, France or England, for example. The most important Portuguese rivers – Douro, Mondego, Tagus, and Guadiana, three of them shared with Castile and León – played an important role as structuring elements of the territory and had traffic of people and goods, but always within a regional or ‘national’ scale during the 14th century. With only a fraction of the Portuguese territory close to a navigable section of a river, emerges another differentiating aspect of the spread standards usually presented in outbreaks of the Second Pandemics in Europe⁴. During a Portuguese epidemic, navigation through a river – but also between riversides, with numerous small boats connecting both sides when bridges were absent – could have some importance, but on a small, local scale. Hereupon, the main means of propagation were certainly the roads that connected the main cities and towns, from where the disease would spread radially towards their hinterlands, branching until reaching the majority of the most distant rural areas.

Despite all doubts, it is useful to propose an itinerary of the Black Death in Portugal. As I said before, the primal infection may have happened in the main seaports – Lisbon, Porto, and the Algarve network – reaching secondary ports that dealt with cabotage navigation, fisheries and salterns, and spreading to other cities through commercial transport. The Galician way may have been part of this, since cabotage navigation between the Galician port of Baiona, for example, and Portuguese secondary seaports as Viana da Foz do Lima, Caminha or Vila do Conde was frequent⁵. With a first contagion dating back to late May, or early June, the epidemics would be declared as late as the end of August or in the beginning of September. The maritime contagion was only the beginning, and Black

⁴ A relatively recent paper affirms that 95% of the documented plague outbreaks in Europe, from 1347 to 1760, occurred within a 10 km range from a navigable river. Although we do not have an exhaustive survey of plague outbreaks in medieval and early modern Portugal, this scale is undoubtedly far from Portuguese reality, since only a minority part of the country is within that range, excluding many places where plague outbreaks are known from the 14th to the 17th century (Yue, Lee and Connor 2016).

⁵ The exportation of fish from Porto and northern seaports is a major issue presented by the representatives of Porto at the Parliament of 1361. The procurators of Porto say that most fishermen died during the Plague, and the remaining prefer to export the fish, since this choice allowed a considerably bigger profit, even with already extremely inflated prices in Porto (Marques and Dias 1986, 109-111).

Death could not reach the whole kingdom only through sea and rivers. Let us take a look at the roads.

Portuguese terrestrial network remained very close to the Roman roads developed more than a millennium before. The works about Portuguese medieval roads are scarce, with unequal attention paid to the several regions. Carlos Alberto Ferreira de Almeida graduation thesis, presented more than fifty years ago, remains the most comprehensive work about the road network of the north-western region of Entre-Douro-e-Minho (Almeida 1968) – although a cartographical representation of the main roads, in the whole kingdom is presented (Almeida 1968, 216) –, but new contributions are being made by a new generation of researchers, from whose I chose to highlight the master's dissertations of Helena Monteiro – dedicated to the *Estrada da Beira*, the main structural road of the Centre of medieval Portugal, connecting the sea with the Castilian border (Monteiro 2012) – and the one of Ruben Conceição – about the road system of the north-western regions of medieval Portuguese kingdom (Conceição 2020). The best works on the terrestrial communications below the Tagus river are the monographies dedicated to the urban centres – from where a network of roads and trails irradiated – and the analysis from the perspective of the historical geography made by João Carlos Garcia, concerning the period from the final *andalusi* years to the definition of a Portuguese south, with new political borders changing dynamics that, in some cases, also had survived since the Roman times (Garcia 1986).

Overlapping the main road system with the documentary references, I will present a general proposal of itinerary and chronology of spread. This simple approach concerns only the first contagion. For example, it is possible that Braga was first reached by terrestrial infection from the Galician terrestrial route, and later suffered a superimposition from the Porto route of infection, but I will highlight the route I believe to be the one that fits better as the main road to the first infections.

The first Galician contagion probably happened in the seaport of A Coruña, carried by boats coming from Bordeaux, maybe as early as late April of 1348, with the human epidemics starting in June, reaching the southern Galicia fast, not only because of the road system where thousands of pilgrims in the Saint James Way circulated, but also because of the cabotage navigation. In the bishopric of Tui – part of which was in the extreme northwest of Portugal (Nogueira 2000, 146-148) – Valença, the Portuguese town facing the Galician city of Tui, would become infected very quickly. Although physically separated by the flowy river Minho, both

urban centres maintained very close relationships in peace times – as the ones experienced before and after the plague –, and the circulation of people and goods in boats would be permanent. From Valença, the road would go south, and the territory between the rivers Minho and Lima was probably contaminated mainly by an initial Valença outbreak. In the middle of the road between Valença and Braga – the only archiepiscopal city of Portugal then – was the town of Ponte de Lima, where the only bridge over the Lima River in Portuguese territory already built in the 14th century was, making it a likely victim in this itinerary. The most precise references to the Black Death in this region are from Braga and Guimarães. These cities, separated by 20 km and a set of hills, were, together with Porto, the most important urban centres in the North of Portugal. Side by side, Braga was a lordship of the archbishop, while Guimarães remained a royal dominion. Braga is about 70 km south to the Galician border and 50 km north to Porto, in the road axis that connected Valença and the Galician border to Porto – a structural axis that remains today. Guimarães was lateral to this axis, but influenced the entire surrounding region, and developed its own road axis with Porto, which became one of the most important commercial roads in late medieval Portugal.

A documentary reference from 1351 refers unequivocally that the plague was ravaging Guimarães in October of 1348, when the will that gave rise to the judicial process closed in 1351 was made⁶. The number of documents produced in Guimarães fell in the beginning of the autumn, and only a few were writing until February of 1349; besides this, only two of eight notaries survived, and the survivors were absent from the town, as a will written in November and validated by public authorities only in February explicitly says (Ferreira 2010, 440-445). Following the propagation model, with the epizootic cycle and the following epidemic, Guimarães was probably contaminated during the summer, no later than middle August. First contagion was probably brought from Porto, through the commercial contacts between both cities. Being outside the main axis Galicia-Porto, and with a close business connection developed by Guimarães merchants, who have been using Porto as their seaport since a long time before the Black Death⁷,

⁶ ANTT, *Colegiada de Santa Maria da Oliveira de Guimarães*, Documentos régios, mç. 2, n.º 1.

⁷ A clear example is the storage of a big number of leathers and rabbit furs that merchants from Guimarães had in Porto when, in a conflict between king Dinis and his son, the future Afonso IV, in 1321, all were taken as punishment for the resistance that Guimarães offered to the party of Infant Afonso. With the end of hostilities, the merchants were reimbursed in 1322. ANTT, *Convento de Santa Clara de Guimarães*, mç. 1, rolo não numerado.

the contagion from south seems more likely than the Galician way. The journey from Porto to Guimarães would take roughly two days (Almeida 1968, 171-173), and the territories between both cities were densely populated rural areas that could be affected at the same time. This route of spread, favoured by the intense commercial movements, remained important enough until the 17th century, when both municipalities exchanged letters about the possibility of plague outbreaks, with the compromise of the city of Porto to inform Guimarães every time the threat was real (Guimarães 1907).

Guimarães was a structural centre within that region, and it's very probable that Black Death radiated from the town to the surrounding rural areas, within and beyond the municipal borders, affecting satellite territories as Montelongo, Felgueiras, Basto among others, and maybe opening a way to the north-east of the kingdom: there are references to the circulation of merchants between Guimarães and Chaves⁸, an interior city close the border of the Galician bishopric of Ourense, and a possible second terrestrial route of infection from Galicia. However, the almost complete lack of documentation from the North-East region, Trás-os-Montes, only allows speculative proposals. Ferreira de Almeida does not mention any direct connection between Guimarães and Chaves and highlights the traditional connection that goes from Braga to Chaves, the old Roman road from Braga to Astorga (Almeida 1968, 195-196). It is possible that the Black Death was originally communicated from the coastal to the interior northern lands directly and reached the Leonese border, in the east, yet during 1348. The documented presence of the disease in the Zamoran town Villalobos in December of 1348 (Vaca Lorenzo 1990), less than 100 km far from that Portuguese-Leonese border and situated in the heart of the Iberian interior countryside, reinforces that hypothesis. This Leonese-Castilian area was probably contaminated from the east, maybe through the Saint James Way, or through the axis Asturias-León-Salamanca, and we cannot deny the possibility that the Portuguese easternmost North may have been contaminated from this third terrestrial way.

Returning to the coastal area, Braga seems to be affected a little after Guimarães – once again, the interruption in the normal flow of documentary production is the main proof –, with two main possible contagion ways: from Porto, through the old Roman road, or through a Galician contagion,

⁸ ANTT, *Colegiada de Santa Maria da Oliveira de Guimarães*, Documentos particulares, mç. 27, n.º 33.

from North, through the axis Tui-Valença-Ponte de Lima. This last one may be a better candidate: the commercial route was less intensive between Porto and Braga; in opposition, the archbishopric of Braga was the ecclesiastical metropolis of several Galician and Leonese dioceses, as Ourense, Mondoñedo, Tui and Astorga, and the documentation from the 1340's suggests a constant communication between the clergy of the metropolis and its suffragans⁹, allowing several ways of possible contagion, probably overlapped with time. In Braga, most notaries perished: within the group of 17 notaries documented between 1346 and the first days of 1349¹⁰, only five remain active after that period¹¹ and one of them, Gonçalo Pires, was probably already a peri- or post-plague nomination, with his first document produced on November 11, 1348¹². A letter sent by the archbishop of Braga, Gonçalo Pereira, asking for papal confirmation of several new canons nominated after the death of their predecessors, killed by plague, was registered in Avignon on January 7, 1349 (Costa 1968, 152-154). By this time, the archbishop had been dead for a few weeks, suggesting that the letter was written and sent not later than the last days of November. The tone suggest that the epidemic was locally in its zenith.

The small coastal towns and minor seaports were similarly exposed. Although mid-14th century testimonies are scarce, the next century brings us one enlightening case: in 1466, in Vila do Conde, then a growing seaport town, the local authorities called a barber to inspect a possible case of plague, which is confirmed (Marques 1983). Despite the normal tension between authorities and population, several measures are taken, and one is to prevent boats coming from Aveiro, a major salt-producing area and important regional port from where plague rumours were coming, to dock in Vila do Conde. Although this late example presents a minor plague local outbreak, it reveals how the connection between small Portuguese ports was important – and perceived as such by coeval men – to the spread of plague.

⁹ Arquivo Distrital de Braga [ADB], *Gavetas do Cabido*, Gaveta dos Arcebispos de Braga, seus Privilégios e Jurisdição Espiritual, doc. 44, 85; ADB, *Colecção Cronológica*, Caixa 11, doc. 445, 449-451; ADB, *Gavetas do Cabido*, Livro 1^o dos Testamentos, doc. 78, 79.

¹⁰ Afonso Martins, João Domingues, Afonso Pires, João Martins, Lourenço Abril, Afonso Domingues, Fernando Aires, João Pires, Gonçalo Esteves, Mestre João, João Bentes, Afonso Eanes, Domingos Sobrinho, Gonçalo Domingues, Pedro Álvares, Gil Eanes and Gonçalo Pires.

¹¹ João Martins, João Pires, Afonso Eanes, Domingos Sobrinho and Gonçalo Pires.

¹² ADB, *Gavetas do Cabido*, Gaveta dos Testamentos, doc. 49.

The Centre of Portugal, usually defined as the area between rivers Douro and Tagus, also presents several possible ways of contagion. Coimbra, one of the most important cities, was severely affected by the plague (Rau 1966; Coelho 1980). The already referred record of *Livro da Noa* suggests that the worst period of the disease started in late September or early October of 1348. Although Coimbra was in the riverside of Mondego, one of the main Portuguese rivers with a longer navigable section (Coimbra is almost 50 km far from the sea), and in the heart of one of the most fertile regions of Medieval Portugal, its role in international commerce was apparently small, and, if the contamination came from the sea, the contagion was probably carried from Porto or Lisbon, or through some other cabotage ports. Once again, terrestrial contamination seems more likely, and being closer to Porto (c. 120 km), than Lisbon (c. 200 km), I would prefer an original infection route coming from Porto. We do not have much precise chronological information on the Black Death in Central Portugal, although we know that at least the majority of the territory was affected. Another unique information that comes from Coimbra's *Livro da Noa* is the information about the duration of the epidemic: the author informs that the pestilence lasted for three months¹³, which suggests that, in Coimbra, it would be finished in late December of 1348.

Relocating our analyses in Lisbon, where plague was probably first introduced in the last days of spring of 1348, several radial routes must be traced. First, it was certainly from Lisbon that one of the major cities of the late medieval Portugal, Santarém (75 km in the northeast direction of Lisbon, also in the right riverside of Tagus), was contaminated, but the chronology cannot be determined yet. Following the Tagus towards the Castilian border, we have a suggestive document produced in Belver, a castle belonging to the Knights Hospitallers. Belver is more than 160 km far from Lisbon, and it is located less than 60 km far from the Castilian border. The document is a will, produced in an unknown day, critically dated in the beginning of 1349¹⁴. The tester, a knight named Vasco Martins do Vale, leaves the rural estate of Paço Velho, in the parish of Anta, to the

¹³ ANTT, *Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra*, liv. 99, fl. 21v.-22.

¹⁴ The month is unreadable, but the year is 1349. The tester determines to be buried at the Monastery of Grijó, close to Porto, almost 250 km far from Belver, and how his body must be kept while the interdict over the diocese of Porto, where Grijó was located, remains. We know that it was written before May 24 of 1349, the day the will was published in a notarial act in the village of Castro Rei, a medieval municipality in the Centre North of Portugal. Later, in June, a new publication asked by Grijó was made. It is this one that survived until today. ANTT, *Mosteiro do Salvador de Grijó*, mc. 1, doc. 10.

Monastery of Grijó, if his heirs die without offspring. This reference to the possibility of all heirs perishing is not very usual, and the public form of the document that Grijó requested in June suggests that the heirs did die, and no offspring was left alive. If this testimony does not reveal when the disease arrived in the most interior Portuguese Tagus Valley, shows us that it was active and killing somewhere in the beginning of 1349. This way, we can roughly calculate the progress of the Black Death towards the Tagus valley, from Lisbon the Castilian border, in less than 1 km/day, taking more than six months to cover the whole region. Although this is an abstract average which says little about the real progress of the epidemic, it is a useful tool to show an apparently slower spreading than in what happens in the northern Portuguese regions – but below the superior limit of the average calculated to other European regions (Benedictow 2011, 141-143).

Before going south, the next stop must be Lisbon, again. The ports of the Peninsula of Setúbal – Almada, Sesimbra, Setúbal, for example – in the area immediately south of Lisbon and situated between the estuaries of rivers Tagus and Sado, had an important maritime traffic with the kingdom's main city. In the greater area below the Tagus River, we must centre the attention in Évora, a cathedral city whose diocese comprises the majority of the Entre-Tejo-e-Odiana, the medieval Portuguese *comarca* (a major jurisdiction) that occupied all the territory below the Tagus, except the Algarve, coincident with today's Alentejo region. In Entre-Tejo-e-Odiana, the contagion also had several routes. Once again, the main rivers only had a minor role. Guadiana was navigable until the town of Mértola, but it was mainly used to export grain from the southern Alentejo and bring back some products to the region of Mértola, a scarcely populated one (Garcia 1982, 13-18). In the coastal Alentejo, the small harbour town of Odemira, located in the navigable section of Mira River, was yet in an incipient state of consolidation, and its growing status was directly connected to the grain supply of Lisbon (Garcia 1986, 57-59). In Sado river, Alcácer do Sal was in a process of "geostrategic" decadence, motivated by the growing hegemony of Lisbon in the international commerce, and by the considerable decrease of the importance of Alcácer as the oceanic end of the axis that connected the Alentejo to the Seville territory since Antiquity, broken by the new Christian borders between Portugal and Castile (Garcia 1986, 40-44). Coastal Entre-Tejo-e-Odiana was sparsely populated, and the maintenance between the small sea or river ports and its surroundings difficulty would allow the survival of viable chains of transmission.

We must return to the roads. Évora was probably contaminated from Lisbon, through the town of Montemor-o-Novo or indirectly, through a

less likely, but yet possible ‘elbow’, from Lisbon to Santarém, and then to Montemor-o-Novo and Évora. Documentary evidence show that Évora was in the most intense epidemic phase in late November, early December¹⁵; the town of Montemor-o-Novo, in the Lisbon-Évora Road and home of an important population, was probably affected earlier: two wills, dating from late October¹⁶ and November 4⁷, have a suspicious chronological proximity, since we only know 10 wills produced in this town between 1310 and 1379. The whole area of Central Alentejo could then be contaminated and towns like Estremoz, Monsaraz or Portel – regionally important, yet scarcely documented – were probably infected in a radial movement starting in Évora. In later plagues, Lisbon seems to be the most important source of concerns in the Alentejo region. In 1569, for example, when Lisbon experienced one of the deadliest outbreaks since Black Death, the news was quickly sent to the municipal authorities of Évora (Abreu 2006, 115). Despite the importance of Évora and the Alentejo, where Portuguese kings spent a considerable amount of time in 15th and 16th centuries, was far less in 1348 than in 1569, the road network and commercial dynamics of the region followed similar patterns.

100 km east of Évora, in the Castilian border and facing the episcopal city of Badajoz is the Portuguese town of Elvas. A document written in August of 1349 refers to the *pestillença que este ano foy* – “the pestilence that occurred this year”¹⁸, revealing that the worst period of the epidemic in this location was undoubtedly in the winter of 1349, somewhere between January and February, with the first contagion occurring in November, or as late as December, certainly came from West, and not from the Castilian side: Extremadura and the then Christian parts of Andalucia seem to be

¹⁵ A unique testimony in Portuguese territory, made while the plague was still ravaging Évora, informs us. Although the original document, that survives in parchment, is in a poor condition, with parts of the text missing, it is possible to restore its content using a copy made around 1530. Biblioteca Pública de Évora [BPE], Convento de São Domingos, Livro 2, fl. 28-29. The copy is misdated in the year – it says that was done in the era of 1346 (which, in Hispanic Era, would be 1308 AD) – but this mistake was probably made by the copyist because of the bad condition that the parchment already had in the 16th century. The direct and unequivocal references to the Black Death make me date it not from the era of 1346, but from 1386 (1348 AD), a confusion perfectly possible due to the proximity between the graphic representation of both forty and eighty words in the gothic writing of mid-14th century. BPE, *Convento de São Domingos de Évora*, Pergaminhos, mç. 1, doc. 12.

¹⁶ Unfortunately, the day of the will is partially missing in the parchment, but we know that is 20 or 20 and something, BPE, *Pergaminhos Avulsos*, Pasta 17, doc. 074.

¹⁷ BPE, *Pergaminhos Avulsos*, Pasta 21, doc. 045.

¹⁸ Arquivo Histórico Municipal de Elvas [AHME], *Pergaminhos da Colegiada de Santa Maria da Alcáçova de Elvas*, n.º 4.

the last Iberian regions affected, as the death by plague of Alfonso XI of Castile in 1350 suggests. Another indirect factor that allows us to suggest that Elvas and its hinterland remained spared until the end of 1348 is the presence of the bishop of Évora in the town, where he executes a papal bull related to the financing of the Portuguese university a few days before Christmas of 1348 (Ferreira 1729, 143). The bishop, former royal physician, and a University of Paris master Afonso Dinis, survived the Black Death – did the bishop take refuge in an untouched area of his diocese?

We can say little about southern Alentejo. Later documents reveal the deep impact of the Black Death in the region (Viegas 1998), but no chronological references are made. We may speculate once again that the infection arrived by road, with Évora contaminating the south towards the road that crosses the hills of Portel, although the infection could come also from the area of Mértola, if the plague did penetrate through the valley of Guadiana, and, in this case, the contamination would rise from the Algarve shores. In the ‘kingdom’ of Algarve, whose difficult terrestrial transposition due to the rough hills that divide it from the rest of southern Portugal guaranteed a different regional identity, almost all of 14th century documentation is lost. The region does not offer any possible chronological reconstitution – which affects equally the reconstitution of lower Entre-Tejo-e-Odiana area –, although, once again, we know that the region was badly hit, and, for example, the episcopal city of Silves had not fully recovered more than twenty years after the epidemic (Marques, Dias and Salvado 1990, 137-138).

It is time to summarize this proposal of a Portuguese Black Death itinerary. Three main penetration ways were created at the seaports of Porto and Lisbon, and by the Galician border, no later than May of 1348. After the necessary weeks until the emergence of the epidemic, the infection spread through the main roads, jumping to important non-coastal urban centres, as Guimarães and Braga, in the North, Coimbra and Santarém, in the Centre, and Évora, in the Centre-South. The north-western region of Entre-Douro-e-Minho and the Centre seemed to be deeply affected in September, October, and November, while the first signs of institutional reorganization started from February of 1349 on. Although the most interior areas of the North and Centre are scarcely documented, the epidemic was still felt yet in 1348, as the presence of the infection in the Leonese side in December suggests. South to the Tagus River, the epidemic was apparently delayed, with Évora – in the middle of the way between Lisbon and Castile – being deeply affected in November-December, and Elvas, next to the border, affected already in 1349. Somewhere around the beginning

of the spring of 1349, the Black Death was apparently extinct. In a little more than a half year, the Black Death made its way from West to East, with advances and consequential local radial spreading, until the whole kingdom was hit.

As I said before, the hypothetical propagation ways would be only the inaugural, with subsequent asymmetrical radial diffusion and contamination overlapping that would allow an extension or intensification of the epidemic in a single wave (Kiss et al. 2006; Zhao et al. 2014; Gómez and Verdú 2017) or a second, less serious wave – a typical pattern in plague outbreaks of the last centuries (Audoin-Rouzeau 2007, 311-314). In its majority, the presented spread ways deserve a deepen study, parallel to the renewed and systematic study of Portuguese terrestrial communications in Late Middle Ages, integrating the diffusion of the Black Death with communication means, articulation of the territory with economical activities of production and distribution, institutional and administrative networks, troop movements and population circulation. Once again, the duality of the plague phenomenon demands a double analysis: an event originating from natural causes spreads, forming a mosaic unequivocally defined by a blend of human activity and ecological local peculiarities. The experience of other regions shows us that sometimes that blend creates apparently irrational itineraries of propagation¹⁹, if the analysis seeks for a simple ‘wave’ spreading. Thereby, the simple routes proposed to the Portuguese case (although never proposed before) may be simplistic too but, until new data is collected and critically analysed, they are the most likely and the starting point.

Conclusion

Black Death remains a scarcely known phenomenon in Portugal. A discussion of the chronology of introduction and spread, and how human and non-human factors may have been important in the expansion rhythm and impact is an important starting point. It is necessary to ‘situate’ correctly Portugal within the European and Mediterranean Black Death patterns, but

¹⁹ A perfect example comes from Scandinavia. While Norway was contaminated in 1349 by boats coming from English ports, Black Death was felt in Sweden and Denmark mainly in 1350, with a contagion probably originating from the Baltic Hanseatic coast, and not from their Norwegian neighbours, even if there was not only a geographic proximity, but also a dynastic union, with Magnus Eriksson as king of both Norway and Sweden. (Myrdal 2009, 82).

also understand if, or what peculiarities are characteristic of the Portuguese case. Traditional and massively widespread cartographic representations present errors in the Portugal pattern of propagation, proposing North-South, or East-West main routes, while the documentary sources prove that West-East – with small adjustments North-South or South-North and radial diffusion – was the main direction. All these partially speculative routes may be obvious, but they match with the data already collected, and contradict the “big European” reconstructed patterns and widespread cartography of Portugal. The study of later plagues may bring new lights on these problems. The current state of the art of medieval and early modern plagues in Portugal does not allow yet a fructuous connection between different outbreaks.

In all probability, in June of 1348, the seaports of Porto and Lisbon (probably first in Lisbon) were contaminated by the plague. The classic model of plague outbreaks leads us to the point the beginning of the epidemic stage six to eight weeks later in these cities, in August. From those epicentres, plague was spread into the interior through roads, and from these main seaports into smaller ones. In the final days of August, plague was already 50 km northeast of Lisbon, in Alenquer and in late September, early October, plague was already ravaging Guimarães (50 km northeast of Porto) and Coimbra (120 km south of Porto, 200 km north of Lisbon and 45 km east of the sea); Braga, 20 km closer to the sea than Guimarães and located at the same 50 km from Porto and 65 km far from the Galician border, was affected a little bit later, maybe late October, and November seemed to be the worst month. Évora, 120 km east of Lisbon and 85 km west of Elvas, in the Castilian border, experienced its worst time in late November, early December. Elvas, the Portuguese town that faces the Castilian city of Badajoz, was affected only in early 1349. We know that the North Interior, Centre, and the whole South were badly hit by the plague, but chronological information is scarce. Algarve probably had its own spread dynamic, considering that terrestrial communications with this territory were scarce and maritime transport was privileged.

Natural contrasts between the North and the South, the Coast and the Interior must be considered, and reconstitution of environmental conditions, with the complex web and hosts, vectors, temperature, and humidity patterns, will contribute decisively to a better understanding of these epidemic phenomenon. Differences between the speed of spreading between the North and Centre and the South may be explained by these factors. Once again, to say that Portugal had all the environmental elements to

a classical plague scenario²⁰ may seem a conclusion of little use, but the doubts raised about these matters in other European areas²¹ show that it is important to confirm as much of these elements as possible, even if that means an apparent repetition or unimpressive conclusions.

The Black Death studies in Portugal need an urgent renovation that will allow to integrate the Portuguese reality within the European *big picture*, contributing not only to a better knowledge about a local or regional case, but also a more rigorous and credible European global interpretation.

Archival sources

Arquivo Distrital de Braga [ADB]

Gavetas do Cabido, Gaveta dos Arcebispos de Braga, seus Privilégios e Jurisdição Espiritual, doc. 44, 85; Gaveta dos Testamentos, doc. 49; Livro 1º dos Testamentos, doc. 78, 79.

Colecção Cronológica, Caixa 11, doc. 445, 449-451.

Arquivo Histórico Municipal de Elvas [AHME]

Pergaminhos da Colegiada de Santa Maria da Alcáçova de Elvas, nº 4.

Arquivo Municipal Alfredo Pimenta [AMAP]

Câmara Municipal de Guimarães, Coleção de Pergaminhos da Câmara Municipal, 8-1-1-12.

²⁰ The black rat (*Rattus rattus*) is extant in Portugal today, with a more documented presence in littoral areas (Paupério *et al.* 2019, 142-143); this is verifiable also with the vectors: more than discuss the hypothetical role of the human flea (*Pulex irritans*) or other human exoparasites as plague vectors, or to stress the never completely understood and long neglected role of the northern rat flea (*Nosopsyllus fasciatus*) had in Black Death (Audoin-Rouzeau 2007, 81-93) – a debate to which, as a historian, I cannot contribute – it's important to verify that all three species (*X. cheopis*, *P. irritans* and *N. fasciatus*) are extant in Portugal until today, and are long identified (Abreu 1973), even before any warming effect already produced by the current climatic changes, which confirms that environmental conditions in the 14th century – a relatively warm period – were much likely able to support populations from the three aforementioned species. Anyway, this is an empirical suggestion that archaeozoologists may or may not confirm in the future.

²¹ The paper authored by Gunnar Karlsson about the plague in a probable context of total absence of rats in Late Medieval Iceland was harshly criticized by Ole J. Benedictow, for example, but also by another Nordic scholars, with this particular case being only one of the most expressive examples of deeply contrast positions about the topic (Karlsson 1996; Benedictow 2011, 201). Less extreme are more recent papers on the theme, published after the confirmation of *Y. pestis* as the responsible pathogenic agent of medieval and early modern plagues (Hufthammer and Walløe 2013; Fallow and Evans 2016).

Arquivo Nacional da Torre do Tombo [ANTT]

Colegiada de Santa Maria da Oliveira de Guimarães, Documentos régios, maço 2, n.º 1; Documentos particulares, maço 27, n.º 33.

Convento de Santa Clara de Guimarães, maço 1, unnumbered roll.

Feitos da Coroa, Inquirições de D. Afonso IV, liv. 1

Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, liv. 99.

Mosteiro do Salvador de Grijó, Maço 1, doc. 10.

Biblioteca Pública de Évora [BPE]

Convento de São Domingos, Livro 2; Pergaminhos, maço 1, doc. 12.

Pergaminhos Avulsos, Pasta 17, doc. 074; Pasta 21, doc. 045.

Bibliography and Published Sources

ABREU, Laurinda. 2006. "The city in times of plague: preventive and eradication measures against epidemic outbreaks in Évora between 1579 and 1637". *Popolazione Popolazione e Storia* 2: 109-125.

ABREU, Laurinda. 2018. "A luta contra as *invasões* epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX". *Ler História* 73. <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4118>.

ABREU, Maria Hália. 1973. "Introdução ao estudo dos Siphonaptera de Portugal". *Arquivos do Museu Bocage* IV (8): 197-211.

ALMEIDA, Carlos Alberto Ferreira de. 1968. *Vias medievais. Entre Douro e Minho*. Porto: Edição de Autor. 2 volumes.

ANDRADE, Amélia Aguiar, and Flávio Miranda. 2017. "Lisbon. Trade, urban power and the king's visible hand". In *The Routledge Handbook of Maritime Trade around Europe 1300-1600*, edited by Wim Blockmans, Mikhail Krom and Justyna Wubs-Mrozewicz, 333-351. Abingdon / New York: Routledge.

AUDOIN-ROUZEAU, Frédérique. 2007. *Les Chemins de la peste. Le rat, la puce et l'homme*. Paris: Éditions Tallandier.

BALÃO, António. 1942. "As Freiras de Lorvão e a Peste de 1348." *Instituto* 100: 734-737.

BARROCA, Mário Jorge. 2003. "A peste negra na epigrafia medieval portuguesa." In *Os Reinos Ibéricos na Idade Média: livro de homenagem ao Professor Doutor Humberto Carlos Baquero Moreno*, coordinated by Luís Adão da Fonseca, Luís

- Carlos Amaral and Maria Fernanda Ferreira Santos, 1159-1166. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- BARROS, Amândio Jorge Morais. 2013. *A morte que vinha do mar, Saúde e sanidade marítima num Porto atlântico (séculos XV-XVII)*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- BEIRANTE, Maria Ângela da Rocha. 1995. *Évora na Idade Média*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Junta Nacional de Investigação Científica.
- BENEDICTOW, Ole J. 2011. *La Peste Negra (1346-1353). La Historia Completa*. Madrid: Akal.
- BOS, Kirsten I., Verena J. Schuenemann, G. Brian Golding, Hernan A. Burbano, Nicholas Waglechner, Brian K. Coombes, Joseph B. McPhee, Sharon N. DeWitte, Matthias Meyer, Sarah Schmedes, James Wood, David J. D. Earn, D. Ann Herring, Peter Bauer, Hendrik N. Poinar and Johannes Krause. 2011. “A draft genome of *Yersinia pestis* from victims of the Black Death”. *Nature* 478: 506–510. <https://doi.org/10.1038/nature10549>.
- CAMPBELL, Bruce M. S. 2016. *The Great Transition. Climate, Disease and Society in Late-Medieval World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CARPENTIER, Élisabeth. 1962. “Autour de la Peste Noire: famines et épidémies dans l’histoire du XIVe siècle”. *Annales: Economies, sociétés, civilisations* 17 (6): 1062-1092.
- CHRISTAKOS, G., R. A. Olea and H.-L. Yu. 2007. “Recent results on the spatio-temporal modelling and comparative analysis of Black Death and bubonic plague epidemics”. *Public Health* 121, n. 9: 700-720. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.12.011>
- COELHO, Maria Helena da Cruz. 1980. “Um Testamento Redigido em Coimbra no Tempo da Peste Negra”. *Revista Portuguesa de História* XVIII: 312-331.
- COELHO, Maria Helena da Cruz. 1989. *O Baixo Mondego nos Finais da Idade Média*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda. 2 vols.
- CONCEIÇÃO, Rúben Filipe Teixeira da. 2020. *A rede viária do Entre-Douro-e-Tâmega, Bragança e seus termos, nos meados do século XIII*. Porto: Edição de Autor.
- COSTA, António Domingues de Sousa, ed. 1968. *Monumenta Portugaliae Vaticana. Vol. I. Súplicas*. Roma / Porto: Editorial Franciscana.
- FALLOW, Chris, and Charles Evans. 2016. “The mystery of plague in medieval Iceland”. *Journal of Medieval History* 42 (2): 254-84. <https://doi.org/10.1080/03044181.2016.1149503>.

- FARELO, Mário. 2019. “Entre o porto e a Sé. A presença italiana em Lisboa (séculos XIII-XV)”. In *Chi fa questo camino è ben navigato Culturas e dinâmicas nos portos de Itália e Portugal (sécs. XV-XVI)*, edited by Nunziatella Alessandrini, Mariagrazia Russo and Gaetano Sabatini, 11-31. Lisboa: CHAM – Centro de Humanidades.
- FERREIRA, Francisco Leitão. 1729. *Noticias chronologicas da Universidade de Coimbra: primeira parte que comprehende os annos que discorrem desde o de 1288 até principios do de 1537*. Lisboa: Officina de Joseph Antonio da Sylva.
- FERREIRA, Maria da Conceição Falcão. 2010. *Guimarães: “duas vilas, um só povo”*: *Estudo de história urbana (1250-1389)*. Braga: CITCEM.
- FERRO, João Pedro. 1996. *Alenquer medieval (séculos XII-XV): subsídios para o seu estudo*. Cascais: Patrimonia Historica.
- GARCIA, João Carlos. 1982. *Navegabilidade e navegação no Baixo Guadiana*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos / INIC.
- GARCIA, João Carlos. 1986. *O Espaço Medieval da Reconquista no Sudoeste da Península Ibérica*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos / INIC.
- GLÉNISSON, Jean. 1968-9. “La seconde peste: l’épidémie de 1360-1362 en France et en Europe”. *Annuaire-Bulletin de la Société de l’Histoire de France*: 27-38.
- GÓMEZ, José M., and Miguel Verdú. 2017. “Network theory may explain the vulnerability of medieval human settlements to the Black Death pandemic”. *Nature Scientific Reports* 7:43467. <https://doi.org/10.1038/srep43467>.
- GUIMARÃES, João Gomes de Oliveira. 1907. “As Epidemias em Guimarães. III^a Parte”. *Revista de Guimarães* 24 (3-4): 123-132.
- HOMEM, Armando Luís de Carvalho. 1990. *O Desembargo Régio (1320-1433)*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- HUFTHAMMER, Anne Karin, and Lars Walløe. 2013. “Rats cannot have been intermediate hosts for *Yersinia pestis* during medieval plague epidemics in Northern Europe”. *Journal of Archaeological Science* 40 (4): 1752–1759. <https://doi.org/10.1016/j.jas.2012.12.007>.
- KARLSSON, Gunnar. 1996. “Plague without rats: the case of fifteenth-century Iceland”. *Journal of Medieval History* 22 (2): 263–284.
- KISS, Istvan Z., Darren M. Green and Rowland R. Kao. 2006. “The effect of contact heterogeneity and multiple routes of transmission on final epidemic size”. *Mathematical Biosciences* 203 (1): 124-136. <https://doi.org/10.1016/j.mbs.2006.03.002>.

- LÓPEZ DE MENESES, Amada. 1956. “Documentos acerca de la peste negra en los dominios de la Corona de Aragón”. *Estudios de Edad Media de la Corona de Aragón* 6: 291-447.
- MARQUES, A.H. de Oliveira, ed. 1984. *Chancelaria de D. Pedro I: 1357-1367*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica / Centro de Estudos Históricos.
- MARQUES, A. H. de Oliveira, and Nuno José Pizarro Pinto Dias, org. 1986. *Cortes Portuguesas. Reinado de D. Pedro I. (1357-1367)*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- MARQUES, A. H. de Oliveira, Nuno José Pizarro Pinto Dias and João Paulo Salvado, org. 1990. *Cortes Portuguesas. Reinado de D. Fernando (1367-1383). Volume I*. Lisboa: Junta Nacional de Investigação Científica.
- MARQUES, José. 1983. “A administração municipal de Vila do Conde em 1466”. *Bracara Augusta* XXXVII (83-84): 5-116.
- MCCORMICK, Michael. 2003. “Rats, communications, and plague: toward an ecological history”. *Journal of Interdisciplinary History* 34 (1): 1-25.
- MENGEL, David C. 2011. “A Plague on Bohemia? Mapping the Black Death”. *Past & Present* 211 (1): 3-34. <https://doi.org/10.1093/pastj/gtq069>.
- MONTEIRO, Helena Patrícia Romão. 2012. “A estrada de Beira: reconstituição de um traçado medieval”. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade NOVA de Lisboa.
- MORENO, Humberto Baquero. 1978. “Um testamento concebido durante a Peste Negra”. *Bracara Augusta* XXXII (73-74): 125-141.
- MORENO, Humberto Baquero. 1983. “Reflexos da Peste Negra na Crise de 1383-85”. *Bracara Augusta* XXXVII (83-84): 373-386.
- MORENO, Humberto Baquero. 1996. “A Peste Negra e os legados à Igreja”. *Revista de Ciências Históricas da Universidade Portucalense Infante D. Henrique VI*: 133-143.
- MYRDAL, Janken. 2009. “The Black Death in the North: 1349-1350”. In *Living with the Black Death*, edited by Lars Bisgard and Leif Søndergaard, 63-84. Odense: University Press of Southern Denmark.
- NOGUEIRA, Bernardo Sá Nogueira. 2000. “O Espaço Eclesiástico em Território Português (1096-1415)”. In *História Religiosa de Portugal. Volume 1. Formação e Limites da Cristandade*, dir. by Carlos Moreira de Azevedo, coord. by Ana Maria C. M. Jorge and Ana Maria S. A. Rodrigues, 142-201. Lisboa: Círculo de Leitores.
- PAUPÉRIO, Joana, Hélia Marisa Vale Gonçalves, João Alexandre Cabral, António Mira and Joana Bencatel. 2019. “Roedores”. In *Atlas de Mamíferos de Portugal*, ed. by

- Joana Bencatel, Helena Sabino Marques, Francisco Álvares, André E. Moura and A. Márcia Barbosa, 116-149. Évora: Universidade de Évora. 2ª edição.
- PORTELA DA SILVA, Ermelindo. 1975. “La región del obispado de Tuy en los siglos XII a XV. Una sociedad en la expansión y en la crisis”. *Compostellanum. Revista de la Archidiócesis de Santiago de Compostela* 20 (1-4): 1-469.
- RAU, Virgínia, A. H. de Oliveira Marques, Iria Gonçalves, Humberto Baquero Moreno and Luís Oliveira Ramos. 1963. “Para o Estudo da Peste Negra em Portugal”. *Bracara Augusta* 14-15: 210-239.
- RAU, Virginia. 1966. «Un document portugais sur la peste noire de 1348.» *Annales du Midi: revue archéologique, historique et philologique de la France méridionale*, 78.77-78: 331-334.
- RODRIGUES, Ana Maria S. A.. 1995. *Torres Vedras. A Vila e o Termo nos Finais das Idade Média*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica.
- ROQUE, Mário da Costa. 1979. *As pestes medievais europeias e o “regimento Proueytoso contra ha Pestença”*. Paris: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ROOSEN, Joris, and Daniel R. Curtis. 2018. “Dangers of noncritical use of historical plague data”. *Emerging Infectious Diseases* 24 (1): 103-110. <https://doi.org/10.3201/eid2401.170477>.
- SLOANE, Barney. 2011. *The Black Death in London*. Stroud: The History Press.
- UBIETO ARTETA, A. 1975. “Cronología del desarrollo de la Peste Negra en la Península Ibérica”. *Cuadernos de Historia* 5: 47-66.
- VACA LORENZO, Ángel. 1984. “La Peste Negra en Castilla. Aportación al estudio de algunas de sus consecuencias económicas y sociales”. *Studia Historica. Historia Medieval* 2: 89-107.
- VACA LORENZO, Ángel. 1990. “La Peste Negra en Castilla. Nuevos testimonios”. *Studia Historica, Historia Medieval* 8: 159-171.
- VIEGAS, Valentino, ed. 1998. *Inquirição sobre os bens régios nos concelhos de Castro Verde, Almodôvar e Padrões (1375-1376)*. Lisboa: Instituto dos Arquivos Nacionais / Torre do Tombo.
- YUE, Ricci P.H., Harry F. Lee and Connor Y. H. Wu. 2016. “Navigable rivers facilitated the spread and recurrence of plague in pre-industrial Europe”. *Science Reports* 6: 34867. <https://doi.org/10.1038/srep34867>.
- ZHAO, Dawei, Lixiang Li, Haipeng Peng, Qun Luo and Yixian Yang. 2014. “Multiple routes transmitted epidemics on multiplex networks”. *Physics Letters A* 378.10: 770-776. <https://doi.org/10.1016/j.physleta.2014.01.014>.

Medidas contra a propagação da peste
a partir do porto de Lisboa:
Os Regimentos de 1693
do Senado da Câmara de Lisboa

António Costa Canas*

Anais de História de Além-Mar XXII (2021): 85-105. ISSN 0874-9671

Resumo

Neste artigo apresentam-se várias medidas tomadas em Lisboa para evitar o contágio pela peste, a partir dos navios que chegavam ao seu porto. Será analisada alguma da legislação que foi sendo promulgada, a partir do século XV, especialmente para controlar, do ponto de vista sanitário, os viajantes que chegavam e para garantir o isolamento daqueles que constituíam potencial ameaça. Merecerão uma atenção especial dois regimentos redigidos em finais de Seiscentos, nos quais se regula, de forma detalhada, a forma de realizar esse controlo.

Palavras-chave: Medidas sanitárias, peste, Porto de Belém, quarentena.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 24/06/2021

Abstract

In this paper we present several measures taken in Lisbon to prevent contagion by the plague, from the ships that arrived at its port. Some of the legislation that was enacted from the 15th century onwards will be analysed, especially to control, from the health point of view, the arriving travellers and to ensure the isolation of those who were a potential threat. Special attention will be paid to two regiments written at the end of the Sixties, regulating, in a detailed way, how to carry out such control.

Keywords: Sanitary measures, plague, Porto de Belém (Lisbon), quarantine.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 24/06/2021

* Escola Naval; CINAV - Centro de Investigação Naval; CH-ULisboa - Centro de História da Universidade de Lisboa, Portugal.
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1775-3925>. E-mail: costacanas@gmail.com.

Medidas contra a propagação da peste a partir do porto de Lisboa: Os Regimentos de 1693 do Senado da Câmara de Lisboa

António Costa Canas

Introdução

A Humanidade tem conhecido a ocorrência de epidemias com efeitos altamente devastadores. Trata-se geralmente de doenças contagiosas que se propagam por intermédio de vetores transportadores do agente infetante, ou por proximidade entre indivíduos infetados e indivíduos sãos. A doença que teve certamente consequências mais arrasadoras foi a peste, sendo conhecidas diversas ocorrências epidémicas desta doença, ao longo da história da Humanidade.

O principal objetivo do presente estudo é perceber de que modo se lidou com a peste, particularmente a forma como se procurou minimizar a possibilidade de contágio a partir de viajantes contaminados infetados que chegavam a Lisboa, por via marítima. Que medidas foram sendo tomadas ao longo do tempo, para reduzir o risco de infeção para a população da cidade e, conseqüentemente, diminuir a possibilidade de propagação da doença pelo restante país? Que estruturas foram criadas para aplicação dessas medidas? De que instrumentos dispunham aqueles que as integravam para aplicação daquilo que se encontrava determinado nos normativos promulgados para enfrentar o problema? Para encontrar respostas para estas questões será feita uma análise das diversas medidas tomadas ao longo do tempo para controlar a proliferação de casos. Essa abordagem culminará com a análise descritiva dos aspetos mais relevantes de dois regimentos redigidos pelo Senado de Lisboa, em finais do século XVII: *Regimento do provimento da saúde para o porto de Belém* e *Regimento que se há de observar sucedendo haver peste (de que Deus nos livre) em algum Reino, ou Província confinante com Portugal*. Da leitura destes dois textos surgiram mais algumas questões de investigação: qual o papel da cidade de Lisboa e da sua edilidade na implementação de medidas sanitárias a nível do reino? E qual a importância do Porto de Belém no controlo sanitário da capital?

Delimitada que está a temática de análise: “medidas contra a propagação da peste” e o contexto espacial: cidade de Lisboa, com especial destaque para o Porto de Belém, importa agora delimitar temporalmente a abordagem. Este estudo centrar-se-á na epidemia que começou durante o

século XIV e se prolongou por alguns séculos, com surtos que se repetiam de tempos a tempos, e que levou à morte de muitos milhões de pessoas. Portanto, a investigação começará com os primeiros textos conhecidos contendo normativos destinados a controlar a propagação da peste, tendo como limite temporal superior a data de publicação dos regulamentos anteriormente referidos. Qual o motivo que conduz ao destaque destes regimentos em relação a outros anteriores? Em primeiro lugar, porque são os mais antigos que se conhecem em Portugal que foram impressos, sinal evidente do interesse na divulgação alargada dos mesmos. Além disso, conforme refere Teresa Rodrigues, só a partir desta altura se consegue estabelecer um aparelho sanitário eficaz:

Assim, embora apenas em finais do século XVII, com a publicação do *Regimento que se ha de observar sucedendo haver peste (de que Deos nos livre) em algum Reyno, ou Provinçia confinante com Portugal*, datado de 1693, se conseguisse um aparelho sanitário razoavelmente eficaz nos limites terrestre e marítimo, as tentativas para o estabelecer são muito anteriores. (Rodrigues s.d., 93)

Para atingir o objetivo proposto, o estudo começará com a apresentação dos textos considerados mais relevantes para compreensão do problema. Seguir-se-á uma pequena secção de contextualização. A mesma servirá para explicar o que é a peste, de que modo a doença se propaga e quais foram as suas principais epidemias conhecidas em termos históricos. Com esta breve síntese de alguns dos aspetos da história da peste, procura-se chamar a atenção para o surto epidémico que se iniciou em finais da Idade Média e para o problema da propagação da doença por via marítima.

Na secção seguinte serão apresentadas as principais medidas que foram sendo tomadas, em Lisboa, para reduzir o risco de contágio pelos viajantes que chegavam por mar, dando especial ênfase à regulamentação que foi sendo publicada para o efeito. Finalmente, será apresentado o conteúdo de dois regimentos, redigidos em 1693, pelo Senado da cidade de Lisboa e posteriormente confirmados por D. Pedro II. O primeiro desses regimentos será dedicado ao Porto de Belém, local de controlo de acesso à cidade de Lisboa, e onde se tomavam as medidas consideradas adequadas para conter potenciais contágios. Quanto ao outro regimento, diz respeito a disposições genéricas a aplicar um pouco por todo o reino, embora uma parte significativa do mesmo se centre na realidade lisboeta.

Sendo o propósito principal deste trabalho perceber as medidas que foram sendo implementadas para combater a peste, terminando essa análise nos dois regimentos de 1693, são estes dois documentos as fontes principais deste estudo. Para se poder entender o modo como evoluiu a segurança sanitária da cidade, serão, obviamente, apresentadas outras fontes, contendo essencialmente normativos legais.

Tanto quanto foi possível averiguar, não existe qualquer estudo dedicado ao exame dos dois regimentos, ou ao papel do Porto de Belém no que diz respeito às normas de contenção sanitária para evitar a propagação da peste, a partir dos navios que chegavam a Lisboa, vindos de outras paragens. Tal não significa que não se encontrem referências a estes documentos na bibliografia dedicada às questões sanitárias, tanto em Lisboa, como no restante território do reino, mas são geralmente referências pontuais. Neste estudo procurou-se apresentar de uma forma integrada quem eram os principais agentes dedicados à prevenção sanitária, quais as suas competências mais relevantes, quais os procedimentos que deveriam seguir e quais os critérios coercivos ao seu dispor, para impor a aplicação daquilo que estava previsto nos regulamentos.

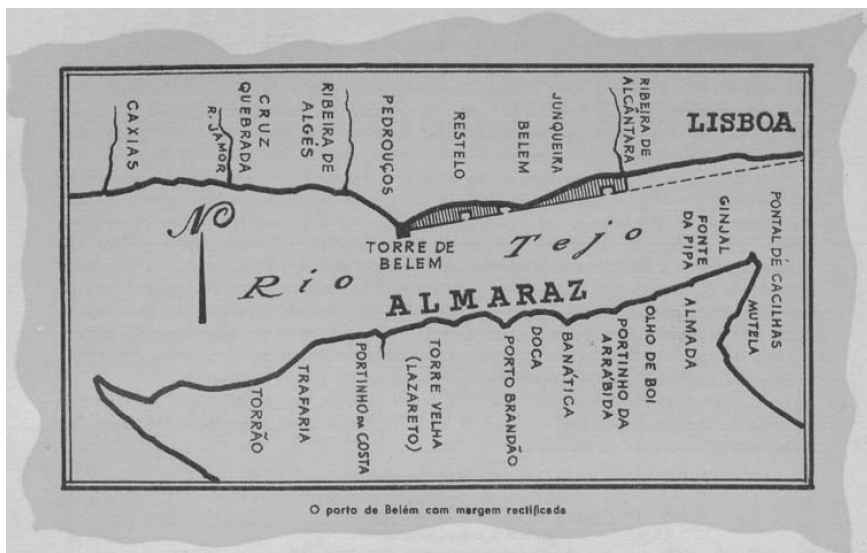
O autor que provavelmente analisou com maior detalhe as providências tomadas para conter a propagação da peste, chegada por via marítima, na época que nos interessa, foi Amândio Barros. No entanto, os seus estudos centram-se naquilo que ocorreu na cidade do Porto. Na sua tese de doutoramento, defendida em 2004, o assunto já mereceu uma análise cuidada. Essa tese esteve na base de uma obra que Barros publicou uma dúzia de anos depois (Barros 2016). No entanto, em 2013 lançou uma obra dedicada exclusivamente à prevenção da propagação da peste (Barros 2013).

Para uma visão de conjunto das medidas tomadas no reino, a partir do século XVI, seguiu-se o texto de Laurinda Abreu (2018). Também na tese de doutoramento de Carlos Subtil se encontra vária informação sobre a prevenção da entrada da peste, ao longo do tempo (Subtil 2013).

Sobre o Porto de Belém existe um artigo bastante interessante, publicado em 1952 na *Revista Municipal*, de Lisboa. O autor desse texto, João da Cruz Viegas, foi funcionário dos serviços alfandegários, tendo igualmente dedicado parte do seu tempo à história local. Proferiu diversas comunicações e escreveu vários livros e artigos sobre os portos de Lisboa e Cascais.

Logo no início do artigo é apresentada uma imagem esquemática do rio Tejo, para se perceber o enquadramento do Porto de Belém (Fig. 1). A legenda da mesma refere que nela se representa a margem retificada, devido aos vários trabalhos que permitiram «conquistar» espaço ao rio. A

referida imagem encontra-se representada na figura 1 e nela percebe-se o «estrangulamento» do rio na zona da Torre de Belém, que faz desse local o espaço indicado para efeitos de controlo da navegação.



1 Representação esquemática do Porto de Belém. Fonte: Viegas 1952, 5.

Neste texto no qual ele faz questão de destacar a sua qualidade de «Chefe de Secção da Direcção Geral das Alfândegas (Aposentado)», realça a importância do Porto de Belém em termos aduaneiros, mas não deixa de alertar para a importância das questões sanitárias, quando se inspecionavam os navios:

Seguem-se as indicações das providências a adoptar quando se descubram tentativas de fraudes; quando se requerer a baldeação das mercadorias para outros navios; quando as mercadorias sejam procedentes de portos «sujos», e que devam ser «desterradas» para os locais designados pelas autoridades sanitárias, durante um determinado prazo, e as cautelas a tomar para não serem desviadas; as formalidades adoptadas para as «buscas» que se façam a bordo; e principalmente sobre os cuidados a ter com o batel do serviço, que devia estar sempre pronto para qualquer «diligência», sob pena de rigoroso castigo para o culpado. (Viegas 1952, 9)

No entanto, o texto não apresenta quaisquer referências à forma como era feito o controlo sanitário no Porto de Belém, na época que nos interessa.

Aliás, além do texto acima transcrito, no artigo só aparece mais uma outra alusão à função de vigilância sanitária do Porto de Belém.

Entrava-se na época em que a navegação à vela viria a ser suplantada pela navegação a vapor e a antiga *Barra do Rastello* aumentaria a sua importância, assim como o porto anexo; o *Porto de Belém*, que continuaria a sua missão de vigilante sentinela da defesa sanitária do País, segundo o «Regimento do Provedor-mor de Saúde», de 29 de Janeiro de 1580.

O «Regimento da *Alfândega* de Lisboa» de 15 de Outubro de 1587 determinou, no Capítulo V, que a «visita de saúde» em Belém seria anterior ao *Registo da entrada dos navios*. Em 20 de Dezembro de 1693 publicou-se outro «Regimento» de saúde, que serviu de fundamento para fornecer *Bilhete de Saúde aos barcos de pesca*, que pelo artigo 114.º do Decreto de 18 de Setembro de 1844 ficaram sujeitos a *visita de Saúde* por haver epidemia de «cholera morbus» em Marrocos. Esta obrigação cessou em 10 de Fevereiro de 1879. Em 1813 havia Guarda-mores de Saúde em Paço de Arcos e na Trafaria, assim como em Belém, (no Bom Sucesso), que coadjuvavam a defesa sanitária do País porque os pescadores algumas vezes comunicavam com navios procedentes de portos infeccionados. Por uma «Carta de arrematação» de 23 de Abril de 1758, existente no cartório da Misericórdia de Cascais vê-se que no ano de 1754 havia nessa Vila um Guarda-mor de Saúde do porto e baía que parece não seria médico, porque era o *capitão* Vicente Martins. (Viegas 1952, 10)

Nestas condições, embora o artigo seja interessante para se perceber a importância estratégica da zona de Belém, para efeitos de inspeção e coordenação dos movimentos de navios para montante, diz-nos muito pouco sobre a relevância do Porto de Belém para controlo da salubridade na capital do reino, tema central do nosso estudo.

A peste

Desde a mais remota antiguidade que os seres humanos se deslocam e por vezes por longas distâncias. Os motivos podem ser os mais variados: migrações em busca de melhores espaços para se fixarem, comércio, conquista de territórios, entre muitas outras. Estes movimentos implicam interações entre as diferentes populações. As deslocações de pessoas e a ligação com outros povos possibilitam a propagação de doenças, caso algum dos grupos seja portador de uma doença contagiosa. Em algumas situações, essas doenças podem tornar-se epidémicas, levando à morte de milhões de pessoas, como foi o que aconteceu, por exemplo, com a varíola ou com a peste.

Para este artigo, interessa particularmente a análise da peste. Trata-se de uma doença provocada por uma bactéria, *Yersinia pestis*, podendo

manifestar-se de três formas distintas, consoante o sistema afetado: a peste bubónica ataca o sistema linfático; a septicémica, desenvolve-se no sistema circulatório, e a pneumónica ataca o sistema respiratório. A forma mais comum de propagação da doença é através da picada de pulgas, alojadas em pequenos mamíferos, especialmente em ratos, que sejam portadores da bactéria. Na sua forma pneumónica, a doença pode ser transmitida pela inalação de pequenas partículas expelidas por pessoas infetadas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pandemia de peste que ocorreu no século XIV, que ficou conhecida como Peste Negra, matou mais de 50 milhões de pessoas na Europa (World Health Organization 2017).

Historicamente consideram-se três grandes epidemias de peste, com diferentes origens geográficas e diferentes percursos de propagação:

The three great plague pandemics had different geographic origins and paths of spread. The Justinian Plague of 541 started in central Africa and spread to Egypt and the Mediterranean. The Black Death of 1347 originated in Asia and spread to the Crimea then Europe and Russia. The third pandemic, that of 1894, originated in Yunnan, China, and spread to Hong Kong and India, then to the rest of the world. (Firth 2012, 11)

Um estudo recente aponta para a elevada probabilidade de ter ocorrido um surto de peste na Europa, no final do Neolítico e na Idade do Bronze, associado a um movimento migratório alargado, que teria ocorrido há mais de 4000 anos:

Here, we present six new European *Y. pestis* genomes spanning the Late Neolithic to the Bronze Age (LNBA; 4,800 to 3,700 calibrated years before present). This time period is characterized by major transformative cultural and social changes that led to cross-European networks of contact and exchange. We show that all known LNBA strains form a single putatively extinct clade in the *Y. pestis* phylogeny. Interpreting our data within the context of recent ancient human genomic evidence that suggests an increase in human mobility during the LNBA, we propose a possible scenario for the early spread of *Y. pestis*: the pathogen may have entered Europe from Central Eurasia following an expansion of people from the steppe, persisted within Europe until the mid-Bronze Age, and moved back toward Central Eurasia in parallel with human populations. (Andrades Valtueña et al. 2017, 3683).

Sobre esta ocorrência em tempos pré-históricos não se conhece muito, pelo que na restante análise desta secção serão consideradas apenas as três pandemias que são mais conhecidas. Interessa particularmente perceber um pouco melhor como decorreu a segunda, uma vez que foi esta que conduziu à implementação das medidas que serão adiante analisadas.

Uma característica comum à pandemia da época de Justiniano e àquela que começou com a Peste Negra é a ocorrência de diversas vagas de peste, que se prolongaram por vários séculos, com consequências devastadoras para as populações atingidas. Esta recorrência de surtos de peste foi especialmente notória na segunda pandemia:

The second pandemic originated in India, China, or the steppes of Russia, touched the shores of western Europe (Messina) in the autumn of 1347, circumnavigated most of continental Europe in less than three years and eventually struck places as remote as Greenland. While the first lasted just over two centuries and the third a mere twenty-five years in pandemic form, this second wave returned periodically for nearly five hundred years in western Europe. Its last attack in Italy was at Noja (Noicattaro), near Bari, in 1815, but it persisted longer in eastern Europe and Russia. Its cycles, however, lengthened from a hit about every ten years for any locale during the latter half of the fourteenth century to absences of 120 years or more for major cities at least in Italy by the seventeenth century. Despite repeated claims in textbooks, the plague of Marseilles in 1720–1 was not this pandemic's European finale. In 1743, 48,000 perished from plague in Messina; in 1770–1 over 100,000 in Moscow; and in the Balkans, Egypt, Asia Minor and Russia this Black-Death-type of contagious plague may have persisted as late as 1879. (Cohn 2008, 74-75)

Quanto à terceira pandemia, não teve consequências tão devastadoras como as anteriores, certamente porque o conhecimento científico já tinha evoluído o suficiente para ser possível controlar a doença:

In European history, plague has ravaged populations and affected historical developments in two protracted series of waves of epidemics. The first (known) plague pandemic began in A.D. 541 and ended in 767, the other started in 1346 and lasted to c. 1650-1722 in most of Europe, longer in the Turkish Balkans and Russia. The Black Death is the first gigantic, particularly disastrous and notorious wave of plague epidemics of the second plague pandemic. A third plague pandemic was under way in the nineteenth and early twentieth centuries, but was stopped by countermeasures based on modern medicine and epidemiology. (Benedictow 2004, XV)

Tendo em conta os efeitos devastadores da peste é natural que fossem tomadas medidas destinadas a reduzir os seus efeitos. A próxima secção será dedicada à apresentação da forma como se lidou com essa doença, no contexto da segunda pandemia, que foi a mais mortífera de todas.

Medidas de proteção contra os efeitos da peste

Num artigo dedicado ao combate às epidemias em Portugal, Laurinda Abreu começa por explicar que a fuga foi a primeira reação contra os surtos de peste de meados de Trezentos. Acrescenta que essas disposições nem sempre serviam, dando como exemplo D. Duarte, que depois de ter fugido de Lisboa, passando por várias localidades do Alentejo, acabou por sucumbir à doença em Tomar. Mas a fuga não servia para combater ou prevenir os surtos epidémicos. As primeiras decisões nesse sentido foram tomadas no Mediterrâneo, nalgumas cidades de Itália e da Croácia. Quando se tomava conhecimento de ameaça de peste, vinda do exterior, fechava-se a localidade, permitindo apenas a entrada a quem apresentasse comprovativo de que não tivera contacto com a doença (Abreu 2018, 93-94).

Também Alberto Vieira informa que os primeiros espaços para isolamento de pessoas infetadas, com peste, teriam surgido no Mediterrâneo:

Os primeiros lazaretos surgiram com as vagas de peste do século XV, aparecendo, em 1403, em Veneza e em 1490, em Lisboa. Na Madeira, tardou muito o hospital, mas temos, desde o início do século XV, sendo as primeiras notícias de peste de 1488-89, 1491, a ideia deste espaço, Lazareto, como área de privação da liberdade temporária para limpeza das doenças infecciosas. (Vieira 2014, 48)

De facto, o texto mais antigo que se conhece, referente à criação de um espaço dedicado ao isolamento de pessoas e mercadorias, oriundas de regiões onde grassava a peste, é de 1492. Trata-se de uma carta régia de D. João II, dirigida aos notáveis do município de Lisboa, para que o município providenciasse um local para permanência dessas pessoas. É interessante notar que o espaço de isolamento escolhido foi Belém, que permanecerá por séculos como a área de controlo de entrada de navios suspeitos:

Veradores Procurador e Procuradores dos Mesteres Nos El Rey vos inuiamos muito saudar. Por que nos pairesse que he huma couza muy perigosa pera boa guarda desa cidade algumas naos asy de nossos naturaes como estrangeiros, que vem de lugares perigozos em que morrem de pestenença, do que se as vezes recee muito dano dello e perigo, nos pairesse que seria huma cousa muito boa, e folgariamos de se fazer, hum alpendre no topo de huns pardieyros que estam alem hum pouco de Santa Maria de Belem, e huma cruz de pedra grande em huma ponta que esta alem dos moinhos de Fernam Lourenço, pera as naos que vierem de lugares perigosos nom pasarem da marca da cruz, e pera asoalharem suas mercadorias e se recolherem neste

alpendre que se asy fezerem nestes pardieyros, e porque nom sabemos se estes pardieyros sam dalguns hereos, folgariamos de vos consertardes com elles pello que fose bem, e de ordenardes huma boa pena, com os do noso conçelho, pera as naos e nauios que asy vierem de lugares perigosos nom pasarem das ditas marcas, do dia que ali chegarem a certos adias nom entram na dita cidade, encomendamosvos que creaes Andre Gago de todo o que vos de nossa parte acerqua dello dicer. Escrita em Sintra a sinco dias de Setembro, Pedro da Mota a fes era de mil e quatrocentos e noventa e dois = Rey (AML, Cópia do Livro 1.^o do provimento da saúde, fls. 20-20v.)

Na realidade, já anteriormente se tomavam medidas para evitar a propagação da doença, que poderia ser transmitida por tripulantes dos navios que chegavam de terras onde existia peste. No portal do Arquivo Municipal de Lisboa aparece um texto no qual são mencionadas diversas medidas para evitar a propagação da peste. Nesse texto, é mencionada uma carta do Infante D. Duarte, dirigida aos notáveis do concelho de Lisboa, no sentido de serem cumpridas as disposições tendentes a evitar o contacto de tripulantes potencialmente infetados com os habitantes da cidade:

O confinamento obrigatório de embarcações, determinado pelo infante D. Duarte, durante quinze dias, destinava-se a isolar tanto tripulantes como mercadorias, de forma a evitar a possível transmissão da doença aos habitantes da cidade “por seu aazo poderja vijnr hũa tam grande pestenença a essa Cidade”, “E da dicta Cidade se espalharya per toda a terra que seria gram dapno”. O enfoque nesse tipo de comedimento evidencia a percepção de que o contacto humano potenciava o contágio “E ssabees bem como de ligeiro se esta dor apega d huuns em outros”. (Brochado 2020)

A referida carta não é datada, mas pela análise do seu conteúdo, é-lhe atribuída uma datação entre 1422 e 1433, sendo, provavelmente, o mais antigo documento português conhecido sobre as regras para reduzir a possibilidade de entrada da doença a partir do exterior. Embora a carta seja o documento central do referido texto do Arquivo, no mesmo são apresentados diversos outros documentos existentes no mesmo Arquivo, relacionados com as medidas tomadas em diferentes momentos, para minimizar o contágio da peste.

Também Laurinda Abreu refere vários desses documentos. Nesse sentido, observa que em 1514 surgiu regulamentação relativa às estruturas fixas para isolamento dos viajantes suspeitos, chegados por via marítima. Ainda em termos de regulamentação, a mesma autora menciona o primeiro regimento de saúde, para a cidade de Lisboa. Com data de 1526, tem por título: *Que leva Pedro Vaz sobre o que toca ao bem da saude de Lisboa*. Na prática, trata-se de apresentar, de uma forma sistematizada, um conjunto de medidas

a tomar para minimizar o contágio e tratar os infetados. O texto resulta da experiência recolhida pelo desembargador Pedro Vaz, que viajou por diversos locais da península itálica obtendo informações sobre a forma como lá se lidava com o problema. Com este regimento foram criados cargos com competências para gerir as situações de crise sanitária:

Este documento configura igualmente o cargo de provedor-mor da Saúde, que lhe foi atribuído, marcando também a passagem dos primitivos dispositivos sanitários da cidade para estruturas permanentes e profissionalizadas. Sendo no essencial um instrumento de gestão do espaço urbano durante as epidemias, não descurava a prevenção, sobretudo das pestes que poderiam chegar pelos «portos de mar, onde o tal mal vem de mui longe cerrado nas caixas dos marinheiros e nas próprias mercadorias». (Abreu 2018, 95)

Entretanto, no reinado de D. Sebastião, sendo D. Henrique regente, foi criado o Lazareto da Trafaria, em 1565, tendo o mesmo funcionado ali até ao século XIX, quando passou para a Torre de S. Sebastião de Caparica (Abreu 2018, 96).

Obviamente que noutros locais do reino seriam tomadas decisões semelhantes para minimizar o risco de propagação da peste. Já foi anteriormente apresentada a referência que Alberto Vieira fez às medidas tomadas no Funchal. Também se conhece bem o modo como a cidade do Porto lidou com estas questões, graças aos estudos de Amândio Barros, anteriormente mencionados. Apesar de se reconhecer a existência de ordenações similares, tomadas em diferentes locais do reino, este estudo terá por base a análise de dois regimentos redigidos por iniciativa do Senado de Lisboa, conforme foi referido na introdução, os quais contemplam as disposições dirigidas a esta cidade, embora um deles contenha igualmente algumas providências aplicáveis ao restante território do reino.

Regimento do provimento da saúde para o Porto de Belém

Do exposto nos parágrafos anteriores, pode concluir-se da centralidade da zona de Belém, assim como o espaço fronteiro à mesma, na Outra Banda, para a proteção da cidade de Lisboa contra a entrada de doenças contagiosas vindas por mar. Na realidade, esta zona assumia um papel fundamental no controlo de acesso a Lisboa, tanto do ponto de vista militar como alfândegário. Esta importância resulta certamente do facto de o rio Tejo estreitar junto a Belém, facilitando deste modo o controlo da navegação que se dirige para montante.

Curiosamente, na mesma altura em que foi criado o primeiro espaço de isolamento dos suspeitos de peste embarcados, D. João II mandou construir uma fortaleza na zona de Porto Brandão, que foi remodelada no reinado de D. Sebastião, passando a ser conhecida por Torre de São Sebastião da Caparica, ou Torre Velha. No século XIX, foi para aqui transferido o lazareto, que antes funcionava na Trafaria. O sistema defensivo idealizado por D. João II, incluía também uma torre em Belém, que viria a ser construída apenas no reinado do seu sucessor:

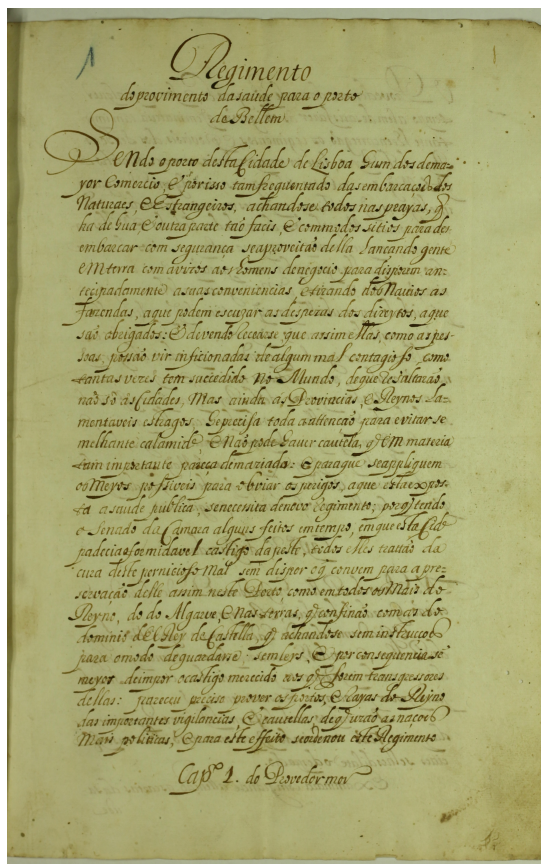
Como em frente da *Torre Velha*, quase a meio da largura do Rio Tejo, ficavam uns rochedos visíveis na baixa-mar, pensou D. João II em mandar construir sobre eles outra fortaleza para cruzar fogos com os da *Torre Velha*, e fechar o *porto de Belém* aos inimigos. Esta nova fortaleza só foi, porém, começada em 1515, já no reinado de D. Manuel, e concluída em 1520, e ali se elevou a bonita *Torre de Belém* que ainda actualmente é muito admirada. (Viegas 1952, 8)

A Torre de Belém assumia a função de controlo do Porto de Belém em três vertentes: militar, alfandegária e sanitária, sendo esta última a que nos interessa particularmente. Tendo em conta a importância do Porto de Belém, para controlo sanitário de quem chegava por via marítima, é natural que se tenha regulamentado a forma como se realizava esse controlo. Em 1609 foram definidas, por Filipe II, de Portugal, as atribuições e competências do provedor da saúde do Porto de Belém, através do *Regimento do provedor da saúde do porto de Belém*. No início do referido regimento é afirmado que se trata do primeiro normativo com este propósito:

E porque no porto de Bellem he necessário a principal guarda e vegia no que toca a bem da saúde por ser chave de todo o Reino e por onde não a avendo facilmente se poderá apestar esta cidade e Reino pelo muito concurso de navios estrangeiros que ao dito Porto vem onde até agora não ouve Regimento por onde o Provedor do dito Porto se possa governar salvo o costume antigo e posse em que está, e alguas posturas que tocão sobre esta matéria por onde he necessário o dito Provedor ter muito larga em tudo o que toca a bem da saúde como para executar as posturas feitas para bem della tocantes ao dito Porto, porque com isso se atalha também aos atravessadores que ordinariamente vão a elle atravessar as mercadorias e dar e receber muitos abusos contra o bem publico desta cidade pelo que se lhe ordenou o seguinte Regimento. (AML, Livro 1.º do provimento da saúde, fl. 237)

É muito provável que esta regulamentação venha na sequência do surto de peste que começou em Lisboa em 1598 e se prolongou até 1604. Entretanto, foram sendo promulgados outros regulamentos relativos à prevenção da peste um pouco por todo o país, como é o caso do de 1677,

Regimento de que devem fazer as câmaras das cidades e villas deste reyno para as guardas da saúde delle, referido por (Abreu 2018, 96). Em 1693, o Senado da Câmara de Lisboa redigiu dois regimentos (AML, *Regimento do Provimto da Saúde para o porto de Belém* e *Regimento que se há-de observar quando houver peste em algum reino ou província confinante com Portugal*), os quais foram confirmados por D. Pedro II em 1695 e posteriormente impressos, em 1720, reinando já D. João V. Na imagem abaixo (**Fig. 2**) apresenta-se reprodução da primeira página do manuscrito do *Regimento do Provimto da Saúde para o porto de Belém*. Seguidamente será feita uma análise do conteúdo desses dois documentos, no que respeita ao tema central deste texto: medidas contra a peste no porto de Lisboa.



2 Primeira página do manuscrito do Regimento do Provimto da Saúde para o Porto de Belém.
Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa, Livro 2º de Consultas e Decretos de D. João V do Senado Oriental, fl. 1.

O primeiro desses regimentos começa com um breve texto introdutório, no qual se refere a existência de outros regulamentos anteriores, nomeadamente da iniciativa do Senado de Lisboa. No entanto, esses textos anteriores não continham medidas preventivas para impedir a propagação da peste. Daí que tenha sido sentida a necessidade de produzir estes dois novos regimentos. Curiosamente, embora este primeiro regimento seja dedicado ao Porto de Belém, no mesmo é referida a preocupação com todo o território nacional, especialmente as regiões de fronteira, tanto terrestre como marítima:

[...] he precisa toda a attenção para evitar semelhante calamidade, & não pode haver cautela, que em materia tam importãte pareça demasiada: & para que se applichem os meynos possíveis para obviar os perigos, a que està exposta a saúde pública, se necessita de novo Regimento; porque tendo o Senado da Camera algũs feytos em tempo, em que esta Cidade padecia o formidável castigo da peste, todos elles trattão da cura deste pernicioso mal, sem dispor o que convem para a preservação delle assim neste Porto, como em todos os mais do Reyno, do Algarve & nas terras que cõfinão cõ as do dominio del Rey de Castella que achando-se sem instrucções para o modo de guardarse, sem leys & por consequencia sem meynos de impor o castigo merecido aos que forem transgressores dellas: pareceo preciso prover os portos, & Rayas do Reyno das importantes vigilancias & cautellas, de que usão as naçoens mais politicas, & para este effeyto se ordenou este Regimento. (*Regimento do Provimto da Saúde do Porto de Belém*, 1720, fl. 1v)

Os cinco primeiros capítulos são dedicados à descrição das competências e obrigações daqueles que tinham responsabilidade no controlo sanitário: Provedor-mor, Guarda-mor, Escrivão, Guarda da bandeira e Intérprete. O primeiro capítulo, dedicado ao Provedor-mor, diz respeito a um cargo cuja jurisdição não se limitava ao Porto de Belém, mas se estendia a todo o território de Portugal Continental. Conforme refere Laurinda Abreu, este cargo era normalmente exercido pelo vereador da Saúde do município de Lisboa (Abreu 2018, 96). Para os efeitos deste estudo, o seu papel era essencialmente o de procurar conhecer quais os locais estrangeiros de onde poderia ser transmitida a peste e divulgar essa informação por todo o país, de modo que fossem tomadas medidas para supervisionar o potencial contágio que poderia chegar por navios desses locais.

Os detentores dos cargos descritos nos capítulos seguintes, Guarda-mor, Escrivão, Guarda da bandeira e Intérprete, deveriam residir em Belém e não se poderiam ausentar sem estarem devidamente autorizados e só depois de serem substituídos durante a sua ausência. O primeiro deles tinha de solicitar autorização do Senado, enquanto os outros obtinham essa autorização junto

do Guarda-mor. Ou seja, este último teria algum ascendente hierárquico sobre os restantes.

O Guarda-mor despachava os requerimentos que lhe chegassem sobre assuntos de saúde. Deveria examinar as cartas de saúde que lhe fossem apresentadas, tomando especial atenção para verificar a autenticidade das mesmas, uma vez que existiam cartas falsificadas. Tinha igualmente competência para convocar as autoridades jurídicas de Belém, caso fossem necessárias providências da parte delas, podendo inclusivamente prendê-las caso não tomassem as devidas diligências, dando conhecimento de tal ao Provedor-mor.

O Escrivão era responsável pelos registos das condenações determinadas pelo Guarda-mor. Deveria ainda providenciar a entrega dos valores recebidos, resultantes dessas condenações, ao Tesoureiro de São Sebastião da Padaria. Era também responsável por manter um registo detalhado de todas as mercadorias que eram levadas para o lazareto.

O Guarda da bandeira deveria assegurar uma vigilância permanente sobre os navios que entravam, avisando as restantes autoridades sanitárias para tratarem do despacho respetivo. Mantinha a vigilância em permanência e deveria denunciar todas as situações de transgressão ao Regimento. Era também ele que fazia a entrega do dinheiro recebido das condenações.

Quanto ao Intérprete deveria conhecer as principais línguas europeias, para poder inquirir, detalhadamente, os tripulantes dos navios chegados ao porto. Caso o Intérprete não dominasse a língua falada pela tripulação de algum navio, o Senado deveria nomear, para essa situação, um outro Intérprete que pudesse comunicar com eles. Caso se apercebesse de alguma falsa declaração prestada por algum dos inquiridos, deveria informar logo o Guarda-mor. Se não o fizesse, arriscava-se a perder o ofício, sendo ainda castigado pelo Senado.

A partir do capítulo VI são definidos os procedimentos a seguir no controlo sanitário dos navios e seus tripulantes. No primeiro desses capítulos é definido o local onde os navios deveriam fundear, que seria próximo da Torre de Belém, a jusante da mesma, não sendo permitido passar para montante antes de concluídos esses procedimentos.

O capítulo seguinte é dedicado aos interrogatórios. Começa com a listagem de perguntas que devem ser feitas aos responsáveis pelas embarcações. A quantidade de questões é relativamente grande, por forma a tentar perceber qual o risco de contágio caso existisse contacto entre o pessoal embarcado e a população da cidade. Apresentam-se, a título de exemplo, algumas dessas perguntas: qual o porto de origem e os portos onde fez

escala? Qual foi a duração da viagem? Quantas pessoas tem a bordo? Se existem doentes a bordo e quais os sintomas que apresentam? Se morreram pessoas durante a viagem e qual a causa? Que género de mercadorias transporta e qual a origem das mesmas?

Ainda no capítulo dos interrogatórios são apresentadas diversas precauções a ter durante os mesmos. Deveria ser assegurada alguma distância durante os interrogatórios, para minimizar o risco de contágio. A documentação recebida do navio (cartas de saúde e passaportes) deveria ser “purificada” por um processo que envolvia o uso de vinagre e fumigações. Depois de ouvidos vários elementos da tripulação, isoladamente para que cada um não tomasse conhecimento das declarações dos outros, era organizado um processo com todos os documentos. Até que o processo fosse despachado, toda a gente deveria permanecer a bordo e eram proibidos praticamente todos os contactos com o exterior.

O sétimo capítulo fala nas cartas de saúde. As mesmas poderiam ser manuscritas ou impressas. Consoante a origem dos navios, poderiam ser passadas pelas autoridades de saúde locais, ou por outras pessoas, geralmente religiosos. O texto da carta de saúde deveria conter uma descrição do portador, de modo a facilitar a sua identificação perante as autoridades a quem fosse apresentada. No oitavo capítulo é referido que os navios oriundos da Terra Nova ou da Noruega, com peixe, ou madeira, normalmente não traziam cartas de saúde, por não existir quem as passasse. Contudo, esses navios teriam livre prática, desde que não trouxessem gente doente.

O capítulo X é dedicado às embarcações vindas de lugares suspeitos. Basicamente, essas embarcações deveriam ser sujeitas a uma quarentena de pelo menos quarenta dias, podendo ser prolongada, por decisão do Senado, por exemplo no caso de adoecer alguém a bordo durante esse período. O isolamento aplicava-se às pessoas e às mercadorias. Para assegurar o cumprimento do mesmo deveriam ser nomeados dois guardas, que fariam vigilância sobre o navio. Os dois capítulos seguintes explicam o procedimento de nomeação dos guardas e o modo como deveriam cumprir a sua missão. Na prática, esses guardas iriam para bordo, supervisionar, devendo ir preparados para ficar igualmente de quarentena. Caso precisassem de algo em terra, como por exemplo roupa, deveriam comunicar essa necessidade, sendo colocado na praia aquilo que eles pediam e que eles recolheriam na praia, evitando contacto com as pessoas em terra. Se o navio que estavam a controlar saísse para o mar, os guardas usavam a sua lancha para desembarcar, devendo dirigir-se para o lazareto, onde passariam pelo menos vinte dias. Existe um capítulo dedicado aos oficiais militares e de justiça que

fossem a bordo de navios, no desempenho das suas funções. O procedimento é semelhante ao seguido para os guardas, caso fossem a bordo de uma embarcação impedida, ficariam retidos na mesma até que tivesse livre prática.

Um outro capítulo é dedicado aos religiosos mendicantes, que costumavam pedir esmola a bordo dos navios que chegavam. Deveriam ser avisados sobre os navios impedidos, para que não fossem a eles, e caso não cumprissem esta determinação seriam castigados.

A partir do capítulo XV são explicados diversos cuidados a ter em consideração com as mercadorias que eram desembarcadas dos navios que tinham livre prática; cuidados com o abastecimento de mantimentos aos navios que estivessem de quarentena e solicitassem esse apoio; procedimentos para desinfetar as mercadorias oriundas de lugares suspeitos, assim como métodos para desinfetar a correspondência que viesse a bordo desses navios; ou ainda o comportamento que deveria ser assumido pelos navios que apenas arribassem no porto de Lisboa, sem intenção de desembarcar pessoas.

Finalmente, no último capítulo, que é o 22.^o, são mencionadas diversas situações que constituíam infração ao regulamento. Para cada uma dessas infrações é indicada a respetiva penalização. Essas penalizações eram geralmente compostas de uma parte pecuniária, com uma percentagem habitualmente reservada para o denunciante; podendo ainda ser complementadas com uma pena de degredo, para o Brasil, ou ainda destruição pelo fogo da embarcação do infrator.

Regimento que se há de observar sucedendo haver peste (de que Deus nos livre)...

Quanto ao outro regimento que tem por título: *Regimento que se há de observar sucedendo haver peste (de que Deus nos livre) em algum Reino, ou Província confinante com Portugal*, embora seja destinado a definir medidas de proteção para todo o reino, grande parte do seu conteúdo diz respeito à cidade de Lisboa. Nos cinco primeiros capítulos são apresentadas as medidas que devem ser tomadas na raia, sempre que se tenha notícia de algum surto de peste em Castela. Basicamente, deverá ser reforçada a vigilância, para impedir a entrada de pessoas oriundas desses locais nos quais grassava a doença. Quem pretender entrar no reino deverá apresentar passaporte que será examinado pelas autoridades de saúde. Os guardas que faziam a

fiscalização tinham poderes para atirar a matar sobre quem tentasse entrar evitando o controlo. Se alguma dessas pessoas entrasse numa povoação, seria presa num local isolado, como se estivesse infetada. Caso não o estivesse, seria posteriormente sujeita a um processo judicial e caso se verificasse que tinha infringido as regras previstas seria condenada à morte, de molde a servir de exemplo a potenciais prevaricadores.

Quanto às pessoas dos locais da raia que pretendessem deslocar-se a Lisboa, deveriam ser portadoras de passaportes que permitissem a sua identificação positiva. Esses passaportes seriam passados pelas entidades de saúde do município de origem das pessoas. No caso do correio de e para Madrid, o mesmo era trocado na ponte de Badajoz, evitando-se a proximidade entre o estafeta português e o castelhano. Antes de recolher as cartas que recebia, as mesmas deveriam passar por um processo de desinfeção com vinagre e fumo.

Uma parte muito significativa do movimento de pessoas e bens para Lisboa realizava-se por via fluvial. Por esse motivo era fundamental evitar que a doença pudesse entrar por esse meio, daí que vários dos capítulos deste outro regimento sejam dedicados às medidas para impedir que tal pudesse acontecer. Para facilitar o controlo das pessoas que chegavam pelo rio, verificava-se se as mesmas eram portadoras de passaporte e, nessas circunstâncias, as embarcações apenas poderiam chegar aos cais do Terreiro do Paço, da Ribeira do Peixe ou dos Barcos de Santarém. Estes localizavam-se todos na vizinhança da corte e existiam guardas dedicados a controlar os movimentos de embarcações que se dirigiam para os mesmos. Além disso, as autoridades dos portos de onde poderiam ser originárias essas embarcações, tanto do Ribatejo como da Outra Banda, deveriam assegurar um controlo das pessoas que embarcavam com destino a Lisboa. No caso de chegar a Lisboa alguma pessoa sem passaporte, esta deveria ser encaminhada para o lazareto, assim como toda a gente que vinha na referida embarcação. O arrais da mesma seria punido com uma sanção monetária e degredado cinco anos para o Brasil.

No caso das embarcações de pesca que saíssem para pescar a jusante da Torre de Belém, as mesmas deveriam ser identificadas com uma bandeira com uma imagem de São Sebastião e os arrais seriam portadores de passaportes referentes a todos os elementos da campanha. Esses passaportes seriam apresentados e registados na Casa da Saúde do Porto de Belém. No regresso da faina verificava-se se as pessoas que vinham eram as mesmas que tinham saído, e caso não fossem, o arrais seria punido com pena semelhante à indicada no parágrafo anterior.

Quando houvesse notícia que existia peste nalgum local do reino, passariam a ser feitas patrulhas fluviais, de dia e de noite, em lanchas, sendo que uma iria para montante, até Sacavém e a outra para jusante, até Santo Amaro. Durante o dia as lanchas seriam guarnecidas por cidadãos escolhidos para o efeito, enquanto que de noite a tarefa seria levada a cabo por corregedores ou juízes do crime.

Considerações finais

Conforme foi referido na Introdução, o principal objetivo deste estudo foi perceber a forma como se lidou com a peste em Lisboa, especialmente o que se fez para minimizar a possibilidade de contágio a partir de viajantes infetados que chegavam à cidade, por via marítima.

Numa primeira parte procurou-se explicar, sucintamente, o que é a peste, como é que a doença se propaga e quais foram os principais surtos epidémicos conhecidos. Foram identificadas três grandes epidemias, em tempos históricos, embora existam indícios de que na pré-história tenha ocorrido pelo menos uma grande epidemia. Um elemento comum a todos estes episódios é o facto de a propagação da doença estar associada a movimentos populacionais.

Das três epidemias conhecidas, aquela que se prolongou por mais tempo, com ocorrência de diversos surtos recorrentes, foi a que começou no século XIV e que ficou conhecida como Peste Negra. Este primeiro surto provocou milhões de mortos na Europa e na Ásia. A doença também atingiu Portugal e as suas consequências foram igualmente nefastas. Quando se percebeu a sua gravidade, começaram a ser tomadas medidas para minimizar os seus efeitos. A primeira reação foi tentar fugir dos locais onde a peste entrava. No entanto, entendeu-se que era necessário fazer algo mais, pois a doença ia-se espalhando por todo o território.

Embora na época não fosse conhecido o mecanismo de propagação da peste, compreendeu-se que a presença de pessoas infetadas implicava o contágio de outras pessoas na proximidade. Portanto, as primeiras medidas tomadas para minimizar o contágio consistiram no controlo dos movimentos das pessoas que se suspeitava que poderiam estar infetadas, ou que eram oriundas de locais onde se sabia que grassava a peste. Cedo se criaram igualmente condições para isolar as pessoas e respetivas mercadorias, no caso de existir alguma suspeita de que poderiam ser portadoras da doença. Esse isolamento começou por ser realizado a bordo, mas no reinado de

D. João II foi criado um espaço, na zona de Belém, que garantia algum abrigo para quem tinha de fazer esse isolamento em terra.

Durante a centúria de Quinhentos surgiu mais regulamentação e foram criadas estruturas e cargos destinados a lidar com a questão da peste. No reinado de D. Sebastião foi criado um lazareto na Trafaria. Ao longo dos tempos, a área de Belém assumiu um papel de relevo no controlo da navegação que vinha do exterior, com destino a Lisboa. Trata-se da zona onde o rio Tejo estreita, facilitando assim essa vigilância, tanto em termos militares e alfandegários, como sanitários.

No final do século XVII foi redigido, pelo Senado de Lisboa, um regimento que regulava o modo de funcionamento do Porto de Belém. Nesse regimento são apresentadas as funções e competências dos diversos cargos responsáveis pelas diferentes atividades desse porto. São igualmente descritos os procedimentos a seguir no controlo sanitário, assim como as sanções a aplicar a quem não cumprisse o que nele estava regulamentado. Na mesma altura em que foi redigido o regimento que regulava o Porto de Belém, surgiu um outro regimento, também redigido pelo Senado da Lisboa, com medidas aplicáveis a todo o reino, com particular atenção às regiões fronteiriças, pelas quais poderiam entrar pessoas infetadas no reino. Este outro regimento inclui diversos artigos destinados a regular o tráfego fluvial, uma vez que o Tejo era uma via fundamental de acesso Lisboa, para gentes oriundas de diversos locais do reino.

Fontes manuscritas

Arquivo Municipal de Lisboa [AML]

LIVRO 1.º do provimento da saúde e Cópia do Livro 1.º do provimento da saúde

LIVRO 2.º de Consultas e Decretos de D. João V do Senado Oriental

Referências bibliográficas

ABREU, Laurinda. 2018. «A luta contra as *invasões* epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX». *Ler História* 73: 93-120. <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4118>.

- ANDRADES VALTUEÑA, Aida, Alissa Mittnik, Felix M. Key, Wolfgang Haak, *et. al.*. 2017. «The Stone Age Plague and Its Persistence in Eurasia». *Current Biology* 27 (23): 3683–3691. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.10.025>.
- BARROS, Amândio Jorge Morais. 2013. *A Morte que Vinha do Mar Saúde e sanidade marítima num Porto Atlântico (séculos xv-xviii)*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- BARROS, Amândio Jorge Morais. 2016. *A construção de um espaço marítimo no início dos tempos modernos*. Lisboa: Academia de Marinha.
- BENEDICTOW, Ole J. 2004. *The Black Death 1346-1353: The Complete History*. Woodbridge: The Boydell Press.
- BROCHADO, Adelaide. 2020. «Prevenção de surtos epidemiológicos: *que os naujos e gente Impedidos de Peste se lancem loguo fora*». Documento do mês, Maio 2020. <http://arquivomunicipal.cm-lisboa.pt/pt/investigacao/varia/documento-do-mes/maio-2020>.
- FIRTH, John. 2012. «The History of Plague - Part 1. The Three Great Pandemics». *Journal of Military and Veterans' Health* 20 (2): 11-16.
- COHN, Samuel K. 2008. «4 Epidemiology of the Black Death and Successive Waves of Plague». *Medical History* 52 (S27): 74–100. <https://doi.org/10.1017/S0025727300072100>.
- RODRIGUES, Teresa. s.d. «Portugal nos séculos XVI e XVII. Vicissitudes da dinâmica demográfica». *Working Papers*. Porto: CEPESE – Centro de Estudos da População Economia e Sociedade. <https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/colecoes/working-papers/populacao-e-prospectiva/portugal-nos-seculos-xvi-e-xvii.-vicissitudes-da-dinamica-demografica/Portugal-nos-seculos-XVI-e-XVII-Vicissitudes-da.pdf>
- SUBTIL, Carlos Louzada Lopes. 2013. «A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)». Tese de doutoramento em História e Filosofia da Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- [HTTP://DX.DOI.ORG/10.13140/RG.2.1.4860.4889](http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.4860.4889).
- VIEGAS, João da Cruz. 1952. «O antigo porto de Belém na margem direita do Tejo». *Revista Municipal* 53 (2.º trimestre): 5-16.
- VIEIRA, Alberto. 2014. «Degredo». In *Dicionário Contribuições, Direitos, Impostos, Rendas e Tributos*, 47-49. Funchal: Centro de Estudos de História do Atlântico.
- WORLD Health Organization. 2017. «Plague». <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/plague>

Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad*

Josep Barceló-Prats**, Eduardo Bueno Vergara***

Anais de História de Além-Mar XXII (2021): 107-135. ISSN 0874-9671

Resumo

Este artigo tem um duplo objetivo. Por um lado, analisa as diferentes etapas da medicalização acontecidas na Europa desde o final da Idade Média. Por outro lado, abordam-se as mudanças vivenciadas no significado e desenvolvimento dos hospitais ao longo da história e o papel social que vêm desempenhando. Ambos os processos são examinados a partir de uma perspectiva *longue durée*, enfatizando as condições históricas que os determinaram. Entre eles, destacam-se aquelas relacionadas com as grandes epidemias como a Peste Negra.

Palavras-chave: Epidemias, Medicalização, Hospitais, História da Medicina.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 02/08/2021

Abstract

This article has a double objective. On the one hand, it analyses the different stages of medicalization that took place in Europe since the late Middle Ages. On the other hand, it's an approach to the changes experienced in the meaning and development of the hospitals in the past and the social role they have played. Both processes are examined from the *longue durée*, emphasizing the historical conditions that determined them. Among them, those related to the great epidemics such as the Black Death.

Keywords: Epidemics, Medicalization, Hospitals, History of Medicine.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 02/08/2021

* Este trabajo forma parte de dos proyectos. El primero es el titulado «Las claves históricas del desarrollo hospitalario en España y su comparación internacional durante el siglo XX» (referencia: RTI2018-094676-B-I00), financiado por FEDER y el Ministerio de Ciencia e Innovación - Agencia Estatal de Investigación. El segundo es el titulado «Lucha contra el cáncer y cambio socio-cultural en España (1939-1975): entre el miedo y la esperanza» (referencia: PID2019-107658GB-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación - Agencia Estatal de Investigación. También queremos expresar nuestro agradecimiento a Josep M. Comelles y Enrique Perdiguero-Gil por su apoyo en el desarrollo de nuestras investigaciones.

** Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Enfermería, Grupo de investigación en Enfermería Avanzada, Tarragona, España.
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8818-0872>. *E-mail*: josep.barcelo@urv.cat.

*** Instituto Interuniversitario López Piñero, Universidad Miguel Hernández; Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; Dpto. de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, España.
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7185-6162>. *E-mail*: ebueno@umh.es.

Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad

Josep Barceló-Prats, Eduardo Bueno Vergara

Introducción

En términos históricos, las epidemias pueden considerarse como «la versión sanitaria de una catástrofe social que responde a la extensión rápida de enfermedades agudas transmisibles, infectocontagiosas, que cursan con alto número de casos y alta letalidad y cuyo origen reconocemos hoy como biológico en forma de entes microscópicos» (Rodríguez-Ocaña 2020, 26). Precisamente, la irrupción de uno de estos entes microscópicos a finales de 2019, concretamente el virus SARS-CoV-2, ha vuelto a poner de relieve la grave amenaza que para la sociedad representan las enfermedades epidémicas, cuya forma de presentación las dota de unas características sociales especialmente peligrosas.

La crisis sanitaria generada por la COVID-19 – un acrónimo que responde al término inglés *Coronavirus disease 2019* – también ha evidenciado las debilidades de unos sistemas sanitarios que, además de seguir funcionando con un modelo hospitalocéntrico¹, han acusado los recortes presupuestarios en sanidad que se han venido aplicando como resultado de las políticas neoliberales en auge desde hace décadas y en particular a raíz de la crisis financiera de 2008. La subalternidad de la atención primaria y de las actividades preventivas y comunitarias – incluida la educación sanitaria – respecto de los servicios hospitalarios, ha propiciado la saturación crónica de estos últimos y el miedo a sufrir, en momentos determinados, un colapso en el que las necesidades de ingresos hospitalarios superaran con creces las camas de hospital disponibles. En cualquier caso, una de las lecciones que ya podemos extraer de la crisis generada por la COVID-19 es la necesidad de reformar los sistemas sanitarios apostando, definitivamente, por unos servicios centrados también en la salud y no únicamente en la enfermedad.

¹ Hospitalocentrismo es un «concepto que sitúa la capacidad diagnóstica y terapéutica del hospital en el vértice superior del sistema de salud y de sus políticas. La hegemonía del hospital con respecto al resto de recursos asistenciales también viene dada por su valor como espacio fundamental en la formación de profesionales sanitarios» (Comelles, Alegre-Agís, y Barceló-Prats 2017, 58).

Por otro lado, el enorme impacto social de la COVID-19 no debe hacernos olvidar que la aparición de enfermedades epidémicas es un hecho recurrente en la historia. Así, en lo que llevamos de siglo XXI, la población mundial ha vivido diferentes brotes de la llamada «gripe aviar»; del «Síndrome Respiratorio Agudo Grave» – más conocido por sus siglas inglesas SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) –; o, por citar un último ejemplo, del virus del «Ébola». Los potenciales efectos nocivos de estas enfermedades, en un contexto globalizado sin precedentes, fueron agitando el temor a una veloz propagación a escala mundial que, finalmente, se ha terminado produciendo de forma abrupta con la COVID-19².

En cualquier caso, la incidencia negativa sobre la salud humana que pueden causar las enfermedades epidémicas no debería suponer una novedad. Enfermedades contagiosas, tales como la lepra, la peste bubónica, la viruela, el cólera, la tuberculosis o la sífilis, generaron periódicamente a lo largo de su historia millones de muertes (Betrán 2015, 20). Del mismo modo, en fechas más recientes, a principios del siglo XX la mal llamada «gripe española» acabó con la vida de un mínimo de cuarenta millones de personas en el mundo y, desde que en 1981 se diagnosticara por primera vez el «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida» (SIDA) como enfermedad epidémica, el SIDA ya ha causado la muerte de más de treinta dos millones de personas.³

Así pues, debemos recordar que la relación entre las personas y la enfermedad es tan antigua como la propia existencia humana (Ruffie y Sournia 1995, 9). Sin embargo, desde que a finales del siglo XIX los logros del experimentalismo y del «pasteurianismo»⁴ pusieron rostro a un enemigo – hasta entonces – «invisible» (Cipolla 1986), se podía llegar a pensar que la experiencia práctica adquirida tras siglos de contagios era prescindible. Pero nada más lejos de la realidad. La necesidad de gestionar los efectos de la pandemia de COVID-19, mientras se estaba desarrollando un tratamiento efectivo contra esta enfermedad, ha vuelto a exigir la adopción de antiguas medidas de aislamiento como la «cuarentena» o el «confinamiento»:

Aunque ya en la Antigüedad y en los primeros siglos medievales existieron esas medidas de aislamiento, [...] la primera vez que se usa «cuarentena» como término médico, con este significado específico, lo encontramos en

² Sobre la psicosis del miedo en las sociedades occidentales con respecto a las epidemias, véase Delumeau 1989.

³ Pueden consultarse las últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA en la hoja informativa de ONUSIDA, 2021. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

⁴ Sobre la obra de Louis Pasteur y sus influencias, véase Moulin 1994, 327-349.

italiano en el siglo XIV, tras la terrible epidemia de peste que asoló Europa. En el importante puerto de la entonces colonia veneciana Ragusa – hoy Dubrovnik – se puso en 1377 la primera cuarentena de la historia. Dicha palabra hacía alusión a los cuarenta días que los barcos y las personas que se encontraban en ellos debían esperar como medida de prevención para bajar a tierra. (Gutiérrez-Rodilla 2020, 23)

Por su parte, el «confinamiento», entendido en su vertiente médica, sería el resultado de aplicar dicha cuarentena. Se trata, pues, de una reclusión obligatoria de las personas afectadas por la enfermedad infecciosa o sospechosas de estarlo, en la propia vivienda o en un centro sanitario, con el fin de evitar su propagación. A esta definición hay que añadirle que los confinamientos más restrictivos también pueden implicar la reclusión de las personas sanas para impedir que se contagien⁵.

Por tanto, nos encontramos ante un fenómeno recurrente en la historia de la humanidad, en el que el concepto «epidemia» hace referencia a «un caso particular de interacción entre poblaciones de seres vivos, de forma que una de estas poblaciones produce algún efecto sobre la biología (o historia natural) de la segunda» (Moya y Baquero 2015, 12). De hecho, el significado original de la palabra *epidēmía* no es otro que el de «visita» o «llegada a un lugar» (Pino y Hernández-González 2020, 15). Por eso, entre los médicos de la Antigüedad, *epidēmía* se relacionó con la enfermedad contagiosa, puesto que es algo que venía desde fuera hacia dentro:

A diferencia de las enfermedades «naturales» que eran consideradas «individuales», [...] las enfermedades «epidémicas» afectaban a muchos pacientes por igual y al mismo tiempo, y se originaban por algo nocivo que «llegaba» en el aire que todos irremediamente tenían que respirar (Pino y Hernández-González 2020, 16).

En síntesis, dentro del actual contexto donde la perniciosa incidencia de una de estas enfermedades epidémicas está causando muchos y grandes estragos, este texto busca relacionar el impacto que tuvieron las grandes epidemias del pasado en la evolución de los procesos de medicalización acontecidos en el espacio urbano occidental y, paralelamente, en la especialización médica de los hospitales. Tras aclarar una serie de cuestiones conceptuales en torno a la «medicalización», se presta especial atención al protagonismo que tuvieron ciertas epidemias en la aceleración del *tempo*

⁵ Aunque la palabra confinamiento procede del latín y seguramente se utilizara en épocas anteriores, una de las primeras referencias a esta medida de aislamiento se localiza en lengua francesa – *confinement* – en 1579 (Cortés 2005).

en el que la gestión de la salud y la enfermedad pasó a ser dominada por la «mirada médica». Por último, el enfoque histórico de *longue durée* que propone este artículo también pretende contrarrestar el «presentismo» con el que, en ocasiones, son tratados los diferentes procesos de medicalización en el seno de las ciencias sociomédicas.

La utilidad del concepto de medicalización como herramienta analítica en la investigación histórica de la cultura de la salud

En un artículo, titulado *The concept of medicalisation reassessed* (Busfield 2017), se afirma que el concepto de medicalización, a pesar de haberse convertido en un lugar común para abordar cuestiones muy diversas relacionadas con la ampliación de la mirada y poder médicos a ámbitos cada vez más extensos de la sociedad⁶, todavía conserva su capacidad como instrumento clave para analizar la salud, la enfermedad y la medicina en las sociedades contemporáneas (Williams, Coveney y Gabe 2017).

Sin embargo, cuando se trata de aplicar el concepto de medicalización al estudio histórico de las sociedades del pasado, esta herramienta analítica debe adaptar sus premisas para describir un «proceso» que necesariamente es «diacrónico». Así pues, a diferencia de cuando se utiliza para estudiar una «situación» del presente o «sincrónica» – esto es, que se centra en un momento dado y sin atender a su evolución –, hablar de «procesos de medicalización» permite asumir, por ejemplo, que éstos tienen cronologías y ritmos muy diversos según las sociedades estudiadas. También que estos «procesos» no son lineales ni, lógicamente, uniformes, ya que dependen de circunstancias particulares – sociales, culturales, políticas y, entre otras, económicas – que van modelándolos y que determinan el ritmo con que la «mirada médica» fue asumiendo la gestión de la salud y la enfermedad.

Finalmente, enfatizar la noción de «proceso» también permite dividirlo en fases que ayudan a una mejor comprensión global de su evolución. A grandes rasgos y a partir de una mirada de *longue durée*, algunos historiadores de la medicina proponen las siguientes tres etapas de medicalización (Perdiguer-Gil y Ruiz-Berdún 2017, 248-249). La primera etapa empezó en la Baja Edad

⁶ Las formulaciones iniciales estuvieron centradas en el papel de control social de la medicina (Pitts 1968; Zola 1972; Foucault 1977). Sin embargo, en las últimas décadas, la utilización del concepto de medicalización ha ido en aumento, hasta el punto de que en la actualidad se usa para estudiar como la biomedicina afecta a esferas cada vez más amplias de la vida social (Herzlich y Pierret 1991; Schumacher 1993; Scheper-Hugues 1994).

Media y se caracterizó por el papel que los médicos, a escala local, desempeñaron como expertos no solo en relación con la atención a la enfermedad sino también en otras esferas sociales. La segunda etapa se inició a finales del siglo XVIII y estuvo asociada a un creciente protagonismo de los Estados en la gestión de la salud y la enfermedad de la población⁷. Esta fase:

Supuso el inicio de los procesos que llevaron a la hegemonía del llamado «modelo médico» (Menéndez 2005, 9-32) y a la extensión de la disponibilidad de asistencia médica, que conduciría a los seguros de enfermedad. Domina el enfoque biomédico, la tecnología y el papel de la herencia, naturalizando y despolitizando lo social. (Perdiguero-Gil y Ruiz-Berdún 2017, 248-249)

Superponiéndose con esta segunda etapa, en la actualidad nos encontramos en la tercera fase de medicalización que, centrada en el individuo, se caracteriza por la generación de discursos centrados en la salud que no solo provienen del ámbito médico sino también de muchas otras esferas sociales. En la difusión de estos mensajes al conjunto de la población, cuyo objetivo es «normativizar» ciertas conductas pretendidamente «saludables», tienen un rol fundamental tanto los medios de comunicación como las redes sociales, así como el resto de las tecnologías de la información (Egbe, Alegre-Agís y Comelles 2017, 247-283).

En relación con el objeto de estudio de este texto, debemos dejar a un lado esta última etapa – la actual –, para centrarnos en la influencia que tuvieron las grandes epidemias en el desarrollo y evolución de la primera y segunda etapas de medicalización. A partir de este esquema teórico y con la utilización de diferentes estudios de caso, se irán interpretando los cambios de una evolución histórica cuyos efectos acabaron por desbordar los límites de la medicina técnica *stricto sensu*.

De forma paralela, en los siguientes apartados también se irán describiendo los elementos que otorgaron al hospital la nueva significación médica de *machine à guérir* (Foucault 1976). Para ello, siguiendo el esquema elaborado por Arrizabalaga (2006, 204), también dividiremos el proceso que fue especializando la función médica dentro de los hospitales en tres etapas diferenciadas. Partiremos de una primera fase, donde los hospitales se dedicaban de forma genérica a la asistencia de todo tipo de «pobres», para desembocar en una segunda, que dio comienzo a partir del siglo XV, donde reorientaron

⁷ Sobre unas bases «presentistas», algunos autores de referencia consideraron esta segunda fase como el origen del proceso de medicalización. Véase, por ejemplo, Foucault 1977.

su labor hacia los «pobres enfermos» y, de forma sucesiva, hacia los «enfermos pobres». Finalmente, nos centraremos en la tercera etapa, cuyos inicios debemos ubicar durante el siglo XIX, en la que asistimos a la conversión que, ya durante el siglo XX, condujo a los hospitales a ser instituciones de asistencia especializadas en «enfermos de toda condición».

Primera etapa de medicalización: los ciclos epidémicos propios de la Edad Media y su relación con las profundas transformaciones de la asistencia

En el libro titulado *Practical Medicine from Salerno to the Black Death* (García-Ballester, French, Arrizabalaga y Cunningham 1994), se relata cómo, desde el siglo XI hasta la irrupción de la peste negra en 1348, la medicina se fue afianzando como un saber de referencia. La nueva forma de enseñar la medicina pudo desarrollarse gracias a la aplicación de la filosofía escolástica que permitió que el campo de la gestión de la salud y la enfermedad transitara hacia un tipo de pensamiento naturalista coherente con la ciencia aristotélica, sin que esta circunstancia entrara en contradicción con la evolución paralela de la teología (García-Ballester 1992, 119-146). Ello aumentó el prestigio de la atención prestada por los médicos universitarios, sin que ello fuera en detrimento del éxito del resto de actores que componían el amplio pluralismo asistencial característico de la época, tales como sanadores u otros tipos de curanderos⁸. Así, en una Europa en constante expansión económica, sobre todo en las sociedades mediterráneas, esta nueva medicina tuvo un lugar privilegiado en las nacientes universidades (García-Ballester 1994, 105-130), facilitando que sus médicos pudieran establecer relaciones con los grupos dirigentes de las ciudades europeas hasta llegar a convertirse, ya a principios del siglo XIV, en los verdaderos *artifices factivi sanitatis* (García-Ballester 2004). Progresivamente, esta nueva medicina, transmitida en las universidades, circuló entre otros ámbitos tanto populares como cultos. Una de las pruebas más evidentes de ello se encuentra, por ejemplo, cuando en textos poéticos encontramos el lenguaje médico:

Una de las intersecciones más explícitas entre los textos poéticos y médicos de la Baja Edad Media se encuentra en el nivel léxico, a medida que el lenguaje de la curación se incorpora al verso, desde descripciones de las facultades sensoriales y cognitivas en «Dona me prega» de Guido Cavalcanti

⁸ Para tener una visión general del pluralismo médico durante la Baja Edad Media, a partir de un estudio de caso centrado en la Corona de Aragón, véase Ferragud 2007, 107-137.

(finales del siglo XIII) hasta los diagnósticos de melancolía y alusiones lúdicas a la uroscopia en el verso de Charles d'Orléans (mediados del siglo XV). La adopción de dicho lenguaje ha sido interpretada, en la mayor parte de la literatura crítica, como evidencia del capital cultural de la teoría médica. (Singer 2011, 7)⁹

Así pues, fue a finales del siglo XIII y principios del XIV cuando los discursos y prácticas sanitarias de la medicina universitaria empezaron a tener especial repercusión en la construcción de las políticas públicas urbanas, con especial énfasis en lo que refiere a la defensa de la ciudad ante las diversas crisis epidémicas (Arrizabalaga 2001, 19-32). Un ejemplo de cómo el peso de la medicina fue ganando terreno en la gestión de enfermedades epidémicas, antes de la irrupción de la gran epidemia por antonomasia de la Edad Media – la llamada peste negra –, lo encontramos en el tratamiento de la lepra. En los últimos años se han desarrollado nuevas investigaciones que, además de romper los estereotipos que ubicaban a los leprosos fuera de la sociedad medieval, aportan nuevas perspectivas sobre la percepción social de esta enfermedad en la Edad Media, así como de las formas médicas de gestionarla (Rawcliffe 2006; De Maitre 2007; Brenner 2010, 388-406).

La creciente fe en la medicina manifestada por los individuos (McVaugh 1993, 190) cabe ser interpretada en lo que hoy conocemos como proceso de medicalización, puesto que aspectos de la conducta humana que previamente eran percibidos como normales o desviados – o buenos o malos – por el público profano, empezaron a ser controlados por la «mirada médica» y terminaron siendo redefinidos como salud o enfermedad –despojándolos de sus matices morales–.

El inicio de esta primera etapa de medicalización es ya visible en el ordenamiento social urbano de principios del siglo XIV. Por ejemplo, las autoridades de la Corona de Aragón tuvieron un especial interés en «institucionalizar» la atención médica, mediante la designación de médicos y cirujanos municipales, para tratar de garantizar la disponibilidad continua de consejo médico para sus habitantes¹⁰.

⁹ Es traducción del siguiente texto original en inglés: «One of the most explicit intersections between late medieval poetic and medical texts lies at the lexical level, as the language of healing becomes incorporated in verse, from descriptions of the sensory and cognitive faculties in Guido Cavalcanti's "Dona me prega" (late thirteenth century) to diagnoses of melancholy and playful allusions to uroscopy in the verse of Charles d'Orléans (mid-fifteenth century). The adoption of such language has been interpreted, in most of the critical literature, as evidence of the cultural capital of medical theory».

¹⁰ Estas designaciones fueron el origen de la asistencia médica a la enfermedad mediante las *conductio* (García-Ballester 1995).

Este es uno de los primeros signos de una creciente convicción social de que el aprendizaje médico tiene autoridad y se puede confiar en él, ya que aproximadamente a partir del 1300 la comunidad comenzó a transferir la jurisdicción sobre diversas formas de comportamiento social a la autoridad independiente de médicos y cirujanos. (McVaugh 1993, 190)¹¹

Por consiguiente, este tipo de medicalización no solo estuvo marcada por la apropiación del lenguaje médico en contextos marcadamente no médicos, sino también por la creciente asignación de ciertos aspectos sociales al ámbito de la pericia médica.

Sin embargo, fue con la llegada de la peste negra a Europa, a mediados del siglo XIV, cuando la salud se convirtió definitivamente en un bien «común» además de «individual». Este nuevo significado colectivo, especialmente dentro de las elites urbanas, empezó a ser percibido como imprescindible para el correcto funcionamiento de la sociedad y ello tuvo «repercusiones políticas y consecuencias prácticas en la vida cotidiana de las comunidades» (Arrizabalaga 2014, 36). Una de estas consecuencias fue la consolidación del papel de los médicos universitarios para el buen regimiento de la cosa pública (Montford 2004). De hecho, uno de los ejemplos más elocuentes de la creciente notoriedad adquirida por estos médicos en la preservación de la salud pública – o, mejor dicho, *publicam valitudinem* – lo encontramos, precisamente en 1348, cuando *Jacme D'Agramont*, un médico de la ciudad de Lérida (España), escribió el *Regiment de preservació a epidèmia e pestilència e mortaldats* (Agramont 1998 [1348])¹². Lo significativo de este tratado sobre medidas de protección ante la llegada de la «magna pestilència», el primero de estas características escrito en toda Europa, es que fue elaborado para la instrucción de los gobernantes y vecinos ilerdeneses y no para la instrucción de otros médicos (Roca-Cabau 2018b, 22-37)¹³.

Este es solo un ejemplo de por qué, más allá de la limitada eficacia individual y social de la asistencia técnica practicada por los médicos universitarios, la población urbana occidental de la baja Edad Media se

¹¹ Es traducción del siguiente fragmento original en inglés: «This is one of the earliest signs of a swelling social conviction that medical learning carried authority and could be trusted, as from about 1300 on the community began to transfer jurisdiction over various forms of social behavior to the independent authority of physicians and surgeons».

¹² La parte del *Regiment d'Agramon* que se destaca en el presente artículo se analiza pormenorizadamente en García-Ballester y Arrizabalaga 1998, 13-31.

¹³ En palabras del propio Agramont, expresadas en el prólogo del libro mencionado: «lo tractat aquest és feyt principalment a profit del poble e no a instrucció dels metges» (Veny 1971, 48). Traducción al castellano: «este tratado está realizado principalmente para el provecho del pueblo y no para la instrucción de los médicos».

fue identificando con esta figura como proveedor de salud (Legan 2015; Parrilla 2019, 13-22). Las repeticiones cíclicas de la peste negra y la mortalidad que esta enfermedad causó, ciertamente, pusieron a prueba el sistema médico universitario y la credibilidad de esta medicina. Aunque no es menos cierto afirmar que, finalmente, salió fuertemente consolidada (Cifuentes 2006, 105).

En definitiva, aunque la capacidad del gran ciclo epidémico iniciado en 1348 para transformar la manera de entender la asistencia a ciertos colectivos vulnerables aún sigue siendo motivo de disputa¹⁴, «los vínculos entre las diferentes epidemias bajomedievales y la preocupación de las élites urbanas por la salud pública y la percepción de la indigencia como una de las fuentes de enfermedad y contagio son también evidentes» (Bridgewater, 2020, 201). Durante el siglo XIV, pues, se identifica la aparición de colectivos sórdidos y estridentes, desagradables a ojos de los miembros dirigentes de una sociedad urbana pretendidamente ordenada (Mollat 1988, 229; Geremek 1998, 56). Por eso, la eclosión de estas nuevas formas de pobreza, intrínsecamente urbanas y asociadas a las crisis económicas y demográficas, exacerbó una desconfianza basada en el miedo al anonimato, la ociosidad, la enfermedad, o el tumulto. Todo ello, en su conjunto, culminó en una serie de transformaciones tanto en la concepción como en las prácticas de la asistencia en el mundo bajomedieval (López-Alonso 1984, 43-50).

Precisamente, la consolidación de esta desconfianza hacia la pobreza convirtió a los centros hospitalarios en herramientas indispensables para el buen funcionamiento de la urbe (Jetter 1972)¹⁵. En este sentido, los primeros hospitales urbanos se fueron originando, durante la Plena Edad Media, como pequeñas instituciones de caridad establecidas para cuidar a todo tipo de personas pobres, así como también a huérfanos, discapacitados y ancianos – sanos y enfermos por igual –¹⁶. Por ejemplo:

En la Corona de Aragón, los documentos de principios del siglo XIV a menudo describen al colectivo de residentes del hospital como *pauperes et infirmi*, y probablemente estaríamos en lo cierto al pensar en ellos como

¹⁴ *A priori*, parece difícil disociar el impacto de la mortalidad en la estructura del mercado laboral de las consiguientes leyes para limitar la vagabundería o reforzar las políticas de seguridad y sanidad públicas. Sin embargo, a partir del estudio del caso florentino, se afirma que «there is little proof that in Florence the Black Death led to new distinctions between the worthy and unworthy poor» (Henderson 1994, 304).

¹⁵ Sobre las características de los primeros hospitales medievales, véase Barceló-Prats 2018, 7-30.

¹⁶ Lindgren (1977-1978, 32-53) aporta una visión general sobre la evolución de la asistencia hospitalaria desde la Antigüedad hasta el siglo XV.

«los indefensos» en lugar de solo como los enfermos, es decir, como si todavía tuvieran una identidad principalmente social más que específicamente médica. (McVaugh 1993, 228)¹⁷

Así pues, a principios del siglo XIV era impensable que una ciudad no estuviera provista de estos establecimientos a fin de acoger, por ejemplo, a los viajeros pobres que cruzaban sus muros. Sin embargo, a este «dispositivo hospitalario»¹⁸, caracterizado por la escasez de supervisión médica y por su inespecificidad en el auxilio de los pobres, le fue imposible adaptarse a los cambios sociales surgidos a partir de la irrupción de la peste negra de mediados del siglo XIV. En este contexto, el sistema hospitalario debía haber jugado un papel protagonista, pero tras las sucesivas crisis y epidemias del siglo XIV resultaba obsoleto e insuficiente para responder a las nuevas necesidades sociales y económicas aparecidas en la Baja Edad Media (Roca-Cabau 2018a, 40). Ello obligó a realizar, en toda la Europa latina, una reforma hospitalaria fundamentada en dos características muy concretas (Bianchi y Slón 2006, 12-13; Bridgewater 2020, 178-228):

La primera consistió en una incipiente medicalización de la atención hospitalaria, mediante la cual, para algunos administradores y patronos de hospitales, una atención específicamente médica – ya fuese proporcionada por médicos o cirujanos – llegó a ser vista como de particular valor (McVaugh 1993, 229). Dicha «medicalización hospitalaria», definida en estos términos, tuvo diferentes ritmos según el territorio de la Europa medieval y moderna al que nos refiramos. Mientras en algunas zonas de Italia (Piccinni 2016, 8-26) o de la Corona de Aragón (Ferragud 2014, 305-324) los médicos estuvieron cada vez más asociados a los hospitales después de 1350, quizás como reacción a la llegada de la peste, en Inglaterra los primeros médicos adscritos a los hospitales de Londres no se encuentran hasta principios del siglo XVI (McVaugh 1993, 229).

El desarrollo de la segunda característica dio lugar a la génesis de una nueva institución asistencial – el «hospital general» –, entendido éste como

¹⁷ Es traducción del siguiente fragmento original en inglés: «In the Crown of Aragon, documents from the early of 1300s often describe hospital residents collectively as pauperes et infirmi, and we would probably be right to think of them as “the helpless” rather than as just the sick, that is, as still having primarily a social rather than a specifically medical identity».

¹⁸ En lugar de hablar de sistema «hospitalario» o de «red» de hospitales, preferimos utilizar la noción de «dispositivo» (Foucault 1984). Eso es, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, etc. En definitiva, los elementos de un dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho.

la unión de pequeños hospitales o la creación *ex novo* de edificios asistenciales de mayor envergadura. Así pues, la estrategia de las autoridades políticas, tanto civiles – municipios y corona – como eclesiásticas – obispos y órdenes religiosas –, pasó por la adopción de procesos de concentración o fusión del patrimonio de los pequeños hospitales de una ciudad¹⁹, no solo para poder crear y mantener uno más grande y eficiente, sino para que este último fuese también motivo de orgullo ciudadano:

El auge de los grandes hospitales urbanos durante la Baja Edad Media puede explicarse por la adscripción a una serie de características, no necesariamente estandarizadas, que hemos reunido bajo el concepto de «referencialidad». Este concepto define el éxito de un conjunto de grandes hospitales urbanos capaces de generar admiración y adhesión. Los grandes hospitales pueden estar asociados con ciertos procesos deseables, como la racionalización administrativa y las economías de escala, pero también con epítetos más difusos – y ciertamente más importantes en el imaginario medieval – como la nobleza, la fama y la belleza. En ello radicaba el potencial para captar la atención de posibles donantes, tanto del entorno inmediato como a nivel interregional, en un contexto histórico aún marcado por el pluralismo médico y una cultura asistencial no hospitalaria. (Bridgewater 2020, 332)

Una experiencia pionera de creación de un gran hospital general tuvo lugar en Barcelona, en el año 1401, con la inauguración del Hospital de la Santa Cruz (Lindgren 1980, 14-137; Bridgewater 2020). Fundado a partir de la absorción de seis de los hospitales preexistentes en la ciudad, su nueva fábrica fue alabada como «lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud» (Conejo 2014, 415). Este experimento hospitalario se convirtió, rápidamente, en un modelo de referencia para el resto de las ciudades de la Corona de Aragón. En este sentido, unos años más tarde el Consejo General de Mallorca pidió al rey Alfonso el Magnánimo la creación de un hospital que fuera «hun notable hospital [...] així com a Barchinona» (Bordoy y Cruz 2002, 117-118). De esta manera, la consolidación de este modelo hospitalario en la Corona de Aragón se produjo a lo largo del siglo XV y primera mitad del XVI, no solo en las ciudades grandes, sino también en las de menor tamaño (López-Terrada 1999, 177-200). Así, en 1425 inauguraba su hospital general la ciudad de Zaragoza (Baquero 1952)²⁰; en 1454 Lérida (Roca-Cabau 2018a, 31-54); en 1456 Mallorca (Cassanyes 2018, 133-153); en 1464 Tarragona (Barceló-Prats 2015, 4-19); y, entre otros casos, en 1512 lo hacía Valencia (López-Terrada

¹⁹ Un ejemplo, centrado en Barcelona, de cómo los hospitales medievales gestionaban sus patrimonios, puede verse en Lindgren 1987, 525-532.

²⁰ Villagrasa (2016) presenta una visión global de la red de hospitales en el Aragón medieval.

1986). Estos procesos de consolidación hospitalaria también se dieron, por citar un par de ejemplos más, en la Corona de Castilla (Arrizabalaga 1999) o en regiones del norte de Italia (Piccinni 2017, 139-152). Sin embargo, aunque también se documentan algunos casos a finales del siglo XV y comienzos del XVI, en estos territorios la extinción de los pequeños hospitales para crear uno «general» no fue frecuente hasta mediados del siglo XVI y se demoró hasta el XVII. Ello pone de manifiesto la diversidad cronológica de estos procesos según las sociedades estudiadas.

A su vez, el surgimiento de estas nuevas instituciones abrió la posibilidad de asistir a grupos más específicos de pobres y/o proporcionar una atención más «especializada» a sus necesidades. Dicho en otras palabras, el «hospital de pobres» dejó paso al «hospital para pobres enfermos», en un contexto aún marcado por el pluralismo asistencial y una cultura médica que aún no contemplaba el hospital como un espacio sanitario.

Sin embargo, todavía hay que señalar una novedad más en el panorama europeo de los siglos XV y XVI. Además de los hospitales generales, también empezaron a surgir los hospitales destinados a la atención de una enfermedad específica como, por ejemplo, el «mal francés» – la sífilis – (Arrizabalaga 2021, 277-293). En este sentido, tampoco conviene olvidar la división que empezó a operar durante el periodo bajomedieval – y que se amplió en el temprano-moderno – entre los hospitales «generales» y los hospitales de «incurables»²¹ como, por ejemplo, los destinados a acoger dementes (Huguet y Arrizabalaga 2010). A diferencia de los hospitales generales, estos modelos de medicalización de la asistencia a ciertos colectivos de pobres que padecían una enfermedad concreta, ya fuese infecciosa – la sífilis – o incurable – la locura –, implicaron la evolución del concepto de «hospital para pobres enfermos» hacia el de «hospital para enfermos pobres». Más allá de la especialización intrínseca que conlleva este juego de palabras, fruto de una imparable tendencia hacia un patrón asistencial cada vez más organizado y sistemático, lo cierto es que los «pobres» continuaron siendo el objeto de atención de los hospitales durante el periodo moderno (Tomassetti 2019, 91-127).

En conclusión, se puede afirmar que, independientemente de las diversas transformaciones que los hospitales europeos experimentaron durante el transcurso de los siglos bajomedievales y modernos, el modelo de hospital general surgido a principios del siglo XV se mantuvo en esencia inalterado durante todo el Antiguo Régimen. En esta arena, fueron los

²¹ Por ejemplo, desde sus orígenes – en el último tercio del siglo XVI –, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se «especializó» en la atención a pacientes «incurables».

administradores de los hospitales – en tanto que representantes legales de la institución – los que ostentaron y ejercieron el poder sobre el funcionamiento ordinario de la institución, al tiempo que los médicos solo eran contratados por aquellos para ejercer en el hospital (Granshow 1993, 1184-1186). Por eso, habitualmente, en el proceso de admisión pesaban más los criterios sociales que los estrictamente médicos. Como veremos a continuación, no fue hasta finales del siglo XVIII y ya durante todo el XIX que, dentro del contexto del nuevo orden social burgués y liberal, el hospital se fue convirtiendo gradualmente en una institución médica.

Segunda etapa de medicalización: la comprensión de las enfermedades epidémicas como punto de inflexión de la nueva significación científica del hospital

El inicio de la segunda etapa de medicalización supuso el desarrollo de los procesos que desembocaron en la hegemonía del actual «modelo médico»²². Ello implicó la consiguiente extensión de la disponibilidad de asistencia médica que, finalmente, terminó conduciendo a la creación de los seguros de enfermedad (Sigerist 1984, 187-210). Esta segunda fase, que se inició a finales del siglo XVIII, estuvo caracterizada por el papel que los Estados empezaron a desempeñar, mediante una incipiente regulación legislativa, en la gestión de la enfermedad y la salud de la población y, a nivel hospitalario, supuso un primer punto de inflexión para dejar atrás el vetusto binomio formado por la «pobreza» y la «caridad» que, como ya hemos visto, hasta entonces había impregnado la historia de los hospitales. Ello conllevó, por ejemplo, el traslado sistemático de los dementes a nuevas construcciones manicomiales construidas *ad hoc* (Comelles 2006, 77-83). En cambio, la segregación de otros colectivos vulnerables – tales como los expósitos, ancianos o mendigos – hacia Casas de Caridad, de Misericordia y otras *workhouses* ya se venía produciendo, como mínimo, desde finales del siglo XVI y principios del XVII.

La segunda etapa de medicalización trajo consigo numerosas y profundas transformaciones en la asistencia médica, especialmente en el ámbito hospitalario. Sin embargo, en este apartado solo profundizaremos en las dos que consideramos que guardan relación más directa con el objeto de estudio de este texto. En primer lugar, veremos los cambios que introdujo

²² El actual modelo médico hegemónico está caracterizado por su «biologismo, individualismo, a-sociabilidad, a-historicidad, mercantilismo y eficacia pragmática» (Menéndez 1978, 16).

el «nacimiento de la clínica» (Foucault 1963; Ackerknecht 1967), cuyas consecuencias permitieron que los hospitales se fueran convirtiendo en espacios de observación y fabricación de nuevos saberes a partir de estudios realizados sobre cuerpos vivos. La enfermedad, pues, pasó a ser presa de un doble sistema de observación. Por un lado, se mantenía la mirada que la confundía y la reabsorbía en el conjunto de las miserias sociales por suprimir; pero, por el otro, iba en auge la mirada que la aislaba para cercarla mejor en su verdadera naturaleza (Foucault 2001, 69). En segundo lugar, describiremos cómo las consecuencias asociadas al desarrollo de la bacteriología consiguieron mantener e incluso incrementar la ligazón entre la investigación y la enseñanza médica. Esta nueva perspectiva, justo cuando la observación macroscópica del cuerpo parecía haber alcanzado el final de su cometido, permitió empezar a comprender con más detalle el funcionamiento de las enfermedades epidémicas.

El nacimiento de la clínica y la resignificación médica del hospital

En el contexto sociopolítico que desembocó en la Revolución francesa, la pugna entre la recién creada *Société royale de médecine*, en 1778, y la considerada caduca Facultad de París puso de relieve la necesidad de una nueva educación médica. La eclosión de esta nueva manera de entender la medicina, basada a grandes rasgos en la experimentación clínica (Steudler 1974; Von Buelzingsloewen 1997), la realización de autopsias y la estadística médica, incrementó el interés de médicos y cirujanos por la institución hospitalaria (Risse 1996, 75-96). Dicho interés, cimentado sobre la comprobación anatomoclínica de los diagnósticos, terminó otorgando al hospital una nueva significación médica como *machine à guérir* (Foucault 1976).

Esta profunda reorganización resignificó, entre los siglos XVIII y XIX, el hospital como institución científica (Foucault 1963; Ackernecht 1967). Dicho en otras palabras, se estableció un antes y un después entre el carácter científico del nuevo hospital y la orientación social y religiosa de su precursor en el Antiguo Régimen. Inevitablemente, este enfoque histórico puso en cuestión, durante mucho tiempo, la significación médica de los hospitales en épocas pretéritas, caracterizándolos simplemente como «antesalas de la muerte». Esta interpretación restrictiva del concepto historiográfico de «medicalización», basado en la antítesis entre el curar y el cuidar – eso es, en la oposición entre la nueva «mirada clínica» producida por los médicos y el tradicional cuidado de los enfermos realizado por el personal religioso

y supervisado por los administradores –, fue la primera en erigirse como el estandarte explicativo del modelo moderno de hospital medicalizado²³.

Hubo que esperar a investigaciones posteriores para que, analizando el hospital como espacio de creación y difusión del conocimiento científico, se empezara a poner en entredicho que, al menos de forma abrupta, no hubo tal liquidación ni subordinación de los aspectos religiosos respecto a los sanitarios (Horden 1988; Henderson 2001). Así pues, en contra del paradigma historiográfico que presentó a la clínica parisina como una revolución producida a finales del siglo XVIII, el aumento del prestigio de la profesión médica dentro del hospital fue el resultado de un proceso lento y no carente de controversias que implicó negociaciones con otras fuerzas integrales en el funcionamiento de la institución como, por ejemplo, los administradores²⁴. En este sentido, hay que recordar que la perspectiva histórica adoptada por el «positivismo» estuvo sesgada por los límites con los que estudió la «medicalización» del hospital y, por consiguiente, la teoría según la cual la figura médica fue la única que instigó y consolidó la reinvención de este nuevo modelo hospitalario, a finales del siglo XVIII, hace tiempo que ha sido refutada (Gelfand 1980; Barry y Jones 1991).

Así pues, dentro del contexto de un nuevo orden social burgués y liberal, el hospital fue convirtiéndose en una institución médica y de asistencia sanitaria. El desarrollo de este nuevo tipo de hospital, un proceso cuyas raíces deben buscarse mucho antes del final del siglo XVIII, no debe vincularse solamente al progresivo aumento del número de médicos y cirujanos que prestaban su amplio abanico de servicios médicos y paramédicos en su interior. Debe asociarse, también, a su conversión como escenario para la formación de profesionales sanitarios y también como núcleo de la «producción y difusión de los nuevos conocimientos científicos dentro de los ámbitos de la medicina práctica, tanto en su vertiente diagnóstica – análisis químicos, bacteriología y radiología – como terapéutica – cirugía, farmacología y terapéutica física –» (Huguet 2004, 46). Por su parte, el viejo hospital caritativo de enfermos pobres se fue quedando al margen de esta nueva significación hospitalaria, sin que ello fuera óbice para que los médicos lo continuaran utilizando para adquirir reputación y pericia clínica.

²³ Para una detallada reflexión historiográfica sobre el hospital como espacio de medicalización, véase Huguet 2004, 41-48.

²⁴ La medicina clínica no llegó de golpe para ocupar un vacío institucional. Por eso, su implementación tuvo que ser negociada, durante todo el siglo XIX, con el resto de los ocupantes y guardianes de la institución hospitalaria (Jones 1997).

Si bien la consideración del hospital como instrumento imprescindible para la enseñanza y la experimentación médica no se reafirmó hasta bien entrado el siglo XX²⁵, lo cierto es que durante el siglo XIX ya se pueden observar rasgos de este proceso. Sirva de ejemplo la vinculación de los hospitales a las nuevas Facultades de Medicina o la construcción de un «paciente hospitalario» (Jones 1997), fruto de una medicina basada en la educación sensorial que conllevó, lógicamente, novedades didácticas como la lección clínica o el internamiento en servicios hospitalarios previos a la graduación. Sin embargo, a pesar de que la práctica hospitalaria se sustentó cada vez más sobre las bases clínicas, también hay que tener presente que, al menos hasta la consolidación de la medicina de laboratorio, el desarrollo científico afectó más a las propias percepciones de los sanitarios que a sus terapias (Vogel 1980).

El desarrollo de la bacteriología y su influencia en la génesis del hospital moderno

La publicación de la *Cellulärpathologie* de Rudolf C. Virchow, en 1858, inició una nueva etapa en el estudio microscópico del organismo humano²⁶. El desarrollo de la bacteriología y sus consecuencias no solo consiguió mantener e incluso incrementar la ligazón entre la investigación y la enseñanza médica, tanto en la selección del profesorado como en la práctica docente (López-Piñero 2002), sino que también permitió empezar a comprender con más detalle el funcionamiento de las enfermedades epidémicas.

Arquitectónicamente, el modelo de referencia que se impuso para todas las construcciones hospitalarias fue el «formado por un conjunto seriado y lineal de naves independientes, soleadas y bien aireadas, a las que se denominó pabellones en alusión a las ligeras estructuras militares que las originaron» (Pieltaín 2003, 152)²⁷. En este nuevo tipo ideal de hospital, que estuvo en boga durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta

²⁵ Una detallada evolución del hospital hacia una institución esencialmente médica, a partir del estudio de caso español, puede verse en Valenzuela y Rodríguez-Ocaña 1993, 107-131.

²⁶ Siguiendo el camino iniciado en etapas precedentes por Hermann Boerhaave o François Xavier Bichat, con Rudolph Virchow se consolidó el estudio de la lesión como fundamento del saber patológico.

²⁷ La tipología de pabellones se impuso para todas las construcciones asistenciales y sustituyó, definitivamente, el hasta entonces modelo de referencia en el área mediterránea consistente en el monolito palaciego que propuso Filarete para el Hospital de Milán en el siglo XV. Para una descripción de las influencias de la arquitectura de Filarete, véase Suárez-Quevedo 2012.

el período de entreguerras, la medicina general empezó a fraccionarse aceleradamente en un conjunto de disciplinas especializadas. Dicho en otras palabras, esta estructura arquitectónica permitió que cada especialidad médica tuviera su propio pabellón, favoreciendo un funcionamiento independiente respecto del resto. Los ejemplos más demostrativos de esta mentalidad fueron el hospital de «Ependorf de Hamburgo, en cuya área se llegaron a construir más de cien edificios independientes» (Aragó 1967, 37); el Hospital Mayor de Milán (Moretti 1935, 94-96); o el Hospital Johns Hopkins de Baltimore (Thompson y Goldin 1975, 175-187). En España, el gran ejemplo de este tipo de arquitectura lo encontramos en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, cuya construcción se empezó en 1902 (Terreu 2016, 80-103).

Sin embargo, pocos años después de la inauguración oficial del mencionado hospital barcelonés, en 1930, la organización en pabellones empezaría a caer en desuso. Ello no solo fue consecuencia de la introducción de la teoría de los gérmenes y de la falta de espacio para incorporar las dotaciones que requerían los nuevos métodos antisépticos, sino también de la necesidad de dar respuesta a la progresiva complejidad y cualificación del hospital de especialidades, cuya diversidad funcional exigió la incorporación de personal sanitario técnico que fue relegando a un segundo plano al religioso, hasta entonces responsable de la gestión del día a día. Por consiguiente, tras la Segunda Guerra Mundial:

Los grandes hospitales comenzaron a acusar la presión de una aglomeración inaudita: pacientes internos y externos, médicos especialistas, enfermeras, celadores, estudiantes y todo el personal de apoyo (...) y sus edificios lineales se fueron deformando por grandes cuerpos anexos que hacían presencia sobre los antiguos jardines de separación, sus corredores se volvieron laberínticos, interminables y demasiado estrechos para dar cabida a sus nuevos ocupantes. (Pieltaín 2003, 160-162)

Fue entonces cuando se abrió paso la idea de construir el hospital como un bloque compacto gracias a la posibilidad de mantener un ambiente aséptico. El conocido como hospital «monobloque» permitía racionalizar el desorden generado en el hospital de pabellones por el desarrollo de la ciencia clínica. Superado el temor al contagio y gracias al desarrollo del ascensor, el hospital se construyó apilando especialidades de forma vertical, reduciendo las distancias e introduciendo una mayor economía, tanto por la menor necesidad de terreno como por el ahorro, entre muchos otros aspectos, en calefacción, alumbrado o limpieza.

En conclusión, a finales del siglo XIX la profesión médica ya era del todo consciente de las potencialidades médicas de las instituciones hospitalarias, tanto en lo concerniente al progreso científico como en lo relacionado con la calidad de la enseñanza profesional. Debemos situar la cristalización del hospital contemporáneo «en Europa central a partir de 1870 y en los Estados Unidos de América (EUA) un par de decenios más tarde, si bien la historia de esta institución en los EUA vivió ritmos acelerados y un tanto diversos a los de Europa, en los años decisivos previos a la primera guerra mundial» (Salmón, García-Ballester y Arrizabalaga 1990, 13). En cualquier caso, no se puede desvincular la irrupción del hospital moderno del movimiento de reforma de la educación médica, así como del desarrollo de la bacteriología, que los grupos médicos de vanguardia, formados principalmente en la Europa central y más tarde también en EUA, pusieron en marcha durante la segunda mitad del siglo XIX (Risse 1999, 422-448). Gracias a ello, durante todo el siglo XX, el hospital fue pasando progresivamente de ser visto como un lugar de acogida a los «enfermos pobres» a convertirse en una institución abierta a toda la comunidad y, por consiguiente, elegible por su idoneidad para recuperar la salud por parte del resto de sectores sociales – con especial énfasis de las capas sociales altas y medias que hasta entonces eran receptoras de una asistencia médica domiciliaria –. En síntesis, el advenimiento del hospital moderno puso las bases de un modelo de medicina que ha perdurado hasta la actualidad²⁸.

Reflexiones finales

En las páginas precedentes, hemos abordado desde una mirada histórica de *longue durée* la relación existente entre las etapas en las que se puede dividir el proceso de medicalización, la presencia y conceptualización de enfermedades – especialmente las epidémicas – y los cambios acontecidos en la naturaleza de los hospitales, así como el papel asignado a estas instituciones en los contextos sociales analizados. De este modo, la primera fase de medicalización, desarrollada en la Europa bajomedieval y centrada

²⁸ Hay que recordar que dicho modelo de medicina hospitalaria se caracterizó por «la introducción de las ciencias básicas biomédicas en el currículum médico, la necesidad de la investigación para el progreso médico, la fundamentación de la enseñanza médica sobre dicha investigación, la necesidad de especialización médica y la conversión del hospital en el centro en torno al cual giraba la investigación, la docencia y la asistencia médicas» (Salmón, García-Ballester y Arrizabalaga 1990, 23).

en un ámbito principalmente urbano, consolidó la pericia médica como un elemento esencial para secularizar el conocimiento y significado de la enfermedad, otorgando al médico el estatus de *artifex factivus sanitatis*, al tiempo que se producía la organización sanitaria de las ciudades.

Paralelamente, los tradicionales hospitales medievales – entendidos como instituciones asilares dedicadas a todo tipo de pobres – evidenciaron la imposibilidad de responder a los cambios sociopolíticos que se estaban produciendo en esta época, algo en lo que tuvo especial relevancia las sucesivas oleadas pestilenciales que, periódicamente, asolaron Europa desde 1348. A consecuencia de ello, las instituciones hospitalarias experimentaron dos cambios fundamentales: la concentración y la medicalización. Por un lado, la concentración de hospitales posibilitó el surgimiento de un nuevo modelo arquitectónico y asistencial de hospital – el hospital general – que experimentó pocos cambios conceptuales durante el Antiguo Régimen. Por otro lado, aunque la medicalización hospitalaria no se dio de forma decidida hasta finales del siglo XVIII –con lo que Michel Foucault denominó el «nacimiento de la clínica»–, paulatinamente el «hospital para pobres» fue evolucionando hacia el «hospital para pobres enfermos» y, progresivamente, hacia el «hospital para enfermos pobres». Sin embargo, no debemos olvidar que, aunque este último ya se trataba de un establecimiento centrado en una patología concreta – hecho que ayudó a enfatizar la condición de enfermo del asistido –, todavía no podía considerarse como una institución eminentemente sanitaria, puesto que eran sus administradores – legos en medicina – quienes aún determinaban el funcionamiento del hospital, así como los criterios de admisión a éste.

Como hemos señalado, todo este proceso no se hizo de forma abrupta, pero sí recibió un empuje definitivo de la mano de la mentalidad anatómopatológica que ayudó a convertir la institución en un centro de observación de la enfermedad y de fabricación de saberes ligado a las Facultades de Medicina. De igual modo, de la mano de la ciencia bacteriológica, el desarrollo de la mentalidad etiopatológica fue extinguiendo el declinante binomio pobreza-caridad que había sustentado la existencia de los hospitales en época preindustrial. Precisamente, este hecho motivó que, durante muchos años, arraigase la idea de los hospitales medievales y del Antiguo Régimen como poco más que las antecámaras de la muerte, a partir de la antítesis creada entre el curar y cuidar.

En cualquier caso, el advenimiento del hospital moderno, cuyos inicios podemos datar a caballo entre los siglos XIX y XX, puso las bases de un

modelo de medicina que ha perdurado hasta la actualidad. No podemos abordar ya aquí cómo la creciente complejidad de la ciencia médica y quirúrgica, además de otros factores sociales y demográficos, contribuyeron a poner de manifiesto la necesidad de una nueva política hospitalaria, cuyo proceso de instauración fue extraordinariamente complejo y tuvo distintas velocidades según las características nacionales y de la propia historia médica, social, económica y política de cada país en cuestión.

No queremos finalizar sin añadir un par de reflexiones a modo de conclusión. En primer lugar, hay que recordar que la ciudadanía de los países occidentales fue integrando, durante todo el siglo XX, una nueva cultura sanitaria fundamentada sobre una realidad hospitalaria que ha llegado a ser altamente tecnificada y con especialistas médicos bien formados. Ello comportó que buena parte del sistema sanitario se hiciera bascular sobre los hospitales. Así, debido a esta circunstancia, el significado del hospital sigue siendo central en las culturas de la salud que actualmente comparten tanto los profesionales sanitarios como la población en general. En un momento en que la pandemia de COVID-19 ha evidenciado las carencias de estos sistemas sanitarios, la «hegemonía» del hospital debería ser tenida en cuenta en los debates actuales sobre la reforma del sector salud, al menos, como un elemento de análisis necesario que, junto con otros, influye en la sostenibilidad y accesibilidad a los servicios asistenciales – ya sean públicos o privados –.

En segundo lugar, en relación con este proceso de reforma, los cambios a introducir no solo deberían tener en cuenta el hospitalocentrismo mencionado sino también la «cultura sanitaria» en toda su globalidad. En este sentido, este texto ha querido poner de relieve cómo la «medicalización», siempre y cuando la consideremos como un proceso cultural – sin olvidar otras facetas –, puede ser una herramienta analítica útil, también desde una perspectiva histórica, para acercarnos con mayor facilidad a los procesos culturales relacionados con la salud y la enfermedad. Eso es, a las relaciones que se producen entre expertos y profanos, entre lo local y lo global, entre colectividades e individuos e, incluso, a las raíces que actualmente configuran las lógicas de hegemonía y subalternidad inherentes a cualquier «cultura de la salud».

Bibliografía

- ACKERKNECHT, Erwin H. 1967. *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- AGRAMONT, Jacme. 1998. *Regiment de preservació de pestilència (Lleida 1348). Estudis introductorios y glosario a cargo de Luis García Ballester, Joan Veny y Jon Arrizabalaga*. Barcelona: Enciclopedia Catalana.
- ARAGÓ, Ignasi. 1967. *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona: Imp. Altés.
- ARRIZABALAGA, Jon. 1999. «Poor relief in Counter-Reformation Castile: An overview». In *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*, editado por Ole P. Grell, Andrew Cunningham y Jon Arrizabalaga, 151-76. London-New York: Routledge.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2001. «Discurso médico y prácticas sanitarias frente a la enfermedad epidémica en la Europa medieval». In *Demografía y sociedad en la España bajomedieval: Aragón en la edad media: sesiones de trabajo*, 19-32. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2006. «Hospitals, història i medicina: l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona». In *Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, editado por Josep Batlló, Jordi Ferran y Mercè Piqueras, 203-09. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2014. «Asistencia, caridad y nueva ética de la responsabilidad colectiva ante la salud y la pobreza en el espacio urbano occidental del Antiguo Régimen». In *Ciudad y Hospital en el occidente europeo, 1300-1700*, editado por Teresa Huguet, Pere Verdés, Jon Arrizabalaga y Manuel Sánchez-Martínez, 27-48. Lleida: Editorial Milenio.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2021. «Hospital care of venereal disease patients in Mediterranean Europe, 1495-1700». In *La syphilis. Itinéraires croisés en Méditerranée et au-delà, XVIe-XXIe siècles*, editado por Yann Ardagna y Benoît Pouget, 277-293. Aix-en-Provence: Presses Universitaires de Provence.
- BAQUERO, Aurelio. 1952. *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- BARCELÓ-PRATS, Josep. 2015. «El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona (1464)». *Medicina & Historia* 1 (Quinta época): 4-19.
- BARCELÓ-PRATS, Josep. 2018. «Las raíces culturales del hospital medieval: El caso de Tarragona (ss. XII-XV)». *Revista de la CECEL* 18: 7-30.

- BARRY, Jonathan, y Colin Jones. 1991. *Medicine and charity before the welfare state*. London: Routledge.
- BETRÁN, José L. 2015. «El miedo a las epidemias. Una perspectiva desde la historia». *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo* 48: 19-29.
- BIANCHI, Francesco, y Marek Slon. 2006. «Le riforme ospedaliere del quattrocento in Italia e nell'Europa centrale». *Ricerche di storia sociale e religiosa* 35 (69): 7-45.
- BORDOY, M^a José, y Esther Cruz. 2002. «Notes per a l'estudi de l'Hospital General de Mallorca (segles XIV-XVI)». *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut* 37: 113-30.
- BRENNER, Elma. 2010. «Recent Perspectives on Leprosy in Medieval Western Europe». *History Compass* 8 (5): 388-406. <https://doi.org/10.1111/j.1478-0542.2009.00674.x>
- BRIDGEWATER, Pol. 2020. «Car vosaltres havets a veure sobre hospitals: el Consell de Cent i la construcció de la primera política hospitalària a la Barcelona baixmedieval». PhD diss., Universitat de Barcelona.
- BUSFIELD, Joan. 2017. «The concept of medicalisation reassessed». *Sociology of Health & Illness* 39 (5): 759-74. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
- CASSANYES, Albert. 2018. «Los primeros cincuenta años del Hospital General de Mallorca: desde la fundación hasta la promulgación de las Ordenaciones (1456-1514)». *En la España Medieval* 41: 133-53.
- CIFUENTES, Lluís. 2002. *La ciència en català a l'Edat Mitjana i el Renaixement*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- CIPOLLA, Carlo M. 1986. *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*. Bolonia: Il Mulino.
- COMELLES, Josep M. 2006. *Stultifera Navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.
- COMELLES, Josep M., Elisa Alegre-Agís and Josep Barceló-Prats. 2017. «Del hospital de pobres a la cultura hospitalocéntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán». *Kamchatka. Revista de anàlisis cultural* 10: 57-85. <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>
- CONEJO, Antoni. 2014. «Lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud: los hospitales y la renovada imagen de la ciudad bajomedieval». In *Ciudad y Hospital en el occidente europeo, 1300-1700*, editado por Teresa Huguet, Pere Verdés, Jon Arrizabalaga y Manuel Sánchez-Martínez, 415-45. Lleida: Editorial Milenio.
- CORTÉS, Francisco. 2005. *Diccionario médico-biológico (histórico y etimológico) de helenismos*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. <https://dicciomed.usal.es/palabra/confinamiento>

- CRANSHAW, Lindsay. 1993. «The hospital». In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. II. Londres: Routledge.
- DELUMEAU, Jean. 1989. *El miedo en Occidente: (Siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada*. Madrid: Taurus.
- DEMAITRE, Luke. 2007. *Leprosy in Premodern Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- EGBE, Manfred, Elisa Alegre-Agís and Josep M. Comelles. 2017. «El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk». In *Comida y Mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*, editado por Lorenzo Mariano, F. Xavier Medina y Julián López-García, 247-283. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- FERRAGUD, Carmel. 2007. «Los oficios relacionados con la medicina durante la Baja Edad Media en la Corona de Aragón y su proyección social». *Anuario de estudios medievales* 37: 107-37.
- FERRAGUD, Carmel. 2014. «La introducción de los practicantes de la medicina en los hospitales del reino de Valencia durante la Baja Edad Media». In *Ciudad y hospital en el Occidente europeo, 1300-1700*, editado por Teresa Huguet, Pere Verdés, Jon Arrizabalaga y Manuel Sánchez-Martínez, 305-324. Lleida: Editorial Milenio.
- FOUCAULT, Michel. 1963. *Naissance de la Clinique. Une archéologie du regard médical*. París: Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT, Michel. 1976. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. París: Institut de l'Environnement.
- FOUCAULT, Michel. 1977. «Historia de la medicalización». *Educación médica y salud* 11 (1): 3-24.
- FOUCAULT, Michel. 1984. «El juego de Michel Foucault». In *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones la Piqueta.
- FOUCAULT, Michel. 2001. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mira médica*. México DF: Siglo XXI editores.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 1992. «Medicina y filosofía natural en la Europa latina de los siglos XII y XIII: un debate abierto». *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura* 588-560: 119-46.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 1994. «Universidad y nueva profesión médica en la Europa latina medieval: siglos XIII y XIV». In *Universidad, cultura y sociedad en la Edad Media*, editado por Santiago Aguadé, 105-30. Alcalá de Henares: Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 1995. «Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism». In *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, editado por Don Bates, 127-50. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511621666.007>
- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 2004. *Artifex Factivus Sanitatis: Saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis, Roger French, Jon Arrizabalaga y Andrew Cunningham, eds. 1994. *Practical Medicine from Salerno to the Black Death*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis, and Jon Arrizabalaga. 1998. «El Regiment de Jacme d'Agramont y el Estudi de medicina de Lleida». In *Regiment de preservació de pestilència (Lleida 1348)*, editado por Luis García-Ballester, Joan Veny y Jon Arrizabalaga, 13-31. Barcelona: Enciclopedia Catalana.
- GELFAND, T. 1980. *Professionalizing Modern Medicine*. Westport CT: Greenwood Press.
- GEREMEK, Bronislaw. 1998. *La piedad y la horca: historia de la miseria y de la caridad en Europa*. Madrid: Alianza.
- GUTIÉRREZ, Bertha. 2020. «El lenguaje, entre los efectos de la pandemia». In *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, editado por Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno, 20-24. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- HENDERSON, John. 1994. *Piety and Charity in Late Medieval Florence*. Oxford: Clarendon Press. <https://doi.org/10.1111/j.1477-4658.2001.tb00116.x>
- HENDERSON, John. 2001. «Healing the body and saving the soul: hospitals in Renaissance Florence». *Renaissance Studies* 15 (2): 188-216.
- HERZLICH, Claudine, and Janine Pierret. 1991. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París: Payot.
- HORDEN, Peregrine. 1988. «A discipline of relevance: the historiography of the later medieval hospital». *Social history of medicine* 1 (3) (Dec.): 359-374. <https://doi.org/10.1093/shm/1.3.359>
- HUGUET, Teresa. 2004. «Una reflexió historiogràfica sobre l'hospital com a espai de medicalització». *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut* 42: 41-48.
- HUGUET, Teresa, and Jon Arrizabalaga. 2010. «Hospital care for the insane in Barcelona, 1400-1700». *Bulletin of Spanish Studies* 87 (8): 81-104.
- JETTER, Dieter. 1972. *Geschichte des Hospitals*. Vol. III, Stuttgart: Franz Steiner.

- JONES, Colin. 1997. «The construction of the hospital patient in Early Modern France». In *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, editado por Norbert Finzsch y Robert Jütte, 75-96. Cambridge: Cambridge University Press.
- LEGAN, Joseph A. 2015. «The medical response to the Black Death». *Senior Honors Projects 2010-2019*. 103. <https://commons.lib.jmu.edu/honors201019/103>
- LINDGREN, Uta. 1977-1978. «Frühformen abendländischer Hospitäler im Lichte einiger Bedingungen ihrer Entstehung». *Historia Hospitalum* 12: 32-53.
- LINDGREN, Uta. 1980. *Bedürftigkeit, Armut, Not. Studien zur spatmittelalterlichen Sozialgeschichte Barcelanas*. Münster: Aschendorff.
- LINDGREN, Uta. 1987. «¿De qué vivían los hospitales?: Los fundamentos económicos de los hospitales de Barcelona de 1375 a 1500». *Anuario de estudios medievales* 17: 525-32.
- LÓPEZ-ALONSO, Carmen. 1984. «Los pobres medievales: de la caridad al rechazo». *Historia* 16 (97): 43-50.
- LÓPEZ-PIÑERO, José M. 2002. *La Medicina en la Historia*. Valencia: La Esfera de los Libros.
- LÓPEZ-TERRADA, M. LUZ. 1986. «El Hospital General de Valencia en el siglo XVI (1512-1600)». PhD diss., Universidad de Valencia.
- LÓPEZ-TERRADA, M. LUZ. 1999. «Health care and poor relief in the Crow of Aragon». In *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*, editado por Ole P. Grell, Andrew Cunningham y Jon Arrizabalaga, 177-200. London-New York: Routledge.
- McVAUGH, Michael. 1993. *Medicine before the plague: practitioners and their patients in the crown of Aragon 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 1978. «El modelo médico y la salud de los trabajadores». In *La salud de los trabajadores*, editado por Franco Basaglia, *et al.*, 11-53. México DF: Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 2005. «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud colectiva* 1 (1): 9-32.
- MOLLAT, Michel. 1988. *Pobres, humildes y miserables en la edad media*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- MONTFORD, Angela. 2004. *Health, Sickness, Medicine and the Friars in the Thirteenth and Fourteenth Centuries*. Aldershot: Ashgate.
- MORETTI, Bruno. 1935. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore.
- MOULIN, Anne M. 1994. «Bacteriological research and medical practice in and out of the Pastorian School». In *French Medical Culture in the Nineteenth Century*,

- editado por Ann La Berge y Mordechai Feingold, 327-349. Leiden: Brill, Rodopi. https://doi.org/10.1163/9789004418356_015.
- MOYA, Andrés, and Fernando Baquero. 2015. «La historia natural de las epidemias». *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo* 48: 12-18.
- PARRILLA, Ferran. 2019. «La pesta negra del 1348 a la Corona d'Aragó. Una revolució social, econòmica i salubrista». *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut* 71: 13-22.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique, y M. Dolores Ruiz-Berdún. 2017. «Medicalización ¿Un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud». In *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, editado por Alfons Zarzoso y Jon Arrizabalaga, 247-252. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- PICCINNI, Gabriella. 2016. «I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa alla fine del Medioevo». In *Civitas Bendita. Encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, editado por Gregoria Cavero, 8-26. León: Universidad de León.
- PICCINNI, Gabriella. 2017. «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del 'welfare'». In *L'assistència a l'Edat Mitjana*, editado por Flocel Sabaté, 139-52. Lleida: Pagès editors.
- PIELTÁIN, Alberto. 2003. «Los hospitales de Franco: La versión autóctona de una arquitectura moderna». PhD diss., Universidad Politécnica de Madrid.
- PINO, Luís M., y Hernández-González, Justo P. 2020. «Epidemia y peste, historia de una confusión terminológica». In *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, editado por Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno, 15-19. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- PITTS, Jesse. 1968. «Social control: the concept». In *International Encyclopedia of the Social Sciences*, editado por David L. Stills, 91. New York: Macmillan.
- RAWCLIFFE, Carole. 2006. *Leprosy in Medieval England*. Woodbridge: Boydell Press.
- RISSE, Guenter B. 1996. «Before the Clinic was 'Born': Methodological Perspectives in Hospital History». In *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, editado por Norbert Finzsch y Robert Jütte, 75-96. Cambridge: Cambridge University Press.
- RISSE, Guenter B. 1999. *Mending Bodies, Saving Souls. A history of hospitals*. New York: Oxford University Press.
- ROCA-CABAU, Guillem. 2018a. «La unión de los hospitales ilerdenses: el expediente de 1447». *Revista de la CECEL* 18: 31-54.

- ROCA-CABAU, Guillem. 2018b. «Medidas municipales contra la peste en la Lleida del siglo XIV e inicios del XV». *Dynamis* 38 (1): 15-39.
- RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban. 2020. «Caracterización histórica de las epidemias». In *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, editado por Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno, 26-30. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- RUFFIE, Jacques, and Jean-Charles Sournia. 1995. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. París: Flammarion.
- SALMÓN, Fernando, Luís García-Ballester y Jon Arrizabalaga. 1990. *La Casa de Salud Valdecilla. La introducción del hospital contemporáneo en España: origen y antecedentes*. Santander: Universidad de Cantabria.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. 1994. «An essay: "AIDS and the social body"». *Social science & medicine* 39 (7) (Oct.): 991-1003. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90210-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90210-0)
- SCHUMACHER, Martín. 1993. «Prólogo». In *La medicalización de la sociedad*, editado por José P. Barrán. Montevideo: Nordan Comunidad, Goethe-Institut.
- SIGERIST, Henry. 1984. «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social». In *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, editado por Erna Lesky, 187-210. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SINGER, Julie. 2011. *Blindness and Therapy in Late Medieval French and Italian Poetry*. Cambridge: Boydell & Brewer.
- STEUHLER, François. 1974. *L'hôpital en observation*. París: Armand Colin.
- SUÁREZ, Diego. 2012. «La Sombra del Quattrocento en las postrimerías del siglo XV hispano. Ideas, ideales, modelos». *Anales de historia del arte* 1: 197-224. https://doi.org/10.5209/rev_ANHA.2012.39085
- TERREU, Miquel. 2016. «L'arquitectura estudiada per Domènec i Montaner per al projecte dels hospitals de la Santa Creu i Sant Pau». *Domenechiana: revista del Centre d'Estudis Lluís Domènec i Montaner* 7: 80-103.
- THOMPSON, John D., y Grace Goldin. 1975. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven-London: Yale University Press.
- TOMASSETTI, Stefano. 2020. «Dentro e fuori l'ospedale di età moderna. Idee, pratiche, contesti». *Storica* 25 (74): 91-127.
- VALENZUELA, José, y Esteban Rodríguez-Ocaña. 1993. «Lugar de enfermos, lugar de médicos: La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII-XIX». In *La salud en el estado de bienestar: análisis histórico*, editado por Luis Montiel, 107-32. Madrid: Editorial Complutense, D.L.

- VENY, Joan, ed. 1971. *Regiment de preservació de pestilència de Jacme d'Agramont (s. XIV)*. Tarragona: Publicaciones de la Excelentísima Diputación Provincial.
- VILLAGRASA, Raúl. 2016. *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- VOGEL, Morris J. 1980. *The invention of the modern hospital. Boston 1870-1930*. Chicago: Chicago University Press.
- VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle. 1997. *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande, 1730-1850*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- WILLIAMS, Simon J., Catherine Coveney y Jonathan Gabe. 2017. «The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield». *Sociology of Health & Illness* 39 (5) (Jun.): 775-80. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12576>
- ZOLA, Irving K. 1972. «Medicine as an institution of social control». *The Sociological Review* 20 (4): 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

Política de Saúde, Política de Morte: A Peste e a Realeza em Portugal (Séculos XIV-XVI)

Mário Jorge da Motta Bastos*

Anais de História de Além-Mar XXII (2021): 137-155. ISSN 0874-9671

Resumo

As sociedades pré-capitalistas foram atingidas por diversas epidemias, destacando-se os ciclos epidêmicos frequentes de peste desde a eclosão da grande epidemia de 1348, promovendo súbitas e sistemáticas elevações das taxas de mortalidade, provocando destruição, medo e caos social. Em Portugal, houve ao menos uma epidemia a cada década ao longo do período. A doença era um fator de desestabilização e desordem social que suscitou da realeza a promoção do embate por meio de ações variadas. Ensaíamos, neste artigo, a proposição de que a política de saúde pública forjada pelo estado continha em si uma expressão intrínseca daquilo que Achille Mbembe caracterizou como «necropolítica».

Palavras-chave: Portugal, Epidemias, Estado, Política de Saúde, Política de Morte.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 24/06/2021

Abstract

Pre-capitalist societies have been hit by several epidemics, notably the frequent epidemic cycles of plague since the outbreak of the great epidemic of 1348, promoting sudden and systematic increases in mortality rates, and causing destruction, fear and social chaos. In Portugal, there was at least one epidemic every decade throughout the period. The disease was a factor of destabilization and social disorder that caused royalty to promote clashes through various actions. In this article, we rehearsed the proposition that the public health policy forged by the state contained in itself an intrinsic expression of what Achille Mbembe characterized as «necropolitics».

Keywords: Portugal, Epidemics, State, Health Policy, Death Policy.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 24/06/2021

* Instituto de História, Universidade Federal Fluminense; Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, Brasil.
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6048-8824>. E-mail: velhomario@gmail.com.

Política de Saúde, Política de Morte: A Peste e a Realeza em Portugal (Séculos XIV-XVI)

Mário Jorge da Motta Bastos

Introdução

Impactando a existência humana em todo o globo, a pandemia da covid-19 – um caso particular sem dúvida, mas de uma milenar expressão das relações travadas pelas sociedades humanas com os agentes patogênicos – mobiliza potencialmente todas as pandemias históricas que afligiram a humanidade na sua condição de eventos e experiências vividas, plenas de parâmetros e referências, que auxiliem no dimensionamento da experiência crítica que atualmente experimentamos. Considerados, rigorosamente, cada contexto histórico em suas particularidades, a par das especificidades da etiologia própria de cada doença infectocontagiosa, o que é que o fenômeno em curso partilhará com seus congêneres históricos em motivações, profundidade e diversidade de níveis de impacto e de reações?

Professor de História Medieval da Universidade Federal Fluminense (UFF), situada na cidade de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, no Brasil, há 29 anos, foi no âmbito desta docência que publiquei, no já longínquo ano de 2009, um estudo em que abordo as inter-relações entre dois fenômenos correntes em muitas regiões do globo entre os séculos XIV e XVI, ainda que eu o tenha considerado de forma mais específica numa sociedade do extremo ocidental da Europa, o reino de Portugal (Bastos 2009). Dos tais fenômenos em questão podemos dizer apenas, em princípio, que foram simultâneos, partilhando, portanto, um mesmo período de tempo em suas manifestações.

Um deles foi uma série impressionante de repetidos surtos epidêmicos de peste que, em média uma vez a cada década, atingiu diversas regiões daquele reino, em especial as principais cidades litorâneas e portuárias, com destaque para Lisboa. Desde a pandemia da famosa Peste Negra que atingiu a Ásia, a África e a Europa entre as décadas de 1330 e 1350 – seu auge na Europa ocorreu entre 1348 e 1352 – novos surtos localizados assolaram diversas daquelas regiões do globo – ainda que tratemos aqui de Portugal – segundo uma assustadora cronologia fina de ao menos uma – pois às vezes duas ou mais – incidência em cada década até fins do século XVI. Tivemos quase duzentos anos seguidos com epidemias de peste grassando

no mínimo uma vez a cada dez surtos que, ainda que de forma mais pontual e espaçada, seguiram ceifando vidas até a nossa contemporaneidade!

O outro fenômeno que, em Portugal, lhe foi coetâneo também se caracterizou como processo, isto é, como uma sequência de ações, iniciativas e declarações diversas a partir das quais a realeza – a entidade política com vigor e pretensão superior então vigente – procurava afirmar sua supremacia sobre outros polos de poder potencialmente concorrentes para se afirmar e exercer a liderança e a direção política daquela sociedade.

Ambos os fenômenos, contemporâneos como foram, poderiam contudo não ter se conectado, ou ter até, considerando-se a reduzida extensão territorial daquele reino, estabelecido contato episódico e/ou fortuito. Além disso, as epidemias, por um lado, são um fenômeno complexo, com dimensões e expressões diversas, assim como complexo foi o fenômeno de afirmação do poder da monarquia, que também se manifestou em frentes e níveis distintos. Portanto, é bom que se diga, um não se esgotou no outro, mas, feita essa ressalva, meu objetivo principal naquele estudo foi propor a meus interlocutores a ocorrência de uma íntima interseção entre os «eventos», de forma que a incidência tão intensa e com tão destacado potencial destrutivo da doença tornou-se um fator ameaçador que confrontou a simples existência do poder monárquico, e mais ainda a meticulosa e persistente engrenagem de ação mobilizada em prol da consolidação de sua suprema autoridade no reino.

As doenças na História

A covid-19 atual, a Gripe «Espanhola» em princípios do século passado, assim como a Peste Negra de meados do século XIV e outras tantas doenças infecciosas endêmicas e surtos epidêmicos ocorridos ao longo da História são eventos específicos que guardam a mesma raiz determinante. Refiro-me aos contatos travados entre seres vivos diversos que partilham o mesmo meio ambiente, relações íntimas, portanto, e sistemáticas entre os mamíferos superiores – a espécie humana aí incluída – e agentes patogênicos como vírus, bactérias, protozoários etc., capazes de produzir reações orgânicas negativas manifestas em infecções com grau desigual de gravidade, levando inclusive à morte. É claro que, quanto mais intensas as relações e degradado o equilíbrio do meio ambiente em que as comunidades humanas se inserem, maior o potencial da incidência desses males.

Observe-se que muitas das doenças de caráter infectocontagioso que atingem as comunidades humanas se manifestam, primariamente, como epizootias, isto é, males que afligem especificamente rebanhos animais, de forma que a maior intimidade com esses decorrente, por exemplo, da intensidade da atividade da caça e, especialmente, do processo de domesticação de várias espécies costuma ser considerado um fator promotor da generalização de muitas doenças. Assim, o sarampo, a gripe, a varíola, a peste etc. acompanham a história da humanidade em sua longa trajetória. A gripe faz enfermar e mata há milênios. A malária aflige endemicamente populações de vários quadrantes do planeta também há milênios, inclusive na própria Europa, quando uma série de pântanos que abundavam no entorno da cidade de Roma, por exemplo, entre os anos 500 e 1000, mantinha a malária ceifando vidas endemicamente na região. Atividades bélicas, por sua vez, em especial nos longos acampamentos de tropas reunidos às vezes por largos períodos para a promoção de cercos, por exemplo, via de regra favoreciam contágios como o do tifo, derivados da precariedade das instalações e da falta de condições higiênicas.

E por falar nas condições de higiene, as mais intensas aglomerações humanas são historicamente mais suscetíveis à incidência constante de vários destes flagelos.

Ora, o que aqui se revela, como já destacou James Scott (2017), os primeiros estados da História, constituídos no Antigo Oriente Próximo e no Asiático, foram palco de muitas endemias e sucessivas epidemias que, por vezes, os levaram à ruína e desintegração. Nas Américas, os grandes impérios pré-colombianos também conheceram um quadro semelhante. Os centros urbanos foram especialmente atingidos ao longo da História – o que não quer dizer que as comunidades rurais tenham sido poupadas – e os contextos marcados por mais amplas e diversas interações entre populações de diversas regiões do globo favoreceram o deslocamento e ampliação do raio de ação de muitas doenças. Os viajantes costumam levar consigo, e trocar e disseminar, muito mais itens do que aqueles que constam visíveis a «olho nu» em suas bagagens! Retenham, pois, por favor desde já para ulterior consideração, a perspectiva que aqui se manifesta: inscrevem-se em longuíssima duração histórica as articulações profundas que entre si manifestam as formações estatais diversas e as graves crises epidêmicas que afetaram a humanidade inteira e/ou consideráveis parcelas suas. As sociedades medievais e modernas, entre outras, como somos forçados agora a considerar, foram constantemente atingidas por diversos cataclismos e epidemias. Dentre essas, coube à peste com seu bacilo promotor, o nosso

«sujeito microscópico» – frequentemente associada às crises de fome – a triste primazia em ceifar um elevado número de vidas, agindo em vagas epidêmicas recorrentes desde a famosa peste Negra de 1348 até fins do século XVI e além. E coube aos centros urbanos de então a condição de palcos privilegiados para a encenação de seu mórbido espetáculo de horrores. Na extensa faixa costeira portuguesa os centros portuários, frequentados por embarcações de diversas partes do mundo, constituíram-se em vias de ingresso para epidemias que por vezes atingiram todo o território nacional.

Dispomos de um relato anônimo tão ímpar quanto em geral desconhecido da chamada *Peste Grande* que assolou algumas regiões de Portugal em meados do século XVI, tendo sido particularmente gravosa na cidade de Lisboa. Datado de 1569, ano do flagelo, do seu autor, que se diz testemunha ocular dos acontecimentos atuando em prol dos muitos necessitados e doentes, sabemos apenas que se tratava de um frade dominicano que dedicou a narrativa a um confrade seu, referindo-se à capital do reino como uma nau – a que chama *Boalis*, numa inversão do seu nome – perdida no mar revoltoso que representava o contágio. Intitula-se *Breue summario da peste que ouue em Lixboa o anno de 69 que hum frade Dominico escreueo a outro seu amigo, fingindo a cidade huma nao perdida com tormenta desfeita* (1569)¹. A metáfora da nau perdida parece remeter ao tema dos «navios fantasmas», embarcações assombradas que povoavam os piores pesadelos das populações de comunidades costeiras, referido em contos e na *Legenda Áurea* (Delumeau 1989, 49).

Nosso frade traça, em cores vivas, em seu relato, o contraste com o cotidiano de riqueza e opulência que caracterizaria a cidade até ser infestada. Desapareceram do seu interior os sinais materiais de riqueza que a destacavam – soldados, viajantes, seus nobres e cortesãos, os navios mercantes que a seu porto afluíam de diversas regiões, o intenso movimento cotidiano do seu avultado comércio. Resta-lhe, da ruptura imposta, o abandono, suas ruas infestadas por baratas e animais esfomeados que se misturavam aos pobres desamparados, suas portas franqueadas e sujeitas à invasão de inimigos, «tudo tam triste [...] que era pazmo E magoa» (*Breue summario...* 1569, XV). Fr. Luís de Sousa, em função do mesmo surto, expõe a cidade de Braga, contaminada, tomada por «escandalos, desemparos, desmayos e desconsolações». Declarado o mal, pôs-se em fuga a maior parte dos moradores, «e os que ficaraõ tudo foy gente pobre, e alguns muyto poucos do

¹ Biblioteca Nacional de Portugal [BNP], Seção de Reservados, Fundo Geral de Manuscritos, cod. 8571: fols.15-20.

governo», que teriam seguido aliás o exemplo dado pelo arcebispo, D. Frei Bertolameu dos Martyres (Sousa 1767, 520).

Uma vez instalada, a doença impunha o seu predomínio, uma espécie de tempo de ruptura com a suspensão do burburinho das ruas, das praças, tavernas e mercados, e das relações sociais cotidianas, talvez a principal razão do seu impacto profundo. Segundo o P. M. Balthazar Tellez, ainda por ocasião da *Peste Grande*, «nam havia quem quizesse entrar na Cidade [de Lisboa], pera acudir aos vivos, E pera ajudar aos que morriam, cuydando cada hum, que assegurava a vida, com fugir do que estava já doente [...]» (Tellez 1647, 193). E ainda que fosse relativamente momentâneo o caos, o seu concurso era frequente. Ao longo dos séculos XIV, XV e XVI Portugal vivenciou, com caráter geral ou local, pelo menos um surto epidêmico a cada década (Meirelles 1866). A cronologia é impactante: 1348-49, 1356, 1384, 1414-15, 1423, 1432, 1435, 1437-38, 1448, 1459, 1464-69, 1477-97, 1503, 1505-06, 1514, 1518, 1522, 1526-29, 1531, 1537, 1564, 1569-80. Desiguais em sua força destrutiva, a peste foi, contudo, a maior responsável pelas grandes mortandades: calcula-se que até sessenta mil pessoas, a metade estimada de sua população, tenham sucumbido em Lisboa durante a Peste Grande de 1569.

Considerada, portanto, a intervenção recorrente dessa potência desestabilizadora – a peste instaurava a desordem, o caos e as ações descontroladas – as reações que suscitou voltaram-se à preservação da ordem social. Num contexto de confirmação do poder régio, em Portugal, predominantemente sob a dinastia de Avis, a realeza requisitou-se o poder ordenador, de intervenção social contra o flagelo (Abreu 2003 e 2004). Desta forma apropriada, a resposta à doença manifesta-se como um nível particular das práticas intervencionistas do Estado no quadro da afirmação política régia então em curso. Em Portugal, foi a realeza sob Avis que fundou o «campo» da saúde pública nacional, que se definiu e especializou-se sob a sua ingerência, contribuindo para afirmar a supremacia daquela instituição no âmbito do estado.

Iniciativas contra os flagelos

Assim, a documentação nos revela, por exemplo, a paulatina criação e/ou especialização de ofícios e instituições na área da saúde, com base em iniciativas régias. Vejamos o caso do Provedor-Mor da Saúde. A primeira referência à função data de 1526 (Meirelles 1866, 62-64). Competia-lhe, por

resoluções régias, o provimento de todos os ofícios ligados à saúde, tanto nos portos do mar e ilhas adjacentes quanto nas regiões interiores do reino. Aos 7 de janeiro de 1571, D. Sebastião determinou que as autoridades locais de diversas regiões do reino cumprissem com diligência as disposições do Provedor-Mor da Saúde de Lisboa, que por ordem sua as fixava no intuito de proteger o restante do país contra a epidemia que atingira a cidade de Peniche (Oliveira 1887, t.1, 452-453).

Além da especificação de cargos municipais que, submetidos às determinações régias, impunham-se como vetores da sua política unificadora, a realza fundou também instituições, como os hospitais para epidemiados, que deram ensejo às medidas de isolamento, às ações voltadas para segregar, isolar o «mal». Neste sentido, data de 1526, em Lisboa a fundação do *Tribunal da Saúde*, primeira iniciativa do poder central visando o controle do obituário da população (Meirelles 1866, 62-64). Tratava-se, neste caso, de manter um registo das causas das mortes diárias ocorridas na cidade, visando-se identificar, na origem, as «mortes suspeitas», indícios da possível eclosão de um surto epidêmico. Considerada a infestação frequente da capital, D. João III determinou a instalação, numa igreja situada no centro da cidade, de um grupo de oficiais responsáveis pela provisão da saúde pública. Reunidos diariamente sob a supervisão do Provedor-Mor da saúde da cidade, deveriam ser informados dos óbitos diários ocorridos em cada freguesia, liberando os sepultamentos apenas após a determinação das causas das mortes por físicos que expediam as certidões juradas (Meirelles 1866, 64).

Mas, se a ação régia consubstanciada na fixação das medidas, na criação dos cargos e de instituições constituíram os veículos de uma política de afirmação no campo da saúde pública, cada um deles embasou-se, e afirmou socialmente, a conceção real da doença, fruto ela própria do investimento nos discursos religioso e médico, amalgamados e fortalecidos pela autoridade realenga. Tal apropriação instaurou um novo discurso, absoluto e com pretensões de univocidade, posto que submetido na prática à lógica do poder. Vou me limitar a algumas breves referências. Logo na fundação da dinastia de Avis, a intervenção divina no curso da história portuguesa teria revelado que, além do requisitado apoio «popular», o próprio Deus fora favorável à ascensão do Mestre de Avis. E o instrumento de Sua manifestação foi o tradicional «castigo da peste». Segundo Fernão Lopes, no curso do cerco imposto à cidade de Lisboa por D. Juan de Castela (em fins de maio de 1384), a «flecha da peste» atingiu o seu acampamento, matando centenas de soldados castelhanos diariamente, sem afligir, contudo, nenhum

dos portugueses, nem mesmo os prisioneiros deliberadamente colocados em contato com os doentes (Lopes, 1991, vol. 1, 310). Consciente do castigo divino que lhe afligia, e contaminada a própria rainha, o rei de Castela abandonou a empreitada. No dia seguinte à partida do exército invasor, teria sido realizada, por determinação de D. João, uma grande e devota procissão de graças que mobilizou toda a cidade (Lopes 1991, vol. 1, 320).

Em se tratando do discurso médico, a realeza muito mais intensificou o que atenuou a autoridade de base. Em Portugal, teve lugar, no período em questão, um efetivo investimento régio na normatização do exercício da medicina. D. João I, por lei geral de 28 de junho de 1392 (Almeida 1813, 205-206), determinou a obrigatoriedade do licenciamento, por meio de exame realizado pelo «Fysico d'El-Rey», a todos aqueles que se dedicassem a «arte da física» no Reino, fixando aos transgressores a pena de prisão e perda dos bens. Por carta régia enviada a Lisboa em 1385, condenava como prática idólatra a elaboração de «remedio outro alguu para saude dalguu home ou animallia, qual ão cõsselhe a arte da fisica (...)», lei constante das *Ordenações Manuelinas* (V, Tit. XXXIII). A essa primeira lei de D. João seguiu-se uma vasta legislação posterior. D. João II concedeu, em 1481, poder de polícia ao Cirurgião-Mor, que deveria, acompanhado por três homens armados, prender «os que uzassem [do ofício da medicina] sem Carta de Licença (...)» (*Ordenações Manuelinas* II, Tit. VIII). Guardiã da medicina legal, essa orientaria os principais níveis de intervenção da realeza contra a doença.

Em primeiro lugar, embasado na suposta relação entre a «poluição» do ar e as pestes estabelecida pela medicina desde a Antiguidade, a realeza promoveu uma efetiva política de higienização urbana, pública e privada. As determinações datam de fins do século XIV. Uma série delas, relativas a Évora, circunscrevem-se aos anos de 1375 a 1395. Do conjunto dos dispositivos, apenas uma pequena parte diz respeito à limpeza urbana, determinando a remoção do lixo, esterco, águas acumuladas e dejetos dos mesteres, proibindo o trânsito de porcos pelas áreas públicas, o despejo de esterco em covas de pão abandonadas, etc. (Roque 1979, 202). Daí em diante, contudo, a tônica seria a pressão, constante e crescente, do poder central sobre os municípios no sentido da adoção, generalização e aprimoramento das medidas de higiene urbana, sob a perspectiva de que representavam um instrumento essencial à erradicação das epidemias. Inseridas nas *Ordenações Afonsinas* (I, Tit. XXVIII), as prescrições régias ganhariam estatuto de lei geral do reino.

Sob D. João II, a errância endêmica da peste ou uma sequência extrema de contágios, ocorridos especialmente na cidade de Lisboa ao longo de

quase todo o seu reinado (1481-1495), este propiciou ao poder régio uma conjuntura favorável à pressão sobre esse ramo da administração municipal: em janeiro de 1482, determinou-se a construção de um sistema de encanamentos na cidade para a recolha das «águas servidas» (Roque 1979, 205); dois anos passados, foram admoestadas as autoridades municipais pela imundície originada da prática generalizada, que persistia, de «entornar os camareiros» – os resíduos domésticos de «águas usadas» eram lançadas, pelos moradores, nas ruas pelas janelas de suas habitações –, do acúmulo clandestino de «monturos e esterqueiras» e do «entupimento dos canos» (Roque 1979, 206); em janeiro de 1486, por fim, acabou por se impor à cidade um regimento de limpeza urbana (Oliveira 1887, t. 1, 463).

Por carta régia de 1506, D. Manuel determinou o envolvimento coletivo dos cidadãos nos trabalhos de limpeza da cidade, a despeito de sua condição social (Oliveira 1887, t. 1, 402). O que foi, então, identificado como um problema novo imposto à saúde pública levou-o a determinar, em 1515, que a câmara ordenasse a prisão de escravos responsáveis por sujar a cidade (Oliveira 1887, t. 1, 446). Em novembro do mesmo ano, considerando que os escravos mortos lançados às lixeiras representavam perigo para a saúde da cidade, o rei determinou à câmara que abrisse «huum poço, o mais fundo que podese ser, no llugar que fose mais comvinhavell e de menos incomvyniente, no quall se llãçasem os ditos escrauos [...]» (Oliveira 1887, t. 1, 509). O processo de ingerência do poder central neste campo da limpeza e saúde parece-nos ter, por sinal, chegado ao auge durante o governo de D. Manuel. Por carta régia de 30 de julho de 1510 (Oliveira 1887, t. 1, 411), ordenava aos vereadores lisboetas, que lhe pediram licença de suas funções, que se mantivessem nos cargos, em razão inclusive da epidemia que atingia então a cidade. Segundo Eduardo Freire de Oliveira, o pedido fora feito em represália à ação régia, que havia privado a câmara da superintendência de alguns setores da administração, dentre eles o regimento da limpeza (Oliveira 1887, t.1, 411).

Mas, as medidas de caráter preventivo não se limitaram à normatização das práticas de higiene pública. A peste gerou, e o discurso médico o expressou amplamente, sobretudo suspeição. A certeza do perigoso contágio, veiculado pelo «ar corrupto», ensejou posturas de isolamento, reclusão e confinamento através das quais o Estado manifestou, e ensaiou, o exercício do controle dos cidadãos. Abordemo-las, em suas principais vertentes. A fuga foi a sua primeira expressão, já o dissemos, valendo-se dela amplamente a corte portuguesa. D. Duarte, que morreria em trânsito colhido pela peste em Tomar, em 1438, defendeu a legitimidade da iniciativa em

passagem célebre do *Leal Conselheiro*. A opinião régia era, desde logo, a de que fugir da epidemia era atitude não só lícita, como obrigatória, agindo o homem, nesses casos, regido pela luz do entendimento com que fora dotado por Deus ao diferenciá-lo das demais espécies de Sua criação (Piel 1942, 225). Assim, muitos dos deslocamentos da corte pelo reino ao longo do período seguiram itinerários cuidadosamente definidos visando-se evitar os surtos epidêmicos. Em setembro de 1495 (Oliveira 1887, 369), a rainha D. Leonor comunicou-se com a câmara de Lisboa, pedindo informações sobre o estado de saúde da cidade, desejosa que estava de para ela retornar. Incisivamente praticado pela realeza, o princípio firmado por D. Duarte previa restrições: o abandono da cidade contaminada por parte das suas autoridades locais dependia, em tese, de expressa liberação régia, e sabemos que também era muito frequente, com ou sem a devida autorização (Tavares 1987, 20).

Quanto ao isolamento nas epidemias, as primeiras referências em Portugal datam do século XV. D. Duarte, no mesmo *Leal Conselheiro*, indicava às autoridades municipais a adoção de três medidas básicas visando impedir a disseminação local do contágio: em primeiro lugar, deviam expulsar das cidades os doentes, para que se curassem ou morressem fora do centro de habitação; quanto aos mortos, fossem enterrados em cemitérios extramuros e, por fim, que suas casas fossem encerradas por 15 ou 20 dias (Piel 1942, 226). Disposições, ainda uma vez, fadadas a largo futuro e aprimoramento. No mesmo intuito, mas em sentido contrário, coibia-se o livre trânsito nas cidades de pessoas oriundas de centros contaminados, o que pressupõe um sistema minimamente articulado de comunicação entre as regiões.

A determinação mais antiga nesse sentido conhecida em Portugal data do reinado de D. Afonso V. O ainda príncipe e futuro D. João II ordenou à vila de Beja a instalação de quatro postos de fiscalização nas suas portas de entrada, restringindo o ingresso aos viajantes que jurassem não proceder de áreas contaminadas (Tavares 1987, 20). Em outubro de 1486, D. João II criticou as autoridades de Lisboa por terem permitido o ingresso na cidade de indivíduos oriundos de Alhandra, onde então grassava a peste (Tavares 1987, 21). Sob D. João III, a deliberação assumiria foros de crime de «lesa majestade»: determinou o rei, em julho de 1531, que qualquer pessoa que viesse a Évora, onde estava a corte, oriunda de Lisboa ou de regiões impedidas, fosse sumariamente executada (Oliveira 1887, t. 1, 455).

A partir de D. João II, o isolamento dos doentes circunscreveu-se a um local fixo, fechado e externo ao centro urbano. Em 1480, ordenou à cidade de Évora o estabelecimento do primeiro hospital para epidemiados,

que seriam assistidos por um físico pago pelo concelho (Tavares 1987, 24). D. Manuel, num contexto em que a realeza assumia o campo da caridade pública – e, como “outra face da mesma moeda” de sua política, reprimia duramente a vadiagem, definida como «falsa pobreza» –, projetou para Lisboa o primeiro hospital permanente para pestilentos, que seria construído em local isolado e distante da cidade (Roque 1979, 186).

A defesa contra contágios externos suscitou, no período, as primeiras medidas de polícia sanitária dos portos. D. João II esboçou, em 1492, o primeiro regimento para o porto de Belém, em Lisboa, determinando o balizamento de sua entrada, que serviria de marco obrigatório para a paragem de barcos oriundos de regiões contaminadas, submetidos os viajantes à quarentena. Ainda assim, durante as epidemias de 1492-1494 (Roque 1979, 363), o concelho de Lisboa proibiu, por ordem régia, a atracação no porto de embarcações originárias da Alemanha e da França, e expulsou do Tejo naus fundeadas provenientes de Sevilha e da Andaluzia (Tavares 1987, 22). Foram vários os alertas contra embarcações suspeitas emitidos ao longo do período.

Sob D. João III viria a impor-se a polícia do porto, com a criação da *Casa da Saúde* (ou *do Despacho*) de Belém, em 1526, sediada na entrada do Tejo. As embarcações que adentravam o rio fundeavam junto à Casa, vindo o seu capitão informar ao provedor, sob juramento, se a mesma era originária de porto «impedido», ou se passara por algum contaminado pela peste. Considerada insuspeita a embarcação, permitia-se o seu acesso à cidade. Mas, conhecida a sua proveniência de regiões contaminadas, a nau devia ser evacuada e submetida à vigilância de guardas armados, submetendo-se a carga e os tripulantes a uma quarentena no *Lazareto da Trafaria* (Roque 1979, 190). Nesse mesmo ano de 1526, a cidade de Lisboa, foco central da intervenção régia que, como a doença, se disseminava pelo reino, recebeu o seu primeiro regimento de saúde. Dos seus artigos, destaca-se o anseio de intervenção máxima de um poder que se pretendia absoluto, impondo-se sobre a «célula» básica do corpo social. No item terceiro, fixa penas pecuniárias, de açoite e degredo «aquelle que não declarar o doente que tiver em casa de qualquer doença que seja dentro em duas horas da hora em que adoecer [...]» (Meirelles 1866, 65). Se a reiteração frequente das determinações régias contra a doença ressalta os limites, e até a oposição, mesmo que por inércia, à ação interventora do Estado, as penalidades por ele impostas destacam o elemento crucial, favorecedor da supremacia do seu discurso: sua ideologia reforçava-se no poder que detinha e se propunha a exercer!

Política de Saúde, Política de Morte

Das breves referências até aqui reunidas parece-me possível conceber que, em Portugal, as epidemias suscitaram, desde fins da Idade Média, a paulatina constituição do que creio que possamos designar por «campo da saúde pública», decorrente das ações precípuas da realeza e da sua articulação com os entes políticos locais, sobretudo urbanos. À frequência impressionante dos contágios opõe a realeza um conjunto de medidas de intervenção social que se vão aperfeiçoando sem deixarem de assumir, contudo, um caráter draconiano que merece mais detida, ainda que introdutória, consideração. Como referi anteriormente, considerada a pressão recorrente da potência destabilizadora que era (é?) a peste – ela instaurava a desordem, o caos e as ações descontroladas – as reações que suscitou voltaram-se à preservação da ordem social. Proposição tão recorrente nas declarações públicas das autoridades de ontem e de hoje – quantas vezes a vimos reiterada nos últimos meses um pouco por todos os cantos do planeta contaminado? – especialmente orientada ao amortecimento do choque e à promoção de um sentimento coletivo de esperança na superação da desordem e do restabelecimento da vida «como a conhecíamos», seu vigor e elevada dose de mobilização de anseios e expectativas carregam o escamoteamento quase total da natureza, profundamente perversa das ordens sociais que se propõe manter e/ou restaurar.

Ora, a ordem social confrontada pelos quadros referidos era no nosso contexto – e continua a sê-lo hoje, a despeito de seus muitos matizes específicos e distintos no tempo – uma componente decisiva do quadro crítico em meio ao qual decorriam os contágios e não um pano de fundo estático alheio e, apenas afetado por eles. Ademais, as epidemias, uma vez instaladas, esgarçavam todos os véus cotidianos que supostamente tornavam opacas as profundas contradições sociais que caracterizavam as sociedades em questão, radicalizando mesmo a luta de classes e expressando, com clareza desconcentrante, a natureza classista do estado e de sua intervenção social. Proponho, então, uma reflexão tentativa, de sondagem, cujo potencial para aprofundamento futuro ponho à prova no que nos resta deste artigo: a política de saúde à qual remeti, carrega em si uma política de morte, uma «necropolítica».

O termo em si – que dialoga com outros como, por exemplo, tanatopolítica – foi proposto em obra famosa do não menos afamado filósofo, teórico político, historiador e intelectual camaronês Achille Mbembe (2003) professor do Instituto Witwatersrand, em Joanesburgo, na África do Sul, e

na Duke University, nos Estados Unidos da América. Alcançando sua fama como um teórico dos estudos pós-coloniais, o autor dialoga em sua volumosa produção com autores como Frantz Fanon (1961) e Giorgio Agamben (2004). Contudo, seu primeiro e fundamental interlocutor foi o filósofo francês Michel Foucault.

Segundo os seus críticos, o conceito de necropolítica apresenta-se como uma extensão – dedicada à superação – do conceito foucaultiano de «biopolítica», empregado em referência à mobilização do poder político e social visando o controle da vida dos indivíduos. Foucault desenvolve os conceitos de «biopolítica» e de «biopoder» em seu livro *Histoire de la sexualité. La Volonté de savoir* (1976, t. 1). Para o filósofo francês, a «biopolítica» constitui um conjunto de princípios destinado à regulação de grandes aglomerados populacionais ou conjunto dos indivíduos, diferentemente das práticas disciplinares dominantes durante a Antiguidade e a Idade Média, que visavam governar apenas o indivíduo. O «biopoder», por seu turno, se refere aos «dispositivos» e tecnologias de poder que administram e controlam as populações por meio de técnicas, conhecimentos e instituições. Os biopoderes atuam em frentes diversas, ocupam-se da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, dos costumes etc., na medida em que cada uma dessas atividades se revestiu de conotações políticas. Ainda que configure o «biopoder» como um mecanismo primário de «proteção», destaca que essa iniciativa se manifesta sistematicamente pela subjugação de grupos ou populações marginalizadas (Foucault 1976, t. 1, 76).

Foucault se propunha a avançar, com tal nomenclatura, a concepção de que o poder se transformou no curso da História, intervindo cada vez mais, em níveis diversos, nas relações sociais, sobretudo nas cidades modernas. A modernidade seria caracterizada por várias transformações ocorridas nas esferas do saber e do poder, pois os conhecimentos, leis e as políticas mudaram muito desde os primórdios da humanidade, e de maneira ainda mais acelerada após a revolução industrial nos séculos XVIII e XIX. A despeito de todos os esforços pelo controle de fenômenos como a organização urbana, da economia, a promoção da paz e mesmo das epidemias, que tenderam a igualar as sociedades modernas em sua lógica de estruturação, a ameaça dos conflitos não foi suprimida, e a manutenção da ordem mobilizou as sensações de ameaça, de medo e de ódio aos inimigos. Ainda que as ideias de controle dos corpos, de purificação da população, da supremacia de um determinado grupo sob outro não tenham surgido no século XX, teriam sido então plenamente admitidas com base no poder exercido por

governos e estruturas administrativas. Por meio do discurso do Estado, tais práticas tornaram-se aceitáveis mesmo visando a rejeição, expulsão e aniquilação de determinados grupos (Foucault 1976, t. 1, 179).

Partindo da proposição foucaultiana de que o discurso é um instrumento de poder, Mbembe foi além daquelas originais referências. Segundo afirma em sua obra *Necropolitics*, os conceitos acima referidos seriam insuficientes para compreender as relações de ódio e as perseguições políticas e outras características do mundo contemporâneo. Como estudioso da escravidão, da descolonização e da negritude, relacionou o discurso e o poder de Foucault a um racismo de Estado presente nas sociedades contemporâneas, que teria fortalecido as «políticas de morte». Para o autor, a «necropolítica» consiste no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Ou seja, o exercício do «biopoder» pelas tecnologias de controle de populações envolve a determinação da morte – o deixar morrer – como parte efetiva de sua manifestação. Os «corpos morríveis» são aqueles que subsistem sob o risco constante da morte, já que no mundo contemporâneo existem estruturas cujo objetivo é provocar a destruição de alguns grupos. Essas estruturas são formas contemporâneas de vidas sujeitas ao poder da morte e seus respectivos «mundos de morte» – formas de existência social nas quais vastas populações são submetidas às condições de vida que lhes conferem um status de «mortos-vivos». O filósofo levanta exemplos modernos: a Palestina, alguns locais da África e o Kosovo. Nessas zonas, a morte se torna o último exercício de dominação (Mbembe 2003, 25).

Ademais, como propõe Mbembe, a escravidão foi uma expressão «necropolítica» fundamentada pelo pensamento hegemônico eurocêntrico que negou por muitos anos aos negros o status de seres humanos. Esse pensamento resultou em milhares de mortes e, mesmo que aparentemente «superado» pela humanidade devido à abolição da escravidão, ainda possui reflexos consideráveis. Quanto mais frágil for determinado grupo (classe, raça, gênero, etc.) – sejam mulheres, indígenas ou outras minorias – maior o desequilíbrio entre o poder da vida e da morte sobre esse grupo. As noções de «necropolítica» desenvolvidas pelo autor ajudam a compreender as formas pelos quais, no mundo contemporâneo, os estados, por vezes, adotam em suas estruturas a política da morte – o uso ilegítimo da força por meio de seu aparato policial ou a política de inimizade em relação a determinados grupos – como um discurso necessário para a política de segurança da maioria (Mbembe 2003, 34).

Ainda que fundamentalmente considerados fenômenos típicos da modernidade, e expressão das radicais transformações que marcam suas

diferenças em relação às sociedades pré-industriais ou pré-capitalistas, a minha perspetiva é de que as diversas conjunturas históricas impactadas pela ocorrência dos surtos epidêmicos constituíram-se em importantes «laboratórios» do milenar ensaio do exercício da necropolítica em distintas dimensões temporais e variadas latitudes espaciais pelo planeta. Na Idade Média, portanto, e além, o que uma breve consideração dos índices diferenciais de mortalidade por classes sociais atingidas pela atual pandemia da covid-19 ajuda a revelar.

A despeito das limitações decorrentes dos desiguais registos documentais produzidos – e inclusive perdidos – ao longo dos séculos, sempre que os mesmos são acessíveis eles nos indicam que, nas cidades sitiadas pela doença explodiam as manifestações de ódios de classe e a xenofobia que atingiam, sobretudo, as populações de pobres e os grupos subalternos. Em muitas cidades destacadas pela pujança de seus setores produtivos e comerciais, a população de miseráveis e marginalizados ocupavam os bairros populares apinhados de moradores, ruas estreitas e insalubres nas quais a doença e a morte eram elementos do cotidiano. Já se disse que as cidades – inclusive as portuguesas da Baixa Idade Média – eram, sobretudo, mortuários nos quais os índices de mortalidade eram ordinariamente elevados.

O multifacetado espaço urbano medieval e moderno surge-nos sobretudo caracterizado (em especial o dos grandes centros) pela riqueza, pela pujança do tráfego humano, pela produção e circulação de ideias e mercadorias, espaço aberto por excelência, centros de atração. Mas ele caracterizava-se também (o quadro não nos deve parecer muito estranho!) por uma espécie de contraface, marcada pela errância e concentração de mendigos e vagabundos, feitos párias e lançados à marginalidade, de subempregados, «ganha-dinheiros», pobres esfomeados e subnutridos, apinhados nos bairros populares, nas vielas sujas e tortuosas; locais da precariedade da vida, «onde se nasce e morre muito depressa» (Rodrigues 1990, 37). Com efeito, as cidades reuniam condições propícias à deflagração frequente de crises diversas. Um *habitat* concentrado, submetido a precárias condições de higiene, dependente do abastecimento externo, próximo e/ou longínquo, de alimentos básicos (fatores de uma mortalidade já destacadamente elevada em condições normais), fazia da população urbana alvo predileto dos vários e repetidos contágios. Para A. H. de Oliveira Marques, «o conceito de crise de subsistências, de fome, como nos surge nos séculos XIV, XV e XVI, só em relação à urbe adquire um significado pleno» (Marques 1978, 151). Quanto à peste no contexto de análise, se não deixou de assolar mesmo as pequenas aldeias isoladas, tal se deu em geral pela disseminação,

via rotas comerciais, de epidemias «originadas» em centros urbanos. Jean-Noël Biraben destaca seu caráter sazonal e desigual:

Se seguirmos a peste numa cidade desta época [...] verificaremos que ela fazia, com intervalos de oito, dez, quinze anos, violentas investidas que atingiam a cidade inteira, eliminando até 20, 30 ou mesmo 40% da população. Aparte estes paroxismos persistia em estado endêmico, errando caprichosamente de rua para rua ou de quarteirão para quarteirão, sazonalmente, durante um, dois e até cinco ou seis anos de seguida, e depois extinguiu-se por alguns anos. Reaparecia então sob esta forma «atenuada» que precedia frequentemente a forma «explosiva» antes de voltar a seguir-se-lhe. (Wolff 1988, 27)

No último quartel da centúria de Quinhentos, Lisboa concentrava cerca de 1/10 da população total do reino, 120 mil indivíduos apinhados sobretudo nas freguesias do centro urbano – núcleo nevrálgico do acréscimo populacional – apesar da progressiva ocupação das freguesias extramuros. Resultava daí o elevado número de habitantes por núcleo familiar, média de sete, com extremos inferiores e superiores registrados, respectivamente, em quatro e nove. Segundo Gaspar Barreiros, na Lisboa de princípios do século XV, «difficultosamente se acharam casas em que nam pousem muitos moradores» (Rodrigues 1990, 50), habitações essas que, no denso e estreito arruamento dos bairros populares mais antigos, tendiam a ser muito baixas e pequenas.

Instalada uma epidemia, o quadro se agravava em muitíssimos níveis. As elites, urbanas inclusive, seguiam como vimos a antiga prescrição de Hipócrates e fugiam para as zonas rurais ou outros centros urbanos, tardando o máximo em retornarem para preservar suas vidas. Não raro entre os primeiros contavam-se os próprios administradores dos concelhos, deixando a população retida no interior das muralhas cerradas entregues à própria sorte. Segundo o autor anônimo do *Breue summario...* (1569), tão logo a epidemia foi deflagrada em Lisboa, em 1569, a nau Boalis foi deixada

[...] soo com os pobretes que faltandolhe o sialho dos que se puderam/ saluar começarão a morrer aa mingoa, que por amor da pátria huns. outros por/ impossibilidade ficarão esperando saluarse nas tauoas da nao porque de todo ho mais/ ficouo ingrime de monicoins [sic], exarcea, uelame, armas, que soo mente deixarão o casco:/ com estes que digo pegados nele como [...] acompanhados de estranho temor, por/se uerem soos tam magoados. (*Breue summario...*, 1569)

Àqueles, incapazes de fugirem – sem ter aonde ir e impedidos pelas autoridades dos centros circundantes, já sabedoras do contágio, de neles

ingressarem –, as normativas que iam sendo fixadas assumiram um teor extremo crescente, consistindo essencialmente em medidas paliativas que mal escondiam o aprofundamento da exclusão social: famílias pobres fechadas em suas casas, convivendo com doentes e mortos e com a falta de alimentos crônica que se tornava ainda mais incisiva; ruas e bairros populares inteiros igualmente encerrados, vigiados pelas autoridades policiais e percorridos apenas pelas carroças que, diuturnamente, trafegavam recolhendo corpos empilhados nas calçadas.

O hospital para epidemiados mandado construir, como vimos, por D. Manuel, parece que até o ano de 1525 (Roque 1979, 33) não estava pronto, já que D. João III determinou a edificação urgente de um hospital ao qual seriam recolhidos os pobres contaminados, sob os cuidados de um físico, um cirurgião e um barbeiro. O caráter de segregação destas instituições revela-se da condição social dos internados, e das precárias condições de suas instalações: num hospital improvisado no Porto, em 1486, existiam apenas duas camas, ocupadas por seis a oito doentes que, rapidamente falecidos, davam lugar a outros tantos (Roque, 1979, 33). Durante as epidemias, quando não havia hospitais, o Provedor-Mor da Saúde determinava o «cercamento» dos pobres («escrauos e trabalhadores braçais em geral») em bairros e ruas apartadas, enquanto a «gente grossa» permanecia em suas casas, sinalizadas pelos agentes da saúde (Roque 1979, 453).

Consideração final

Da peste se afirma, com frequência, tratar-se de uma doença democrática que não escolhe suas vítimas pautada por preferências de classe. Mas, se a bactéria que a provoca, assim como outras, a quase todos atinge indiscriminadamente, as condições vivenciadas – a língua portuguesa parece não ter antônimos para essa expressão, pelo que peço perdão às autoridades da língua pelo neologismo – as condições, repito, mortanciadas em face da doença eram irremediavelmente sociais, e os pobres pagaram sempre o maior tributo em vidas ao contágio, quando o próprio estado foi instrumento ativo de uma política que, em nome da contenção do flagelo, tangia à morte setores inteiros das sociedades de então. O quadro já seria extremamente grave se estivéssemos nos referindo a fenômenos perdidos num passado distante e remoto. Mas parece que nesse, como em muitos outros aspectos, a Idade Média é aqui e agora. Lamentavelmente, nesse caso, toda História parece ser, de fato, História Contemporânea!

Fontes Manuscritas

Biblioteca Nacional de Portugal [BNP]

Secção de Reservados, Fundo Geral de Manuscritos, cod. 8571: fols.15-20.

Bibliografia

- ABREU, Laurinda. 2003. «“Misericórdias: patrimonialização e controle régio (séculos XVI e XVII)»“. *Ler História* 44: 5-24.
- ABREU, Laurinda. 2006. «“A cidade em tempos de peste: medidas de protecção e combate às epidemias, em Évora, entre 1579 e 1637.»“ In *Familias y Poderes: Actas del VII Congreso Internacional de la Asociación de Demografía Histórica*, coordenação de Francisco A. Chacón Gómez-Monedero, Xavier Roigé e Esteban Rodríguez Ocaña, 1-22. Granada: Universidad de Granada.
- AGAMBEN, Giorgio. 2004. *O Estado de Exceção*. São Paulo: Boitempo.
- ALMEIDA, Antonio de. 1813. «“Colleção da Maior Parte dos Estatutos, Leis, Alvarás, Decretos, e Ordens Relativas a Medicina e Cirurgia... em Portugal»“. *Jornal de Coimbra* III (XIV).
- BASTOS, Mário Jorge da Motta. 2009. *O Poder nos Tempos da Peste (Portugal - séculos XIV/XVI)*. Niterói: Eduff.
- DELUMEAU, Jean. 1989. *História do Medo no Ocidente: 1300-1800 uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- FANON, Frantz. 1961. *Os Condenados da Terra*. Lisboa: Ulisseia.
- FOUCAULT, Michel. 1976. *Histoire de la sexualité. La Volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- LOPES, Fernão. 1991. *Crónica de D. João I*. Porto: Livraria Civilização Editora.
- MARQUES, A. H. de Oliveira. 1978. *Introdução à História da Agricultura em Portugal*. Lisboa: Edições Cosmos.
- MBEMBE, Achille. 2003. “Necropolitics”. *Public Culture* 15 (1): 11-40.
- MEIRELLES, A. C. Vieira de. 1866. *Memorias de Epidemiologia Portuguesa*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- OLIVEIRA, Eduardo Freire de. 1887. *Elementos para a Historia do Municipio de Lisboa*. Lisboa: Typographia Universal.
- Ordenações do Senhor Rey D. Manuel*. 1984. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ordenações Afonsinas*. 1984. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- PIEL, Joseph Maria, ed. 1942. *Leal Conselheiro de D. Duarte*. Lisboa: s/c.
- RODRIGUES, Teresa. 1990. *Crises de Mortalidade em Lisboa. Séculos XVI e XVII*. Lisboa: Livros Horizonte.
- ROQUE, Mário da Costa. 1979. *As Pestes Medievais Europeias e o “Regimento Proueytoso contra ha Pestença”*. Paris: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SCOTT, James. 2017. *Against the Grain: A Deep History of the Earliest States*. New Haven: Yale University Press.
- SOUSA, Luis de (Fr). 1767. *Terceira Parte da Historia de S. Domingos particular do Reino, e Conquistas de Portugal*. Lisboa: Na Officina de Antonio Rodrigues Galhardo.
- TAVARES, Maria José Pimenta Ferro. 1987. «“A Política Municipal de Saúde Pública (séculos XIV-XV)”». *Revista de História Económica e Social* 19: 17-32
- TELLEZ, Balthazar (PM). 1647. *Chronica da Companhia de Iesu, na Provincia de Portugal; e do que fizeram, nas conquistas d’este Reyno, os Religiosos, que na mesma Provincia entraram, nos annos em que viveo S. Ignacio de Loyola, nosso Fundador*, Segunda Parte. Lisboa: Paulo Craesbeeck.
- WOLFF, Philippe. 1988. *Outono da Idade Média ou Primavera dos Novos Tempos?* Lisboa: Edições 70.

recensões

Castán Lanasa, Guillermo. 2020. *La construcción de la idea de la Peste Negra (1348-1350) como catástrofe demográfica en la historiografía española*. Salamanca: Universidad de Salamanca. 336 pp., ISBN: 978-84-1311-238-1.

Durante el año 2020 la publicación a nivel científico y divulgativo de cuestiones relacionadas sobre las distintas enfermedades epidémicas de la Humanidad, especialmente la Peste Negra, ha incrementado de manera exponencial la atracción por este tema debido a la pandemia de Sars-Cov-2, que todavía hoy estamos padeciendo. La monografía aquí reseñada salió a la luz en el mes de febrero, poco antes de que el Gobierno de España declarase el estado de alarma para hacer frente a la emergencia sanitaria (mediados de marzo). Coincidencia que ha incrementado la difusión e interés por este libro.

El lector ha de saber que nos encontramos ante un estudio historiográfico sobre demografía. En concreto, sobre cómo se ha generado y transmitido la idea de que la Peste Negra supuso en territorio hispano «una auténtica catástrofe demográfica cuyas secuelas afectaron a todo el tejido social y económico» (p. 21). Idea que ha calado en el imaginario popular (y todavía en muchos historiadores) como se puede comprobar en buena parte de publicaciones, así en papel, en soporte digital y en producciones recientes de carácter audiovisual.

Tras los agradecimientos (p. 11), preámbulo (pp. 13-20) y presentación (pp. 21-27) el libro se estructura en cuatro partes. La primera –Planteamiento– queda dividida en dos capítulos y un anexo. En el primero de ellos, en una lograda labor de síntesis, aborda el autor «La construcción de la idea de la Peste Negra como catástrofe demográfica en la historiografía española» (pp. 31-88). El capítulo segundo (pp. 89-110) muestra el modelo matemático base de sus explicaciones, apartado muy técnico y dificultoso

«para quienes no estén familiarizados con los conceptos y planteamientos de la Demografía Histórica» (p. 27), complementado con el anexo matemático –el modelo analítico utilizado– (pp. 111-116) que, salvo interés expreso y dominio del tema, el lector puede obviar sin merma alguna para la comprensión de los resultados propuestos en el libro.

Las restantes partes profundizan sobre la influencia demográfica de la Peste Negra en las diferentes unidades políticas y territoriales existentes en España a mediados del siglo XIV. La segunda –El Reino de Navarra– engloba el capítulo 3 (pp. 119-138); la tercera –La Corona de Aragón– recoge los capítulos 4 (Reino de Aragón) (pp. 141-164), 5 (Principado de Cataluña) (165-194) y 6 (reinos de Valencia y de Mallorca) (pp. 195-214); y la cuarta parte –La Corona de Castilla– los capítulos 7 (La historiografía sobre la Peste Negra en la Corona de Castilla) (pp. 217-236), 8 (Galicia) (pp. 237-250), 9 (Asturias, Cantabria y País Vasco) (pp. 251-264), 10 (Cuenca del Duero) (pp. 265-290), 11 (Transierra madrileña, la Meseta Meridional y Extremadura) (pp. 291-310), 12 (Reino de Murcia) (pp. 311-320) y 13 (Andalucía) (pp. 321-333).

Resulta enriquecedora la lectura del libro de Castán Lanaspá. Si bien el autor es consciente de que con la utilización del modelo matemático no ha podido averiguar la verdad de lo sucedido con la Peste Negra, sí nos ofrece pistas sobre «qué es lo que no pudo pasar» (p. 15), tal y como afirma José María Mínguez en el preámbulo. Un aspecto importante a tener en cuenta para poder valorar en su justa medida las aportaciones del autor, quien evidencia cómo, a partir de mediados del siglo XX, los historiadores españoles aceptaron la idea de catástrofe demográfica propia de estudios foráneos –en pleno auge de la renovación histórica producida en Francia– hubiera o no documentos que la confirmaran tras el paso de la peste de 1348, aunque a mediados de los años setenta «va apareciendo la prudencia frente a las tesis catastrofistas» (p. 87).

La labor de Castán Lanaspá resulta encomiable por la dificultad de síntesis que su trabajo conlleva. Utiliza un elevado número de publicaciones que de manera directa o indirecta abordan la cuestión de su estudio, con el año 2015 como fecha tope de publicación salvo excepciones, siendo consciente de lo complejo que resulta identificar trabajos imprescindibles (algunas veces de difícil acceso) de otros de menor calidad pero más accesibles. Esta dificultad queda reflejada en la parte dedicada al reino de Navarra, cuyo caso «resulta idóneo [...] por la coexistencia en su historiografía de estudios que avalan el catastrófico paso de la epidemia y lo contrario»

(p. 120), tema sobre el que el autor ya había publicado algunos avances¹ y que vuelve a incluirlos en el capítulo 2. Las críticas a los planteamientos catastrofistas ofrecidos por Javier Zabalo, Juan Carrasco, Maurice Berthe o Peio Monteano, concuerdan con lo expuesto hace ya un tiempo por Íñigo Mugueta² cuyo trabajo parece desconocer pese a citar otros estudios de este último.

Si hay que poner algún pero a este modélico ensayo es la falta de unas conclusiones generales que permitan al lector hacerse una idea más precisa de las parciales recogidas para cada territorio. El resultado global pone en entredicho los planteamientos catastrofistas de carácter demográfico provocados por la Peste Negra que en muchos casos todavía siguen vigentes. No hubiera estado de más una exposición en conjunto aludiendo a las distintas incidencias que influyeron decisivamente en el ámbito demográfico. Igualmente falta, pese a que Castán Lanaspá lo justifica (p. 27), una bibliografía final o al menos parcial de cada capítulo, como lo hace con el capítulo 2 (pp. 108-109), que facilitaría la búsqueda de las abundantes referencias bibliográficas utilizadas y cuyo rastreo resulta pesado en las notas a pie de página.

Para alguien alejado del ámbito de la demografía como el que esto escribe pero sí interesado en las repercusiones médicas y sociales de las enfermedades en épocas premodernas, este libro resulta un soplo de aire fresco que me ha permitido, y creo que es el objetivo del autor, visualizar con espíritu crítico la tan extendida idea de la Peste Negra como catástrofe demográfica sin precedentes en los reinos hispanos de mediados del siglo XIV.

Fernando Serrano Larráyoiz

Universidad de Alcalá

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4561-7058>

fernando.serranol@uah.es

¹ Vid. Castán Lanaspá, Guillermo y Salvador Dueñas Carazo. 2006. "Revisión de la incidencia de la Peste Negra (1348) en Navarra a través de un modelo matemático de población". *Studia historica. Historia Medieval* 24: 275-314.

² Vid. Mugueta Moreno, Íñigo. 2008. *El dinero de los Ebreux: hacienda y fiscalidad en el reino de Navarra (1328-1349)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, pp. 83-224.

procedimentos & normas editoriais

Os *Anais de História de Além-Mar* (AHAM) são uma revista científica de periodicidade anual, publicada pelo CHAM – Centro de Humanidades (FCSH, Universidade NOVA de Lisboa, Universidade dos Açores) e referenciada e indexada em bases de dados internacionais.

Foram fundados em 2000, por Artur Teodoro de Matos, com o objetivo principal de divulgar trabalhos académicos originais e relevantes sobre a expansão portuguesa, desde as primeiras «grandes navegações» (século xv) até ao final do «Império Ultramarino» (século xx), no seu enquadramento histórico, contemplando a comparação com fenómenos paralelos e as articulações entre as histórias e as sociedades dos espaços envolvidos. Apesar de a maioria dos artigos publicados focar a realidade portuguesa, os AHAM estão abertos à submissão de artigos sobre outras regiões, especialmente quando contenham visões inovadoras de uma perspectiva comparativa e analítica.

Os AHAM acolhem propostas de publicação de artigos originais, documentos/fontes inéditas, recensões críticas e notícias, em português, espanhol, francês, inglês e italiano. Aceitam, igualmente, propostas de *dossiers* de carácter temático.

Os *Anais de História de Além-Mar* (AHAM) (*Annals of Overseas History*) are a scientific journal published yearly by CHAM – Centre for the Humanities (FCSH, Universidade NOVA de Lisboa, Universidade dos Açores), referenced and indexed in international data bases.

The journal was founded in 2000 by Artur Teodoro de Matos with the main objective of publishing original and relevant academic works about the Portuguese overseas expansion, from the outset of the first “great navigations” (15th century) to the end of the “Overseas Empire” (20th century). The historical framework, and the comparison of parallel phenomena and articulations between the history and societies of the spaces involved should also be contemplated in these works. Although most of the articles published focus on the Portuguese reality, the AHAM are open to articles about other regions, especially if they offer innovative visions from a comparative and analytical perspective.

The AHAM welcome original articles, unpublished sources, critical reviews, and news in Portuguese, Spanish, French, English and Italian. They also accept proposals of thematic *dossiers*.

PROCEDIMENTOS EDITORIAIS

A fim de garantir as boas práticas e a sua transparência, explicitam-se abaixo os principais passos de todo o processo editorial, em particular dos procedimentos de avaliação.

ARTIGOS

1. submissão de propostas

- a) Proposta Espontânea: sem obediência a datas precisas. Os AHAM estão abertos, em permanência, a propostas espontâneas.
- b) Proposta em resposta a «chamadas para artigos» divulgadas no sítio Internet da revista e através dos canais oficiais do CHAM.
- c) Proposta por convite dos coordenadores de *dossiers* temáticos ou do Conselho de Redacção (CR).

2. notificação de recepção e breve explicação do processo

Realiza-se no prazo máximo de uma semana. Da responsabilidade do secretariado do CR.

Os autores podem ser informados, nesta fase, da necessidade de procederem a alterações formais aos textos, de forma a cumprir com as «normas para elaboração e apresentação de textos» dos AHAM.

3. primeira avaliação

A selecção dos textos cabe ao CR, que procede a uma primeira leitura de todas as propostas e decide sobre a sua passagem à avaliação científica externa.

Nesta primeira avaliação, o coordenador do CR, assessorado por um segundo integrante do mesmo Conselho, tem em linha de conta a originalidade, a relevância, o rigor metodológico, a actualidade da bibliografia citada, a qualidade da redacção da proposta e a pertinência do tema escolhido para o perfil da revista.

Na ausência de acordo, o caso pode ser debatido por todo o Conselho.

Todas as decisões tomadas sobre as propostas recebidas são comunicadas aos autores.

A notificação de recusa é feita até 15 dias depois de formalizada a recepção das propostas.

4. preparação da arbitragem externa

De acordo com os critérios em vigor nos periódicos científicos de circulação internacional, todas as propostas de artigos, seleccionadas na primeira avaliação, são submetidas à avaliação científica externa de dois árbitros, em regime de duplo anonimato (*double blind peer review*).

As propostas resultantes de convites formalizados por coordenadores de *dossiers* temáticos ou do CR são submetidas à leitura dos mesmos e do coordenador do CR, sendo igualmente consultado um árbitro externo em regime de duplo anonimato.

A direcção dos procedimentos de escolha dos árbitros cabe ao coordenador do CR, assessorado por outro integrante do mesmo conselho e, eventualmente, por um dos membros do Conselho Consultivo.

Os árbitros nomeados devem:

- ser externos à direcção e ao CR dos AHAM;
- não apresentar quaisquer impedimentos de natureza ética ou profissional para uma avaliação adequada e isenta – como, por exemplo, pertencerem à mesma instituição dos autores ou terem com eles trabalhado nos últimos três anos;
- ser de instituições distintas e, inclusive, de países diferentes.
- um dos avaliadores deverá ser da língua nativa do texto proposto.

Prazo estimado: uma semana.

5. preparação dos materiais necessários aos árbitros

Muito embora se peça aos autores que tenham o cuidado de omitir quaisquer elementos que possam indicar a sua identidade, o secretariado do CR procede a uma segunda despistagem desses indícios, antes da conversão dos ficheiros enviados aos AHAM num formato que garanta a integridade dos originais.

Ao secretariado do CR, cabe igualmente personalizar as fichas de avaliação.

6. árbitros seleccionados: verificação de disponibilidade

Os árbitros seleccionados são questionados pelo CR sobre o seu interesse pelo tema proposto e a sua disponibilidade para assumirem o compromisso de realizar a avaliação em cerca de um mês.

7. avaliação dos artigos

Após aceitação do convite, o secretariado do CR remete aos árbitros os materiais necessários à avaliação.

Os árbitros devem preencher todos os campos da «ficha de avaliação» e fundamentar o seu parecer sobre se os artigos se adequam ou não a publicação. Os árbitros são ainda encorajados a fazer sugestões ao autor, no sentido de proceder a alterações e ao desenvolvimento de ideias ou de aspectos particulares que melhorem significativamente o seu trabalho.

Após o seu preenchimento, a ficha de avaliação deve ser enviada ao CR, por correio electrónico, dentro do prazo acordado.

Cabe ao coordenador do CR, assessorado por um segundo integrante do mesmo conselho, interpretar a classificação resultante das avaliações recolhidas. Se os pareceres externos não forem unânimes, o desempate é feito pelo coordenador do CR, podendo ser solicitada uma avaliação a um terceiro árbitro.

Feita sempre com base nos mesmos quesitos, a avaliação deve ficar concluída em cerca de três meses.

8. comunicação de resultados

Os autores são notificados da aceitação ou recusa dos artigos para publicação nos AHAM no prazo de 15 dias após a conclusão do processo de avaliação.

No caso de serem necessárias alterações aos textos, estabelece-se um prazo de duas a quatro semanas para a sua entrega.

Se as alterações recomendadas forem substanciais, o artigo pode ser reencaminhado para o(s) árbitro(s) para reavaliação.

9. ajustes finais

A eventual permanência de aspectos menos precisos ou em desacordo com a avaliação realizada pode levar a um novo diálogo entre o coordenador do CR e os autores das propostas, para um conjunto de últimos ajustes.

Este passo não deve exceder duas semanas.

10. revisão de prova

Será facultada aos autores uma prova para revisão e eventual introdução de pequenas correcções. Nesta fase, não são permitidas alterações significativas à estrutura e à dimensão do texto. A prova deve ser devolvida à Redacção dos AHAM num prazo máximo de duas semanas.

11. oferta de separata e de exemplar

A cada autor será oferecido um exemplar impresso do volume da revista onde o seu texto for publicado, bem como uma separata do artigo em formato digital.

12. direito de autor e acesso aberto

O conteúdo dos trabalhos é da responsabilidade dos seus autores e não dos AHAM ou do CHAM.

A aceitação de um texto para publicação supõe a transmissão dos direitos de *copyright* para o editor da revista.

Os direitos sobre as eventuais imagens introduzidas nos artigos são da exclusiva responsabilidade dos autores, o que deverá ser referido nos casos em que se aplique.

Após a publicação de cada volume, o CHAM reserva-se o direito de disponibilizar todos os conteúdos em acesso aberto no sítio Web da revista e no RUN – Repositório da Universidade NOVA de Lisboa, abrangidos por uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (CC BY 4.0).

A política de auto-arquivo em repositórios institucionais dos AHAM é a seguinte: o autor pode arquivar a versão final PDF do editor

DOCUMENTOS, RECENSÕES & NOTÍCIAS

A publicação de fontes inéditas (documentos), recensões críticas e notícias está sujeita aos mesmos procedimentos editoriais indicados nos pontos 1, 2, 10, 11 e 12 referentes aos ARTIGOS (ver 1.º capítulo dos PROCEDIMENTOS).

1. avaliação

A selecção dos textos cabe ao CR, que procede à leitura de todas as propostas e decide sobre a sua publicação.

O coordenador do CR, assessorado por um segundo integrante do mesmo conselho, tem em linha de conta a originalidade, a relevância, o rigor metodológico, a actualidade da bibliografia citada, a qualidade da redacção da proposta e a pertinência do tema escolhido para o perfil da revista.

Na ausência de acordo, o caso pode ser debatido por todo o Conselho e/ou ser solicitado um parecer externo.

Todas as decisões tomadas sobre as propostas recebidas são comunicadas aos autores.

2. livros para recensão

Os AHAM aceitam obras para recensão, devendo ser remetidas ao cuidado de João de Figueirôa-Rêgo, *Anais de História de Além-Mar*, CHAM, NOVA FCSH, Av. de Berna 26-C 1069-061 Lisboa, Portugal.

DOSSIERS TEMÁTICOS

1. submissão de propostas

Os AHAM aceitam propostas para *dossiers* temáticos. Estas poderão ser submetidas por via espontânea ou a convite do CR.

As propostas devem considerar:

- a coordenação do *dossier* por, pelo menos, dois especialistas, um dos quais de uma instituição estrangeira;
- notas biográficas dos coordenadores (máximo de 200 palavras);
- um texto de apresentação do tema em português e inglês (máximo de 250 palavras cada);
- uma lista de tópicos de interesse;
- adicionalmente, os coordenadores poderão submeter uma lista de artigos a integrar o *dossier* por autores convidados.

2. notificação de recepção

Realiza-se no prazo máximo de uma semana. Da responsabilidade do secretariado do CR.

3. apreciação

A selecção das propostas cabe ao CR, que decide sobre a originalidade, relevância e pertinência do tema para o perfil editorial dos AHAM e sobre a sua possível calendarização.

A decisão é comunicada aos proponentes até um mês depois de formalizada a recepção das propostas.

4. cronograma e chamada para artigos

Após a aprovação da proposta de *dossier* temático, o secretariado dos AHAM prepara o cronograma para a publicação e o documento para divulgação da «chamada para artigos», em colaboração com o coordenador do CR e os coordenadores do *dossier*.

A «chamada para artigos» é difundida através do sítio Web dos AHAM e dos canais oficiais do CHAM, recomendando-se a participação activa dos coordenadores do *dossier* nesta tarefa, com a divulgação através dos seus contactos e redes.

5. notificação de recepção de propostas de artigos

Realiza-se no prazo máximo de uma semana. Da responsabilidade do secretariado do CR.

6. avaliação prévia das propostas de artigos

A selecção das propostas cabe aos coordenadores do *dossier* e ao CR, que decidem sobre o interesse dos tópicos para a análise do tema.

A notificação de aceitação ou recusa das propostas é comunicada aos autores no prazo indicado na «chamada para artigos».

Depois de aceites as propostas, os artigos devem ser enviados pelos autores no prazo indicado na «chamada para artigos».

A partir desta fase, o procedimento é o mesmo seguido para os ARTIGOS (ver 1.º capítulo dos PROCEDIMENTOS).

NORMAS PARA ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TEXTOS

SUBMISSÃO E FORMATAÇÃO: DIRECTRIZES GERAIS

1. submissão

Todos os textos devem ser submetidos por *e-mail* para o endereço dos AHAM (anais.cham@fcsh.unl.pt).

2. formatação

Os originais devem ser enviados em ficheiros Word, com a seguinte formatação: fonte Times New Roman, tamanho 12 pt, alinhamento justificado com espaçamento 1,5 pt, parágrafos não indentados, numeração das páginas sequencial, notas de rodapé em numeração automática.

3. extensão

É recomendável que os artigos não excedam as 10 000 palavras.

4. título, resumo e palavras-chave

O título deve ser claro e sintético, sendo opcional a escolha de um subtítulo.

Os resumos dos artigos, até 100 palavras (máximo), devem ser entregues em português e em inglês.

Para cada artigo deverão ser indicadas quatro a seis palavras-chave, em português e em inglês.

5. autoria

As propostas de artigo devem ser entregues livres de marcas de autoria, acompanhadas de um documento em separado com a indicação do nome do autor, afiliação institucional, endereço institucional e contacto de e-mail actualizados e breve nota biográfica (máximo de 200 palavras).

6. línguas de publicação e questões de estilo

Aceitam-se artigos em português, espanhol, francês, inglês e italiano.

Para cada uma das línguas de publicação devem seguir-se as normas ortográficas vigentes e as regras de estilo mais indicadas.

Nomes próprios e apelidos de origem europeia citados no corpo do texto têm a sua grafia modernizada.

Em cada circunstância, o tipo de aspas recomendado (angulares rectas, curvas ou plicas) varia de acordo com a língua de redacção. Em textos escritos em português, os AHAM recomendam, de um modo geral, o uso de aspas angulares rectas ou francesas («»), e aspas curvas ou inglesas (“”) em situações de aspas dentro de aspas.

Os subtítulos de divisões do texto devem ser grafados a negrito.

O uso de itálico restringe-se a expressões estrangeiras e a destaques realizados em citações. No caso de os artigos integrem palavras em outros alfabetos ou com sinais diacríticos, os autores devem providenciar o respectivo *software* de leitura, no acto de entrega do texto.

7. referências bibliográficas

Aplica-se o sistema “Autor-Data” do Chicago Manual of Style.

No fim dos artigos, deve figurar a relação integral das fontes e bibliografia citadas ao longo do texto.

8. citações

As citações de documentos ou textos até três linhas figuram no corpo do texto, entre aspas. Com mais de três linhas, destacam-se em parágrafo próprio, tamanho 11, indentação de 1,25 cm à esquerda e espaço simples, sem aspas.

A introdução de palavras ou termos no corpo das citações assinala-se entre parênteses rectos - [].

Omissões de trechos de citações identificam-se por reticências, entre parênteses rectos — [...]. Citações em línguas estrangeiras devem fazer-se no original, disponibilizando-se em nota de rodapé a respectiva tradução para a língua do texto, sempre que o original seja em língua diversa das admitidas pelos AHAM (português, espanhol, francês, inglês e italiano).

9. transcrição de manuscritos

Accepta-se o estrito respeito pela grafia dos textos manuscritos, a sua modernização ou, ainda, uma via intermédia, desde que as normas de transliteração sejam expressas pelos autores.

10. notas de rodapé

Identificadas com algarismos indo-arábicos, as notas de rodapé devem ser escritas em letra de tamanho 10 e espaço simples.

11. ilustrações

Fotografias, desenhos, tabelas, gráficos, mapas devem ser fornecidos em ficheiros jpg. ou tiff. Com uma resolução mínima de 300 dpi's (mínimo). A revista é impressa a uma cor.

Deverá ser entregue um ficheiro independente com a lista de todas as ilustrações (imagens, tabelas, etc.) numeradas sequencialmente, com legenda e fontes/créditos associados, e menção ao seu local exacto a inserir no texto.

12. direitos relativos a ilustrações (*copyright*)

Cabe exclusivamente aos autores assegurarem que as imagens têm as autorizações exigidas pela legislação vigente em matéria de direitos de autor e assumir os eventuais encargos associados à sua obtenção.

13. recensões

As recensões críticas devem ter entre 500 e 2000 palavras.

A obra recenseada deverá ser identificada da seguinte forma: autor/coordenador. ano de publicação. *título*. local de edição: editora. ISBN; DOI:

A citação de outras obras para além da recenseada deve ser feita em nota de rodapé.

Deve ser indicado no final do texto o nome do autor da recensão, afiliação institucional e contacto de *e-mail*.

As recensões deverão seguir as restantes normas dos artigos, designadamente: 1, 2, 6, 7, 8 e 10.

PUBLISHING PROCEDURES

In order to ensure good practices and transparency in the publishing process, listed below are the main steps, with emphasis on the evaluation stage.

ARTICLES

1. submission of proposals

- a) Spontaneous proposals: no specific deadline. The AHAM are permanently open to spontaneous proposals.
- b) Proposals resulting from “calls for articles” divulged in the journal’s website and through official channels of CHAM.
- c) Proposals of thematic dossiers by invitation of the coordinators and the Editorial Board (EB).

2. notification of reception and brief explanation of the procedure

The secretary of the EB is responsible for notifying authors within the space of a week. Authors may be advised at this stage to make formal alterations to their texts in order to comply with AHAM’s “norms of elaboration and presentation of texts”.

3. first evaluation

The selection of texts for publication is done by the EB. After an initial appraisal of all proposals those eligible for external scientific evaluation are chosen.

In this initial evaluation the coordinator of the EB, advised by a second member of the Board, evaluates the originality, relevance, methodological soundness, currentness of the bibliography, writing style and pertinence of the theme to the profile of the journal.

If an agreement is not reached, the case may be discussed by the full Board.

Authors are informed of all decisions taken concerning the proposals.

A rejection notification will be issued within 15 days after the receipt of proposals is formalized.

4. preparation of external referees

In accordance with standards for international scientific journals, all articles selected in the first evaluation are submitted to two referees for external scientific evaluation. This journal uses double blind peer review to provide double anonymity.

Proposals ensuing from formal invitations by coordinators of thematic *dossiers* or from the EB are submitted to review by the above mentioned coordinators and coordinator of the EB. An external referee is also consulted on a double anonymity basis.

Referees must:

- be external to the administration and EB of the AHAM;
- not have any impediments of an ethical or professional nature that could hinder a correct and impartial evaluation – like belonging to the same institution as an author, or having worked with them in the last three years;
- be from different institutions, or even from different countries.
- one of the evaluators must be a native speaker of the language of the text under evaluation.

Estimated deadline: one week.

5. preparation of materials necessary for the referees

Although the authors are requested to omit anything that could indicate their identity, the secretary of the EB does a second screening before the files sent to the AHAM are converted into a format that guarantees the integrity of the originals.

It is also the responsibility of the secretary of the EB to personalize the evaluation forms.

6. selection of referees: confirmation of availability

Selected referees are questioned by the EB about their interest in the proposed subject and their availability to commit to an evaluation within a month.

7. evaluation of articles

Once an invitation has been accepted, the secretary of the EB delivers the necessary evaluation material to the referees.

The referees must fill in all the fields of the “evaluation form” and substantiate their view about whether the articles are appropriate or not for publication. The referees are also encouraged to make suggestions to the author regarding alterations, development of ideas, or specific aspects that could significantly improve their work.

Once the evaluation form has been filled out, it must be sent to the EB by e-mail within an agreed time limit.

It is up to the EB, advised by a second member of the board, to interpret the classification resulting from the (collected) evaluations. If feedback from the external evaluators is not unanimous, a decision is taken by the coordinator of the EB, whereby an opinion may be solicited from a third referee.

Based always on the same criteria, the evaluation should be concluded within three months.

8. disclosure of results

Authors are notified of acceptance or rejection of their articles for publication in the AHAM within a 15 day period after the close of the evaluation process.

If alterations are necessary, an additional 2 – 3 week period will be allotted for submission.

If there is a substantial amount of recommended alterations, the article may be forwarded to the referee(s) for re-evaluation.

9. final adjustments

If any aspects are less precise or in divergence with the evaluation, there may be further dialogue between the EB coordinator and authors of proposals to decide on a set of final adjustments.

This stage should not exceed two weeks.

10. proof reading

A manuscript will be given to the authors for revision and possible inclusion of small corrections. In this stage major alterations in the structure and length of the text are not permitted. The manuscript should be returned to the editorial staff of the AHAM within a maximum period of two weeks.

11. free offprint and copy

Each author will be given a printed copy of the edition of the journal in which his/her text is published, as well as an offprint of the article in digital format.

12. copy right and open access

The content of all work is of the responsibility of the authors and not of the AHAM or CHAM. The acceptance of a text for publication infers transferal of the copyright to the publisher of the journal.

Rights over any images included in the articles are the exclusive responsibility of the authors, and should be mentioned.

After the publication of each volume, CHAM reserves the right to provide open access of the contents, making them available in the journal's website and RUN - Repositório da Universidade NOVA de Lisboa covered by a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

The policy of self-archiving in institutional repositories of the AHAM is as follows: the author is allowed to deposit the publisher's version/PDF.

DOCUMENTS, REVIEWS AND NEWS

Publication of unpublished sources (documents), critical reviews and news follows the publishing procedures indicated in points 1, 2, 10, 11 and 12 referring to Articles (see 1st chapter of the Procedures).

1. evaluation

Selection of texts is done by the EB, who read all the proposals and decide whether they will be published.

The coordinator of the EB, advised by a second member of the board, assesses the originality, relevance, methodological soundness, currentness of the bibliography, writing style and pertinence of the subject to the journal's profile.

In the absence of an agreement, the case may be debated by the full Board and/or an external opinion may be solicited.

Authors are informed of all decisions concerning the proposals.

2. book reviews

The AHAM accept works for review, which must be delivered to the care of João de Figueirôa-Rêgo, *Anais de História de Além-Mar*, CHAM, NOVA FCSH, Av. de Berna 26-C 1069-061 Lisboa, Portugal.

THEMATIC DOSSIERS

1. submission of proposals

The AHAM accepts proposals for thematic dossiers. These can be submitted spontaneously or by invitation of the EB.

Applications should consider:

- Coordination of the *dossier* by at least two specialists, one of which should be from a foreign institution;
- Biographical notes of the coordinators (maximum of 200 words);
- A text of presentation of the subject in Portuguese and in English (maximum of 250 words each);
- A list of important topics;
- In addition, the coordinators may submit a list of articles by invited authors to be part of the *dossier*.

2. notification of receipt

Notification takes place within a week. It is the responsibility of the secretary of the EB.

3. appraisal

Selection of proposals is done by the EB, who evaluate the originality, relevance and pertinence of the subject for the editorial profile of the AHAM and future scheduling.

Applicants are informed within a month after the receipt of proposals has been formalized.

4. schedule and call for articles

Once the proposal of a thematic *dossier* has been accepted, the secretary of the AHAM prepares the publication schedule and the document for putting out the “call for articles”, in collaboration with the EB coordinator and the *dossier* coordinators.

The “call for articles” is made known through the AHAM website and official channels of CHAM. *Dossier* coordinators are recommended to participate actively by divulging through their contacts and networks.

5. notification of receipt of article applications/proposals

Notification will be given within a week and is the responsibility of the EB secretary.

6. previous evaluation of submitted articles

Selection is done by the *dossier* coordinators and the EB, who assess the interest of the topics for analysis of the subject.

Authors are notified of acceptances or rejections before the closing date indicated in the “call for articles”.

Accepted articles must be sent by the authors before the closing date indicated in the “call for articles”.

After this phase the process is the same as for ARTICLES (see 1st chapter of PROCEDURES).

NORMS FOR ELABORATION AND SUBMISSION OF TEXTS

SUBMISSION AND FORMAT: GENERAL GUIDELINES

1. submission

All texts should be submitted by e-mail to the AHAM (anaís.cham@fchsh.unl.pt).

2. format requirements

Originals should be sent in Word files, in the following format: font Times New Roman, size 12 pt, justified alignment with 1.5 pt spacing, non-indented paragraphs, pages numbered sequentially, and footnotes in automatic numeration.

3. length

It is recommended that articles do not exceed 10 000 words.

4. title, abstract and keywords

The title should be clear and concise. Use of a subtitle is optional.

The abstract, with a maximum of 100 words, must be submitted in Portuguese and in English. Each article should have between four and six keywords, in Portuguese and in English.

5. authorship

Articles must be submitted without any indication of the authors' identity (in a "blinded" version), and accompanied by a separate document with the name of the author, institutional affiliation, current institutional address and e-mail contact, and a brief biographical note (maximum of 200 words).

6. languages of publication and style

Articles can be submitted in Portuguese, Spanish, French, English and Italian.

Current spelling rules and appropriate style guidelines for each language must be followed.

First names and surnames of European origin cited in the body of the text must have updated spelling.

The type of quotation marks recommended (angled, curved or straight) will vary according to the language the text is written in. For Portuguese texts the AHAM generally recommend the use of straight angled or French quotation marks («»), and curved or English (") for quotations within quotations.

Section headings/subheadings in the text must be written in bold.

The use of italics is restricted to foreign expressions, and for emphasis in citations.

If an article contains words in other alphabets or with diacritical marks, the author must provide the respective software upon submission of the text.

7. bibliographical references

All references should abide by the Autor-Date System of the Chicago Manual of Style.

The entire list of sources and bibliography used throughout the text should figure at the end of the articles.

8. citations

Citations of documents or texts of up to three lines are included in the body of the text, in quotation marks. Citations that consist of more than three lines should be placed in a separate paragraph, size 11, left indentation of 1.25 cm, single spaced, without quotation marks.

Words or terms introduced in the body of citations must be indicated by square brackets - [].

Omissions of excerpts of citations are indicated by suspension points between square brackets - [...] .

Citations in any language other than those accepted by the AHAM (Portuguese, Spanish, French, English and Italian) must be original, with a translation into the language of the text provided in a footnote.

9. transcription of manuscripts

Strict respect for the spelling of the manuscript texts is accepted, their modernization, or also, an intermediary way, as long as the norms of transliteration are specified by the authors.

10. footnotes

Identified in Hindu-Arabic numerals, footnotes must be written in size 10 and single-spaced.

11. illustrations

Photographs, drawings, tables, graphs, maps should be submitted in jpg or tiff files.

A minimum resolution of 300 dpi's is required. The journal is printed in greyscale.

A separate file with the list of all the illustrations (images, tables, etc.) sequentially numbered, with captions and sources/ credits, and indication of their exact placement in the text.

12. copyrights regarding illustrations

It is exclusively the authors' responsibility to ensure that images have legal authorization to be reproduced according to their copyright status, and authors must assume any expenses incurred.

13. reviews

Critical reviews should have between 500 and 2000 words.

The reviewed work must be identified as follows: author/editor. year of publication. title. place of publication: publishing house. ISBN:, DOI:

Citations of works other than the one being reviewed must be done in a footnote.

The name of the author of the review should be indicated at the end of the text, as well as his/her institutional affiliation and *e-mail* contact.

Reviews should follow the rest of the regulations for articles, namely 1, 2, 6, 7, 8 and 10.

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

N **NOVAFCSH**
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

