

Em tempos de pandemia:

**Reflexões necessárias sobre saúde
e doenças no passado e no presente**

**Ana Paula Korndörfer
Cristiano Enrique de Brum
Daiane Rossi
Eliane Cristina Deckmann Fleck
(orgs.)**

Em tempos de pandemia:

**Reflexões necessárias sobre saúde
e doenças no passado e no presente**



São Leopoldo
2021

© Dos autores – 2021

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Imagem da capa: *Febre Amarela e os foguetes de S. João*, de Ângelo Agostini. Acervo da Fundação Biblioteca Nacional. BNDigital. Hemeroteca Digital. *Revista Ilustrada*, Rio de Janeiro, 24 jun. 1876, p. 1. Disponível em: <<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>>. Acesso em: 20 set. 2021

Revisão: Geraldo Korndörfer

Diagramação e arte-final: Jair de Oliveira Carlos

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)
Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)
Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)
Eunice S. Nodari (UFSC)
Haroldo Reimer (UEG)
Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)
João Biehl (Princeton University)
Luiz Inácio Gaiger (Unisinos)
Marluza M. Harres (Unisinos)
Martin N. Dreher (IHSL)
Oneide Bobsin (Faculdades EST)
Raúl Fernet-Betancourt (Aachen/Alemanha)
Rosileny A. dos Santos Schwantes (Uninove)
Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

T288 Em tempos de pandemia: reflexões necessárias sobre saúde e doenças no passado e no presente. / Organizadores: Ana Paula Korndörfer, Cristiano Enrique de Brum, Daiane Rossi e Eliane Cristina Deckmann Fleck – São Leopoldo: Oikos, 2021.

226 p.; 16 x 23 cm.

ISBN 978-65-5974-032-1

1. Saúde pública – História. 2. Pandemia – História. 3. Epidemia – História. I. Korndörfer, Ana Paula. II. Brum, Cristiano Enrique de. III. Rossi, Daiane. IV. Fleck, Eliane Cristina Deckmann.

CDU 614(091)

Catálogo na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184

Sumário

Apresentação	7
<i>Os organizadores</i>	
Prefácio	11
<i>Marcos Cueto</i>	
A ronda da morte: as epidemias na Idade Moderna em Portugal	17
<i>Maria Marta Lobo de Araújo (Universidade do Minho)</i>	
As epidemias na América Platina: o flagelo da justiça divina e o retrato da morte na Província Jesuítica do Paraguai dos séculos XVII e XVIII	37
<i>Eliane Cristina Deckmann Fleck (UNISINOS)</i>	
A Comissão de Higiene Pública e a pandemia de cólera de 1855 em Porto Alegre	67
<i>Nikelen Acosta Witter (UFSM)</i>	
Os caminhos do cólera: da Corte para Macacu, 1855	97
<i>Tânia Salgado Pimenta (FIOCRUZ)</i> <i>Ailton Fernandes da Rosa Junior (Doutorando na FIOCRUZ)</i>	
A vacina ao sul do Império: combates, elaborações e resistências contra a varíola em Porto Alegre no século XIX	121
<i>Jaqueline Hasan Brizola</i> <i>(Doutoranda na Universidad de Valencia, Espanha)</i>	
As epidemias em Portugal nos inícios do século XX: um olhar através da imprensa periódica	151
<i>Alexandra Esteves (Universidade do Minho)</i>	
A pandemia como inimiga: a Grande Guerra e a gripe espanhola na imprensa ilustrada brasileira	175
<i>Cristiano Enrique de Brum (FBN, UFRN)</i>	

“Gripe Espanhola – A marcha da Epidemia”: os bastidores do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul e a construção das suas exposições	195
<i>Angela Beatriz Pomatti (MUHM)</i>	
Sobre os autores e as autoras	223

A ronda da morte: as epidemias na Idade Moderna em Portugal

Maria Marta Lobo de Araújo

Introdução

O homem da Idade Moderna foi confrontado com muitos perigos e barreiras que implicaram em vários momentos paragens e retrocessos na evolução natural das comunidades. As epidemias povoavam o seu universo mental, porque faziam parte do seu quotidiano. O carácter endémico das doenças era um facto irrefutável, o que reforçava a vulnerabilidade das populações. Em Portugal, a larga fronteira marítima e terrestre facilitava os contactos e a propagação das doenças e das epidemias. Em tempos de epidemias, a vida ficava suspensa até serem debeladas e assim se caminhava até ao novo surto ou ao aparecimento de uma nova doença. Foram muitas essas ocasiões! Algumas das doenças vinham já da Idade Média, como a peste bubónica ou a lepra, enquanto outras surgiram no alvorecer da Idade Moderna, como foi o caso da sífilis, etc.

Analisar as doenças da Idade Moderna e principalmente as epidemias, implica, desde logo, convocar os contextos para as melhor compreender, mas também o estado de desenvolvimento da medicina e o sistema de saúde pública existente, de forma a entender-se as respostas dadas em contextos epidémicos, assim como o funcionamento das estruturas assistenciais.

Elaborar uma síntese sobre as epidemias em Portugal na Idade Moderna é um trabalho que ainda não pode ser realizado, devido à falta de estudos para muitas regiões do nosso país. Escasseiam informações regionais e nacionais, pelo que é impossível conhecer o impacto de cada doença e traçar “uma geografia da saúde por regiões” (OLIVEIRA, 2015, p. 597).

Neste trabalho procuramos analisar a evolução de algumas doenças em Portugal, demonstrando a sua incidência, a forma como a comunidade lidou com estas situações de crise e as diferentes consequências. Somos confrontados com o medo de ser infetado pelas doenças contagiosas, com medidas para fazer diminuir o contágio, mas também com taxas elevadas de mortalidade, provocando o caos nos hospitais e nas comunidades infetadas.

A insalubridade dos centros urbanos

Quando falamos de epidemias, reportamo-nos aos centros urbanos, por terem sido os mais atingidos e sobre eles existir mais informação. Assim, a caracterização da vida das cidades e vilas em termos de condições de vida é imperiosa para se compreender a incidência, os grupos mais atingidos e a elevada mortalidade.

As cidades da Idade Moderna primavam pela falta de limpeza e higiene, pela existência de ruas sujas e mal cheirosas, algumas delas sem entrada de luz solar, ou com muito pouca, dificultando a circulação do ar, com amontoados de detritos e imundices, com animais que circulavam livremente, largando sujidades e criando condições para a proliferação de insetos, muito perigosos para a saúde pública. Cães, porcos e gatos faziam parte da agitação da cidade e com eles pulgas, percevejos e piolhos. Por vezes, encontravam-se também animais mortos pela rua, em putrefação. Esses agentes, ao atuarem num contexto sem higiene, potenciavam situações de contágios infecciosos, provocando surtos epidémicos. Este panorama é comum a muitas vilas e cidades onde também existiam porcos, vacas, ovelhas e cavalos, conspurcando o meio ambiente com os excrementos e intensificando os maus odores, o que demonstra a fragilidade em que viviam os seus habitantes, principalmente os mais pobres, mas também a facilidade com que podiam todos ser contagiados, devido à existência de ratos e de muitos insetos, quer nas habitações, quer mesmo nos corpos das pessoas.

Limpar as ruas era tarefa de todos os vizinhos. A sua sujidade devia-se em muitos casos ao trabalho que nelas era realizado, como, por exemplo, obras, mas também outras tarefas que deixavam detritos. Havia estrumeiras e imundices, que causavam maus cheiros e potenciavam o surgimento

de insetos. Era preciso que cada um limpasse o espaço em frente da sua moradia, acabando com a sujidade, mas também com os charcos de água existentes, de modo que não se colocasse em perigo a saúde pública. O incumprimento era pago com multas e pena de prisão.

Durante a Idade Moderna, a relação que os homens mantiveram com a água foi objeto de alterações. Criou-se medo à água, tendo como consequência o afastamento das populações. Se o senso comum entendia que os lugares de banhos podiam trazer a doença, devido ao contágio, principalmente da sífilis e de outras epidemias, a ciência médica considerava também que o corpo sujeito à água se expunha a doenças, pois ao dilatar os poros, os humores saíam, fazendo-o perder força e vigor (CARMONA GARCÍA, 2000, p. 39).

A água existente nos centros urbanos encontrava-se muitas vezes inquinada ou estagnada nos poços e fontanários, devido à inexistência de um sistema eficaz de escoamento deste líquido, o que também era comum nas principais cidades europeias (LINDMANN, 2002, p. 181). Mas também por serem locais de lavagem de hortaliças e de outros géneros alimentares, não raramente de vísceras de animais, o que sujava a água e não raras vezes as imediações destes locais, por neles se conglomerar muita gente. Há ainda que referir que fontes e fontanários serviam também para os animais beberem (CRESPO, 1990, p. 243). Não se estranha, por isso, que, em tempo de epidemia, esses locais fossem visados, procurando-se que o precioso líquido corresse e permanecesse limpo.

A ameaça estava sempre presente, também porque as posturas municipais não eram respeitadas, acabando por ter uma fraca eficácia. Isso mesmo é reconhecido pelos vizinhos, que em muitas ocasiões lamentavam e denunciavam a falta de limpeza, associando-a ao perigo que isso constituía (CARMONA GARCÍA, 2000, p. 48-50).

Vivendo em grande proximidade com estes agentes propagadores, os homens da Idade Moderna, porque também não se lavavam, senão nas partes visíveis, como era o caso das mãos e da cara, estavam muito sujeitos ao contágio e, sem armas para se defenderem, caíam doentes e morriam. À falta de higiene corporal, por ser considerada prejudicial ao corpo (RISSE, 1999, p. 417), juntava-se a fome, sempre associada a más condições clima-

téricas e à escassez de colheitas, o que fazia subir o preço do pão. Ora, o pão era a base alimentar das populações, principalmente dos grupos mais desfavorecidos, por ser mais barato e uma importante fonte de calorias (OLIVEIRA, 2015, p. 633-654). Não raramente, temia-se mais a fome do que a doença, porque ela debilitava o corpo, tornando-se um autêntico flagelo, e matava também. A gravidade era tão mais elevada, quanto na Idade Moderna as crises frumentárias se tornaram recorrentes. Os relatos coevos reportam situações de mulheres e crianças que gritavam nas ruas, solicitando a atenção dos outros para a sua condição de famintos (OLIVEIRA, 2015, p. 693; OLIVEIRA, 1996, p. 254).

As situações de fome conduziam normalmente a doenças e a epidemias, quase sempre associadas a carências e à subnutrição, sendo os mais pobres os mais atacados. Sabe-se que todos podiam ser atingidos, mas os mais poderosos encontravam-se melhor alimentados e possuíam outros mecanismos para se refugiarem em locais considerados mais seguros.

As más colheitas e as epidemias arrastavam ainda outros efeitos ao perturbarem as cadeias distributivas de produtos. Campos sem culturas devido ao caos instalado diminuem a atividade comercial, que por sua vez se encontra também prejudicada com o encerramento das portas das cidades e vilas. Mas levavam ainda à mobilidade da população em busca de melhores condições de vida nas cidades de maior dimensão, desenraizando-a da sua localidade e de alguma proteção que nela podia encontrar. A solidariedade dos vizinhos deixa de existir, sendo confrontada com falta de habitação e muito frequentemente também de pão. Sozinhos, muitos dos que se deslocavam para o mundo urbano acabavam na pobreza, dependentes das instituições de assistência e mais sujeitos às doenças e à morte.

Por outro lado, as cidades conheciam novos desafios sempre que recebiam militares em grande número, devido a ações bélicas ou a climas agitados em termos políticos. A população urbana crescia, aumentando os problemas de abastecimento de produtos e de falta de limpeza das vias públicas, por força da passagem dos animais, mas também da presença humana.

No século XVIII, o movimento higienista provocou uma mudança que, embora lenta, se foi sentindo, principalmente, nas principais cidades e hospitais. As epidemias tinham obrigado a mudanças. As cidades tomaram

medidas para promover a salubridade e assim assistiu-se à obrigação de anunciar aos poderes locais qualquer sinal de epidemia para os infetados serem confinados, ao melhoramento das condições de habitabilidade em termos de higiene e à ordenação do caiamento das fachadas das habitações. Ergueram-se ainda alguns hospitais de emergência para atender os infetados, os animais foram proibidos de circular nas ruas, com vista ao desaparecimento dos maus cheiros e dos insetos, e ordenou-se a remoção do entulho (VIGARELLO, 2001, p. 5).

Por toda a Europa e em Portugal surgem manuais médicos e escritos filosóficos demonstrando a importância da saúde enquanto recurso muito relevante para Estado no que se refere ao bem-estar dos povos (FOUCAULT, 2001, p. 28-35).

Em Portugal, os livros surgidos destinam-se aos grupos sociais mais relevantes, embora procurassem abranger toda a sociedade. A ideia de que todos deviam ter acesso ao conhecimento integrava também a defesa de que os cirurgiões fossem portadores de um maior saber teórico e aprendessem noções de medicina (ABREU, 2010, p. 229).

Porém, em simultâneo, ainda se matavam animais nas vias públicas, prejudicando o meio ambiente, que se manchava de vermelho, do sangue que corria.

O esforço higienista esteve igualmente concentrado em locais de aglomeração, como são os hospitais, embora não descursasse os indivíduos. A ventilação, o arejamento, a abertura de grandes janelas e de varandas eram temas relevantes para os higienistas, o que os levou a teorizar novas construções hospitalares (SANCHES, 1758, p. 38-40). Também as ruas deviam sofrer melhorias, de modo que as águas fossem drenadas e corresse em canos. As cloacas tornam-se mais presentes nos hospitais, nos recolhimentos e nos conventos, constituindo importantes mecanismos de higiene.

Sinais de pestes

As epidemias eram normalmente anunciadas na comunidade e rapidamente se faziam sentir. A mobilidade de pessoas e de bens fazia chegar a doença com muita rapidez, não havendo, por vezes, tempo para a comuni-

dade se preparar. É também certo que durante o Período Moderno as cidades e as vilas não dispunham de nenhum plano para estas situações. Agiam sobre o acontecimento e, por vezes, depois de a epidemia estar instalada.

Cabia ao poder central determinar quem em termos locais devia agir. Eram as Câmaras que assumiam nas localidades o poder de gerir as crises, nomeando em caso de epidemias um guarda-mor da saúde, todavia, não existia um plano para lidar com elas, como já mencionámos. Este funcionário tinha um cargo temporário, apenas enquanto durasse a peste. Estavam encarregados de tomar as medidas necessárias para a enfrentar, mas tinham também outras atribuições: vigiar os movimentos das populações; escalonar homens para a segurança das cidades e vilas e estabelecer multas aos infratores. A escolha recaía em vereadores ou noutros homens das elites, por forma a serem respeitados e a conduzirem ao cumprimento das normas (BARROS, 2013, p. 113).

A sua nomeação pela Câmara constituía normalmente um sinal forte, mas podia acontecer com a doença já dentro de portas, dependendo da organização municipal e da atenção dada a este assunto. Considerada a gravidade, era urgente agir e preparar o enfrentamento da doença. Mas nem sempre a rapidez era a necessária, pelo que o combate à doença vinha em muitas ocasiões fora de tempo. Noutras, o medo levava a uma ação mais enérgica; quando se sabia da peste em cidades próximas ou mais longínquas, tomavam-se medidas preventivas.

Ao menor sentir da peste, encerravam-se as portas da cidade, obrigando os que precisavam de entrar ou de sair à apresentação de cartas de saúde. Esse atestado abria livre-trânsito, ainda que sob fiscalização e olhar atento das autoridades (ABREU, 2006, p. 112).

As muralhas tornavam-se agora mais úteis do que nunca, funcionando como cordões sanitários, sendo as portas abertas apenas em momentos especiais. O ritmo era alterado, pois deixavam de se abrir no alvorecer do dia e de se encerrar aquando do toque das Ave-Marias. Visualmente também se alteravam, por nelas serem colocados homens armados para que as leis e as posturas municipais fossem respeitadas.

Simultaneamente, e à medida que apareciam os casos, os que podiam, fugiam. Procuravam anteciper-se à doença e saíam o mais cedo possível,

e regressavam o mais tarde que pudessem, quando a crise já estivesse debelada. Mas o certo é que a maioria não tinha para onde fugir sendo obrigada a permanecer no espaço urbano e a resguardar-se o mais possível para não ser contagiada. Os infetados eram isolados, quando existia essa possibilidade, mas nem em todas as localidades havia sítios para retirar os enfermos e assisti-los. Por isso muitos ficavam em casa, ao lado dos restantes familiares, acabando por propagar a doença. Eram tomadas as medidas possíveis. Em termos de comunidade, a Edilidade mandava retirar o entulho da via pública, desobstruindo-a de lixo amontoado, acabar com as estrumeiras, aguar as ruas, queimar plantas aromáticas para purificar o ar, fiscalizar as fontes, de modo a acabar com águas estagnadas, e a limpar as fontes, mas proibiam-se também os animais de circular nas ruas, para as preservar mais limpas e asseadas. Eram interditas também as feiras, os mercados, as procissões e romarias, fiscalizavam-se os locais de venda de produtos e castigavam-se os incumpridores. Em simultâneo, restringiam-se os movimentos das pessoas, a circulação de bens, publicavam-se regimentos de saúde e criavam-se cordões sanitários. As populações ficavam ainda sujeitas a quarentenas e tomavam-se medidas para enterrar os mortos. Sempre que eram decretadas as quarentenas, havia dificuldades de abastecimento das localidades envolvidas, abatimento nos negócios e falta de trabalho. Era o terror nas cidades e vilas e o medo entranhado nas populações! Os produtos que circulavam eram mantidos sob estreita vigilância, alguns deles fortes potenciadores de contágio, como era o caso do papel. Os produtos importados eram igualmente sujeitos a grande controlo, procurando-se por todos os meios evitar a propagação da epidemia (BARROS, 2013, p. 119-120). Tudo feito em nome do bem comum!

E, como prova do medo que se tinha, evitava-se pronunciar a palavra peste ou associava-se imediatamente a uma súplica a Deus procurando a sua intercessão. O eufemismo demonstrava o pavor “da peste que Deus nos livre”. Pronunciar o mal era para Delumeau “derrubar a muralha que o mantinha à distância” (DELUMEAU, 1996, p. 172), abrir-lhe a porta e ser tomado pelo medo de o contrair e de assistir à morte dos familiares, conhecidos e amigos.

As epidemias e as principais doenças

Foi essa força impulsionadora que fez alastrar a peste negra em poucos anos por toda a Europa. Esta terrível peste não foi a única da Idade Média, mas talvez se tenha tornado na mais mortífera e amaldiçoada.

Sem conseguir entender a doença, o homem medieval desdobrou-se em preces e súplicas para alcançar o favor divino do cataclismo que o ameaçava. A morte corria por todas as partes a uma velocidade incrível, criava grande repulsa pelos atingidos e por todos os que estavam à sua volta. Morreram pessoas de todos os grupos sociais, mas os pobres, desamparados e privados de auxílios públicos, ficaram mais expostos à doença e à morte. A subida dos preços dos cereais agravou as más condições alimentares a que se juntou a falta de higiene corporal, habitacional e comunitária, o que potenciava a doença e facilitava a morte (BRAGA, 2001, p. 32).

De igual modo, a lepra permaneceu na Idade Moderna como uma praga, apresentando-se muito menos mortal, mas igualmente muito temida. Causada por uma bactéria, a doença era altamente estigmatizante por ser muito contagiosa e deformante, o que se configura, aliás, na localização geográfica das gafarias. Afastadas dos centros das comunidades, mas não muito distantes, de forma que os transeuntes pudessem deixar esmolas aos enfermos, estas instituições eram formadas por complexos que integravam vários edifícios e terrenos (TAVARES, 2000, p. 137; MOLL, 2007, p. 59). Apesar do afastamento, os internados podiam estabelecer algum contacto com o exterior e com as pessoas mais próximas. Para além do espaço de residência, existia uma capela ou igreja, onde um capelão provia os internados de assistência espiritual (CARMONA GARCÍA, 2009, p. 69). Mas nem todos os infetados estavam internados. Havia quem se recusasse e permanecesse em sua casa, vagando muitos pelas ruas, infundindo grande medo nas comunidades.

A doença atacou todos os grupos sociais e atingiu nobres e reis. Para os contagiados foram erguidas as leprosarias ou gafarias, mantidas muitas delas com as doações e legados dos próprios doentes. Como a doença não tinha cura, quando se entrava para estas instituições, permanecia-se nelas até ao fim da vida.

Por motivos que se prendem com a dimensão do trabalho e com o seu objetivo, limitámo-nos apenas à referência destas duas doenças contagiosas e somente a um apontamento.

Com o alvorecer da Idade Moderna, a Europa conheceu novas doenças e manteve outras já conhecidas na Idade Média.

A sífilis e outras doenças venéreas levaram à criação de hospitais destinados apenas ao seu tratamento ou de enfermarias separadas das restantes onde se recolhiam os portadores destes males. Boubas ou males era o nome corrente da doença, que se tratava duas vezes ao ano, em condições distintas das dos restantes enfermos. Os portadores, submetidos a tratamentos de suadouros e unções mercuriais, eram também sujeitos a uma alimentação cuidada e adequada no decurso do tratamento.

No século XVI conhecem-se muitas pestes, e logo em 1504 o Alentejo foi fustigado por fomes e pestes, o que se repetiu em 1516. Dois anos após, a Corte deslocou-se de Lisboa para Sintra, indo mais tarde para Torres Vedras, fugindo de locais pestilentos. Durante a década de 20, aconteceram muitos outros surtos de peste. Em 1523, a peste chegou a Évora, atacando a cadeia e obrigando a medidas rigorosas para não alastrar à cidade. Tomaram-se medidas para que isso fosse possível: os oficiais da Misericórdia ficaram impedidos de realizar procissões pelas ruas, para não originarem aglomerados de gente, e deviam impedir que pessoas não contagiadas, salvo os cuidadores, comunicassem com os infetados. Ao mesmo tempo, procedia-se ao controlo na entrada de pessoas que viessem de localidades empestadas (GUSMÃO, 1969, p. 289-290). Mas a mais grave foi sem dúvida a “peste grande”, de 1569, a qual voltou em 1579, 1598 e 1599 (RODRIGUES, 1990, p. 116-123). A capital do reino foi particularmente visada por ser uma cidade de grande movimento, devido ao comércio, mas não só. Entre as gentes que a demandavam, estavam os pobres, que circulavam em direção às cidades de maior dimensão, procurando trabalho, mas também esmolas. Vagas de pessoas sem ocupação, sentem-se em muitas partes, com incidência particular em Lisboa. Constituem um perigo para a saúde pública, por virem sujos, esfomeados, causarem desacatos, ameaçarem a propriedade privada, devido a roubos. Eram ainda acusados de maus costumes. Sobre eles caía a mancha de serem

perigosos, devido ao contágio das doenças, e incumpridores de valores e regras.

A doença que atacou em 1569 terá vindo de Espanha e obrigou o rei a procurar em Óbidos a tranquilidade sanitária que a capital não oferecia. Como ele, outros partiram também, enquanto chegavam muitos bandos de pobres e gente desocupada. Acresce a falta de cereais, a subida dos preços dos produtos e a fome. Esta, por sua vez, trazia a doença e a morte. Em simultâneo, dava-se visibilidade à incapacidade da rede sanitária responder, tendo sido necessário instalar hospitais de campanha, para tratar os infetados. Para prover às necessidades financeiras, lançam-se novos impostos, como se verificou em Lisboa, para erguer estruturas de saúde. Esta conjuntura fez-se sentir em todo o reino, onde faltavam cereais, situação conhecida nas Beiras e no Entre Douro e Minho. Pobres famintos vagueando pelas ruas das cidades foi algo muito comum nesta grave peste. O pânico instalou-se também em Braga. E o medo deu lugar a várias procissões, rogando a proteção a São Sebastião, a quem se decidiu fazer de futuro um cerco todos os anos (MOREIRA, 1982, p. 140).

Em 1579-1582, Portugal sofreu um novo surto de peste bubónica, o que implicou, por exemplo, que as Cortes se reunissem em Tomar para aclamar D. Filipe II como rei de Portugal e não em Lisboa, como seria de esperar. Foi também em 1580, por causa da peste sentida em Vila Viçosa, que os duques de Bragança decidiram mudar-se para Portel, terra do seu senhorio e onde possuíam um castelo (ARAÚJO, 2006, p. 34). Este surto foi sentido em várias regiões do Alentejo, mas também em muitas outras localidades do reino, de que se destacam Penela, Aveiro, Porto, Guimarães, Viseu, Évora e no reino do Algarve (OLIVEIRA, 2015, p. 598).

Já em finais do século XVI, entre 1599 e 1602, um novo surto de peste bubónica atacou Portugal, tendo o monarca ordenado que, em Lisboa, os forasteiros se recolhessem num bairro sem poderem sair. O isolamento procurava conter os efeitos da peste, circunscrevendo os potenciais portadores e os grupos de maior risco a um espaço determinado, com a impossibilidade de movimentos. Para enfrentar as despesas em momento crítico, foi lançado um novo imposto sobre a venda de carne e vinho, com vista a suportar as estruturas de saúde, nomeadamente a construção de novos hospitais.

No século XVII, as pestes mantiveram-se, e o tifo, a varíola, a raiva, a febre amarela, a tuberculose, a febre tifoide, a sarna, a tinha, as diarreias, a malária, as febres intermitentes, entre outras, foram muito frequentes e causaram grande mortalidade. Felizmente, os progressos do século XVIII possibilitaram o surgimento da vacina contra a varíola, mas a inoculação em Portugal foi lenta, devido ao receio das populações (FERNANDES, 2016, p. 372-373).

Século marcado por vários quadros distintos, seiscentos, para além de guerras, de que se destaca na Europa a Guerra dos 30 anos (1618-1648) e em Portugal a Guerra da Restauração (1640-1668), conheceu ainda muitos momentos de fome, que estiveram na origem de motins, alimentados por outras razões também. Porém, a elevada pluviosidade sentida em determinados anos, associada ao arrefecimento registado, causaram instabilidade nas colheitas e a sua diminuição. O preço dos cereais disparou e a fome apareceu. Foram muitos os períodos, principalmente na primeira metade, caracterizados por estes fatores.

No século XVIII, as preocupações com a salubridade das cidades cresceram: as tarefas de as limpar e de as manter asseadas foram agora levadas mais a sério e cresceram de intensidade, ordenando-se a limpeza das vias públicas, carregadas de dejetos, detritos, de montes de lixo, mas também de poços e fontanários para evitar águas estagnadas que alimentavam o surgimento de insetos (SNOWDEN, 2019, p. 41). As ruas, pelo menos as centrais, são pavimentadas, evitando-se a sujidade, ao mesmo tempo que se confere mais conforto aos transeuntes. Foram também abertas vias públicas mais largas, por onde o ar circulasse mais facilmente e se promovessem os bons ares; em simultâneo, plantaram-se árvores, criando-se um ambiente mais favorável à saúde (RUIZ-DOMÈNEC, 2020, p. 80-81).

Mesmo assim, a centúria não esteve ausente de epidemias. São conhecidas várias, e a segunda metade apresenta-se fortemente fustigada na década de sessenta, oitenta e noventa. Em Braga, os anos de 1768-70 foram fustigados por uma epidemia de tifo e de tuberculose que causou o caos no hospital de São Marcos (ARAÚJO, 2020, p. 176-195). Mas outras instituições foram também assoladas com a presença de doentes. O colégio de São Caetano, recentemente fundado, dirigido a órfãos, conheceu uma forte in-

cidência, morrendo muitas crianças. Na última década, entre 1794 e 1800, a cidade registou uma enorme instabilidade, causada por doenças que vinham e iam, mas entre 1797 e 1800 a crise manteve-se de forma permanente. Algumas fontes mencionam a escarlatina, mas ignoram-se outras doenças. Esta mortalidade fez-se sentir também na cidade, mas nem todos os que contraíram a enfermidade morreram. O próprio arcebispo D. frei Caetano Brandão adoeceu, mas não sucumbiu à enfermidade (PEIXOTO, 1992, p. 245-247).

Os hospitais

Os hospitais eram locais para pobres, gente desnutrida, mal cheirosa, por vezes portadora de doenças, constituindo um forte agente de transmissão, e, por isso, considerada perigosa em termos sociais e comunitários. Estavam sempre ou quase sempre sobrelotados, mas, em tempos de epidemias, a situação piorava bastante, e ultrapassava-se a capacidade de lotação para se ocuparem todos os espaços disponíveis nos edifícios, e, quando não chegavam, tinha mesmo de se procurar no exterior um local para tratar doentes infetados.

Nessas ocasiões, a falta de capacidade para receber mais doentes era patente também em muitos hospitais europeus. Apesar disso, é necessário sublinhar que vários tinham alterado e melhorado a sua capacidade de receber enfermos, e em muitas cidades estrangeiras e nacionais existiam, para além dos hospitais gerais, outros hospitais, como os da convalescença, termas ou para portadores de sífilis (HUDEMANN, 2000, p. 78-79).

As crises epidémicas do Portugal Moderno foram uma realidade sentida por todos. Os hospitais eram ainda estruturas mal arejadas, com janelas que nem sempre se podiam abrir para não prejudicar a saúde dos internados, através de correntes de ar; por isso, abriam-se somente quando possível, ou seja, quando existiam poucos enfermos ou nenhuns, o que era muito raro. Estas estruturas de saúde caracterizam-se também por poucas regras de higiene, por falta de roupa para as devidas mudanças, o que demonstra em simultâneo o débil investimento feito pelos órgãos diretivos no setor, quando, por exemplo, comparado com o feito nas igrejas e sacristias.

As condições de higiene no interior da maioria dos hospitais eram deficientes e decorriam das concepções existentes sobre a temática. Como se desconfiava da água e se lhe atribuía a possibilidade de potenciar doenças, a higiene corporal devia ser “seca”, ou seja, mudar a camisa que estava junto à pele e atrair a sujidade expelida através dos poros, mas não lavar senão as partes visíveis. Neste sentido, a camisa ganha maior relevo, devendo a sua brancura simbolizar limpeza e asseio. Mas a sua mudança era muito variável, de acordo com o grupo social em causa e os recursos disponíveis (VIGARELLO, 1988, p. 59). Nos pobres, a mudança não está estudada, mas sabe-se que a falta de recursos e o modo de vida de muitos impossibilitava a troca, no caso de a usarem. No entanto, quando chegavam ao hospital, despiam a roupa que traziam, para ser entregue ao enfermeiro ou hospitaleiro que a mandavam lavar para ser entregue aquando da saída. Durante o internamento, era-lhes facultada uma camisa para usarem. Antes, porém, deviam tomar banho, na tina ou balde existente. Para além destes cuidados, em alguns hospitais existia também um robe para os internados utilizarem quando se levantassem. Estes cuidados impunham ainda regras de admissão, integrando os enfermos num ambiente diferente e com algumas normas. No quotidiano, eram também usados guardanapos, jarros com água e toalhas, conferindo asseio aos momentos das refeições.

A limpeza das fachadas dos edifícios, a preocupação com as roupas das enfermarias, a utilização de utensílios de estanho na cozinha, a separação dos doentes de males contagiosos devem ser entendidas como medidas de combate às epidemias e de promoção da saúde. O mesmo deve ser referido no tocante à higiene alimentar, com a aquisição de louça de estanho e de utensílios em ferro e cobre, considerados mais higiénicos, mas também menos percíveis. Estes procedimentos encontravam-se em curso em alguns hospitais portugueses de setecentos, seguindo, aliás, o que se conhecia no Hôtel Royal des Invalides, de Paris (BELMAS, 2013, p. 147).

Sempre que surgia uma epidemia, os hospitais eram confrontados com maiores despesas, pois, para além dos enfermos que cresciam diariamente, era necessário contratar mais profissionais de saúde. Após a epidemia de tifo ocorrida em Braga entre 1768-1770, o hospital de São Marcos teve de recorrer à Misericórdia para cobrir o défice, a qual enviou 700 mil

réis, em 1770, por as receitas da instituição não chegarem para cobrir as despesas (CASTRO, 2008, p. 268). Quando conhecia uma situação financeira apertada, o hospital recorria à Santa Casa para suportar as despesas, situação registada pelo menos desde o século XVII; mas, desta vez, a confraria estabeleceu a necessidade de ser ressarcida imediatamente após a diminuição de enfermos, evidenciando as necessidades que também sentia. Mas esta não foi a única consequência desta severa epidemia. Em 1772, o hospital resolveu acabar com os camarotes das enfermarias, tornando-as mais amplas e arejadas (CASTRO, 2008, p. 91). Esta medida esteve em marcha em muitos outros hospitais, criando nas enfermarias ambientes distintos, mais abertos e arejados e melhor ventilados.

Para fazer face ao aumento de despesas hospitalares e em contexto de crise, em algumas regiões foram as autoridades locais ou mesmo os mesários das Misericórdias que decidiram fazer peditórios para auxiliar os hospitais, uma vez que estes não tinham capacidade financeira para saldar as muitas despesas efetuadas, como se verificou no Dom Lopo de Almeida, da Misericórdia do Porto (AMORIM; COSTA, 2018, p. 130).

A mortalidade

Todas as epidemias deixaram um rasto de elevada mortalidade, por se cruzarem frequentemente com crises de subsistência, subida de preços do pão e com a fome. Para além disso, a virulência de algumas matava em poucas horas ou em poucos dias. A morte rondava por perto, e a circulação da tumba confirmava a sua suspeita. A morte estava instalada na comunidade e, associada ao medo, criava um ambiente de caos, demonstrando a incapacidade desta em lidar com a situação.

Para além da morte em si, morrer no meio de uma epidemia significava amiudadamente estar sozinho e, nessa condição, partir, não raras vezes, sem os sacramentos, por ou não haver tempo ou o medo ser tão grande que os sacerdotes não acorriam. O mesmo se refira relativamente à feitura de testamentos. Quando, nos hospitais, não havia tempo para chamar o notário, era feito testamento “bocal”, deixando-se as últimas vontades. Ou seja, os rituais não se cumpriam, pois, como refere Juan Ignacio Carmona,

os “cadáveres dos falecidos no eran velados, os ritos mortuários no se celebraban, el dolor de los parientes no se manifestaba socialmente en la cerimonia del entierro, los actos de la liturgia de la muerte, en suma, no se ejecutaban” (CARMONA, 2021, p. 156), tudo se alterava em função do medo e das circunstâncias.

Pese embora a falta de rigor dos números, sabe-se que a grande peste de 1569 em Lisboa causou uma elevadíssima mortalidade, e, devido ao medo do contágio, muitos pereceram sós, sendo encontrados desamparados e já em putrefação, por vezes já com partes dos cadáveres roídos pelos cães e ratos (ROQUE, 1982, p. 82). Esses animais, caminhando por outros espaços e lançando pulgas, acabavam por ser portadores da doença, espalhando-a por vários sítios. O volume de mortos foi em crescendo à medida que a peste se foi intensificando e alargando, acabando por matar 600 ou 700 pessoas por dia. Os números, que devem ser lidos com alguma prudência, apontam para uma cruel mortandade de pessoas em simultâneo, vítimas que era necessário sepultar. Este elevado volume de falecidos causou dificuldades de escoamento e de enterro. Amontados e envoltos em lençóis, os cadáveres aguardavam alguns dias até serem removidos e sepultados por presos condenados à morte e a penas de galés, por não existirem outras pessoas para o fazerem. Assim, para além dos locais habituais, os cadáveres foram sepultados em praças públicas e mesmo nas ruas, por vezes em valas comuns, por não existir mais espaço (ROQUE, 1982, p. 82-83).

Elevada mortalidade fez-se sentir também em Lisboa na peste de 1580, quando se perderam 35.000 almas. Embora menos mortífera, na capital, a peste de 1598-99 conheceu uma soma de sete mil mortos (ABREU, 2014, p. 63-73). Uma vez mais se sublinha a necessidade de analisar estas contagens com a precaução devida.

Em Braga, o memorialista Luís Miguel de Araújo destacou a elevada mortalidade na epidemia de 1768-1770, apontando para cinco a seis doentes mortos por dia no hospital da cidade, o que os registos de mortalidade da instituição confirmam quase na totalidade. Sublinhou ainda os mais de 1.200 mortos da epidemia, o que, considerando a população da cidade na época, configura uma elevada mortalidade (ARAÚJO, 2020, p. 144). Os livros de óbito das diferentes paróquias da cidade assinalam esta mortalida-

de de crise, destacando sobretudo as paróquias de São João do Souto, onde estava instalado o hospital, e a de São Vítor, a maior de Braga, como sendo a que registaram mais mortos. Os enfermos morriam não raras vezes sem os últimos sacramentos, cumprindo o estipulado pela igreja católica para um boa morte (ARAÚJO, 1997, p. 179-181). Eram mortes rápidas, ocorrendo às vezes poucas horas após terem entrado no hospital, o que causava grande angústia e medo a quem contraía a doença. A moléstia colocava as pessoas em alerta, por desconhecerem o que lhes podia acontecer, e por isso a insegurança e o medo tomavam conta de todos (DELUMEAU, 1996, p. 30, 34). A situação agravava-se quando surgiam várias doenças associadas (ABREU, 2014, p. 63).

Hospitais sobrecarregados de doentes e mortes em número volumoso levavam as pessoas a mobilizar todos os esforços para acalmar a doença. Imploravam aos santos protetores e procuravam agradecer a Deus, para aplacar o que consideravam ser a sua ira, com missas, orações, novenas, sermões e procissões. Era a mobilização de todo o aparelho religioso das vilas e cidades, num esforço conjunto. Era ainda no divino que procuravam conforto e depositavam esperança, frente a uma medicina que não respondia.

Nos cemitérios, aglomeravam-se corpos para sepultar, e, perante a falta de espaço para tantos cadáveres, em algumas localidades foi preciso arranjar novos locais de enterramento, como aconteceu em Braga, em 1770. Com os cemitérios cheios e os protestos da população das Carvalheiras, devido aos maus odores saídos dos corpos sepultados perto das habitações, a Câmara teve de ordenar sepulturas mais profundas e providenciar um novo sítio de sepultamento mais afastado, acalmando as pessoas que acreditavam na corrupção do ar, causada pela libertação dos miasmas que, saídos dos cadáveres, propagavam a infecção.

Notas finais

Apesar de se conhecerem alguns estudos sobre as epidemias portuguesas da Idade Moderna, não é tarefa fácil a elaboração de uma síntese, pelo que o trabalho apresentado constitui somente um contributo. Faltam estudos de caso para que se possa ter uma visão de conjunto sobre o fenómeno.

Pese embora as dificuldades, procuramos analisar a situação dos núcleos urbanos, a forma como o poder público olhava para a sujidade e a necessidade de limpeza, destacando os momentos em que se tornou imperioso limpar a urbe, através de medidas que todos deviam cumprir, sob pena de multas e até mesmo de cadeia. Com a evolução dos tempos, o olhar que se tinha das cidades e a conceção de limpeza alterou-se principalmente no século XVIII, com o movimento higienista. Os estados absolutos impuseram novas regras, ao mesmo tempo que a ciência ia avançando, abrindo novos caminhos para a higiene particular e pública. Foi, no entanto, um caminho lento, feito a várias velocidades, de acordo muitas vezes com o grupo social a que se pertencia.

A falta de limpeza potenciava a doença e tocava principalmente os grupos sociais mais frágeis. Sujeitos a maiores privações, os pobres assistiam também ao contágio mais frequente, por estarem mais vulneráveis. Foram ainda apontados como um grupo perigoso por poder espalhar a doença. As necessidades eram muitas e aumentavam em períodos de carestia alimentar. Nessa ocasião, os sinais de peste eram mais recorrentes. O primeiro alarme era dado pela Edilidade ao nomear o guarda-mor da saúde, homem encarregue de atuar para que a doença fosse minimizada. Medidas várias de isolamento, de limpeza, de purificação do ar, de cancelamento de atividades, de castigo para os incumpridores e de enterro dos mortos eram acionadas para evitar o contágio e o seu alastramento, embora frequentemente sem sucesso ou com um saldo positivo muito diminuto. Foram muitas as doenças que atacaram na Idade Moderna, por vezes sós, outras associadas, mas o que é facto é que causavam enorme medo, por falta de eficácia de combate. A medicina não respondia, e tudo se perpetuava com medidas, muitas delas vindas já da Idade Média.

Ao mesmo tempo que se enchiam de doentes, os hospitais mostravam-se incapazes de responder, por não possuírem instalações para receber todos os que precisavam de auxílio, tendo algumas localidades de montar mais equipamentos para o momento ou servir-se de instalações devolutas para erguer estruturas de tratamento. Eram ainda precisas mais roupas, mais profissionais de saúde e mais receitas para a situação de crise.

Os tempos de epidemias puseram a nu a incapacidade dos hospitais, tal como de toda a estrutura sanitária. E, mesmo quando no século XVIII se conheceu a vacina da varíola, as populações desconfiavam, tinham medo e não deixavam inocular os seus filhos. Medos, muitos medos e pouca confiança nas estruturas sanitárias existentes e na medicina. Não se estranha por isso o recurso ao divino, que o número de mortes fosse elevado e existisse um enorme medo desse momento. A morte era já em si uma ocasião de especial medo. Medo do desconhecido, do lugar onde se ia parar, de morrer de repente, de não estar preparado e de morrer de forma isolada. Mesmo nos hospitais, a morte não devia ocorrer sem os últimos sacramentos, nem sozinho, mas em situação de epidemia nem sempre estes preceitos da igreja católica eram cumpridos. Também porque muitos profissionais de saúde demonstravam temor e até repugnância em tratar os contagiados. Isto significava que era necessário substituí-los, embora nem sempre fosse fácil, por não existir quem ocupasse o lugar vago, devido ao temor de ser contagiado. Situação semelhante foi constatada depois dos contagiados morrerem.

Referências

ABREU, Jean Luiz Neves. Higiene e conservação da saúde no pensamento médico luso-brasileiro do século XVIII. *Asclépio*, vol. LXII, n. 1, p. 225-250, 2010.

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

ABREU, Laurinda. O poder e os pobres. *As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Gradiva, 2014.

AMORIM, Inês; COSTA, Patrícia. “Património e Economia da Salvação”. In: AMORIM, Inês (coord.). *Sob o manto da Misericórdia*. Contributos para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto, vol. II (1668-1820). Coimbra: Almedina, 2018. p. 130.

ARAÚJO, Ana Cristina. *A morte em Lisboa*. Atitudes e representações 1700-1830. Lisboa: Editorial Notícias, 1997.

ARAÚJO, Luís Miguel. *Livro Curioso*. Braga: Câmara Municipal de Braga; Arquivo Distrital de Braga, 2020.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. “Gente pasmada: febres contagiosas, apagações e sumárias na Braga Moderna”. In: *Universidade do Minho em tempos de pandemia. Reflexões*. I. Braga: Uminho Editora, 2020. p. 174-197.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. As pestes quinhentas em Vila Viçosa. *Callipole*, 14, p. 31-37, 2006.

BARROS, Amândio Jorge Morais. *A morte que vinha do mar*. Saúde e sanidade marítima num porto atlântico (séculos XVI-XVII). Porto: Fronteira do Caos Editores, 2013.

BELMAS, Elisabeth. “Patient Care at tje Hôtel Royal des Invalides, Paris (1670-1791). In: ABREU, Laurinda; SHERP, Sally (eds.). *Hospital life*. Theory and practice from the Medieval to the Modern. London: Peter Lang, 2013.

BRAGA, Isabel Drumond. *Assistência, Saúde Pública e Prática Médica em Portugal*. Séculos XV-XIX. Lisboa: Universitária Editora, 2001.

CARMONA GARCÍA, Juan. *La salud de la multitud*. Ingesta, medioambiente, patología y sanidad temprana Edad Moderna. Sevilla: Diputación de Sevilla, 2021.

CARMONA GARCÍA, Juan. *Las redes asistenciales en la Sevilla del Renacimiento*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2009.

CARMONA GARCÍA, Juan. *Crónica urbana del malvivir (s. XIV-XVII)*. Insalubridad, desamparo y ambre en Sevilla. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2000.

CASTRO, Maria de Fátima. *A Misericórdia de Braga*. A assistência no hospital de S. Marcos. Braga: Santa Casa da Misericórdia e Autora, 2008.

CRESPO, Jorge. *A História do Corpo*. Lisboa: Difel, 1990.

DELIMEAU, Jean. *La peur em Occident (XIV-XVIII siècles)*. Paris: Hachette, 1986.

FERNANDES, Sofia. *O hospital e a botica da Misericórdia de Penafiel 1600-1850*. Penafiel: Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, 2016.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

GUSMÃO, Armando. *Subsídios para a história da Santa Casa da Misericórdia de Évora*, Parte II, tomo I (1567-1667). Évora: s. e., 1969.

HUDEMANN-Simon, Calixte. *La conquête de la santé en Europe 1750-1900*. Paris: Belin, 2000.

LINDMANN, Mary. *Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna*. Lisboa: Repliação, 2002.

MOLL, Isabel. “Hospitais y hospícios en Mallorca en el siglo XVIII”. In: ABREU, Laurinda (ed.). *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social*: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX). Bilbao: Universidad del País Vasco, 2007. p. 55-71.

MOREIRA, Manuel António Fernandes. O medo da peste em Viana da Foz do Lima no século XVI. *Caminiana*, IV, 7, p. 132-145, 1982.

OLIVEIRA, António de. *Capítulos de História de Portugal*, vol. II. Viseu: Palimage Editores, 2015.

OLIVEIRA, Aurélio de. “As crises agrícolas de Entre Douro e Minho nos finais do Antigo Regime”. In: *III Jornadas de Estudo Norte de Portugal*. Actas. Porto: Universidade do Porto, 1996. p. 249-278.

PEIXOTO, Inácio José. *Memórias Particulares*. Braga: Arquivo Distrital de Braga, 1992.

RISSE, Guenter B. *Mending bodies, saving souls. A history of hospitals*, New York, Oxford: Oxford University Press, 1999.

ROQUE, Mário da Costa. *As pestes medievais europeias e o “Regimento Proyeitoso contra há pestenença”*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Centro Cultural Português, 1979. p. 87-112.

RODRIGUES, Teresa. *Crises de mortalidade em Lisboa. Séculos XVI e XVII*. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.

SANCHES, Francisco, Ribeiro. *Tratado sobre a conservação da saúde dos povos*. Lisboa: s.e., 1758.

ROQUE, Mário da Costa. A “peste grande” de 1569 em Lisboa. *Anais*, II série, vol. 28, p. 73-90, 1982.

RUIZ-DOMÈNEC, José Enrique. *El día después de las grandes epidemias*. De la peste bubónica al coronavirus. Barcelona: Taurus, 2020.

SNOWDEN, Frank, M. *Epidemics and society from the black to the present*. Yale: University Press, 2019.

TAVARES, Maria José Ferro. “Assistência I. Época Medieval”. In: AZEVEDO, Carlos Moreira (dir.). *Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2000.

VIGARELO, George. *História das práticas da saúde: a saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

VIGARELO, George. *O limpo e o sujo*. A higiene do corpo desde a Idade Média. Lisboa: Fragmentos, 1988.

Sobre os autores e as autoras

Ailton Fernandes da Rosa Junior

Graduado em História (2009) e especialista em Ensino de História e Ciências Sociais (2013) pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade (2014) pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Doutorando em História das Ciências e da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Membro do conselho editorial da Revista IDEAS: Interfaces em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade (2012-2014). É autor do artigo: *Pobres Rurais e Desflorestamento no Interior Fluminense na Segunda Metade do Século XIX* (Territórios e Fronteiras: UFMT, 2013) e do capítulo: *As mobilizações camponesas sob a ótica militar: o conflito pela terra em São José da Boa Morte/RJ* (Pessanha, Elina e Medeiros, Leonilde S. de. Resistência dos trabalhadores na cidade e no campo. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2015).

E-mail: ailtonfernandesjr@gmail.com

Alexandra Patrícia Lopes Esteves

É Professora Auxiliar com Agregação na Universidade do Minho, investigadora integrada do Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2PT) do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho e investigadora colaboradora do Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos. Nos últimos anos, a sua atividade investigativa tem incidido sobre matérias que se inscrevem na História Social, designadamente a saúde, a doença, as epidemias, a assistência, a marginalidade, a violência e as prisões, bem como na História do Turismo, em particular questões relacionadas com o lazer e as sociabilidades, entre os séculos XVIII e XX.

E-mail: alexandraesteves@ics.uminho.pt

Angela Beatriz Pomatti

Museóloga do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. Secretária do GT Acervos – História, Memória e Patrimônio da ANPUH-RS. Mestra em História pela PUCRS, Graduada em História pela UFPel e em Museologia pela UFRGS.

E-mails: angelapomatti@yahoo.com.br; angela.pomatti@simers.org.br

Cristiano Enrique de Brum

É doutor em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestre e Graduado em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Atualmente é Professor Substituto do Departamento de História do Centro de Ensino Superior do Seridó, Campus Caicó, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atua como Pesquisador Bolsista PNAP 2020 da Fundação Biblioteca Nacional. É Coordenador do Grupo de Trabalho História e Saúde da Associação Nacional de História – Seção Rio Grande do Sul, Anpuh-RS.

E-mail: cristianodebrum@gmail.com

Eliane Cristina Deckmann Fleck

É mestra em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS, São Leopoldo, RS, Brasil) e doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil), com a Tese “*Sentir, adoecer e morrer – sensibilidade e devoção no discurso missionário jesuíta no século XVII*”. É professora titular da Graduação e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em História da UNISINOS (São Leopoldo, RS), Bolsista de Produtividade do CNPq (Pq 2), integrante dos Grupos de Pesquisa-CNPq “*Jesuítas nas Américas*” e “*Imagens da Morte: a morte e o morrer no mundo ibero-americano*” e editora da Revista História Unisinos e membro dos conselhos editoriais das revistas Estudos Ibero-americanos, História Unicap e Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Suas pesquisas enfocam a História da América e História do Brasil, privilegiando temas relacionados à História da Saúde e das Doenças, à História das Ciências e à História das Religiões e das Religiosidades. Entre suas principais publicações estão os livros “*As artes de curar em um manuscrito jesuítico inédito do Setecentos*” (2015) e “*Entre a caridade e a ciência: a prática missionária e científica da Companhia de Jesus. América platina, séculos XVII e XVIII*” (2014), e os artigos “*Sobre enfermidades, práticas de cura e experimentalismos: a saúde das almas e dos corpos na Província Jesuítica do Paraguai, séculos XVII e XVIII*” (2021), “*Manuscritos de Medicina e Farmácia rioplatenses: um estudo comparativo entre a Materia Médica Misionera e o Libro de Cirugía*” (2020) e “*Evidências de circulação e apropriação de saberes farmacológicos e médico-cirúrgicos em um manuscrito anônimo (América platina, século XVIII)*” (2019).

E-mails: efleck@unisinos.br; ecdfleck@gmail.com

Jaqueline Hasan Brizola

Possui graduação e mestrado em História pela UFRGS, é doutoranda em cotutela entre o Programa de Doutorado sobre História da Ciência, Medicina e Comunicação Científica da Universidade de Valência, Espanha e o programa de Pós-graduação em História da UFRGS, Brasil. Entre 2019 e 2020 foi investigadora visitante no Instituto de História da Medicina e da Ciência López Piñero em Valência, Espanha.

E-mail: brizajaque@gmail.com

Maria Marta Lobo de Araújo

Doutora em História Moderna e Contemporânea pela Universidade do Minho- Portugal- e professora Associada com Agregação do Departamento de História da mesma universidade. Integra como investigadora o Lab2PT e é colaboradora do Centro de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa. É ainda membro correspondente da Academia Portuguesa da História.

Desenvolve investigação nos campos da História Social, com incidência particular na História das Misericórdias, e da História Religiosa da Época Moderna. Tem participado em inúmeros congressos nacionais e internacionais, integrado e dirigido projetos de investigação nacionais e internacionais e possui vários trabalhos publicados em Portugal e no estrangeiro. Das suas publicações destacam-se as obras: *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*. Barcelos: Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000; *Oração, Penitência e Trabalho: o recolhimento de Santa Maria Madalena e São Gonçalo (1720-1834)*. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2017; *Os usos da riqueza e do poder. Pedro de Aguiar e Maria Vieira na Misericórdia e na cidade de Braga. Século XVII*. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2021. E-mail: martalobo@ics.uminho.pt

Nikelen Acosta Witter

Graduada em História pela Universidade Federal de Santa Maria, RS; Mestre em História do Brasil pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Doutora em História Social pela Universidade Federal Fluminense (RJ). Professora Adjunta do Departamento de História da UFSM. Membro do Conselho Editorial da Revista Sociais e Humanas (CCSH/UFSM). Suas últimas publicações: MOREIRA, P. R. S.; WITTER, N. A. Costuma fornecer a diversas pessoas drogas abortivas: o ofício das parteiras, disputas profissionais e sociabilidades femininas (Porto Alegre, RS, Primeira República). *Revista Mundos do Trabalho (online)*, v. 12, p.

1-22, 2020; KARAWEJCZYK, M.; WITTER, N. A. *Movimentos sociais e resistência no Sul do Brasil*. 1. ed. Curitiba: Apris, 2020. v. 1. 357 p.; WITTER, N. A.; MOREIRA, P. R. S. Praticando a magia e seus sortilégios: feitiçaria e curandeirismo nos primórdios da República. In: DILLMANN, M. (org.). *Religiões e Religiosidades no Rio Grande do Sul* – Vol. 4: Matriz Afro-Brasileira. 1. ed. São Paulo: ANPUH, 2016. p. 21-48.

E-mails: nikelen@gmail.com; nikelen.witter@ufsm.br

Tânia Salgado Pimenta

Graduada em História (1994) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestra (1997) e Doutora (2003) em História pela Universidade Estadual de Campinas. Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz. Bolsista de Produtividade 2. Organizou, junto com Flávio Gomes, *Escravidão, Doenças e Práticas de Cura no Brasil* (Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016); com Luiz Antonio Teixeira e Gilberto Hochman, *História da Saúde no Brasil* (São Paulo: Hucitec Editora, 2018); e, com Sebastião Franco e André Mota, *No rastro das províncias: as epidemias no Brasil oitocentista* (Vitória: EDUFES, 2019).

E-mails: tania.pimenta@fiocruz.br; taniacoc@gmail.com