



# PHÁRMAKON DO COMBATE DA ENFERMIDADE À INVENÇÃO DA IMORTALIDADE

COORD.  
CAROLINA ESTEVES SOARES  
CAROLINA RUFINO  
FRANCISCO ISAAC  
JOSÉ MALHEIRO MAGALHÃES

# PHÁRMAKON DO COMBATE DA ENFERMIDADE À INVENÇÃO DA IMORTALIDADE

COORD.

CAROLINA ESTEVES SOARES  
CAROLINA RUFINO  
FRANCISCO ISAAC  
JOSÉ MALHEIRO MAGALHÃES



CITCEM  
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR  
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA

Título: *Phármakon: Do Combate da Enfermidade à Invenção da Imortalidade*

Coordenação: Carolina Esteves Soares, Carolina Rufino, Francisco Isaac, José Malheiro Magalhães

Design gráfico: Helena Lobo Design | [www.hldesign.pt](http://www.hldesign.pt)

Imagem da capa: Pormenor do laboratório de Análises Clínicas (c. 1930). Fotografia de Florentino Franco (CLEPUL)

Edição: CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória

Via Panorâmica, s/n | 4150-564 Porto | [www.citcem.org](http://www.citcem.org) | [citcem@letras.up.pt](mailto:citcem@letras.up.pt)

ISBN: 978-989-8970-07-7

DOI: <https://doi.org/10.21747/978-989-8970-07-7/pha>

Porto, dezembro de 2018

Produção: [www.decadadaspalavras.com](http://www.decadadaspalavras.com)

Impressão e acabamento: Clássica, Artes Gráficas. Porto

Trabalho cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE 2020 – Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (POCI) e por fundos nacionais através da FCT, no âmbito do projeto POCI-01-0145-FEDER-007460.

# SUMÁRIO

<b>NOTA DE ABERTURA</b>	7
Carolina Esteves Soares, Carolina Rufino, Francisco Isaac, José Malheiro Magalhães	
<b>INTRODUÇÃO</b>	9
Augusto Moutinho Borges	
<b>I. PRÁTICAS CURATIVAS NO ANTIGO EGÍPTO</b>	11
<b>Práticas Curativas no Egípto antigo: A Incubação de Sonhos no <i>Sanatorium do Templo de Hathor</i>, em Dendera</b>	13
José das Candeias Sales	
<b>Objectos para a saúde física e mental do antigo Egípto</b>	25
Telo Ferreira Canhão	
<b>II. SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E SEXUALIDADE NA ANTIGUIDADE</b>	39
<b>O tratado <i>De tuenda sanitae praecepta</i> de Plutarco: saúde e alimentação</b>	41
Joaquim Pinheiro	
<b>Dois sexos, uma natureza? O discurso sobre o corpo feminino nos tratados de medicina antiga</b>	51
Cristina Santos Pinheiro	
<b>Uma leitura «médica» da homossexualidade no <i>Corpus Aristotelicum</i> (Pr. 4.26-27)</b>	61
Nuno Simões Rodrigues	
<b>Anticonceptivos, cocodrilos y estorninos. Experimentación, conocimiento y falsificación en la ginecología romana</b>	73
Patricia González Gutiérrez	
<b>III. SAÚDE NA EPIGRAFIA ROMANA</b>	85
<b>Acerca do culto às divindades salutíferas na Lusitânia ocidental</b>	87
José d'Encarnação	
<b>Médicos, Arqueólogos e Epigrafistas na segunda metade do século XIX</b>	99
Pedro Marques <sup>†</sup>	
<b>IV. SAÚDE NO MUNDO MEDIEVAL</b>	111
<b>Nascer e morrer, em Portugal, na Idade Média</b>	113
Ana Rodrigues Oliveira	
<b>Prescrições sobre a alimentação nos penitenciais moçárabes (sécs. IX-XI)</b>	125
Mário de Gouveia	
<b>Da Farmacopeia à Alquimia... e volta</b>	135
Pedro Gomes Barbosa	

<b>V. PRAGAS, EPIDEMIAS E PESTES</b>	147
<b>Os feridos no terramoto de 1755 em Lisboa</b>	149
Amélia Ferreira, Alexandra Esteves, Amélia Simões Figueiredo	
<b>Contra o mal de gerações — Legislação e práticas sanitárias no Porto na segunda metade do século XVI e século XVII</b>	161
Catarina Encarnação Pereira	
<b>A pneumónica em Montemor-o-Novo</b>	173
Teresa Fonseca	
<b>VI. ENTRE A DOENÇA E CURA: OS HOSPITAIS, AS SUAS EQUIPAS E EQUIPAMENTOS</b>	185
<b>A prática assistencial militar: o paradigma do hospital militar em tempo de guerra (sécs. XVI-XIX)</b>	187
Ana Catarina Necho	
<b>Escravos e Saúde</b>	195
Jorge Fonseca	
<b>Alguns aspetos do contexto assistencial do Hospital da Irmandade dos Clérigos Pobres do Porto entre o último quartel do século XVIII e meados do século XIX</b>	203
António Miguel Santos	
<b>As transformações no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós, na 3.ª década do século XX</b>	217
Kevin Carreira Soares, Maria Alexandra Carlos	
<b>A enfermagem e a inauguração do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883)</b>	229
Analisa Candeias, Luís Sá, Alexandra Esteves	
<b>Evolução das radiações em saúde: modificações técnicas e relevância médico-científica</b>	241
Joana da Fonseca e Oliveira, Sérgio Ricardo Joaquim Valente	
<b>A ambulância da Cruz Vermelha em Moçambique (1916-1918)</b>	251
Helena da Silva	
<b>VII. A TRANSFORMAÇÃO DOS ESPAÇOS COMO POTENCIADORES DA SAÚDE E BEM-ESTAR</b>	265
<b>Mobiliário assistencial nos hospitais militares em Portugal do último quartel do século XVIII ao século XIX</b>	267
Augusto Moutinho Borges	
<b>The challenge of living in Belgrade 1918-1941: housing, disease and malnourishment</b>	279
Nikola Samardžić, Vladimir Abramović, Maja Vasiljević, Haris Dajč	
<b>As cidades como espaços de transformação da natalidade na Época Contemporânea: influência da mobilidade geográfica na regulação da capacidade reprodutiva das populações</b>	295
Rui Leandro Maia	
<b>Cidade Termal, Cidade (I)Mortal?</b>	307
Jorge Mangorrinha	
<b>Entre a vida e a morte: a importância dos registos cemiteriais para o estudo de moléstias no cemitério municipal de Loures (1890-1900)</b>	315
Ana Paula de Sousa Assunção	
<b>Quinhentos anos de marcos históricos de saúde mental nos Açores e na Madeira</b>	329
Aires Gameiro	

<b>A ergoterapia nos hospitais de alienados em Portugal (1848-1910): mito ou realidade?</b> Sérgio Tenreiro Gomes	339
<b>VIII. LITERATURA, FILOSOFIA E SAÚDE</b>	351
<b>Saúde e enfermidade em um manuscrito jesuítico inédito: o <i>Paraguay Natural Ilustrado</i>, do padre jesuíta José Sánchez Labrador (1771-1776)</b> Eliane Cristina Deckmann Fleck	353
<b>O corpo em excesso: uma leitura de <i>A Farsa</i></b> Vanda Figueiredo	363
<b>Melancolia, histeria e o carácter opaco do ser humano em Søren Kierkegaard</b> Sara Carvalhais de Oliveira	375
<b>O silêncio (de <i>Maina Mendes</i>) — a literatura como ponto de rutura; conciliação com a deformação</b> Susana Vieira	383
<b>Da esfera da autonomia à da vida e desta à morte: sobre o percurso da doença em <i>Naissance de la Clinique</i>, de Michel Foucault</b> Mariana Gomes da Costa	393
<b>Saúde, Prazer e os seus contrários na <i>República IX</i> de Platão</b> Samuel Carvalhais de Oliveira	403
<b>Cura — Entre Epicuro e Ricoeur — algumas notas de filosofia</b> Rui Maia Rego	415



# NOTA DE ABERTURA

CAROLINA ESTEVES SOARES

CAROLINA RUFINO

FRANCISCO ISAAC

JOSÉ MALHEIRO MAGALHÃES

Ao longo de três dias, 26, 27 e 28 de Outubro de 2016, ocorreu a 1.<sup>a</sup> edição do Congresso de História das Ciências da Saúde *PHÁRMAKON: Do combate da enfermidade à invenção da imortalidade*, no Museu da Farmácia de Lisboa. O congresso foi promovido pelo Instituto Prometheus que coordenou os trabalhos que se desenvolveram em parceria com a CIDH – Cátedra Infante Dom Henrique para os Estudos Insulares Atlânticos e da Globalização – da Universidade Aberta, o CITCEM, o CLEPUL – Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias, o Museu da Farmácia e o IECC-PMA – Instituto Europeu de Ciências da Cultura Padre Manuel Antunes, entre outras entidades associadas. Durante esses três dias, juntaram-se no Museu da Farmácia mais de cinquenta oradores, nacionais e internacionais, que deambularam pela evolução do conceito de saúde desde a pré-história até aos nossos dias.

A organização deste congresso teve como objectivo proporcionar um espaço onde, unidos por um tema generalizante que abarca um mundo de disciplinas específicas, se conseguisse estudar o Homem em toda a sua complexidade. Este livro reflecte os resultados analíticos dos temas apresentados, sendo composto por trinta e cinco estudos, baseados nas comunicações que foram realizadas nesses três dias, cobrindo uma ampla cronologia que se estende desde o Antigo Egipto até meados do século XX. Esta obra cumpre um dos objectivos essenciais que a comissão organizadora do congresso tinha estabelecido desde o início dos trabalhos: o perpetuamento do espírito interdisciplinar que marcou o congresso, promovendo o estudo da história

da saúde sobre os mais diversos prismas e por investigadores de áreas distintas. Sendo um volume que se centra na história das Ciências da Saúde, o leitor irá obviamente encontrar contributos de historiadores dos diversos períodos (antiguidade, idades medieval, moderna e contemporânea). Contudo, uma das grandes riquezas deste livro é oferecer muito mais do que a visão do historiador, contando-se, por isso, com um conjunto de autores provenientes das mais variadas áreas: especialistas em literatura e cultura portuguesa, arquitectura, comunicação social, sociologia, arqueologia, turismo, urbanismo, filosofia e, claro, especialistas em diferentes áreas das ciências da saúde.

Contudo, tamanha multidisciplinaridade impôs, desde o início, grandes desafios aos coordenadores desta obra. Com a variedade de temas e o número elevado de autores, optámos por conceder aos autores liberdade científica para desenvolverem os seus estudos de forma a que a nossa intervenção nos textos fosse sobretudo ao nível da estrutura e uniformização geral do volume.

Consideramos esta complexidade sinónimo de unicidade, pois dificilmente se encontrarão volumes marcados por tamanho espírito interdisciplinar. Por isso, como em cima referimos, a nossa principal missão em termos editoriais foi organizar o volume seguindo uma coerência temática (nove diferentes grupos temáticos), mantendo a uniformização dos aspectos formais do texto e não intervindo, de outro modo, nos artigos que compõem o volume, cujo mérito e responsabilidade são inteiramente dos autores.

Com este livro, esperamos que seja possível captar o interesse do público português e de jovens investigadores para esta área, e simultaneamente promover a interdisciplinaridade científica. Num mundo onde as Humanidades são cada vez mais rotuladas como desnecessárias, este livro é uma prova de como o diálogo entre os vários ramos científicos é essencial, lembrando que quando estes diferentes ramos do saber colaboram, o maior beneficiário é o conhecimento.

Terminamos agradecendo a todos os autores pelo empenho e pela prestimosa colaboração, deixando também um especial apreço aos nossos parceiros, já referidos, cujo apoio, orientação e disponibilidade tornaram este projecto possível.

# INTRODUÇÃO

AUGUSTO MOUTINHO BORGES\*

A ideia chave deste livro nasce da relevância crucial do conceito «Mente sã em Corpo são». Desde a origem da Humanidade que a saúde desempenhou um elemento central nas comunidades e nas suas mentalidades. O eterno espectro da morte que paira sobre o Homem foi, como ainda hoje, uma das suas principais preocupações.

Simultaneamente, é também uma fonte inesgotável de criatividade e incentivo na demanda por retardantes do fim da vida. Constitui um aspecto singular que atravessa todas as fases da existência do ser humano (nascimento, crescimento, vida adulta e morte), assim como todas as vivências do seu quotidiano (alimentação, higiene pessoal, crença religiosa, vida profissional, entre outros).

*Mas não será a vida eterna o que realizamos/deixamos à humanidade e fica perpetuado em diversas áreas do saber para memória futura?* É uma questão que fica sempre em aberto para novos campos de investigação, reflectindo conceitos sociais perpetuados desde que o homem tem consciência da sua presença na terra; eternidade física e memorial. Veja-se a variedade de monumentos e edifícios ao longo dos tempos, indiferentemente da sua grandiosidade, e em diversas civilizações para homenagear e perpetuar a existência do ser humano.

Estas reflexões não são apenas inerentes ao homem numa perspectiva individual, num determinado tempo e espaço. Constituem-se elementos definidores da evolução civilizacional ao longo da História: o processo de mumificação no Antigo Egipto, o culto de Asclépio e os *Tratados de Medicina* de Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.) e Sorano d'Efeso (?-c.200 a. C.) no período Clássico, a *Enciclopédia Médica* do erudito Avicena (980-1037), as experiências desafiantes com cadáveres pelo genial Leonardo da Vinci

---

\* Presidente da Comissão Científica do Congresso.

(1452-1519), os estudos dos portugueses Amato Lusitano (1511-1568) e António Ribeiro Sanches (1699-1782), a vida e obra de Florence Nightingale (1820-1910), assim como os avanços tecnológicos desenvolvidos nas duas Grandes Guerras do século XX (1914-1918 e 1939-1945). Estes pequenos exemplos são alguns dos incontáveis testemunhos da evolução, operada nas Ciências da Saúde, numa perspectiva histórica, rumo ao futuro, mas sem os quais não era possível chegarmos ao estado de desenvolvimento em que nos encontramos hoje e da pertinência do seu estudo analítico como parte integrante de especialidade da Ciência.

Saber diagnosticar e assistir é indissociável, base de partida para a criação de espaços próprios onde se devem praticar actos para o cuidar, reconhecidos, genericamente, como *casas de saúde e hospitais*, onde muito do saber prático tem sido cristalizado. Mas tal facto não foi sempre como nós o conhecemos hoje, sendo um lento processo evolutivo até ao século XIX e, daí para cá, com alterações diversificadas nas verdades assumidas como intocáveis, variáveis nas civilizações e parte do globo.

A História das Ciências da Saúde abarca um vasto leque de estudos interdisciplinares, desde a origem do homem até ao presente, centrando-se a nossa proposta de investigação no período que vai desde a Pré-história até ao fim da II Guerra Mundial (1939-1945), conscientes que os anos em reflexão se constituem marcantes para a historiografia das ciências, no geral, e em particular para a saúde, de forma directa e indirecta.

A reunião dos diversos estudos que colectamos, vão possibilitar olhares diferenciados para questões investigadas com metodologias científicas atuais, reunidas em 8 blocos temáticos temporais, totalizando 35 entradas autónomas, contextualizando o tema proposto aos autores: *PHÁRMAKON: Do combate da enfermidade à invenção da imortalidade*.

Certos que os temas desenvolvidos na presente colectânea vão ter repercussões para transmissão de conhecimento no público em geral, não poderemos deixar de mencionar o esforço na sua reunião, resultante da apresentação científica no Museu da Farmácia, em Lisboa, onde estes e outros estudos se constituem como um contributo para melhor conhecermos a humanidade e qual o caminho/percurso que os nossos antepassados desenvolveram para sermos o que somos em direção ao futuro.

A todos os autores os nossos agradecimentos pelo seu generoso contributo, sem os quais não seria possível olharmos o presente com a clarividência do passado e sem dogmas sociais, políticos e religiosos, que muitas vezes destituem a razão em desfavor de emoções. Ao longo destes estudos somos envolvidos pela análise crítica e analítica do «olhar científico», dos investigadores que, cada vez mais, dão a conhecer a pluridisciplinar História das Ciências da Saúde em diferentes áreas do saber.

**I**  
PRÁTICAS CURATIVAS NO  
ANTIGO EGÍPTO



# PRÁTICAS CURATIVAS NO EGIPTO ANTIGO: A INCUBAÇÃO DE SONHOS NO SANATORIUM DO TEMPLO DE HATHOR, EM DENDERA

JOSÉ DAS CANDEIAS SALES\*

*O sonho é uma conversa com os mortos, uma viagem ao país das almas.  
Mia Couto, Jerusalém.*

No Livro I da *Bibliotheca Historica*, Diodoro da Sicília registou uma passagem sobre a medicina e a saúde no antigo Egipto que nos serve de mote para a problemática que elegemos:

*Quanto a Ísis, os Egípcios dizem que ela inventou muitas mezinhas úteis à saúde e que era muito versada na ciência da cura; ao se tornar imortal, ela encontrou o seu maior prazer na cura das doenças dos homens e ajuda durante o seu sono aqueles que chamam por ela, manifestando-se claramente tanto com a sua própria presença como com os favores que dispensa àqueles que a invocam. [...]. Ela aparece sobretudo aos doentes durante o sono, dando-lhes ajuda nas suas doenças e alcançando curas notáveis naqueles que se submetem a ela; e muitos que foram perdendo a esperança de cura junto dos seus médicos devido à natureza difícil da doença são curados por ela; muitos cegos ou estropiados curam-se quando recorrem a esta deusa<sup>1</sup>.*

A referência de Diodoro da Sicília alude directamente à importância e à prática médico-religiosa da incubação de sonhos no Antigo Egipto. Quando evocamos a

---

\* Universidade Aberta, CHUL. Jose.Sales@uab.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> Diodoro, 1.25.1.5.

temática da saúde, da medicina ou das práticas curativas para o antigo Egipto, quase inconscientemente, pensamos, de imediato, nas suas práticas em torno do processo de preservação e mumificação dos corpos dos mortos, com a mandatária remoção das vísceras do tórax e da cavidade abdominal (pulmões, fígado, estômago e intestinos)<sup>2</sup>, na intrínseca e forte influência e associação com os procedimentos mágicos, fórmulas, invocações e encantamentos (em egípcio *rw*, autênticos meios paramédicos) que denotam como a medicina egípcia era dominada pelo sobrenatural<sup>3</sup>, e, talvez, num grau menor, nos diagnósticos das doenças e nos tratamentos para elas propostos, tal como nos aparecem cuidadosamente expostos em conhecidos papiros medicinais<sup>4</sup>. A técnica da *incubatio* não está, seguramente, entre as que primeiramente ocorrem quando reflectimos sobre as práticas curativas no antigo Egipto.

No entanto, especialmente preocupados com as manifestações das divindades, os antigos Egípcios conferiam grande importância a todos os sinais que pudessem indiciar uma comunicação entre as esferas do divino e do humano e entre eles estava o sono, fase simultaneamente delicada e privilegiada em que o homem podia entrar em contacto com os deuses pelos sonhos, fossem eles espontâneos/acidentais ou provocados/induzidos, podendo deles receber visões premonitórias e curas<sup>5</sup>.

No antigo Egipto, os sonhos estavam numa zona liminar entre a terra dos vivos e o Além (*Duat*), habitado e dominado pelos deuses, tornando-os «visíveis» aos humanos<sup>6</sup>. As visões nocturnas e os sonhos constituíam, por isso, na sua concepção, um processo excepcional das deidades se manifestarem e de indicarem aos humanos os correctos procedimentos a empreender. Eram, nesse sentido, zonas de «união entre

<sup>2</sup> Cf. SHAW & NICHOLSON, 1995a: 190-192; HOBSON, 1987: 152-154; TAYLOR, 2001: 46-49, 54, 55.

<sup>3</sup> Cf. ERMAN & RANKE, 1976: 459; RITNER, 2000; RITNER 2001a; RITNER 2001b; RITNER 2001c. Os antigos Egípcios não só atribuíam a causa das doenças a forças sobrenaturais (ventos malignos, génios maléficos) como, para ampliar os efeitos curativos dos produtos naturais, acompanhavam-nos de esconjuros mágicos que a tradição desenvolvera e fixara. A magia não era dispensada no ataque aos males das doenças. A deusa Sekhmet, divindade com cabeça de leoa relacionada com as doenças e as curas, era também invocada, pedindo-se-lhe o restabelecimento dos doentes. Os seus sacerdotes eram reputados cirurgiões (SHAW & NICHOLSON, 1995b: 175; DAMIANO-APPIA, 1999: 176, 177).

<sup>4</sup> Cf. NUNN, 1996: 25-41; REEVES, 1992: 49-54; FAYAL, 2006: 10-12; SHAW & NICHOLSON, 1995b: 176; DAVID, 2008: 187-193. Os papiros são categorizados de acordo com o seu conteúdo, podendo integrar-se em mais do que uma categoria: papiros de medicina geral (*Papiro Ebers*, *Papiro de Londres BM 10072*, *Papiro de Berlim*, *Papiro de Leiden*, *Papiro Hearst*, *Papiro de Crocodilópolis*), papiros cirúrgicos (*Papiro Edwin Smith*), papiros ginecológicos (*Papiro Kahun*, *Papiro Carlsberg VII*, *Papiro Ramesseum III, IV*), papiros sobre doenças do recto (*Papiro Chester Beatty VI*), papiros mágicos (*Papiro de Londres BM 10059*, *Papiro de Leiden*, *Papiro Ramesseum III e IV*), papiros oftalmológicos (*Papiro Ramesseum III*), papiros pediátricos (*Papiro Ramesseum III, IV*). (Cf. NUNN, 1996: 25; FAYAL, 2006: 10-12; BREASTED, 1980).

<sup>5</sup> Por «sonhos espontâneos» entende-se os que ocorrem independentemente da vontade do sujeito, involuntaria e acidentalmente. Podiam ser «bons sonhos» (*resut neferet*, *rs.w.t nfr.t*) ou «maus sonhos», pesadelos, (*resut djut*, *rs.w.t dw.t*). Os «sonhos solicitados» referem-se à prática da incubação: a prática de passar uma noite no santuário de uma divindade para dela receber um sonho premonitório sobre o quotidiano, uma parte do futuro ou a cura de um padecimento. Aquilo que distingue o sonho de incubação de um sonho de outra categoria é justamente ser um sonho deliberado (Vide LANG, 2013: 49; SZPAKOWSKA, 2003a: 111-124; SZPAKOWSKA, 2003b; SZPAKOWSKA: 2010: 23).

<sup>6</sup> Cf. SZPAKOWSKA, 2010: 23, 38.

a terra e o céu», autênticas teofanias<sup>7</sup>. Os sonhos não eram um evento interno, pessoal, desligado do Cosmos, mas sim uma visão abrangente; uma janela aberta especialmente para os deuses<sup>8</sup> e, na opinião de Diodoro, o último recurso para aqueles que não encontravam cura para os seus males “*junto dos seus médicos*”, subentendendo-se que estes se mostravam incapazes de produzir a cura e/ou haviam desistido dos doentes. A «esperança» era, agora, depositada totalmente na força e na intervenção da divindade.

No antigo Egípto, os templos mais conhecidos pelas suas terapêuticas curas eram o templo funerário de Hatchepsut (Deir el-Bahari), o templo de Seti I (Abidos), os *Serapea* (Mênfis e Canopos) e o templo da deusa Hathor (Dendera). Elegemos este último templo divino e o seu *sanatorium*, onde afluíam inúmeros visitantes interessados nos seus resultados terapêuticos, para a nossa reflexão específica em torno dos «sonhos provocados/induzidos» ou incubação de sonhos miraculosos.

## O TEMPLO DE DENDERA E A INCUBATIO

Localizado na antiga Iunet ou Tantere (grego Tentyris), capital do 6.º *nomos* do Alto Egípto, o complexo templário de Dendera, dedicado à deusa egípcia Hathor, juntamente com o templo de Hórus, em Edfu, um dos monumentos religiosos melhor conservados do antigo Egípto<sup>9</sup>, distingue-se de outros templos edificadas pelos antigos Egípcios por algumas particularidades<sup>10</sup>: desde logo, i) por conservar, quase integralmente, a sua muralha exterior de adobes (perímetro de cerca de 280 m de lado; c. 40.000 m<sup>2</sup>; altura: 8-10 m)<sup>11</sup>, ii) por estar situado numa elevação com cerca de 12 m de altura que o protegeu da deterioração, iii) pela ausência de um pilone de entrada que, a exemplo de outros grandes complexos religiosos, assinalasse arquitectonicamente a entrada do templo e simbolicamente as duas montanhas primordiais atrás das quais se ergueu o primeiro Sol do Universo; depois, iv) pela singularidade de possuir dois *mammisi* ou «casa do nascimento» (em egípcio, *meskhenet*), um datado da XXX Dinastia, reinado de Nectanebo I/Nakhtnebef Kheperkaré (381-364 a. C.)<sup>12</sup>, outro do Período Romano,

<sup>7</sup> Cf. SZPAKOWSKA, 2010: 24; SZPAKOWSKA, 2001; SZPAKOWSKA, 2010.

<sup>8</sup> Cf. LANG, 2013: 50, 52; SZPAKOWSKA, 2003a: 115, 116.

<sup>9</sup> Cf. DONADONI, 1993: 541; DAUMAS, 1980: 261.

<sup>10</sup> Apesar de não existirem dois templos divinos completamente iguais, pode estabelecer-se uma estrutura arquitectónica típica para estes edifícios religiosos em que se integram *dromos* ou avenidas de esfinges de acesso, obeliscos (*tekhen*), estátuas colossais de faraós sentados à entrada, pilones (*bekhenet*), pátios ao ar livre (*uba* ou *uesekhet*), salas hipostilas (*uekha*), santuários (*kari*), além de recintos amuralhados de adobes, lagos sagrados (*chi-netjer*) ou *mammisi* (*meskhen*). Alguns destes elementos, como os *mammisi*, são típicos dos templos ptolomaico-romanos (Cf. WILKINSON, 2000: 52-79; DAUMAS, 1980: 262; FINNESTAD, 2005: 189, 190).

<sup>11</sup> Os segmentos curvilíneos da muralha, alternadamente côncavos e convexos, mostram uma estrutura ondulada, pretendendo materializar arquitectonicamente o oceano primordial do qual emergira a colina original, sobre a qual o templo fora erguido (WILDUNG, 1998: 215).

<sup>12</sup> O *mammisi* de Nectanebo I, o mais antigo dos dois existentes em Dendera e o mais antigo do género actualmente existente em todo o Egípto, foi ampliado por Ptolomeu VIII Evérgeta II, em pleno Período Ptolomaico, para fazer dele um lugar de acolhimento real. Os seus sucessores lágidas (Ptolomeu IX Sóter II, Ptolomeu X Alexandre I e Ptolomeu

construído por Augusto (27 a. C.- 14 d. C.) e decorado na época de Trajano (98-117) e de Adriano (117-138)<sup>13</sup>; finalmente, v) pela existência de uma invulgar «casa de incubação» ou *sanatorium*, em adobes crus, quadrangular, com cerca de 25 m de lado, chamada por vezes, erradamente, «armazém»<sup>14</sup>.

Embora se admita que alguns dos grandes templos divinos ou funerários egípcios possam ter tido *sanatoria* em edifícios anexos (caso do mencionado templo de Hatchepsut<sup>15</sup>), onde os doentes podiam, sobretudo, procurar cura para os seus males com a ajuda dos deuses e dos entendidos sacerdotes que lhes prestavam culto, o único caso remanescente é o que sobreviveu em Dendera, plausivelmente datado do início do Período Ptolomaico, com admissíveis remodelações posteriores<sup>16</sup>.

A grande deusa local, Hathor ou Ísis, dotada de muitas e variadas qualidades e competências, era venerada como deusa da compaixão e adquiriu a reputação de curadora, estimulando muitos viajantes a percorrerem consideráveis distâncias em busca da sua ajuda<sup>17</sup>. Nas várias câmaras ou células do *sanatorium* de Dendera, os doentes hospedavam-se e descansavam, esperando por sonhos que lhes fornecessem as prescrições divinas para a sua recuperação. A proximidade com a deusa era garantia de um tratamento/de uma melhoria eficaz, senão mesmo da cura total.

Os sacerdotes-médicos derramavam água sobre estátuas inscritas com textos mágicos (estátuas curandeiras) com o objectivo de que o poder curativo das fórmulas passasse para as águas que, assim, se sacralizavam, usadas então para banhos e ingestões dos doentes<sup>18</sup>. É provável que as estátuas em causa representassem Imhotep e Amenhotep, filho de Hapu, os sábios conselheiros dos faraós Djoser (III Dinastia) e Amenhotep III (XVIII Dinastia), respectivamente, que foram considerados pela tradição egípcia como homens detentores da ciência mágica e sagrada do antigo Egipto<sup>19</sup>. As fórmulas

XII) terminaram o conjunto, religando a parte construída por Ptolomeu VIII à parte, mais antiga, de Nectanebo (Cf. CAUVILLE, 1990: 4, 92, 93; DAUMAS, 1952: 134, 143; PORTER & MOSS, 1939: 105, 106).

<sup>13</sup> O *mammisi* romano de Dendera é o maior e o mais completo dos *mammisi* que nos chegou. Dedicado ao deus Ihy, filho de Hathor e de Hórus, foi construído pelo imperador Augusto e decorado por Trajano e Adriano (Cf. WILKINSON, 2000: 73, 74, 151; CAUVILLE, 1990: 92, 95, 96; CAUVILLE, 1999: 299; BARD, 2007: 305; WILDUNG, 1998: 215; MANNICHE, 1994: 291; FINNESTAD, 2005: 219, fig. 106).

<sup>14</sup> Cf. CAUVILLE, 1990: 2; ARNOLD, 2003: 69; DAUMAS, 1957: 35, 36, 40; HOBSON, 1987: 140, 181. Em 1939, Porter e Moss não registam o *sanatorium* no seu mapa principal («Key-Plan») do complexo de Dendera (Cf. PORTER & MOSS, 1939: 40). Apesar de a forte carga sagrada que lhe estava associada, o *sanatorium* era construído em adobe, em vez de pedra.

<sup>15</sup> Cf. SAUNERON, 1959: 48; MILNE, 1914: 96-98.

<sup>16</sup> Cf. WILKINSON, 2000: 74; DAUMAS, 1957: 40.

<sup>17</sup> Cf. SAUNERON, 1959: 48.

<sup>18</sup> Cf. WILKINSON, 2000: 74, 75, 151; BARD, 2007: 305; DAVID, 2008: 185. A «água sagrada» purificava o doente interna (bebida) e externamente (pelos banhos). As estátuas curandeiras surgem apenas na Época Tardia, antes do Período Ptolomaico (Cf. SATZINGER, 1987: 202).

<sup>19</sup> Cf. CAUVILLE, 1990: 90.

mágicas tinham a sua eficácia plenamente potenciada quando recitadas oralmente em voz alta, mas agiam igualmente quando estavam apenas inscritas<sup>20</sup>.

Em Dendera, o tratamento das doenças incluía, portanto, uma série de banhos, sonos e sonhos reparadores e diversas práticas mágicas. A conjugação destas «técnicas», junto do templo principal da deusa Hathor, era muito procurada e justificou a construção e equipamento do edifício-hospital.

No contexto do antigo Egípto, o termo *sanatorium* aplica-se, portanto, aos recintos/edifícios onde os pacientes podiam ser total ou parcialmente imersos em água sagrada e/ou praticar a incubação, e «incubação» é o termo que denomina a prática, métodos, rituais, técnicas e esforços de passar uma ou mais noites nos *sanatoria* com a deliberada intenção de experienciar um sonho curativo e obter a resposta e orientação divina para um problema de saúde<sup>21</sup>.

Em Dendera, o abastecimento de água, elemento essencial no *sanatorium*, era assegurado pelo lago sagrado, praticamente quadrangular (28x33 m), envolvido por um murete de blocos de arenito, situado um pouco mais a sudoeste, no interior do *temenos* de Dendera: o sistema de abastecimento a partir do lago (qual lugar mítico, nascente de águas santas) conduzia a água até às bacias internas de diferentes tamanhos<sup>22</sup>. A água do lago, já de si sagrada, era potenciada magicamente nas instalações balneares quando era derramada sobre as estátuas curandeiras cobertas de inscrições mágicas<sup>23</sup>. Dispositivos hidráulicos combinavam-se com mecanismos mágicos.

François Daumas traduziu os textos mágicos inscritos nas faces laterais dos plintos de suporte dessas estátuas<sup>24</sup>:

*Viens à moi, toi dont le nom est caché aux dieux, qui as fait le ciel, crée la terre, mis au monde tous les êtres. Lorsque vient ton fils Horus, ses ennemies sont inexistantes; leur mal ne se produit pas, à savoir tout acte mauvais de la part des compagnons du Malin*<sup>25</sup>.

*Celui qui a créé les êtres ouvre sa bouche chaque fois au milieu de la crainte: Ô déesse Isis, il n'arrive aucun mal à ton fils Horus; j'ai trouvé ce qui a été fait contre*

<sup>20</sup> Cf. ERMAN & RANKE, 1976: 457. Quanto maiores eram as estelas ou as superfícies inscritas, maiores eram os textos mágicos incisos. Também aqui parece ter figurado o *horror vacui* tão típico da mentalidade decorativa egípcia (Cf. SATZINGER, 1987: 192, 199).

<sup>21</sup> Derivado do verbo latino *incubare* (*in-* «sobre»+ *cubare* «colocado»), o termo alude à atitude das aves-mãe colocadas sobre os seus ovos em desenvolvimento, desde a postura até à eclosão, para produzir (nova) vida.

<sup>22</sup> A partir de cada um dos cantos do lago, degraus de pedra permitiam descer até ao fundo. Encontram-se hoje ainda muito bem conservados e visíveis (Cf. WILDUNG, 1998: 216; MANNICHE, 1994: 290; ARNOLD, 2003: 206).

<sup>23</sup> Cf. CAUVILLE, 1990: 90.

<sup>24</sup> As longas inscrições estão gravadas nas três faces dos blocos (paralelepípedos rectangulares, com 0,405 m de comprimento, 0,31 m de largura e 1,35 m de altura), enquanto a parte traseira, que devia estar adossada a uma parede, não possui qualquer registo (Cf. DAUMAS, 1957: 41).

<sup>25</sup> DAUMAS, 1957: 42.

*lui. Je l'ai entouré de salive sortie de ma bouche, de l'écoulement de mes lèvres. Aucun mal ne se produit contre lui. Je vivifie celui qui m'aime. Je suis l'eau, je suis le ciel, je suis la terre, je suis l'air. Je suis Ta-tjenen vivant de Maât: c'est le destin prescrit à chaque homme qui donne le souffle de vie à celui qu'il aime. Je suis Iouny, le vénérable, résidant dans l'horizon, illuminant tout œil lorsqu'il brille.*

*Je suis le ba des bas, le prestigieux des prestigieux, grand de puissance parmi les dieux, Je suis Celui-dont-le-nom-est-caché mais dont la statue est brillante parmi les dieux de la terre. C'est Horus, fils d'Isis, fils d'Osiris, c'est l'enfant issu de moi<sup>26</sup>;*

*Voici aussi Isis se tenant à sa droite tandis que Thoth se tient à sa gauche. Alors ils placent leurs mains sur chacun de ses membres dans l'ouverture de la bouche afin que vous l'ouvriez tandis qu'il dit: les deux sœurs sont avec (?) lui; les deux uraeus élèvent sa protection). Ta tête est celle d'Atoum, le dieu divin dans la demeure-de-Hehenet. Tes sourcils sont ceux des serpents. Tes yeux sont ceux d'Hormerty, [c'est celui qui ouvre la vue]. Ils sont Sekhmet et Bastet là sur ta tête. Ton nez est celui d'Horus, le triomphateur (?), taureau des taureaux, qui a engendré les dieux. Tes oreilles sont celles de Vue et d'Ouïe. Ton frontal est celui d'Amon-rê dans la barque-sacrée Nechmet. Ta nuque est celle de la Maîtresse des corps divins. Ta bouche est pleine de Maât. Tes Lèvres sont celles de Ptah. Ta langue est celle de Thoth, de Hou et de Sia. Ton cou est celui de Montou. Ta gorge est celle de Thoth, de Hou et de Sia. Ton cou est celui de Montou. Ta gorge est celle de l'Uraeus, la première de Rê. Tes épaules sont celles du faucon vivant, Horus lui-même. Tes bras sont les rames de la barque de Rê. Tes pouces (?) sont les quatre piliers de Nout. Tes doigts sont le sable d'or de l'œil de Rê ; ton cœur est celui de Rê-Horakhty. Ta poitrine est celle de Neith. Ton dos est celui de Nout. Tes entrailles sont celles du Maître de l'Univers. Ton bas-ventre est celui de Nephtys. Ton phallus est celui de in. Tes testicules sont les fruits du calotrope (?). Ton derrière est celui de Montou. Tes jambes son... Tes mollets sont ceux de Heket et Selkit. Tes orteils sont ceux des dieux du ciel. Vien vers... faites la protection qui est dans tout membre de ce rapace vivant, ce faucon vivant éternellement<sup>27</sup>.*

A instalação balnear integrava uma espécie de banheira estreita, com 1,28 m de comprimento e 0,38 m de largura, que podia conter um indivíduo de estatura média, deitado. Mesmo ao lado, afundado abaixo do nível do solo, um tanque com três degraus, medindo 0,82x0,51 m, destinava-se a quem pretendia tomar um banho de pé ou um banho sentado<sup>28</sup>. No total, havia no *sanatorium* de Dendera quatro tanques. O que se situava a sul do anterior, com uma altura de 0,70 m e uma profundidade de 0,72

<sup>26</sup> DAUMAS, 1957: 42, 43.

<sup>27</sup> DAUMAS, 1957: 44-46.

<sup>28</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 38.

m, permite distinguir a existência da canalização das águas: um tubo oval, bastante aplanado, que levava a uma pequena bacia onde uma mangueira ia despejando água<sup>29</sup>. Este tanque não era usado para os banhos, mas sim como reservatório de água, destinado a distribuí-la e encher os restantes três<sup>30</sup>.

A incubação propriamente dita decorria em várias câmaras (com dimensões similares, em torno dos 3,80 m de comprimento a norte, 3,30 m a oeste e 3,60 m a sul, separadas por paredes com c. de 0,30 – 0,40 m de espessura) que davam para o corredor interno, construídas sobre um pavimento de adobes cozidos<sup>31</sup>. Era aí, supostamente num lugar sombrio, escuro, que os doentes podiam ser submetidos a um sono cataléptico.

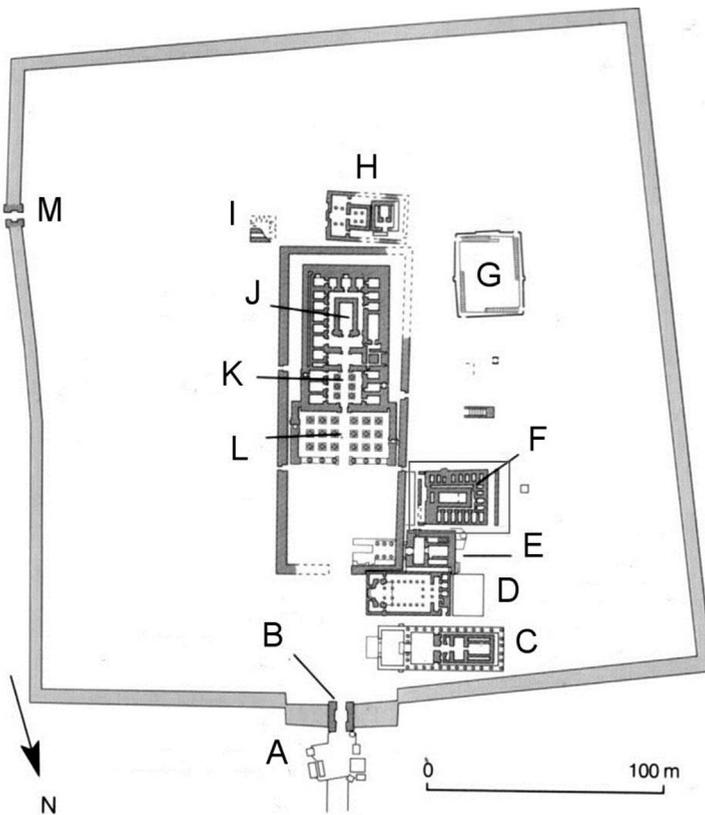


Fig. 1. Localização do sanatorium (F) no complexo templário de Dendera

<sup>29</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 38.

<sup>30</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 39.

<sup>31</sup> As câmaras mais elevadas situavam-se cerca de 2,50 m acima do nível do solo, havendo um declive de cerca de 1 m entre a parte norte e a parte sul do edifício, sendo admitida a hipótese de o acesso ser feito através de escadas, hoje difíceis de localizar (Cf. DAUMAS, 1957: 36, 37 e Pl. I). F. Daumas dá uma descrição detalhada do edifício, com medidas e alusões directas aos materiais utilizados, incluindo várias fotos do mesmo (Cf. DAUMAS, 1957: 35-57).

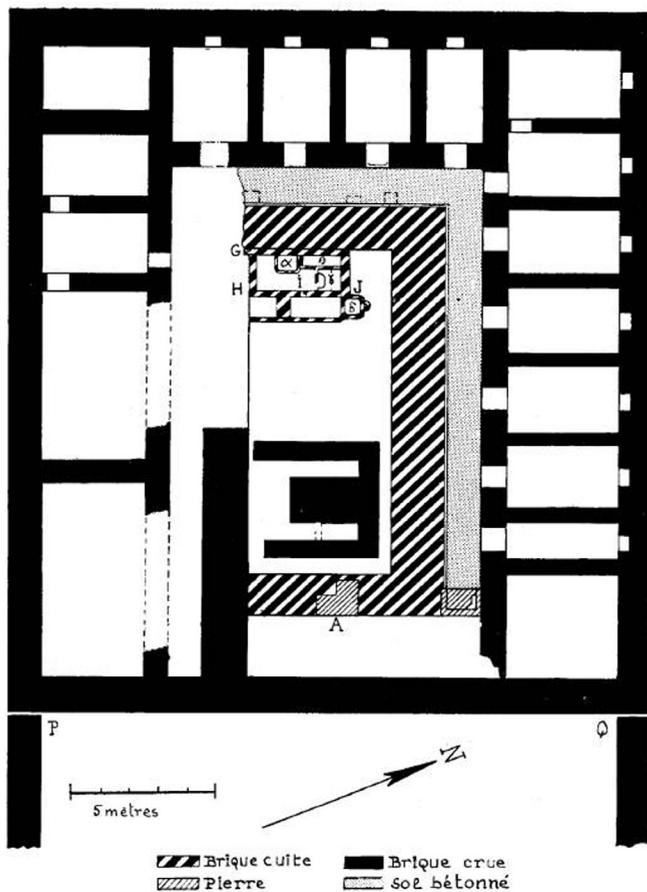


Fig. 2. Planta do sanatorium de Dendera



Fig. 3. Foto do sanatorium de Dendera

O sono induzia o sonho<sup>32</sup>. Como traço revelador das categorias do pensamento lógico egípcio é importante entendermos o significado que os sonhos e que os símbolos oníricos tinham no seio da mentalidade egípcia. Os sonhos, em egípcio *resut* (*rswt*), eram considerados como mensagens dos deuses, quer no plano dos importantes «sonhos históricos», quer no dos «sonhos quotidianos», fornecendo indicações e pistas, mais ou menos concretas ou veladas, supostamente de maneira correcta e utilitária<sup>33</sup>. Frequentemente, porém, o sonho revela-se sob uma forma mais misteriosa ou simbólica, anunciando o futuro segundo processos menos claros ou, como no caso da saúde, a cura através de processos metafísicos, sobrenaturais.

Escapando à vontade e à responsabilidade do sujeito (o que lhe causa o chamado drama onírico), as manifestações oníricas são símbolos de uma aventura individual, talvez a mais secreta, profunda e impúdica<sup>34</sup>. A par dos oráculos, os sonhos constituíam um processo excepcional das deidades se manifestarem e de indicarem aos homens (faraó ou simples mortal) o correcto procedimento a empreender para o futuro, de forma a garantir o seu permanente auxílio.

Cabia aos sacerdotes especializados explicar as mensagens criptadas dos sonhos e delas deduzir os medicamentos ou as formas terapêuticas susceptíveis de recuperarem a saúde dos doentes. Estes «sacerdotes-leitores», *khery-hebet* (*hr(y)-hb(t)*) — literalmente: «aquele que carrega o rolo», subentendido: «contendo as fórmulas do ritual» —, eram «experts» em magia e ganharam grande reputação precisamente devido à sua função de intérpretes de sonhos<sup>35</sup>.

Se bem que se aceite que a prática da incubação é de inspiração helenística, não se podem escamotear no Egipto alguns exemplos provenientes de época anteriores<sup>36</sup>. Estrabão descreve a prática que viu no templo de Serápis, em Canopos<sup>37</sup>. No Período Ptolomaico era também praticada no templo de Seti, em Abidos, como sugerem alguns *grafitti* gregos<sup>38</sup>. Também em Deir el-Medina, desde o final do Império Novo, era praticada no *speos* de Meretseger<sup>39</sup>.

O processo de cura através dos sonhos constava, portanto, do repertório de práticas curativas usadas pelos antigos Egípcios, sobretudo nas épocas mais tardias

<sup>32</sup> Sono no *sanatorium* e sonho são os dois aspectos da incubação (Cf. SAUNERON, 1959: 41).

<sup>33</sup> Merece anotação o sonho «histórico» do imperador Vespasiano, quando, em 69-70, visitou Alexandria e passou uma noite no templo de Serápis para consultar a divindade sobre a sua continuidade na função imperial. O seu sonho (viu um sacerdote egípcio de nome Basileides) foi interpretado como um bom presságio, pois o nome do sacerdote visto em sonho derivava do grego *basileus* que significa «rei» (Cf. CLARISSE, 2000: 34).

<sup>34</sup> Cf. CHEVALIER & GHEERBRANT, 1982: 809-810.

<sup>35</sup> Os documentos cuneiformes chamam-lhes *kharthibi* e os Gregos apelidá-los-iam justamente de *onirocritai*, «o intérprete de sonhos». Hierarquicamente, devem ser considerados membros do baixo clero (Cf. SAUNERON, 1988: 77, 172; SAUNERON, 1959: 48).

<sup>36</sup> Cf. SAUNERON, 1988: 41 e ss.; LANG, 2013: 52.

<sup>37</sup> Cf. Estrabão, *Geog.* XVII, 1, 17.

<sup>38</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 52.

<sup>39</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 52.

da sua história, como mostra o exemplo de Dendera. Os doentes que procuravam a *incubatio* eram frequentemente os que sofriam de doenças mentais e que através de um sonho divino podiam encontrar a cura para os seus problemas. A presença divina curadora era solicitada pela magia e agia pela magia (*heka*)<sup>40</sup>. Em causa estavam processos e qualidades subjectivas, mágicas, que agiam sobre a psicologia do doente, colocando-o em estado de receptividade para as terapêuticas conhecidas. A crença ou atitude espiritual favorável é, neste aspecto, uma componente essencial no processo de tratamento. Estamos no domínio daquilo que podemos chamar «curas pela fé» ou «curas miraculosas».

Curados por auto-sugestão, em estado de semi-hipnose ou auto-induzido transe, ou aceitando que os «psicólogos» ou «psicanalistas» de serviço nos templos lhes revelassem os segredos da cura contidos nos sonhos, os doentes viam satisfeitas as suas expectativas, passavam pela sensação de proximidade física ou metafísica das divindades e consolidavam, assim, a crença na eficácia dos sonhos terapêuticos.

Podemos, obviamente, obstar que estas práticas não são estritamente médicas. Não obstante, mostram-nos como as coisas se passavam e permitem-nos extrapolações sobre as «instalações terapêuticas» (onde a água desempenhava um papel central, para os «remédios» mágicos e os banhos santos, e as células sombrias, dispostas em torno de um corredor central, forneciam o necessário refúgio) e as «técnicas terapêuticas» (onde sono, sonho e magia participavam de forma integrada).

## CONCLUSÃO

O *sanatorium* de Dendera é o mais importante e o mais duradouro de todos os estabelecimentos hospitalares egípcios<sup>41</sup>. Nele detectamos, em suma, a sequência ou fases imprescindíveis do tratamento: desde logo, o ritual pré-sono, com a ingestão e os banhos de águas sagrado-mágicas que purificavam o doente e o preparavam para um adequado ritual seguinte, de sono e conseqüente sonho de contacto com a(s) divindade(s) curandeiras. Em muitos casos, podemos supor que a ausência de resultados imediatos pode ter forçado a repetição dos vários passos até, eventualmente, se obter o fim desejado. Como na medicina moderna, científica, há tratamentos que demoram mais tempo nuns pacientes do que noutros...

## BIBLIOGRAFIA

- ARNOLD, Dieter (2003) – *The Encyclopedia of Ancient Egyptian Architecture*. Cairo: The American University in Cairo Press.
- BARD, Kathryn A. (2007) – *An Introduction to the Archaeology of Ancient Egypt*. Oxford: Blackwell Publishing.

---

<sup>40</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 52, 53; DAVID, 2008: 185; ZUCCONI, 2007: 31.

<sup>41</sup> Cf. DAUMAS, 1957: 56.

- BREASTED, James Henry (1980) – *The Edwin Smith Surgical Papyrus published in facsimile and hieroglyphic transliteration with translation and commentary in two volumes*. Chicago: The University Chicago Press, vol 1.
- BURTON, Anne (1972) – *Diodorus Siculus, Book 1: A Commentary*. Leiden: Brill.
- CAUVILLE, Sylvie (1990) – *Le Temple de Dendera. Guide archéologique*. Caire: Institut Français d'Archéologie Orientale.
- \_\_\_\_ (1999) – *Dendera*. In BARD, Kathryn A., ed. – *Encyclopedia of the Archaeology of Ancient Egypt*. London: Routledge, p. 298-301.
- CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain (1982) – *Dictionnaire des Symboles – Mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres*. Paris: Robert Laffont/Jupiter.
- CLARISSE, Willy (2000) – 3. *Les empereurs visitent l'Égypte*. In WILLEEMS, Harco; CLARISSE, Willy, eds. – *Les empereurs du Nil*. Leuven: Editions Peeters, p. 34-38.
- DAMIANO-APPIA, Maurizio (1999) – *Médecine et médecins*. In *L'Égypte. Dictionnaire encyclopédique de l'ancienne Égypte et des civilisations nubiennes*. Paris: Gründ, p. 176, 177.
- DAUMAS, François (1952) – *La structure du mammisi de Nectanebo à Dendara*. «BIFAO 50», p. 133-155.
- \_\_\_\_ (1957) – *Le sanatorium de Dendara [avec 14 planches]*. «BIFAO 56», p. 35-57.
- \_\_\_\_ (1980) – *L'interprétation des temples égyptiens anciens à la lumière des temples gréco-romains*. «Cahiers de Karnak 6», p. 261-284.
- DAVID, A. Rosalie (2008) – *The ancient Egyptian medical system*. In DAVID, A. Rosalie, ed. – *Egyptian Mummies and Modern Science*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 181-194.
- DONADONI, Sergio (1993) – *L'art égyptien*. Paris: Librairie Générale Française.
- ERMAN, Adolf; RANKE, Hermann (1976) – *La civilisation égyptienne*. Paris: Payot, 1976.
- ESTRABÃO (1996) – *Geography*. Trad. Horace Leonard Jones. Cambridge, MA: Harvard University Press, vol. VIII.
- FAYAL, Mohammad (2006) – *Ancient Egyptian Medicine*. Cairo: 2006.
- FINNESTAD, Ragnhild Bjerre (2005) – *Temples of the Ptolemaic and Roman Periods: ancient traditions in new contexts*. In SHAFER, Byron E., ed. – *Temples of ancient Egypt*. Cairo: The American University in Cairo Press, p. 185-237.
- HOBSON, Christine (1987) – *Exploring the world of pharaohs. Complete guide to ancient Egypt*. London: Thames & Hudson.
- LANG, Philippa (2013) – *Medicine and Society in Ptolemaic Egypt*. Leiden/Boston: Brill.
- MANNICHE, Lise (1994) – *L'art égyptien*. Paris: Flammarion.
- MILNE, J. Grafton (1914) – *The sanatorium of Dêr el-Bahri*. «JEA» 1, p. 96-98.
- NUNN, John F. (1996) – *Ancient Egyptian Medicine*. London: The British Museum Press.
- PORTER, Bertha; MOSS, Rosalind (1939) – *Topographical Bibliography of Ancient Egyptian Hieroglyphic Texts, Reliefs and Paintings, VI. Upper Egypt: Chief Temples (Excluding Thebes). Abydos, Dendera, Esna, Edfu, Kom Ombo, and Philae*. Oxford: Griffith Institute, Ashmolean Museum.
- REEVES, Carole (1992) – *Egyptian Medicine*. Buckinghamshire: Shire Publications Ltd.
- RITNER, Robert K. (2000) – *Innovations and Adaptations in Ancient Egyptian Medicine*. «Journal of Near Eastern Studies», vol. 59, n.º 2, p. 107-117.
- \_\_\_\_ (2001a) – *Magic: An Overview*. In REDFORD, Donald, ed. – *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt*, Oxford: Oxford University Press, p. 321-324.
- \_\_\_\_ (2001b) – *Magic in Medicine*. In REDFORD, Donald, ed. – *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt*, Oxford: Oxford University Press, p. 326-329.
- \_\_\_\_ (2001c) – *Medicine*. In REDFORD, Donald, ed. – *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt*, Oxford: Oxford University Press, p. 353-356.

- SATZINGER, Helmut (1987) – *Acqua Guaritrice: le statue e stele magiche ed Il loro uso magico-medico nell'Egitto Faraonico*. In ROCCATI, Alessandro; SILIOTTI, Alberto, eds. – *La Magia in Egitto al tempi di faraoni*. Milan: Rassegna Internazionale di Cinematografia Archeologica e Arte e Natura Libri, p. 189-204.
- SAUNERON, Serge (1959) – *Les songes et leur interprétation dans l'Égypte ancienne*. In *Les songes et leur interprétation*. Paris: Éditions du Seuil, p. 19-61.
- \_\_\_\_ (1988) – *Les prêtres de l'ancienne Égypte*. Paris: Persea.
- SHAW, Ian; NICHOLSON, Paul (1995a) – *Mummification*. In *British Museum Dictionary of Ancient Egypt*. London: The British Museum Press, p. 190-192.
- \_\_\_\_ (1995b) – *Medicine*. In *British Museum Dictionary of Ancient Egypt*. London: The British Museum Press, p. 175-176.
- SZPAKOWSKA, Kasia (2001) – *Through the Looking Glass: Dreams and Nightmares in Pharaonic Egypt*. In BULKELEY, Kelly, ed. – *Dreams: A Reader on the Religious, Cultural, and Psychological Dimensions of Dreaming*. New York: Palgrave, p. 29-43.
- \_\_\_\_ (2003a) – *The Open Portal. Dreams and Divine Power in Pharaonic Egypt*. In NOEGEL, Scott; WALKER, Joel; WHEELER, Brannon, eds. – *Prayer, Magic, and the Stars in the Ancient and Late Antique World*. Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, p. 111-124.
- \_\_\_\_ (2003b) – *Altered States. An inquiry into the possible use of narcotics or alcohol to induce dreams in Pharaonic Egypt*. In EYMA, A. K.; BENNETT, C. J., eds. – *A Delta-man in Yebu: Occasional Volume of the Egyptologists' Electronic Forum No. 1*. USA: Universal Publishers/uPUBLISH.com, p. 225-237.
- \_\_\_\_ (2010) – *Nightmares in Ancient Egypt*. In HUSSER, Jean-Marie; MOUTON, Alice, eds. – *Le cauchemar dans les sociétés antiques. Actes des journées d'étude de l'UMR 7044*. Paris: De Boccard, p. 21-39.
- \_\_\_\_ (2011) – *Demons in the dark: nightmares and other nocturnal enemies in ancient Egypt*. In KOUSOULIS, P., ed. – *Ancient Egyptian Demonology. Studies on the Boundaries between the Demonic and the Divine in Egyptian Magic*. Leuven/Paris/Walpole: Uitgeverij Peeters en Departement Oosterse Studies, p. 63-76.
- TAYLOR, John H. (2001) – *Death & the afterlife in ancient Egypt*. London: The British Museum Press.
- WILDUNG, Dietrich (1998) – *O Egipto. Da Pré-história aos Romanos*. Lisboa: Taschen.
- WILKINSON, Richard H. (2000) – *The complete temples of Ancient Egypt*. London: Thames & Hudson.
- ZUCCONI, Laura M. (2007) – *Medicine and Religion in Ancient Egypt*. «Religion Compass», vol. 1, n.º 1, p. 26-37.

# OBJECTOS PARA A SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO ANTIGO EGÍPTO

TELO FERREIRA CANHÃO\*

A grande quantidade de objectos ligados aos cuidados de beleza encontrados nos túmulos dos antigos Egípcios é prova da atenção que dedicavam ao bem-estar corporal e à saúde. Por outro lado, os papiros médicos que nos chegaram provam que fizeram um estudo aprofundado, para aquela época, do corpo humano e das suas maleitas, além de proporem tratamentos. Contudo, nesse tempo, os males tinham um carácter sobrenatural e eram combatidos com ajuda da magia e da religião, através de fórmulas mágicas que o médico deveria proferir enquanto preparava as poções. À partida, o mágico podia prescrever drogas e o médico podia recorrer à magia. Mesmo assim, graças ao resultado da prática da medicina, o conhecimento empírico de então permitiu registar nos papiros médicos informações sobre maneiras de diagnosticar e remédios a prescrever para determinadas enfermidades, facilitando a vida a quem os consultava. Neles eram descritos os sintomas de várias doenças e os processos indicados para os combater. A componente racional da medicina egípcia foi sendo desenvolvida mais por uns do que por outros, à medida que a experiência foi demonstrando a eficácia de certos remédios, mas sem nunca largar a magia e a religião nem ter atingido qualquer patamar científico. Embora fosse conhecimento (lat.: *scientia*), nunca foi um corpo organizado de conhecimento obtido através de pesquisas assentes no método científico.

---

\* Centro de História, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

Assim, o médico era todo aquele que se dedicava a curar os males do corpo, podendo ser visto como um mágico ou como um sacerdote de Sekhmet, deusa que tanto podia lançar as doenças como curá-las. Preparava as poções que receitava aos pacientes, sendo, simultaneamente, o farmacêutico que elaborava os remédios. Pelo *Papiro Ebers* ficamos a saber que existiam três espécies de médicos: os *sunu* (*swnw*), médicos que praticavam a medicina segundo os papiros e tinham um conhecimento empírico da sua actividade que, segundo o *Papiro Edwin Smith*, examinavam os doentes fazendo-lhes um diagnóstico seguido de um prognóstico segundo uma de três enumerações: «é uma doença que eu vou tratar», «é uma doença com a qual eu vou lutar» ou «é uma doença que não sei tratar»<sup>1</sup>; os *uabu nu sekhmet* (*w<sup>c</sup>bw nw shmt*) os sacerdotes puros de Sekhmet, que invocando a deusa exerciam um tipo de medicina de carácter religioso que hoje chamaríamos mais de âmbito psicológico, ou mesmo «psiquiátrico» em certos casos; e os *sau* (*s3w*), os mágicos ou curandeiros, que utilizavam processos mágicos para curar os doentes. E todos eles, para além dos produtos e das práticas, usaram uma série de objectos no decurso da sua actividade, muitos deles hoje dispersos pelo mundo nos mais variados museus.

Por isso, quando entro num museu como o Museu da Farmácia, tento imaginar para que serviam e como eram usadas as peças que agora se perfilam estáticas diante de nós. Elas já tiveram a sua própria vida útil, tendo sido manuseadas e mostrando que a sua criação se deveu à necessidade de dar resposta a uma determinada funcionalidade. Almofarizes e pilões, frascos para *kohl*, «colheres» para cosméticos e estelas mágicas, serviam para manter o equilíbrio físico e mental dos antigos Egípcios, para quem medicina, farmácia, religião e magia começaram por andar de mãos dadas, não só procurando curar mas também prevenir contra a doença, isto é, empenhando-se tanto em soluções curativas como profiláticas, mas sempre assentes no conhecimento empírico e na crença. Por isso os antigos Egípcios tinham o maior cuidado com a sua própria apresentação, tratando criteriosamente do bem-estar e do embelezamento do corpo, procurando o maior equilíbrio possível entre saúde física e saúde mental. Obviamente, para quem conhece a sociedade egípcia, quem o fazia eram sobretudo as elites. A esmagadora maioria da população não tinha nem posses nem tempo para se preocupar com essas coisas, embora sempre que podia também recorresse a elas. A profilaxia mágica de alguns objectos, como amuletos ou estelas, era apreciada por todos, variando apenas na escolha dos materiais, mais ou menos ricos, mas mantendo, em geral, a forma e a cor apropriadas.

Com os *almofarizes e pilões*, sucessores das paletas das culturas neolíticas pré-dinásticas — de que o Museu de Farmácia também tem dois excelentes exemplares da cultura de Nagada II, c. 3500-3000 a. C. (n.º inv. 7880 e 9470) —, os antigos Egípcios

---

<sup>1</sup> NUNN, 1996: 30.

obtinham os pigmentos transformando em pó determinadas rochas, sobretudo a partir do Império Médio. O Museu da Farmácia tem um excelente exemplar da XII dinastia (c. 1980-1765 a. C.). De xisto e forma rectangular (Comp.: 11 cm; larg.: 6,8 cm), tem na parte superior uma área central rebaixada onde se produziam os pigmentos, aí retidos pelo rebordo envolvente que evitava que caíssem do almofariz. O pilão de anfíbolito é campaniforme (Alt.: 3,5 cm; Ø base: 2,8), de base plana e com a parte superior bem arredondada para melhor se aconchegar à concha da mão do utilizador (n.º inv. 6928-6930).

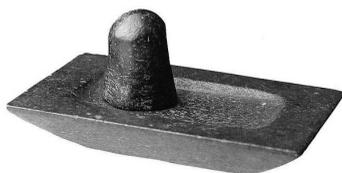


Fig. 1. Almofariz de basalto e pilão de anfíbolito. N.º INV. 6928-6930  
Comp.: 11 cm; larg.: 6,8 cm. Alt.: 3,5 cm; Ø base: 2,8 cm

Usavam a malaquite, um óxido de cobre, com que produziam tinta verde para os olhos, a que chamavam *uadju* (*w3dju*), a verde, sendo por isso considerada um símbolo de fertilidade. Usavam também o sulfeto de chumbo, a galena, que dava origem a uma tinta negra, um pó mineral muito fino que misturado com água, óleo ou gordura animal, era utilizado para maquilhar ou tratar os olhos, e muito liquefeito era usado como colírio para prevenir e aliviar infecções provocadas pela refração da luz do deserto. O nome que os antigos Egípcios lhe deram foi *mesdemet* (*msdmt*), e foi usado até ao período copta, substituindo em grande parte a malaquite, que só deixou de ser utilizada na XIX dinastia. Tinha igualmente uma simbologia de fertilidade, uma vez que a terra fértil do Egito era a *kemet* (*kmt*), «A Terra Negra», que era também o nome do país. Com traços grossos sublinhavam os contornos dos olhos, prolongando-os do canto dos olhos às têmporas. Porque no Egito moderno os árabes chamam *kohl* à tinta negra para pintar os olhos, um pó muito fino semelhante apenas no aspecto mas de origem completamente diferente da *mesdemet*, os Egiptólogos compararam a *mesdemet* ao *kohl* e o nome acabou por pegar como pintura para os olhos.

Contudo, o *kohl* actual não provoca contaminações bacterianas e fúngicas ou qualquer tipo de envenenamento, como era o caso do chumbo e seus derivados, sendo hipoalergénico, anti-séptico e bactericida, evitando mais eficazmente as infecções oculares como as conjuntivites ou as irritações nas pálpebras e nos sacos lacrimais, e protegendo melhor da luz solar, do vento ou do fumo. O mais importante dos minérios de chumbo foi abandonado para fins cosméticos e o *kohl* hoje é um composto de antimónio, uma matéria-prima inexistente no Egito, um mineral que embora seja

associado ao enxofre, chumbo, cobre e prata, faz depender a sua toxicidade do seu estado químico, sendo o antimónio metálico relativamente inerte. Os Romanos utilizavam-no e chamavam-lhe *stibium*, termo que também adoptaram para a pintura dos olhos e de onde derivou o símbolo químico do antimónio: Sb. Nós, modernamente, preferimos como raiz a palavra árabe *kuhul*, que significa «leve», «impalpável», o nome árabe do antimónio. Aliás, é a mesma raiz arábica da palavra álcool, antecedida do artigo definido invariável, *al-kuhul* («o leve», «o impalpável»), designação do pó negro de antimónio, produzido pela sua destilação. O antimónio, na forma do seu sulfureto natural, era já conhecido e usado como cosmético e fármaco tanto na Antiguidade mesopotâmica como na chinesa, cerca de 3000 a. C., mas não no Egipto. A pensar ainda na sua aparência, os Egípcios produziram também um cosmético vermelho com óxido de ferro, com que pintavam os lábios. Aplicaram-nos primeiro com os dedos, tanto nos olhos como nos lábios, depois usaram pequenas espátulas ou bastonetes de madeira, osso, marfim, pedra ou metal como aplicadores, alguns podendo servir também para dosear e misturar os pigmentos, acabando por se servir de um pequeno pincel a partir do Império Médio.

O Museu da Farmácia expõe também um grande, pesado e alto almofariz de granito (Alt.: 29,2 cm; Ø boca: 30,5 cm), de forma tronco-cónica invertida, com as paredes externas ligeiramente côncavas (n.º inv. 8881). Não tem pilão. As suas características dizem-nos que provavelmente deveria servir para macerar vegetais, fazer infusões ou juntar substâncias diversas, sólidas e líquidas, fosse para a produção de medicamentos ou de perfumes. Tem duas saliências junto à boca onde era fácil passar um cabo para suspensão e uma pequena inscrição que, embora com alguma dúvida devido ao seu estado erodido, a tradução de Luís Manuel de Araújo atribui a propriedade ao «administrador do templo, Amen-hotep, filho de Udjahor, justificado»<sup>2</sup>.



Fig. 2. Almofariz. N.º INV. 8881. Alt.: 29,2 cm; larg: 30,5 cm

A propósito de medicamentos, refira-se que as receitas que se encontram nos papiros médicos podiam ter componentes minerais, entre os quais o natrão (*hesmen*, *hsmn*) ou o sal (*hemat*, *hm3[y]t*), mas também o alabastro (*cheset*, *šst*), o gesso (*besen*,

<sup>2</sup> BASSO & ARAÚJO, 2008: 102-103.

*bsn*) ou o lápis-lazuli (*hesebed, ḥsbd*), um composto de carbonato de sódio, bicarbonato de sódio, sal e sulfato de sódio no primeiro caso, um cloreto de sódio, um carbonato de cálcio, um sulfato de cálcio hidratado e um composto de silicato de sódio e sulfato de sódio, nos seguintes. Usavam também componentes de origem animal como o mel (*bit, bit*), o leite (*irtjet, irtt*) de vaca, burra ou humano, o sangue (*senefu, snfw*) de boi, burro, porco, cão, bode, lagarto ou morcego, mas também a bília (*weded* ou *benef, wdd* ou *bnf*) de bode, porco ou vaca, a placenta (*mut-remetj, mwt rmt*) de gata, a urina humana (*muít, mwyt*), ou os excrementos (*hes, ḥs*) de gato, burro, pássaros, lagartos, crocodilo, mosca e humanos. Se com respeito à urina sabemos que ela tem propriedades anti-sépticas e cicatrizantes quando utilizada externamente, em relação aos excrementos não se lhes reconhece nenhuma propriedade curativa e nem todos eram para uso externo: os excrementos dos pássaros-*idu* e de mosca, por exemplo, eram aplicados em medicamentos para ingestão<sup>3</sup>. O contributo do reino vegetal era também muito grande. Confirmadíssimas para uso médio no período faraónico temos a alfarroba, *Ceratonia silica* (*nedjem, ndm*), o aneto, *Anethum graveolens* (*imset, imst*), o papiro, *Cyperus papyrus* (*mehit, mhyt*) e a persea, *Mimusops laurifolis* (*chauab, š3w3b*), e, entre muitas outras plantas e árvores, destacamos ainda a acácia, *Acacia nilotica* (*chendjet, šndt*), a cevada, *Hordeum vulgare* (*it, it*), o coentro, *Coriandrum sativum* (*chau, š3w*), o figo comum, *Ficus carica* (*deb, db*), o figo de sicómoro, *Ficus sycomorus* (*nehet, nht*), a romã, *Punica granatum* (*inhemen, inhmn[y]*) ou a uva, *Vitis vinifera* (*unechi, wnšy*). Assinale-se ainda o uso de narcóticos e sedativos como o ópio, *Papaver somniferum* (*chepenem, špnn*), a cannabis, *Cannabis sativa* (*chemchemet, šmšmt*), a mandrágora, *Mandragora officinarum* (*reremet, rrrmt*) e os três tipos de lótus (*sechen, sšn*), os nativos do Egípto, o azul (*Nymphaea caerulea*) e o branco (*Nymphaea lotus*), e o rosa (*Nelumbo nucifera*), importado na Época Baixa durante a ocupação persa<sup>4</sup>.

Sobre o uso destes componentes ou de outros similares, alguns de base farmacológica muito discutível e outros a que é totalmente impossível discernir qualquer base farmacológica, permito-me destacar a utilização do salgueiro, um dos nomes comuns das plantas do género *Salix*, da família *Salicaceae*, um género com perto de 400 espécies. No Egípto crescia a *Salix subserrata* selvagem (*teret, trt*), da qual os antigos Egípcios usaram as folhas misturadas com outros ingredientes em remédios

<sup>3</sup> «O vasto uso de sangue e excrementos na farmacopeia egípcia, parece tão estranho como qualquer dos ingredientes utilizados na magia. Pelo menos dezanove tipos de excrementos são mencionados nos papiros médico-mágicos [...] A urina tem propriedades anti-sépticas. Algumas cataplasmas egípcias de esterco podem ter sido benéficas por razões que ainda estão por explorar. O uso de excrementos na medicina foi muitas vezes motivado pelo princípio do tratamento de igual para igual. Muitas doenças foram atribuídos a falhas no processo digestivo. A digestão dos alimentos foi comparada à putrefacção de um cadáver. Se os resíduos de comida podre permaneciam no corpo, pensava-se que era para subirem e causar problemas. Medicamentos ou fumigações contendo fezes foram pensadas para incentivar estes resíduos a descerem até o recto. Aparentemente os tratamentos bizarros podem ser o resultado final de um cuidadoso processo de pensamento. Eles são bastante racionais no contexto da visão de mundo egípcio» (PINCH, 2006: 134).

<sup>4</sup> NUNN, 1996: 146-158.

para estimular o apetite e os frutos integraram unguentos para aplicar em inchaços e inflamações, «sem que haja qualquer indicação de que tenham descoberto o verdadeiro valor do salgueiro na medicina»<sup>5</sup>. Hoje, da casca do tronco de algumas das suas espécies produz-se a aspirina; do seu nome latino deriva o nome do ácido acetilsalicílico, que começou por ser um forte anti-séptico utilizado no tratamento do reumatismo e de diferentes quadros clínicos que envolviam dor, e hoje é utilizado como anti-inflamatório, antipirético, analgésico e antiplaquetário.

Para acondicionamento do *kohl* usavam-se recipientes próprios, chamados simplesmente de *frascos para kohl* que, embora para aplicações diferentes<sup>6</sup>, podemos considerar os antepassados directos dos tubos de rímel com bastão de aplicação ou dos aplicadores de brilho labial (*lip gloss*), como os célebres tubos de vidro em forma de um tronco de palmeira, com aplicador, a maioria de cor azul com decoração amarela e branca, que se encontram em diversos museus, como um que se encontra no Museu Britânico, com 8,7 cm de altura (EA64335). O Museu da Farmácia tem dois exemplares desta família. Um é um pequeno vaso duplo para cosméticos, de madeira, com um signo *uadj* (*w3d*) gravado ao centro, que representa um caule de papiro e significa «estar verde», simbolizando «regeneração» ou «renascimento» (Alt.: 6 cm; larg.: 1,5 cm). A perfuração lateral serviria para sustentação de um aplicador (n.º inv. 9388), como se vê noutros casos, e a saliência superior para o encaixe de uma tampa. Outro é um vaso para cosméticos de alabastro com cinco tubos (Alt.: 14,9 cm; larg. 3,8 cm), um central com outros quatro concêntricos (n.º inv. 14159). De formas arredondadas, tem uma base quadrangular com cornija que sugere que podia ser encaixado numa base própria separada.



Fig. 3. Duplo vaso de cosméticos de madeira  
N.º INV. 9388. Alt.: 6 cm; larg.: 1,5 cm



Fig. 4. Vaso de alabastro com cinco tubos  
concêntricos para cosméticos. N.º INV. 14159.  
Alt.: 14,9 cm; larg.: 3,8 cm

No entanto, os recipientes para *kohl* também podiam ser boiões ou apresentar outras formas, o que leva a crer que o Museu da Farmácia tem mais recipientes que poderão

<sup>5</sup> MANNICHE, 1999: 145.

<sup>6</sup> Com respeito ao produto e sua aplicação, a comparação do frasco de *kohl* deverá ser feita com o lápis para os olhos, uma vez que o rímel é usado para engrossar os cílios das pálpebras e o brilho labial nos lábios.

ter sido usados para esta finalidade. Para além dos boiões, um deles com aplicador, há dois de decoração símia e um antropomórfico que correspondem à descrição típica de recipiente para *kohl*: «vaso de boca estreita, uma borda invertida larga e plana, corpo grosso e fundo plano, que podia ou não ter pequenos pés»<sup>7</sup>. O último é um vaso de quartzito representando uma mulher ajoelhada que segura sobre as pernas dois recipientes de boca estreita (Alt.: 19,1 cm; larg.: 8 cm), onde apenas caberiam finos aplicadores (n.º inv. 8880). Os outros dois, numa temática muito comum e presente em diversos museus: um é de anidrite (Alt.: 5,4 cm; larg.: 5 cm) e representa um macaco abraçado a um vaso e preso a ele pela corda que tem ao pescoço, hoje partida mas que permitiria a suspensão do recipiente (n.º inv. 8011); o outro é de turquesa esmaltada (Alt.: 6,4 cm; larg.: 2,5 cm) e mostra a cabeça e o tronco de um macaco projectados para diante, constituindo o corpo, entre a cabeça e a cauda, o recipiente que apresenta em cima uma boca estreita de borda larga e plana (n.º inv. 8824). Pascal Vernus na obra *Bestiaire des Pharaons*, tem um artigo sobre o macaco onde fala das várias espécies que tiveram lugar de destaque na civilização faraónica, nomeadamente na vida quotidiana como animais de companhia e de trabalho. Duas delas, o babuíno e o macaco-vervet têm esta referência: «Depois da proto-história, numerosos vasos de perfume, potes de *kohl* e de maquilhagem surgem com a forma de um babuíno ou de um macaco-vervet, frequentemente numa posição de abraçar, ou uma mãe abraçando o seu filhote que se agarra ao seu pelo e se aconchega a ela aparentando uma necessidade patética de calor e carinho, ou um macho ganancioso que abraça o seu pequeno... saco de nozes de palmeira-dum. [...] De uma maneira geral, o macaco dá uma larga contribuição ao reportório decorativo animal aos instrumentos de toilette, às colheres, aos espelhos, etc., mas também a brinquedos e até a lâminas de machados cerimoniais, onde dois babuínos de costas com costas giram para entrar numa flor de lótus»<sup>8</sup>.



Fig. 5. Macaco com vaso de anidrite. N.º INV. 8011. Alt.: 5,4 cm; larg.: 5 cm



Fig. 6. Recipiente animalista de turquesa esmaltada. N.º INV. 8824. Alt.: 6,4 cm; larg.: 2,5 cm



Fig. 7. Vaso figurativo de quartzito. N.º INV. 8880. Alt.: 19,1 cm; larg.: 8 cm

<sup>7</sup> SANTOS, 2016: 24.

<sup>8</sup> VERNUS & YOYOTTE, 2005: 620.

Nos toucadores das damas egípcias existiam também as chamadas «colheres» para cosméticos. Como amantes da beleza que eram, os Egípcios usavam com frequência a palavra *nefer* (*nfr*) que, de uma forma geral, tanto pode significar «bela» como «bom», atribuindo muitas vezes às suas filhas nomes que tinham por base esta palavra (Neferet: «A bela»; Nefertari: «A mais bela»; Nefertiti: «A mais bela chegou»; Neferu: «A beleza», «A perfeição» ou «A bondade»; Neferukau: «A perfeição dos *kau*»). O clima quente do Egito levava as damas a refrescarem-se nas águas de paradisíacos espelhos d'água, tendo sido muitas destas banhistas modelos de inúmeras «colheres» de cosméticos, como a que existe no Museu da Farmácia em xisto (n.º inv. 10152), infelizmente quebrada (Comp.: 8,3 cm; larg.: 1,7 cm)<sup>9</sup>.



Fig. 8. «Colher» para cosméticos de xisto. N.º INV. 10152. Alt.: 5,6; larg.: 14 cm

Para além do motivo erótico dos cabos representando figuras femininas nuas nadando, outros utensílios deste tipo foram dedicados a motivos zoomórfico, florais, humorísticos ou de outras temáticas. Alguns, mais completos e luxuosos, tinham tampas para cobrir o que se guardava no seu interior. Em Portugal existem quatro exemplares. O Museu da Farmácia tem mais duas «colheres» de cosméticos, estas de temática zoomórfica. Uma, de calcário, tem a forma de uma gazela cujo corpo constitui a concavidade da «colher» e a cabeça o cabo, surgindo uma pequena cauda na extremidade oposta, e, em baixo, as quatro patas atadas (Comp.: 14 cm; larg.: 5,6 cm). Do lado oposto, conclui-se o desenho naturalista do antílope (n.º inv. 6932). A outra, de esteatite preta, representa dois patos geminados e estilizados (Comp.: 7 cm; larg.: 5,2 cm). Os seus corpos unem-se num só formando a concavidade onde se colocavam os cosméticos. É ligeiramente ovalada, com duas linhas ziguezagueantes que se cruzam no centro da «colher» como decoração e um rebordo a toda a volta em forma de corda. Sobre esta, em cima, assentam as cabeças dos patos no fim de longos pescoços, cada um arqueando-se para seu lado. Em baixo, de ambos os lados, duas saliências dão forma às patas. Na parte inferior, as penas retrizes juntam-se e abrem-se em leque. No reverso foram gravadas as penas e as patas, que surgem em relevo (n.º inv. 6931).

<sup>9</sup> Por comparação com «colheres» semelhantes, quando completa deveria medir 5/6 cm mais, podendo ter tido um total de 13/14 cm de comprimento.



**Fig. 9.** «Colher» para cosméticos de calcário  
N.º INV. 6932. Alt.: 5,6 cm; larg.: 14 cm



**Fig. 10.** «Colher» para cosméticos de esteatite preta. N.º INV. 6931. Alt.: 7 cm; larg.: 5,2 cm

A quarta, cuja temática e beleza nos obriga a referi-la aqui, é a «colher» para cosméticos do Museu da Fundação Calouste Gulbenkian (MG, n.º inv. 165). Ela conta uma bem-humorada história. É de marfim e representa uma palmeira tamareira cujo cabo é o tronco e a colher a estilização da maior das três folhas que constituem a copa. Para ambos os lados crescem belos cachos de tâmaras. Encostado ao lado esquerdo do tronco, um velho de traços negróides, apoiado num pau, guarda tamanha fartura. Mas, talvez por causa do calor, o velho parece dormir, pois a sua vigilância torna-se indiferente aos macacos que sobre a sua cabeça se deliciam com as tâmaras dos cachos. De tal modo está entorpecido, que até um rapaz, igualmente de feições e cabelo que denunciam uma origem provavelmente núbia, nas suas costas, do outro lado do tronco, atreve-se a subir à árvore para também se poder deliciar com as suculentas e doces tâmaras. Os temas eróticos e jocosos eram uma constante na vida dos Egípcios que viviam com gosto, alegria e exaltação da beleza<sup>10</sup>.

Numa componente claramente mágica e religiosa, destacamos também o fragmento de uma estela mágica de Hórus criança, ou Horpakhered (*hr-p3-hrd*), o «Hórus menino/criança» (Alt.: 20,4 cm; larg.: 8,5 cm). A figura de um menino sobre crocodilos, com serpentes e escorpiões nas mãos, era considerada uma poderosa protecção contra o veneno das serpentes e dos escorpiões (n.º inv. 9380).



**Fig. 11.** Estela mágica de Hórus Criança (Horpakhered)  
N.º INV. 9380. Alt.: 20,4 cm; Larg.: 8,5 cm

<sup>10</sup> ARAÚJO, 2006: 78-79.

Uma das fórmulas da Estela Mágica de Metternich, do reinado de Nectanebo II (360-343 a. C.), o último faraó da XXX dinastia, que se encontra completa no Museu Metropolitano de Arte de Nova Iorque (THEMET 50.85), é bastante eloquente: «Sobe veneno, vem e cai por terra. Hórus fala-te, aniquila-te, esmaga-te, tu não te levantas, tu caís, tu és fraco e tu não és forte; tu és cego e tu não vês; a tua cabeça cai para baixo e não se levanta mais, pois eu sou Hórus, o Grande Mágico»<sup>11</sup>. Sobre a figura de Hórus aparece uma cabeça de Bés, divindade protectora do lar, das grávidas, das mães que amamentam os filhos e das crianças, embora aqui possa ter ainda outra função, pois, apoiando-se nos textos alusivos a estas cenas, há quem considere Bés o velho deus Sol que rejuvenesce como criança solar. O Museu da Farmácia tem, ainda, uma pequena estatueta de Horpakhered, da qual só resta a parte superior à cintura (n.º inv. 8821), e outra em que Horpakhered aparece ao colo de sua mãe Ísis que o amamenta (n.º inv. 11660), sendo esta mais um apelo à mulher-modelo na sua múltipla função de filha, irmã, esposa, mãe, sacerdotisa, mágica, amante e rainha, senhora de poderes mágicos especiais, do que à divindade da criança.

Por fim, um tipo de peça que não encontramos no Museu da Farmácia, mas que seria importante encontrar. Sendo peças em destaque na maioria dos museus que as têm, seria sobretudo num Museu da Farmácia que ela encontraria o seu lugar privilegiado: *uma porta falsa de um médico*, intimamente associada ao espírito deste congresso: *Do combate da enfermidade à invenção da imortalidade*. O exemplo que trazemos é a porta falsa de Irenakhti, da X dinastia (c. 2130-2100 a. C.), no Primeiro Período Intermediário (c. 2180-2040 a. C.), encontrada em Guiza em 1928 pelo arqueólogo alemão Hermann Junker<sup>12</sup>. Uma porta falsa representava a fachada de um palácio e era um elemento fundamental da arquitectura tumular egípcia, variando o seu tamanho. Normalmente era talhada num só bloco de pedra, mas também podia ser em madeira ou simplesmente pintada, conforme a época a que pertencesse. O seu período áureo foi entre a III e a VI dinastia. Não se destinava a funcionar como uma porta normal, sendo um elemento mágico através do qual o *ka* (*k3*) do falecido, «o elemento do ser humano que pode ser definido como a força vital e sexual do indivíduo, capaz de se manter actuante e dinâmica pela eternidade»<sup>13</sup>, simplisticamente traduzida por alguns por «alma» e, por outros, por «duplo», passava do mundo dos mortos para o mundo dos vivos e vice-versa. No centro ficava um nicho vazio, a porta propriamente dita, embora algumas tenham o relevo ou a pintura do proprietário do túmulo, no topo do qual era talhado um semicilindro que imitava o selo com que se fechavam as portas reais. À sua volta várias ombreiras e lintéis, em diferentes níveis e de dimensões variáveis, transmitiam a ilusão de profundidade. Em duas dessas

<sup>11</sup> NUNN, 1996: 108-109; SALES, 2001: 434.

<sup>12</sup> NUNN, 1996: 126-127.

<sup>13</sup> ARAÚJO, 2001a: 469.

ombreiras mais largas, em posição simétrica, ou num largo lintel, podiam estar relevos do falecido diante de mesas de oferendas. Era colocada normalmente na parede oeste da capela funerária, já que, de uma maneira geral, o Ocidente era considerado o lado dos mortos, onde a família ou os sacerdotes funerários colocavam as oferendas para os defuntos. A sua ligação à eternidade é ainda mais clara por ela conservar gravados para memória futura, para além de algumas fórmulas de oferendas, o nome e os títulos do defunto, que engrandeciam as virtudes que tivera em vida e expressavam desejos positivos para a sua vida no Além.

A par dos objectos anteriormente referidos, sobretudo de carácter profilático, que reflectem os cuidados que os antigos Egípcios dedicavam à saúde e ao bem-estar corporal, as portas falsas referem-se especificamente à medicina que tratava das maleitas do corpo. Os homens que queriam ser recordados eternamente pela sua actividade em vida através de objectos funerários como este exemplo, faziam a sua formação básica — um misto de magia, religião e conhecimento real do corpo humano e dos seus males — nas *per-ankh* (*pr-ꜥnh*), as Casas de Vida, existentes nos templos onde se estudava medicina, mas que tinham objectivos mais amplos na formação geral dos escribas. A que formava os filhos dos privilegiados funcionava no palácio, designando-se *hut-ankh* (*ḥwt-ꜥnh*).

Com base em vestígios como os que referimos, sabemos que havia um grande rol de doenças, que levava até alguns médicos a especializarem-se nas mais frequentes. Para além de uma série de doenças e deformidades menos comuns, ou menos visíveis, observadas em múmias<sup>14</sup> e em relevos e estelas<sup>15</sup>, as doenças dos olhos eram muito frequentes e, por isso, havia a especialidade de oftalmologia. Para as doenças ligadas sobretudo aos problemas da alimentação, havia os dentistas para os dentes, os gastroenterologistas para os problemas do estômago, e, para doenças dos intestinos e do ânus os proctologistas. Os médicos no Antigo Egipto podiam ainda exercer funções de cirurgião, intervindo a diversos níveis, sobretudo ortopédico, da simples reduções de lesões de articulações ao tratamento de fracturas<sup>16</sup>, ou mesmo à concepção de próteses, de que se conhecem desde dedos dos pés à «implantação» de dentes, mas sobre muitas

<sup>14</sup> Caso da múmia do Museu Nacional de Arqueologia, de seu nome Horsukhet, que revelou em 2011, cerca de 2300 anos após a sua morte, numa tomografia feita pelo investigador Carlos Prates, médico radiologista coordenador da equipa clínica do projecto de investigação multidisciplinar «Lisbon Mummy Project», um cancro na próstata, o único caso conhecido a nível mundial numa múmia do Antigo Egipto, *Lisbon Mummy Project*, Março 2015: 51-53.

<sup>15</sup> Como a célebre estela funerária de um porteiro da XVIII dinastia (c. 1550-1292 a. C.) chamado Roma, que se encontra na Gliptoteca Ny Carlsberg, em Copenhaga, aparentemente a representação mais antiga de uma poliomielite, ou a não menos célebre representação da deformada rainha do Punt no templo de Hatchepsut, em Deir el-Bahari, igualmente da XVIII dinastia, para quem já foram avançados diversos diagnósticos como a doença de Dercum (adipose dolorosa), esteatopigia (hipertrofia das nádegas), filariose (elefantíase, doença parasitária que afecta a circulação linfática), acondroplasia (nanismo devido à falta de desenvolvimento correcto na ossificação das cartilagens do feto) ou a distrofia muscular progressiva (degeneração da membrana celular das células musculares, causando cada vez mais maior fraqueza e, por fim, a morte). (Cf. NUNN, 1996: 77 e 83).

<sup>16</sup> Cf. NUNN, 1996: 174-179.

delas desconhece-se se foram realizadas em vida por questões de necessidade do paciente, ou depois da morte<sup>17</sup>, para que o corpo do defunto se mantivesse completo para enfrentar a eternidade.

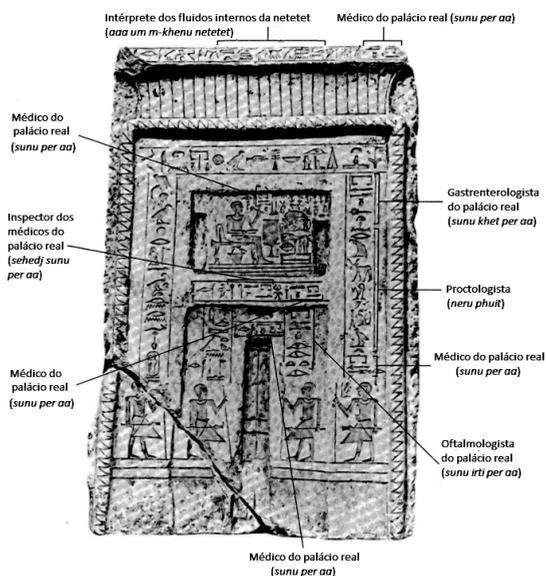


Fig. 12. Porta falsa de Irenakhti, Primeiro Período Intermediário  
Fonte: NUNN, 1996: 127

Era um grupo profissional organizado hierarquicamente, ao qual não faltavam os directores, supervisores e inspectores. Aparentemente era também aberto às mulheres, pois conhece-se uma mulher da V dinastia chamada Pesechet, com o título de *imiret sunut* (*imy-rt swnwt*), ou seja, «superintendente das médicas»<sup>18</sup>. Embora a palavra «médicas» esteja no feminino e no plural, infelizmente este é o único caso conhecido. A realeza tinha os seus próprios *sunu*, alguns especializados em determinadas doenças ou áreas do corpo humano. Aqueles cuja condição social permitiu terem túmulo e memória social, em diversas áreas profissionais, sobretudo os que mais se relacionavam com a corte, deixaram registados para a eternidade os seus títulos e as suas especialidades, como o referido caso de Irenakhti que era: médico do palácio real (*sunu per aa, swnw pr ʕ3*), que aparece cinco vezes, inspector dos médicos do palácio real (*sehedj sunu per aa, shd swnw pr ʕ3*), gastrenterologista do palácio real (*sunu khet per aa, swnw h3t pr ʕ3*) e oftalmologista do palácio real (*sunu irti per aa, swnw irty pr ʕ3*). Aparentemente só na proctologia é que era partilhado por outros doentes que não os reais (*neru phuit*,

<sup>17</sup> SOUSA, 2001: 205-206.

<sup>18</sup> ARAÚJO, 2001b: 550-551.





## **II**

# SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E SEXUALIDADE NA ANTIGUIDADE



# O TRATADO DE TUENDA SANITATE PRAECEPTA DE PLUTARCO: SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

JOAQUIM PINHEIRO\*

Nas *Vidas*, mas sobretudo nos *Tratados Morais*, Plutarco denota um grande interesse pela *materia medica*, seja pela referência a vários médicos ou a diferentes práticas médicas, seja pela forma como aconselha o homem a ter uma vida saudável. Conhecedor da tradição médica antiga, Plutarco ocupa-se, no tratado *De tuenda sanitate praecepta*, em grego Ὑγιεινὰ παραγγέλματα (*Conselhos para preservar a saúde*), de vários assuntos relacionados com a saúde (ὕγεια), como o título deixa antever.

Embora se possam encontrar nos autores da época arcaica referências a alimentos<sup>1</sup> e até alguma preocupação com a saúde<sup>2</sup>, é a partir do século V a. C. que surgem as primeiras discussões teóricas sobre a natureza da saúde (em Tucídides ou Heródoto, por exemplo), procurando-se definir o que se entende por saúde e, paralelamente, se propõem alguns tratamentos. Por conseguinte, a temática da saúde vai colocar, gradualmente, a intervenção divina na vida humana num universo à parte. Bastante

---

\* Universidade da Madeira, Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos (Universidade de Coimbra). pinus@uma.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945. Recuperámos neste trabalho algumas reflexões já desenvolvidas em PINHEIRO, 2016. Salvo indicação em contrário, as traduções apresentadas são da nossa autoria e para os textos clássicos seguimos as edições do *Thesaurus Linguae Graecae* e do *Packard Humanities Institute*.

<sup>1</sup> Cf. Sólon, fr. 13 (West), Simónides, fr. 8 (West), Teógnis, *El.* 1.255-6.

<sup>2</sup> Por exemplo, no poema *Trabalhos e Dias* 588-596 de Hesíodo: «Então, deves procurar a sombra de uma rocha, vinho biblino, um bom pão, leite das cabras que já começam a ficar secas, carne de uma bezerra que apascenta no bosque, mas ainda não parida e cabritos primogénitos. Bebe logo o vermelho vinho, sentado à sombra, com o coração cheio de comida e a cara voltada de frente para o ventoso Zéfiro; de uma fonte inesgotável e destilada que seja limpa, verte três partes de água e deita o quarto de vinho».

elucidativa sobre o valor da saúde, é a citação que Aristóteles, na *Ética a Nicómaco* (1099a 27-28), faz do epigrama de Delos: «o mais nobre é a justiça e o mais desejável a saúde; mas o que de mais doce há é encontrar-se o que se ama»<sup>3</sup>. São naturalmente abundantes as referências no *Corpus hippocraticum* à saúde, relacionando-a com uma correcta *diaita*<sup>4</sup> e com a necessidade de se conhecer a natureza humana (*De diaita* 2.1):

Φημί δὲ δεῖν τὸν μέλλοντα ὀρθῶς ξυγγράφειν περὶ διαίτης ἀνθρωπίνης πρῶτον μὲν παντὸς φύσιν ἀνθρώπου γνῶναι καὶ διαγνῶναι· γνῶναι μὲν ἀπὸ τίνων συνέστηκεν ἐξ ἀρχῆς, διαγνῶναι δὲ ὑπὸ τίνων μερῶν κεκράτῃται·

*Afirmo que quem quiser compor correctamente por escrito sobre a diaita humana, em primeiro lugar, deve conhecer e discernir, em geral, sobre a natureza humana. Conhecer de que partes é constituído desde a origem e distinguir por quais é dominado.*

No tratado hipocrático *Da antiga medicina* (*De prisca medicina*), por causa da necessidade de se conhecer a natureza humana, reforça-se a relação entre medicina e filosofia, com alguma vantagem para esta: Λέγουσι δὲ τινες καὶ ἱητροὶ καὶ σοφισταὶ ὡς οὐκ ἔνι δυνατὸν ἱητρικὴν εἶδέναι ὅστις μὴ οἶδεν ὃ τί ἐστὶν ἄνθρωπος (Alguns médicos e sofistas dizem que não é possível a alguém saber de medicina se não se souber quem é o ser humano) (20). Galeno<sup>5</sup>, por sua vez, no tratado *Que o melhor médico seja também um filósofo* (*Quod optimus medicus sit quoque philosophus*), tendo por paradigma o médico hipocrático, amigo da verdade e conhecedor da natureza humana, afirmou (1. 61):

καὶ μὴν εἴ γε πρὸς τὴν ἐξ ἀρχῆς μάθησιν καὶ πρὸς τὴν ἐφεξῆς ἄσκησιν ἀναγκαῖα τοῖς ἱατροῖς ἐστὶν ἡ φιλοσοφία, δῆλον ὡς, ὅστις ἂν <ἀληθῆς> ἱατρὸς ᾖ, πάντως οὗτός ἐστι καὶ φιλόσοφος.

*E certamente que se para aprendizagem inicial e para o exercício continuado a filosofia é fundamental para os médicos, evidentemente que aquele que for um <verdadeiro> médico será sem dúvida também filósofo<sup>6</sup>.*

<sup>3</sup> Citamos de ARISTÓTELES, 2004.

<sup>4</sup> O vocábulo *diaita* surge, pela primeira vez, nos textos que nos chegaram em Alceu (uma ocorrência), Píndaro (duas), Ésquilo (uma), Aristófanes (sete), Tucídides (dez), Heródoto (dezanove), Xenofonte (vinte). No *corpus hippocraticum*, mais de duzentas vezes.

<sup>5</sup> Cf. VEGETTI, 1994: 1672-1717.

<sup>6</sup> Platão, nas *Leis* 720A, distingue os verdadeiros médicos dos «servos» da medicina que exercem conhecimento da *physis*. Também Galeno, no tratado *Que o melhor médico seja também um filósofo* critica a formação dos médicos do seu tempo e por se tornarem escravos da riqueza, preferindo realçar o valor do trabalho, condição necessária para quem ambiciona ser médico, a par da moderação e da opção pela verdade.

Vemos, assim, como na Antiguidade Clássica, a medicina e a filosofia eram áreas do conhecimento muito próximas, uma vez que se entendia que a *materia medica* não era exclusiva dos médicos, mas também os filósofos, e não só, se dedicavam a ela.

Ainda no *corpus hippocraticum*, se desenvolve a teoria segundo a qual a saúde depende da correcta alimentação e do exercício físico (respectivamente, *De diaita* 2.10 e 2.29):

οὐ δύναται ἐσθίων ὄνθρωπος ὑγιαίνειν, ἢν μὴ καὶ πονέη. Ὑπεναντίας μὲν γὰρ ἀλλήλοισιν ἔχει τὰς δυνάμιας σίτα καὶ πόνοι, ζυμφέρονται δὲ ἀλλήλοισι πρὸς ὑγίην·

não pode o ser humano manter-se saudável só a comer, mas também a exercitar-se. De facto, apresentam influências opostas entre si comidas e exercícios, mas que se complementem com vista à saúde.

Ταῦτα δὲ πάντα διαγνόντι οὐκω αὐταρκες τὸ εὐρημά ἐστιν· εἰ μὲν γὰρ ἦν εὐρετὸν ἐπὶ τούτοισι πρὸς ἐκάστην φύσιν σίτου μέτρον καὶ πόνων ἀριθμὸς σύμμετρος μὴ ἔχων ὑπερβολὴν μήτε ἐπὶ τὸ πλεον μήτε ἐπὶ τὸ ἔλασσον, εὐρητο ἂν ἡ ὑγίη τοῖσιν ἀνθρώποισιν ἀκριβῶς.

*Depois de se ter analisado todas estas coisas ainda a pesquisa não está suficientemente completa. Se, além disso, fosse possível encontrar, para cada caso, uma medida de alimentos e o número proporcional de exercícios que não sendo desequilibrados nem por excesso, nem por defeito, poder-se-ia, assim, descobrir, com exactidão, a saúde para os seres humanos.*

Também Diógenes Laércio (3. 85), ao definir as áreas da medicina quando descreve a vida e as opiniões de Platão, não se esqueceu do papel da *diaita*: Τῆς ἰατρικῆς ἐστὶν εἶδη πέντε· ἡ μὲν φαρμακευτικὴ, ἡ δὲ χειρουργικὴ, ἡ δὲ διαιτητικὴ, ἡ δὲ νοσογνωμονικὴ, ἡ δὲ βοηθητικὴ. ἡ δὲ διαιτητικὴ διὰ τοῦ διαιτῶν ἀπαλλάττει τὰς ἀρρωστίας. Há cinco formas de medicina: a farmacêutica, a cirúrgica, a dietética, a diagnóstica e a de cuidados continuados. A dietética afasta as enfermidades por meio da dieta. Por sua vez, Celso, no *De medicina, prooemium* 9, um tratado do século I d. C., divide a medicina em três partes: a dietética, a farmacêutica e a cirúrgica. Registe-se que a *diaita* é valorizada, em muitos textos médicos, pelo papel que desempenha na vida do homem, também como forma de evitar doenças, constituindo-se como a técnica terapêutica mais apreciada. Com uma leitura diferente da de Diels quanto a uma lacuna do papiro conhecido pelo nome de *Anónimo de Londres* (*Anonymous Londinensis* 9.

20-28)<sup>7</sup>. Na sua obra *Medici contemporanei a Ippocrate: problemi di identificazione dei medici di nome Erodotico*, Manetti defende que a dietética terá começado com Heródico de Cnido, e não com Heródico de Selímbría, baseando a sua leitura com algumas referências da obra de Galeno e de Célio Aureliano, bem como no facto de Porfírio (*Quaest. Hom. ad Il.* 11.515. 4-5) referir que os ensinamentos de Heródico foram depois aperfeiçoados por Hipócrates, Praxágoras e Crisipo<sup>8</sup>. Atendendo a estas fontes, Heródico de Cnido desempenhou um papel muito importante, antes de Hipócrates, no tratamento de temas como a digestão, a alimentação e o exercício. Quanto a Heródico de Selímbría, a quem Platão (cf. *Rep.* 406a-b e *Fedro* 227d) elogia o rigor da *diaita* e, no *Protágoras* 316d-e, classifica como «aquele que já é hoje o melhor dos sofistas», terá sido contemporâneo de Hipócrates, e é conhecido por basear a *diaita* no exercício. O facto de Platão ter valorizado as suas ideias, sem nunca lhe atribuir a invenção da *diaita*, contribuiu para provocar uma confusão, ao longo da tradição, entre Heródico de Cnido e Heródico de Selímbría. Estes autores terão influenciado a obra de Plutarco, bem como outros de quem pouco conhecemos, como é o caso de Mnesiteu<sup>9</sup>, médico grego a quem Galeno atribui a autoria de uma classificação lógica de doenças<sup>10</sup>, e que terá escrito uma obra sobre a *diaita*, incluindo a das crianças.

Na obra de Plutarco<sup>11</sup>, um dos melhores exemplos para o estudo da *diaita*, tanto na vertente médica como na dimensão filosófica<sup>12</sup>, é o tratado *Conselhos para conservar a saúde*<sup>13</sup>. No início do tratado, Zeuxipo em diálogo com Mósquion conta-lhe que Glauco, um médico, os tinha repreendido por se terem aventurado a falar sobre *περὶ διαίτης ὑγιεινῆς* (122C), um tema, na sua opinião, próprio da medicina e não de filósofos. Ora, Mósquion, também ele médico, não concorda com Glauco, pelo respeito e interesse que tem pela filosofia. E, por isso, Zeuxipo explica-lhe (122D-E)<sup>14</sup>:

Φιλόσοφος γὰρ εἶ τὴν φύσιν, ὧ Μοσχίων, καὶ τῷ μὴ φιλιατροῦντι χαλεπαίνεις  
φιλοσόφῳ, καὶ ἀγανακτεῖς εἰ μᾶλλον αὐτὸν οἶται προσήκειν γεωμετρίας καὶ

<sup>7</sup> Citamos apenas os dois primeiros versos desse poema para se perceber que a origem de Heródico resulta trata-se de uma conjectura do editor:

Ἡρόδικος δὲ [ὁ Σηλυμβριανὸς οἶται] τὰς νόσους [γί(νεσ)θ(αι) ἀπὸ τῆς διαίτης· ταύ·].

<sup>8</sup> MANETTI, 2005: 295-313.

<sup>9</sup> Paus. 1.37.4.

<sup>10</sup> fr. 10,11 Bertier.

<sup>11</sup> Sobre o tema da medicina em Plutarco, vide TSEKOURAKIS, 1987 e BOULOGNE, 1996. No tratado *Sobre o amor à riqueza* (*De cupiditate diuitiarum*), assemelha a acção do médico à do filósofo, uma vez que tal como o médico diz «doença mental» ao examinar um homem na cama, a contorcer-se com dores, que não quer comer, mas que não tem febre, também o filósofo faz igual diagnóstico ao homem vencido pela ganância (cf. 524D-E).

<sup>12</sup> Nos *Tratados Morais*, Plutarco também estabelece uma relação entre a medicina, como arte que cura e mantém a saúde do corpo de um indivíduo, e a política, enquanto actividade que procura o bem-estar e que zela pela saúde de um conjunto de cidadãos. Veja-se, em particular, o tratado *Conselhos Políticos* (*Praecepta gerendae reipublicae*) 815A-C (conceito de «medicina política»).

<sup>13</sup> Mais conhecido da Antiguidade Clássica, acabaria por se tornar o tratado *De sanitate tuenda*, em seis livros, de Galeno.

<sup>14</sup> Sobre este passo e o tratado, em geral, vide a análise de VAN HOOFF, 2011.

διαλεκτικῆς καὶ μουσικῆς ὀρᾶσθαι μεταποιούμενον ἢ ζητεῖν καὶ μανθάνειν βουλόμενον ὅτι τοι ἐν μεγάροισι κακόν τ' ἀγαθόν τε τέτυκται τῷ σώματι. [...] τῶν ἐλευθερίων δὲ τεχνῶν ἰατρικὴ τὸ μὲν γλαφυρόν καὶ περιττόν καὶ ἐπιτερπέες οὐδεμιᾶς ἐνδεέστερον ἔχει, θεωρικὸν δὲ μέγα τοῖς φιλομαθοῦσι τὴν σωτηρίαν καὶ τὴν ὑγίειαν ἐπιδίδωσιν. ὥστ' οὐ παράβασιν ὄρων ἐπικαλεῖν δεῖ τοῖς περὶ ὑγιεινῶν διαλεγόμενοις φιλοσόφοις, ἀλλ' εἰ μὴ παντάπασιν ἀνελόντες οἴονται δεῖν τοὺς ὄρους ὥσπερ ἐν μιᾷ χώρᾳ κοινῶς ἐμφιλοκαλεῖν, ἅμα τὸ ἡδὺ τῷ λόγῳ καὶ τὸ ἀναγκαῖον διώκοντες.

[Zeuxipo] *Na verdade, tu, Mósquion, és filósofo por natureza e irritas-te com o filósofo que não ama a medicina e indignas-te se pensa que lhe convém mais que o vejam preocupar-se com a geometria, a dialéctica e a música do que desejando averiguar e aprender o que sucede de mau e bom numa morada (Od. 4. 392) que é o corpo. [...] Entre as artes liberais, a medicina não é inferior a nenhuma em elegância, distinção, satisfação e concede aos seus estudiosos uma grande recompensa: o bem-estar e a saúde do corpo. Por conseguinte, não se deve acusar os filósofos de ultrapassar as fronteiras se discutem sobre temas de saúde, mas, antes pelo contrário, deveriam ser acusados se não pensam que é necessário, abolindo por completo as fronteiras, como se estivessem num só campo, dedicar-se a estes estudos em comum, buscando na discussão o agradável e o necessário.*

É, por meio deste diálogo inicial, que Plutarco justifica a sua autoridade ao tratar da saúde, que não é uma temática exclusiva da área médica, mas que também deve contar com o valioso contributo dos filósofos. De facto, o tratado *Conselhos para conservar a saúde* não se caracteriza por uma abordagem médica ou técnica da saúde. Bastaria uma comparação com o tratado *De diaita*, integrado no *corpus hippocraticum*, ou com o tratado *De sanitae tuenda* de Galeno, para se concluir que o texto de Plutarco não atinge a especificidade médica dos referidos tratados. Mas comparar esses tratados não é o objectivo do nosso trabalho.

Plutarco, no tratado em análise, faz, sobretudo, uma abordagem ética, atendendo a que se defende a ideia de que a saúde é uma condição *sine qua non* para a virtude (*arete*), na medida em que se valoriza o equilíbrio corpo-alma, um *topos* recorrente na filosofia antiga. A esse propósito, Plutarco é bastante claro quando afirma que «a alma age juntamente com o corpo» (130C; cf. 135E), ou seja, corpo e alma estão na dependência um do outro, sofrendo reciprocamente as boas e as más consequências das suas acções. Como provável marca da influência de Asclepiades da Bitínia (124-40 a. C.), que exerceu medicina em Roma, o tratado *Conselhos para preservar a saúde* faz a apologia da terapia por meio da *diaita* e não pelo uso de fármacos. Diríamos, de outra forma, que a *diaita* é uma prevenção para a doença. Por influência do médico

hipocrático, a receita de Plutarco para uma vida saudável é a seguinte (129F): τροφῆς ἀκορίην καὶ πόνων ἀοκνήν καὶ σπέρματος οὐσίης συντήρησιν ὑγιεινότεα εἶναι (o mais saudável é não comer de forma insaciável, não trabalhar até à exaustão e procriar com cautelas). Em jeito de anedota, Plutarco conta que Alexandre Magno, depois de prescindir dos cozinheiros de Ada, disse que: «tinha sempre com ele os melhores cozinheiros: a marcha nocturna para o almoço e a comida frugal para o jantar» (127B)<sup>15</sup>.

Plutarco sabe que o ser humano tem necessidade de se alimentar. No entanto, essa necessidade precisa de ser educada, de modo a que, em certos momentos, como os convívios sociais, se recuse comida (124B-E), tal como Sócrates terá recomendado. Por isso, um dos principais conselhos deste tratado está relacionado com o controlo do prazer (τὸ ἡδύς) e do apetite (ὄρεξις) (124D). Plutarco não abomina o prazer, antes o considera proveitoso e útil para a natureza, desde que devidamente moderado. O homem não deve incorrer no excesso, pois a saúde reside na simplicidade daquilo que se come (123D). No entanto, se o prazer levar o homem a incorrer na desmesura, enquanto acto irracional, isso acarretará, inevitavelmente, vários prejuízos físicos. Nesta linha de raciocínio, Plutarco defende que só a saúde pode ajudar a fruir plenamente o prazer. Plutarco conta, como exemplo, a reacção de Lisímaco, general de Alexandre, depois de uma derrota e de saciar a sua sede: «Ó deuses, que felicidade tão grande eu perdi por um prazer tão breve!» (126E). O mais importante é que a comida e a bebida estejam em harmonia com a natureza do homem, contribuindo para a regulação do corpo e não para a disfuncionalidade (128D-E). Por conseguinte, embora seja difícil educar o apetite (ὄρεξις), para Plutarco o homem deve saber definir aquilo que é proveitoso e viver segundo a necessidade, sem desmedida.

Ainda em relação à alimentação, Plutarco critica quem come e bebe sem necessidade. Isso não é desejável por várias razões, desde logo porque provoca indigestões (a pior indigestão é a de carne (131E)), ficando o homem privado da sua acção normal. No caso da carne, aconselha mesmo que o melhor é habituar o corpo a não a desejar (131E-F). Este preceito surge mais desenvolvido no tratado *Sobre comer carne*, em que se condena, ao contrário dos Estóicos, a sarcófagia, por constituir, entre outros aspectos, um acto bárbaro e *anomos* contra os animais, seres que, para Plutarco, são dotados de inteligência. Sobretudo, sugere que a alimentação seja variada, não pesada e adequada a cada um, educando-se o corpo a adaptar às mais diversas circunstâncias, como por exemplo à possibilidade da doença (123A-C). Também no seu tratado *No Banquete* 662F-663A, deixa um conselho semelhante<sup>16</sup>:

<sup>15</sup> Plutarco também refere esta história em *Vida de Alexandre* 22.

<sup>16</sup> PLUTARCO, 2008.

αὶ μὴν καὶ τῆ τῶν νοσοῦντων διαίτη καλῶς ἐποίεις τὰ εὔπεπτα καὶ δύσπεπτα τεκμαιρόμενος· καὶ γὰρ πόνος καὶ γυμνάσια † καὶ τὸ διαιρεῖν τὴν τροφήν | † εὔπεπτα μὲν ἔστιν, οὐχ ἀρμόζει δὲ τοῖς πυρέττουσι. τὴν δὲ μάχην καὶ τὴν διαφορὰν τῆς ποικίλης τροφῆς ἀλόγως ἐδεδίεις. εἶτε γὰρ ἐξ ὁμοίων ἀναλαμβάνει τὸ οἰκεῖον ἢ φύσις καὶ εἰς τὸν ὄγκον αὐτόθεν ἢ ποικίλη τροφή πολλὰς μεθειῖσα ποιότητος [...].

*Portanto, e no que toca à dieta de quem está doente, fizeste bem em distinguir entre as comidas digestas e as indigestas: na verdade, o esforço, o exercício físico e a variedade na alimentação favorecem a digestão, mas já não são adequados a quem tem febre. Mas temias sem razão a luta e a diversidade da alimentação variada; é que a natureza assimila o que lhe convém dos alimentos que lhe são conformes e, como tal, uma alimentação variada transmite ao organismo diversas qualidades [...].*

De entre as bebidas, o vinho, desde que seja consumido com moderação e misturado com água (132B), é a mais útil. Quanto à água, Plutarco aconselha o leitor a habituar-se a beber dois ou três copos por dia (132C), sobretudo se um dia ficar privado de vinho. Por último, o leite, que deve ser usado como comida, e não como bebida, por «ter um poder sólido e nutritivo» (132A), tal como Galeno haveria também de defender.

Plutarco preocupa-se, na verdade, em dar conselhos para que se evite a doença, uma vez que ela perturba o funcionamento do ser. Nesse sentido, recorrendo aos aforismos de Hipócrates (*Afor.* 2.5): «O peso e a fadiga sem causa aparente anunciam alguma enfermidade» (127D). Desenvolve ainda a teoria de que os movimentos da alma podem fazer incorrer o corpo em alguma doença, devendo haver conhecimento e vigilância destes sinais.

Na linha encomiástica da vida saudável, defende-se também que a falta de saúde impede, por exemplo, a acção política (*politeia*) (cf. 126B-C e 137D-E). Para Plutarco, a saúde não deve implicar inactividade (*apraxia*) (cf. 135B-C e 465C), da mesma maneira que, exemplifica, não se conservam os olhos não olhando ou a voz sem falar. Logo, ter-se saúde significa, neste contexto, um papel social muito relevante. Cita mesmo o médico hipocrático para reforçar esta ideia e o proveito do exercício físico: *A saúde não se compra com o ócio e a inactividade* (135B; cf. *Hip. De diaita* 2.60). No caso do exercício, Plutarco repete o ideal de moderação, uma vez que qualquer exercício deve ser adaptado à realidade corporal. É interessante o facto de valorizar, de entre os exercícios corporais, os que dizem respeito ao treino da voz, por estar relacionado com a respiração, o que parece ser mais uma influência hipocrática (*De diaita* 2.69).

Tendo em conta as várias reflexões e exemplos que apresentámos sobre a concepção plutarquiana de saúde, aliada à noção de *diaita*, no tratado *Conselhos para preservar a saúde*, podemos concluir:

- 1) A dietética surge como *diagnosis*, ou seja, como uma condição essencial para se estabelecer ou definir uma terapêutica;
- 2) Plutarco tem uma noção integral do homem (corpo-alma), numa relação de complementaridade, sendo a saúde não tanto um fim, mas um meio para o homem poder ser feliz;
- 3) Valoriza-se aquilo que é natural (os alimentos em estado natural e simples) e que se faz segundo a natureza, respeitando-se o corpo. Sem ser muito específico em relação à questão da sintomatologia, Plutarco adverte para a necessidade de se ler o corpo, por exemplo saber quando ele nos pede descanso por estar fatigado (132C);
- 4) Embora Plutarco identifique, ao longo do tratado, vários temas médicos relevantes, como a pleurisia, a hidropisia, a apoplexia, a incontinência sexual, a febre, os vômitos, as cólicas, a digestão, a respiração, os laxantes, a temperatura corporal ou os humores, na verdade, não são aprofundados, como em alguns tratados hipocráticos, pois esse não é o objectivo, provavelmente por entender que uma linguagem menos técnica pode ser mais facilmente entendida pelo leitor ou por Plutarco não se sentir preparado para escrever um tratado puro de *materia medica*, demonstrando ser mais um *philosophos* do que um *technites*.

Por fim, recuperando a ideia inicial do nosso trabalho, o tratado *Conselhos para conservar a saúde* prova como medicina e filosofia, durante a Antiguidade Clássica, são duas áreas do saber e do conhecimento próximas. Cuidando do corpo e/ou da alma, a alimentação correcta e o exercício são indispensáveis para uma vida saudável, prevalecendo o respeito por aquilo que está conforme a natureza. Nesse âmbito, em linha com muitos outros tratados morais, ressalta a ideia da frugalidade, da moderação ou da simplicidade, enquanto valores essenciais para o bem-estar do homem. Para Plutarco, tal como o homem político deve manter a *sophrosyne*, também a saúde exige um controlo do apetite e do prazer.

## BIBLIOGRAFIA

- ARISTÓTELES (2004) — *Ética a Nicómaco*. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal.
- BOULOGNE, J. (1996) — *Plutarque et la médecine*. «ANRW», 37.3, p. 2762-2792.
- MANETTI, D. (2005) — *Medici contemporanei a Ippocrate: problemi di identificazione dei medici di nome Erodoico*. In VAN DER EIJK, ed. — *Hippocrates in context*. Leiden: Brill, p. 295-313.
- PACKARD HUMANITIES INSTITUTE [s.d.]. Ithaca/Athens: Cornell University/Ohio State University. Disponível em <http://latin.packhum.org/>. [Consulta realizada em 01/2017].

- PINHEIRO, J. (2016) — *Entre a medicina e a filosofia: a apologia de comer vegetais em Plutarco*. In PINHEIRO, J.; SOARES, C., coord. — *Patrimónios Alimentares de Aquém e Além-Mar*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra e Annablume, p. 359-370.
- PLUTARCO (2008) — *Obras Morais. No Banquete*. Trad. do Grego, introdução e notas de Carlos A. Martins de Jesus, José Luís Brandão, Martinho Soares, Rodolfo Lopes. Coordenação de José Ribeiro Ferreira. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- THESAURUS LINGVAE GRAECAE — *A Digital Library of Greek Literature* (2009). Irvine: University of California. Disponível em <<http://www.tlg.uci.edu/>>. [Consulta realizada em 01/2017].
- TSEKOURAKIS, D. (1987) — *Pythagoreanism or Platonism and Ancient Medicine? The Reasons for Vegetarianism in Plutarch's 'Moralia'*. «ANRW», 2.36.1, p. 366-393.
- VAN HOOFF, L. (2011) — *Plutarch's 'Diet-Ethics'. Precepts of Healthcare between Diet and Ethics*. In ROSKAM, G.; VAN DER STOCKT, L., ed. — *Virtues for the People. Aspects of Plutarchan Ethics*. Leuven: Leuven University Press, p. 109-129.
- VEGETTI, M. (1994) — *L'immagine del medico e lo statuto epistemológico della medicina in Galeno*. «ANRW» 37.2, p. 1672-1717.



# DOIS SEXOS, UMA NATUREZA? O DISCURSO SOBRE O CORPO FEMININO NOS TRATADOS DE MEDICINA ANTIGA

CRISTINA SANTOS PINHEIRO\*

Na sua obra publicada em 1990, com o título *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Thomas Laqueur defendia a tese de que desde os Gregos antigos e até um momento indeterminado do século XVIII, em que se teria inventado a noção de sexo, as mulheres tinham sido consideradas uma versão inferior dos homens e não um sexo em si mesmas. Este paradigma, que se teria prolongado de forma mais ou menos coerente por cerca de dois milénios e a que Laqueur deu o nome de «one-sex model» opor-se-ia a um paradigma baseado na diferenciação absoluta dos sexos. Em *Making Sex*, dividia-se, deste modo, a história do corpo no mundo ocidental em duas etapas: na primeira, cujo fundamento eram alguns passos do tratado *De usu partium* de Galeno, o corpo masculino seria entendido como a norma, sendo que o corpo das mulheres era compreendido como em tudo semelhante ao dos homens, menos nos órgãos genitais, interiores nas mulheres, exteriores nos homens mas essencialmente os mesmos, criando algo a que poderíamos designar de um homem invertido ou um homem virado do avesso; durante séculos e por influência galénica, teria existido na humanidade apenas um modelo de corpo humano — o masculino — e o corpo das mulheres não seria mais do que um desvio deste modelo que se configuraria como a norma. Na segunda fase, depois do século XVIII, ter-se-ia criado a consciência de que a diferença sexual é mais abrangente e rígida.

---

\* Universidade da Madeira e Centro de Estudos Clássicos da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa; Professora auxiliar; cristinap@staff.uma.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

Já muito se escreveu sobre estes modelos isomórfico e dimórfico de Laqueur e mesmo na área dos Estudos Clássicos e da História Medieval foram demonstradas as limitações desta teoria<sup>1</sup>, pelo que não nos deteremos nela. Serve esta referência apenas para contextualizar a análise de um conjunto de textos antigos, na sua maioria escritos em Grego, mas que tiveram seguidores vários na medicina romana, em que se aborda precisamente o tema da diferenciação sexual. Este conjunto de obras abranje um intervalo temporal que começa com os tratados hipocráticos (os mais antigos remontarão ao século V a. C.<sup>2</sup>), e que termina com os textos de Galeno, compostos já nos séculos II-III da nossa era (a data da morte de Galeno terá sido cerca de 217 d. C.). Entre uns e os outros, situam-se autores como Aristóteles (384-322 a. C.), Herófilo de Alexandria ou Sorano de Éfeso, e as múltiplas versões, revisões e traduções que se fizeram das obras destes autores, em especial da obra biológica de Aristóteles e do tratado sobre as doenças das mulheres da autoria de Sorano.

Estes textos foram, durante séculos, a base de noções aparentemente discordantes acerca do funcionamento do corpo feminino, em especial no que concerne à sua função reprodutora, e fundamentaram abordagens divergentes no entendimento da diferença sexual construída hierarquicamente, tanto a nível médico, como cultural. É necessário, porém, lembrar que o conhecimento do corpo humano — seja masculino ou feminino — é, na época, limitado e que, por falta de meios tecnológicos e por restrições de ordem cultural, como as relativas à manipulação do corpo feminino ou a dissecação de cadáveres, estes autores conhecem mal o interior do corpo humano e muitos dos processos que aí se desenvolvem. Em consequência, tenta-se compreendê-los de forma indirecta através da observação da carcaça de animais e com frequência descreve-se recorrendo a metáforas e analogias várias. As mais importantes e frequentes neste contexto serão talvez a comparação do feto *in utero* a uma planta ou a analogia entre o útero e as suas partes a um vaso. O corpo das mulheres assume-se como um desafio e alguns processos interiores, como os relacionados com a procriação, são para estes autores difíceis de entender e de explicar. Relembre-se que o espermatozóide é uma descoberta de Antonie van Leeuwenhoek, em finais do século XVII, e que o óvulo humano foi identificado já em 1928, depois de em 1905 se ter reconhecido, então

<sup>1</sup> Vejam-se, a título de exemplo, STOLBERG, 2003; PARK, 2010 ou KING, 2013.

<sup>2</sup> O Corpo Hipocrático é uma colectânea de cerca de sessenta tratados de origens, autores e épocas diversas, reunidos provavelmente em Alexandria no século III ou II a. C. Destes, dez exploram temáticas relacionadas com a ginecologia ou com a embriologia. São: os dois livros do tratado *De affectibus mulierum* (Sobre as doenças femininas), em Grego *Gynaikēia*; *De sterilitate* (Sobre a esterilidade), que aparece na tradição manuscrita como o terceiro livro dos *Gynaikēia*; *De natura muliebri* (Sobre a natureza feminina); *De semine* (Sobre a semente), *De natura pueri* (Sobre a natureza da criança), *De septimestri partu* (Sobre o parto de sete meses), *De octimestri partu* (Sobre o parto de oito meses), *De uirginum morbis* (Sobre as doenças das jovens), *De foetus exsectione* (Sobre a excisão do feto), *De superfetatione* (Sobre a superfetação). Às informações veiculadas nestes tratados podem juntar-se outras em tratados de natureza geral, como as secções acerca das doenças femininas de *Aforismos* (Aph.) e de *Lugares no Homem* (Loc.). Sobre os problemas de autoria dos tratados hipocráticos, cf. NUTTON, 2004: 60ss.

ainda de forma incipiente, o papel das hormonas<sup>3</sup>. Trata-se, pois, de descobertas extremamente recentes e, por esta razão, questões como a contribuição feminina para a concepção, para a transmissão de características hereditárias ou para a definição do sexo da criança mantêm-se sem resposta cabal até muito tarde.

Nos tratados hipocráticos, o corpo das mulheres é entendido como um corpo completamente diferente do do homem e essa diferença é global. Como afirma o autor do tratado *De mulierum affectibus*, as mulheres têm doenças próprias que os médicos não conseguem curar porque as tratam como se fossem doenças de homens e, refere, «o tratamento das doenças das mulheres difere em muito do das doenças dos homens» (1.62)<sup>4</sup>. Esta diferença é profunda e, como se disse, abrange o corpo todo. Lê-se no mesmo tratado que «a mulher tem a carne menos densa e mais débil do que o homem e, por esta razão, o corpo da mulher elimina uma maior quantidade de humor e mais rapidamente do que o do homem.» (1.1<sup>5</sup>). Diz-se também que as mulheres têm o sangue mais quente do que os homens e que, por essa razão, são mais quentes do que estes<sup>6</sup>. O corpo feminino é um corpo poroso, pouco firme e com textura esponjosa, que absorve e retém mais líquidos e torna a mulher um ser húmido<sup>7</sup>. As antíteses quente/frio, húmido/seco, e poroso/firme são — e serão, aliás até muito tarde, — pontos cardeais na exploração da diferença sexual nos textos médicos.

Não se refere nos tratados hipocráticos, todavia, qualquer tipo de valorização ou desvalorização. Não se diz se a natureza firme, seca e fria dos homens é melhor — em qualquer sentido que seja — do que a das mulheres. O que se diz, sim, é que o difícil equilíbrio dos humores, em especial do sangue, torna as mulheres vulneráveis a determinados tipos de patologia relacionados com a retenção ou com os movimentos anormais dos fluxos. O útero, que é, nestes textos, a marca por excelência da diferença

<sup>3</sup> Karl Ernst von Baer descobriu o óvulo dos mamíferos em 1827, e Edgar Allen o óvulo humano em 1928.

<sup>4</sup> διαφέρει γὰρ ἡ ἵησις πολλῶ τῶν γυναικῆων νοσημάτων καὶ τῶν ἀνδρώων. Todas as traduções são da nossa autoria, exceto se dada outra indicação. As edições dos textos gregos são, salvo indicação em contrário, as recolhidas no *Thesaurus Linguae Graecae*.

<sup>5</sup> Ἐχει δὲ ὧδε ὡς μοι καὶ πρὶν εἴρηται· φημί τὴν γυναῖκα ἀραιοσαρκοτέραν καὶ ἀπαλωτέραν εἶναι ἢ τὸν ἄνδρα· καὶ τοῦτου ὧδε ἔχοντος, ἀπὸ τῆς κοιλίης ἔλκει τὴν ἰκμάδα καὶ τάχιον καὶ μᾶλλον τὸ σῶμα τῆς γυναικὸς ἢ τοῦ ἀνδρός. [...].

<sup>6</sup> Οὕτω δὴ καὶ ἡ γυνή, ἄτε ἀραιότερῃ ἐούσα, εἴλκυσε πλέον ἀπὸ τῆς κοιλίης τῷ σώματι τῆς ἰκμάδος καὶ θᾶσσον ἢ ὁ ἄνθρωπος, καὶ ἄτε ἀπαλοσάρκω ἐούσῃ τῇ γυναικί, ἐπὶ πλησθῆ τοῦ αἵματος τὸ σῶμα, ἦν μὴ ἀποχωρήσῃ ἀπ' αὐτέου, πληρευμένων τῶν σαρκῶν καὶ θερμαινομένων, πόνος γίνεταί· θερμότερον γὰρ τὸ αἷμα ἔχει ἡ γυνή, καὶ διὰ τοῦτο θερμότερῃ ἐστὶ τοῦ ἀνδρός· (1.35) «Assim também a mulher, como é mais delicada, atrai do seu ventre para o seu corpo mais humor e mais rapidamente do que o homem. E porque a carne da mulher é delicada, quando o seu corpo se encheu de sangue, se não o retira dele, por se encherem e se tornarem mais quentes as suas carnes, gera-se a dor. É que a mulher tem o sangue mais quente e por esta razão ela é mais quente do que o homem».

<sup>7</sup> Cf., por exemplo: καὶ τῆσι γυναιξί, φλέγματος ἐπικαταρρύνεντος ἀπὸ τοῦ ἐγκεφάλου, διὰ τὴν ὑγρότητα τῆς φύσεως. (Aer. 10.30) «e também as mulheres, por lhes descer a fleuma do cérebro, por causa da sua natureza húmida [correm um risco maior de disenteria]; φημί τὴν γυναῖκα ἀραιοσαρκοτέραν καὶ ἀπαλωτέραν εἶναι ἢ τὸν ἄνδρα· (Mul. 1.25) «Afirmando que a mulher tem a carne menos densa e é mais delicada do que o homem»; τοῦτου αἰσθάνεταί τῆς γυναικὸς τὸ σῶμα, ὑγρότερον γὰρ ἐστὶν ἢ τὸ τοῦ ἀνδρός (Nat. Puer. 15) «o corpo da mulher sente isto porque é mais húmido do que o do homem.»; Τῆσι μὲν γυναιξὶν ἀραιή τε ἡ φύσις κατὰ τῶν ἀδένων, ὡσπερ τὸ ἄλλο σῶμα. (Gland. 16) «No que diz respeito às glândulas, as mulheres têm uma natureza pouco densa como acontece com o resto do corpo».

feminina, é «a causa de todas as doenças» das mulheres<sup>8</sup>, especialmente devido à possibilidade de se movimentar praticamente sem limites através do corpo, exercendo pressão nos órgãos para junto dos quais se deslocaria. Esta teoria hipocrática do útero volante, móvel ou errante, manteve-se até muito tarde, mesmo depois de Herófilo ter identificado os ligamentos do útero que tornam impossíveis estas suas supostas deambulações.

A distinção entre os sexos é profunda e remonta à própria concepção. Parece muito antiga e é frequente a associação do masculino ao lado direito e do feminino ao lado esquerdo. Esta dicotomia está presente na tabela dos opostos pitagóricos<sup>9</sup> e é desenvolvida pelos autores hipocráticos e também por Aristóteles e por Sorano que, ainda assim, admitem que não é uma relação absoluta. Afirma-se nestes textos que o testículo do lado esquerdo gera mulheres, o do lado direito homens; o feto feminino desenvolve-se no lado esquerdo do útero, o masculino no lado direito. Se a mulher está grávida de um rapaz, o seio direito está maior do que o esquerdo; se espera uma menina terá mais volume o direito. O sexo do feto é discernível também no aspecto da mãe: uma mulher grávida de uma menina tem uma aparência mais doentia do que a de um rapaz. Isto deve-se também ao facto de o feto do sexo masculino se movimentar mais no ventre materno, fazendo assim com que a mãe se exercite mais (mesmo involuntariamente) e se sinta melhor.

Muitas das categorias que servem de base à caracterização do corpo feminino são expressas no grau comparativo: mais húmido, mais quente, mais esponjoso, mais delicado. No entanto, parece-nos, não se estabelece nos tratados hipocráticos nenhum tipo de hierarquização, no sentido de se defender que, por exemplo, ser mais quente é melhor, mais conveniente ou mais adequado do que ser mais frio. Estas categorias servem, aliás, para explicar não apenas as diferenças entre homens e mulheres, mas também as diferenças entre as idades da vida humana. Mulheres muito brancas, afirma-se na mesma obra, são mais húmidas que as mulheres de pele mais escura; as mais jovens mais húmidas do que as mais velhas (*Mul.* 111; *Nat. Mul.* 1). As crianças são mais húmidas e mais quentes do que os idosos.

É em especial na obra biológica de Aristóteles que a comparação se torna sistemática<sup>10</sup>. Atente-se, todavia, no facto de nos tratados biológicos de Aristóteles o ser humano ser

<sup>8</sup> É o que se afirma no tratado *Sobre os lugares no Homem* 47: αἱ ὑστέραι πάντων τῶν νοσημάτων αἰτιαί εἰσιν.

<sup>9</sup> Aristóteles, *Metafísica* 1.986a20: ἕτεροι δὲ τῶν αὐτῶν τούτων τὰς ἀρχὰς δέκα λέγουσιν εἶναι τὰς κατὰ συστοιχίαν λεγόμενας, πέρας [καί] ἄπειρον, περιττὸν [καί] ἄρτιον, ἔν [καί] πλῆθος, δεξιὸν [καί] ἀριστερόν, ἄρρεν [καί] θῆλυ, ἡρεμοῦν [καί] κινουμένου, εὐθὺ [καί] καμπύλον, φῶς [καί] σκότος, ἀγαθὸν [καί] κακόν, τετράγωνον [καί] ἑτερόμηκες. «Outros da mesma escola (i. e. os Pitagóricos) defendem que existem dez princípios, que enunciam numa série de paralelos: limitado e ilimitado; par e ímpar; unidade e pluralidade; direito e esquerdo; macho e fêmea; parado e em movimento; recto e recurvado; luz e escuridão; bem e mal; quadrado e oblongo».

<sup>10</sup> Integram a obra biológica de Aristóteles os tratados *História dos Animais* (*HA*), *Partes dos Animais* (*PA*) e *Geração dos Animais* (*GA*). Não sendo tratados médicos, dão-nos, ainda assim, uma perspectiva essencial sobre a distinção dos sexos na Antiguidade, perspectiva que em muito influenciou a cultura ocidental.

apenas um dos elementos em análise e de as teorias propostas abrangerem categorias mais vastas — com frequência consideradas em oposição, como, por exemplo, os animais e as plantas ou os animais vivíparos e os ovíparos. Em *Geração dos Animais* (GA), provavelmente a obra que mais se cita para mostrar as ideias aristotélicas sobre as diferenças entre os sexos, afirma-se que macho e fêmea são os dois princípios da reprodução nos seres que têm esta distinção, que o macho é um ser que gera em outro e a fêmea o que gera em si mesmo, que o macho detém o princípio do movimento e da geração e a fêmea o princípio material<sup>11</sup>. Na concepção aristotélica da reprodução, a semente masculina une-se à feminina que é o sangue menstrual. Uma proporciona a forma e o movimento, a outra o corpo e a matéria (GA 729a10<sup>12</sup>). Uma vez que a fêmea é mais fria, não tem a capacidade de concluir o processo de *pepsis* do alimento que o transformará em semente. A palavra *pepsis*, que normalmente se traduz por «digestão», é, no entanto, entendida pelos autores antigos como um processo de cozimento dos alimentos no estômago e também no fígado por acção do calor<sup>13</sup>. No macho, este processo transforma o nutrimento primeiro em sangue, depois em sémen. Mas na fêmea, a ausência de calor suficiente para «cozer» o nutrimento impede que o processo seja levado a termo (GA 728a19). Por esta «incapacidade» (ἀδυναμία), que é um traço que distingue macho e fêmea, a semente feminina é um produto intermédio entre o sangue e o sémen: o sangue menstrual (GA 765b.10). O fluxo menstrual que nos tratados hipocráticos tem a função de nutrir o feto, assume em Aristóteles e até muito tarde a função de providenciar a matéria à qual o sémen masculino dá forma, como o coalho faz ao leite no fabrico de queijo (GA 729a10<sup>14</sup>). É um estado intermédio de um processo que só no macho se realiza por completo.

Duas das frases mais citadas acerca da diferenciação sexual, fora de contexto a maioria das vezes, referem-se precisamente a esta distinção entre as propriedades da semente masculina e as da feminina. Lê-se em *Geração dos Animais* 728a18:

<sup>11</sup> Veja-se, por exemplo, 716a10-15.

<sup>12</sup> τὸ μὲν ἄρρεν παρέχεται τὸ τε εἶδος καὶ τὴν ἀρχὴν τῆς κινήσεως τὸ δὲ θῆλυ τὸ σῶμα καὶ τὴν ὕλην. «O macho providencia a forma e o princípio do movimento; a fêmea o corpo e a matéria.» Cf. também 730a25: Ὅτι μὲν οὖν οὐτ' ἀπὸ παντὸς ἀπέρχεται τὸ σπέρμα τοῖς προϊεμένοις σπέρμα τῶν ζώων, οὔτε τὸ θῆλυ πρὸς τὴν γένεσιν οὕτω συμβάλλεται τοῖς συνισταμένοις ὡς τὸ ἄρρεν, ἀλλὰ τὸ μὲν ἄρρεν ἀρχὴν κινήσεως τὸ δὲ θῆλυ τὴν ὕλην, δῆλον ἐκ τῶν εἰρημένων. «É claro do que se disse que nem o esperma provém de todo o corpo nos animais que o produzem, nem a fêmea contribui para a geração da mesma forma que o macho para a formação, mas o macho providencia o princípio do movimento, a fêmea a matéria».

<sup>13</sup> Uma tradução mais fiel seria «cocção». Significa também «amadurecimento».

<sup>14</sup> Ainda no séc. I d. C., Plínio retomava esta imagem: *sed tales non gignunt, quando haec est generando homini materia, germine e maribus coaguli modo hoc in sese glomerante, quod deinde tempore ipso animatur incorporaturque.* (Nat. 7.66) «Estas [i. e. mulheres que não menstruem] porém não concebem, porque esta é a matéria de que se gera um ser humano. A semente masculina, actuando como coalho, faz com que o sangue menstrual se torne compacto e, passado algum tempo, ganhe vida e tome forma corpórea».

ἔστιν ἡ γυνὴ ὡσπερ ἄρρεν ἄγονον· ἀδυναμία γάρ τινι τὸ θῆλυ ἐστὶ τῷ μὴ δύνασθαι πέττειν ἐκ τῆς τροφῆς σπέρμα τῆς ὑστάτης (τοῦτο δ' ἐστὶν ἡ αἷμα ἢ τὸ ἀνάλογον ἐν τοῖς ἀναίμοις) διὰ ψυχρότητα τῆς φύσεως.

*A mulher é como um macho infértil: pois é fêmea por uma certa incapacidade que é não ser capaz de produzir esperma do último estágio do nutrimento (isto é, ou sangue ou o análogo nos seres não sanguíneos) devido à frieza da sua natureza.*

E em 737a:

τὸ γὰρ θῆλυ ὡσπερ ἄρρεν ἐστὶ πεπηρωμένον καὶ τὰ καταμήνια σπέρμα, οὐ καθαρὸν δέ· ἐν γὰρ οὐκ ἔχει μόνον· τὴν τῆς ψυχῆς ἀρχήν. (GA 737a25).

*A fêmea é como um macho mutilado. E a menstruação é uma semente, mas não pura, pois nela não existe apenas um elemento: o princípio da alma.*

Note-se que em ambas as frases se afirma que a mulher, no primeiro excerto, a fêmea no segundo, é como um macho infértil ou um macho mutilado, criando assim uma associação entre o sexo feminino e as limitações relacionadas com o papel que Aristóteles lhe confere na reprodução. A identificação entre a mulher e um homem mutilado ou um homem estéril é parcial, uma vez que diz apenas respeito ao processo reprodutivo. Ainda assim, a mulher como as fêmeas de todos os animais, é mais débil, mais delicada, tem o corpo menor, é mais fria (726b34, 727a15-20, 728a21, 766a1).

Se existe entre os autores antigos uma perspectiva unívoca e hierarquizada dos sexos, em que a fêmea é definida como deficiente, limitada ou aquém da norma, essa perspectiva é aristotélica. Nos autores dos tratados hipocráticos de temática ginecológica ou embriológica, fala-se de uma semente masculina que se une, se mistura com uma semente feminina. Em Aristóteles, estabelece-se uma desigualdade permanente, a nível fisiológico e, inclusive, a nível psicológico e social. Em *História dos Animais* 608a33-609b15, esta desigualdade é perceptível em características mentais: a mulher é mais sensível, mais chorosa, mais ciumenta, mais queixosa, mais dada às injúrias e às agressões, desespera mais facilmente do que o homem<sup>15</sup>.

A tradição de descrever a natureza feminina em oposição à masculina dá um passo adiante com Herófilo, que terá vivido em Alexandria no século IV-III a. C., e que é reconhecido como o precursor dos estudos de anatomia. Perdeu-se toda a

<sup>15</sup> A diferença entre os sexos na obra de Aristóteles é a tal ponto rígida que está na base de alguns dos erros anatómicos mais conhecidos do Estagirita, como a afirmação de que os homens têm mais dentes (HA 501b19-21) e mais suturas cranianas do que as mulheres (PA 653a29-b13; HA 516a15-20). Diga-se, todavia, que para Aristóteles o tamanho do cérebro não está relacionado com as capacidades intelectivas de homens e mulheres, como erroneamente se afirma, uma vez que na visão aristotélica a razão reside no coração e não no cérebro. Para uma justificação destes erros, veja-se MAYEW, 2004: 72-75; 81-86.

sua obra, conhecida apenas pelas referências de autores posteriores como Sorano ou Galeno. Ao contrário dos outros autores sobre os quais se debruça este estudo, Herófilo praticou disseções em cadáveres e mesmo em seres humanos vivos<sup>16</sup>. No que concerne à anatomia feminina, Herófilo identificou as trompas de Falópio e os ovários, que são desconhecidos para os autores do Corpo Hipocrático e para Aristóteles. A estes designou-os como δίδυμοι («gémeos»)<sup>17</sup>, por analogia com os testículos. Quanto às trompas de Falópio, errou ao concluir que ligavam os ovários à bexiga e não ao útero e, por este motivo, não entendeu a contribuição feminina para a procriação<sup>18</sup>. Descreveu os ligamentos do útero, as alterações do colo do útero, os vasos sanguíneos do aparelho reprodutor feminino e do cordão umbilical, o que constitui, como diz Von Staden na sua obra *Herophilus: the art of medicine in early Alexandria: edition, translation, and essays*<sup>19</sup>, «an increment of scientific progress no less admirable than the detailed differentiations he introduced into the anatomy of the male reproductive organs».

De Sorano de Éfeso, um autor de origem grega do século I d. C., que exerceu medicina em Roma nos principados de Trajano e Adriano, chegou-nos um manual em quatro livros dedicado às parteiras em que Sorano apresenta uma síntese da medicina do seu tempo e comenta muitas das teorias dos autores que o precederam. Este manual, com o título *Gynaikeia*<sup>20</sup>, é uma fonte importante acerca do pensamento de autores cuja obra se perdeu, como é o caso de Herófilo. Em 3.1, numa secção em que se questiona a existência de doenças específicas das mulheres, Sorano apresenta uma síntese das teses defendidas por outros autores. Sabemos por Sorano que Herófilo defendia que o útero era feito da mesma matéria, era orientado pelas mesmas forças e que as suas patologias tinham as mesmas causas que as dos outros órgãos, tese determinante na desmistificação da anatomia do sistema reprodutor feminino, especialmente na afirmação de que este obedecia aos mesmos princípios fisiológicos que o resto do corpo, fosse este masculino ou feminino<sup>21</sup>. No que diz respeito a condições naturais, a mulher tem,

<sup>16</sup> Sobre a obra de Herófilo, veja-se o estudo essencial de VON STADEN, 1989.

<sup>17</sup> Gal. *Sem.* 2.1 (4.596K). Em *De usu partium* (4.193K), Galeno afirma que foi Herófilo quem utilizou pela primeira vez a palavra δίδυμοι para distinguir os ovários dos ὄρχεις masculinos. Cf. VON STADEN, 1989: 165-166, e, sobre a utilização deste vocábulo para designar os ovários, HERRERO INGELMO, 2002.

<sup>18</sup> Sobre a descoberta dos ovários e das trompas de Falópio por Herófilo, cf. VON STADEN, 1989: frg 61.

<sup>19</sup> VON STADEN, 1989: 168-169.

<sup>20</sup> *Gynaikeia* é o título que lhe é dado na *Suda* (Σ 852), mas o único manuscrito que transmite o texto inclui uma lista dos assuntos tratados em cada uma das secções, lista que designa como *Pinax peri gynaikeion pathon* (*Lista sobre as doenças das mulheres*). Seguimos para o texto de Sorano a edição de BURGUIÈRE *et al.*, 2003 [1988].

<sup>21</sup> «καὶ <Ἡρόφιλος ἐν τῷ Μαιωτικῷ> φησι τὴν ὑστέραν ἐκ τῶν αὐτῶν τοῖς ἄλλοις μέρει πεπλέχθαι καὶ ὑπὸ τῶν αὐτῶν δυνάμεων διοικεῖσθαι καὶ τὰς αὐτὰς παρακειμένας ἔχειν ὕλας καὶ ὑπὸ τῶν αὐτῶν αἰτιῶν νοσοποιεῖσθαι (καθάπερ πλήθους, πάχους, διαφορᾶς | τῶν ὁμοίων)· οὐδὲν οὖν ἴδιον πάθος γυναικῶν πλὴν τοῦ κυῆσαι καὶ τοῦ τὸ κυηθὲν ἐκθρέψαι καὶ ἀποτεκεῖν καὶ τὸ γάλα πεπᾶναι καὶ τὰ ἐναντία τούτοις.» (3.1; Ilb. 3.3) «Herófilo, na sua obra *Sobre os partos*, afirma que o útero é formado pela mesma matéria que os outros órgãos, que é regulado pelas mesmas forças, que tem disponíveis as mesmas substâncias e que sofre doenças que têm as mesmas causas (por exemplo: quantidade, espessura e variação de substâncias semelhantes). Em consequência não há nenhuma condição na mulher que lhe seja peculiar, à excepção da concepção, da gravidez, do parto, da amamentação e de condições antagónicas a estas».

de acordo com Sorano, condições específicas, como a concepção, a gravidez, o parto; mas nas condições não naturais, só no pormenor, isto é, nos sintomas e não no género de doença, é que as doenças das mulheres diferem das dos homens.

Tomamos como objecto de estudo sobre a diferenciação sexual em Galeno os livros XIV e XV do tratado *De usu partium*, em que se descrevem os órgãos reprodutores femininos e os masculinos. A estes órgãos criou-os a natureza com o único propósito de garantir a continuidade das espécies, enquanto outros órgãos têm como função garantir a vida, como o cérebro, o coração e o fígado, ou melhorar as condições de vida, como os olhos, os ouvidos ou o nariz. Galeno desenvolveu muitas das teorias dos seus predecessores. Beneficiando dos princípios da medicina hipocrática e dos estudos anatómicos de Herófilo e dos alexandrinus, fundamenta a sua análise da natureza feminina e dos órgãos genitais femininos e masculinos na obra aristotélica, criando com estas bases uma perspectiva sincrética, mas inovadora. Galeno eleva a outro nível o recurso aos comparativos para traçar a diferenciação dos sexos. Afirma:

Ἔστι δὴ τὸ θῆλυ τοῦ ἄρρενος ἀτελέστερον ἐνὶ μὲν καὶ πρώτῳ λόγῳ, διότι ψυχρότερον· εἴπερ γὰρ ἐν τοῖς ζώοις δραστικώτερον ἐστὶ τὸ θερμόν, ἀτελέστερον ἂν εἴη τὸ ψυχρότερον τοῦ θερμοτέρου· (4.158.5K)

*A fêmea é mais imperfeita do que o macho por uma razão principal: porque é mais fria, pois se entre os animais é mais activo o que é quente, o mais frio será mais imperfeito do que o mais quente.*

Ou seja, a fêmea, porque é mais fria, é menos activa e menos perfeita. Atente-se nas formas do adjectivo *teleios/ateles*, que no texto galénico em análise são inúmeras, tanto no grau normal, como no comparativo ou no superlativo. E não são usados apenas para distinguir os sexos. O calor é um instrumento da natureza, o mais importante de acordo com Galeno. Por este motivo, os animais mais frios são menos perfeitos. Escreve:

καθάπερ οὖν ἄνθρωπος ἀπάντων ζώων ἐστὶ τὸ τελεώτατον, οὕτως ἐν αὐτῷ τούτῳ πάλιν ἀνὴρ γυναικὸς <τελεώτερος>. ἡ δ' αἰτία τῆς τελειότητος ἡ τῆς θερμότητος ὑπεροχή· τοῦτο γὰρ ἐστὶ πρῶτον ὄργανον τῆς φύσεως. ἐν οἷς οὖν ἑλλιπέστερον, ἐν τούτοις ἀναγκαῖον ἀτελέστερον εἶναι καὶ τὸ δημιουργημα. οὐκ οὖν θαυμαστὸν οὐδέν, εἰ τὸ θῆλυ τοῦ ἄρρενος ἢ εἰς τοσοῦτον ἀτελέστερον, εἰς ὅσον ψυχρότερον. (4.161K)

*Pois como o ser humano é o mais perfeito de todos os animais, assim neste o homem é mais perfeito do que a mulher. A causa desta perfeição é a abundância de calor. Este é de facto o primeiro instrumento da natureza. Nos que não são quentes,*

*a obra criada é por necessidade também mais imperfeita. Por isso, não é de admirar que a fêmea seja mais imperfeita do que o macho já que é mais fria.*

Além da distinção entre o mais frio e o mais quente, o mais activo e o mais passivo, Galeno introduz a ideia de *telos* — que significa «fim», «acabamento», «termo» ou «perfeição». Este conceito é, na base, um conceito aristotélico, mas assume em Galeno uma importância maior. Note-se, todavia, que ao contrário das muitas elaborações que a oposição perfeito/imperfeito permite, Galeno é claro quando afirma que a natureza não teria feito metade da raça humana imperfeita e mutilada se não adviesse desta mutilação uma grande vantagem. A mulher é mais fria para não consumir todo o nutrimento, o que acontece nos homens, e para que sobre algo deste processo. É este resíduo sobranete, esta matéria, que permite que o embrião se forme e se desenvolva. É por este motivo que é útil que as fêmeas sejam mais frias do que os machos (4.163K). Mas esta frieza fez com que as partes genitais femininas fossem imperfeitas, uma vez que por falta de calor se mantiveram no interior do corpo humano.

Do *De usu partium* de Galeno (4.158-9K) ficou conhecida a analogia que aí se estabelece entre os órgãos sexuais femininos e os masculinos. Segundo Galeno, os órgãos genitais femininos são idênticos aos masculinos, mudando apenas a localização. O que os homens têm no exterior, as mulheres têm no interior por carência de calor intrínseco. Longe, porém, de se apresentar um modelo de sexo único — o masculino — e de se afirmar que o corpo das mulheres não é mais do que um desvio deste modelo que se configuraria como a norma, elabora-se uma imagem mental para explicar a diferença nos órgãos genitais. Fazendo corresponder órgão a órgão, cria-se um prenho isomorfismo que está na base do modelo unívoco de Laqueur<sup>22</sup>. Note-se, porém, que a correspondência é apenas aparente, uma vez que a distinção entre os órgãos masculinos e os femininos é muito clara. Os ovários, por exemplo, que correspondem aos testículos, são menores, mais frios e produzem uma semente menos perfeita do que estes. Os vasos espermáticos masculinos são mais extensos do que os femininos precisamente para melhor elaborarem a semente. E, se o excerto citado tem sido interpretado como afirmação da misoginia do seu autor, parece, quando entendido em contexto, valorizar a diferença da mulher — ou melhor, da fêmea — como uma necessidade da natureza que nada deixa ao acaso. O vocabulário do espanto, da admiração e do respeito pelas obras da natureza repete-se como um refrão no *De usu partium*.

A mulher é entendida como um ser passivo, sedentário, parado e a sua vida e a sua saúde são condicionadas por órgãos e processos problemáticos e por uma natureza

---

<sup>22</sup> O útero corresponderia ao escroto, os ovários aos testículos, o colo do útero ao pênis, etc. Realce-se, todavia, que o vocabulário associado à imaginação e à construção mental parecem indicar tratar-se de um exercício intelectual para descrever e visualizar órgãos interiores e, portanto, invisíveis a olho nu, tomando como ponto de partida órgãos exteriores e, por esta razão, visíveis e conhecidos. Para uma análise clara deste texto, cf. KING, 2013: 34ss.

diferente da dos homens. Muitas das elaborações teóricas sobre a *physis* feminina fundamentam-se num princípio que se considera certo: que, por necessidade, as mulheres são diferentes dos homens. É o *status quo* de ordem social e cultural que justifica a diferença entre os sexos. Uma natureza, dois corpos? Sem querer impor divisões artificiais, eu proporia como modelo actuante nos tratados médicos antigos — predominante eventualmente mais em algumas épocas do que noutras — a equação: duas naturezas, dois corpos, duas existências.

## BIBLIOGRAFIA

- BURGUIÈRE, Paul; GOUREVITCH, Danielle; MALINAS, Yves (2003) — *Soranos d'Éphèse. Maladies des femmes*. Paris: Les Belles Lettres.
- DEAN-JONES, Lesley (1994) — *Women's bodies in classical Greek science*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- HERRERO INGELMO, María Cruz (2002) — *Sobre el nuevo significado de δίδυμοι en Herófilo y su fortuna posterior*. «Revista de Linguística y Filología Clásica – Emerita», vol. 70, n.º 1. Espanha: Consejo Superior de Investigación Científica, p. 121-137.
- KING, Helen (2013) — *The one-sex body on trial: the classical and early modern evidence*. Farnham and Burlington: VT.
- MAYEW, Robert (2004) — *The female in Aristotle's biology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- NUTTON, Vivian (2004) — *Ancient Medicine*. London; New York: Routledge.
- PARK, Katharine (2010) — *Cadden, Laqueur and the «One-Sex Body»*. «Medieval Feminist Forum», vol. 46, n.º 1, p. 96-100.
- STOLBERG, Michael (2003) — *A Woman Down to her Bones: The Anatomy of Sexual Difference in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries*. «A Journal of the History of Science Society – Isis», vol. 94, n.º 2. Chicago: The University of Chicago Press, p. 274-299.
- VON STADEN, Heinrich (1989) — *Herophilus: the art of medicine in early Alexandria: edition, translation, and essays*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.

# UMA LEITURA «MÉDICA» DA HOMOSSEXUALIDADE NO *CORPUS* *ARISTOTELICUM* (PR. 4.26-27)

NUNO SIMÕES RODRIGUES\*

Nos *Problemata*, texto do *corpus aristotelicum*, encontramos um passo que aborda o tema hoje reconhecido como «homossexualidade». Se exceptuarmos uma referência atribuída a Parménides (séc. VI a. C.), recolhida na tradução que Célio Aureliano terá feito da obra de Sorano (séc. II d. C.) no século V da nossa era<sup>1</sup>, o texto aristotélico deverá ser o mais antigo testemunho conhecido a abordar o tema da homossexualidade numa perspectiva médico-científica<sup>2</sup>.

Os *Problemata* são um texto integrado no chamado *corpus aristotelicum*, sem que, no entanto, haja certeza de que o seu autor, ou o de pelo menos a sua totalidade, seja de facto Aristóteles. Mas o facto é que desde a Antiguidade que a obra lhe anda atribuída. Nas *Noctes Atticae* (19.4), Aulo Gélíio refere-se-lhe como sendo de Aristóteles, considerando-a uma obra de leitura agradável e com uma grande quantidade de ensinamentos sobre variados temas. Também Cícero, Séneca, Plínio-o-Velho, Plutarco, Ateneu e Galeno a ela aludiram como sendo do Estagirita<sup>3</sup>. Mas rapidamente se instalou

---

\* Universidade de Lisboa; CH-ULisboa/CECH-UC. nonnius@fl.ul.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> Sorano = Célio Aureliano, *Sobre as perturbações crónicas* 4.9.134; sobre este texto e sobre a leitura de Parménides, ver SCHRIJVERS, 1985; ver ainda SCHUMANN, 1975.

<sup>2</sup> Sorano/Célio Aureliano referem-se, na mesma obra, a outros autores que terão estudado a questão também nessa mesma perspectiva, sem, todavia, os nomearem. Mas como Sorano viveu no século II d. C. e Célio Aureliano no V, esses «outros» poderão ter vivido em vários períodos até pelo menos ao tempo do médico grego. Ver Sorano = Célio Aureliano, *Sobre as perturbações crónicas* 4.9.135; SCHRIJVERS, 1985.

<sup>3</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 7-8, 10-11.

a dúvida quanto à autoria e o tratado acabou por ser considerado por muitos como uma obra apócrifa.

Com efeito, tal como nos chegou, o texto dos *Problemata* é quase unanimemente considerado pós-aristotélico<sup>4</sup>. Isso não obsta, contudo, a que se deva a Aristóteles a reunião de uma primeira colecção de problemas que viria a originar o tratado posteriormente composto.

De qualquer modo, todos os catálogos antigos da obra do Estagirita atribuem ao filósofo a autoria dos *Problemata*. Além disso, o próprio Aristóteles remete para eles em outros textos. De igual modo, no tratado há referências a outras obras do filósofo<sup>5</sup>, dados que vêm em apoio da tese da autoria aristotélica, sem prejuízo para a possibilidade de algumas das secções serem de outros autores de formação/tradição peripatética, como a secção IV, que trata precisamente de problemas sexuais. Ainda assim, estas outras partes não deverão datar de época posterior ao século II d. C.<sup>6</sup>.

O tratado está redigido segundo a forma conhecida como *erotapocrisis* ou erotemática, método pedagógico próprio da literatura didáctica, que consiste em interrogações seguidas da exposição das respostas. Este estilo deriva, muito certamente, do sistema peripatético e do contacto entre professor e alunos que lhe era intrínseco. Como nota Sánchez Millán, «muitas das questões revelam um estilo pouco cuidado, próprio de notas esboçadas», talvez com o único objectivo de virem a ser utilizadas como exercício escolar e discutidas com alunos<sup>7</sup>. Pelo que, originalmente não deveria ser um tratado propriamente dito, mas um elenco de temas esboçado para discussão. Uma espécie de guião de aula.

Por conseguinte, os *Problemata* não podem ser entendidos como um manual, mas antes um instrumento didáctico cuja função é colocar problemas e suscitar debates<sup>8</sup>.

Como foi já notado por vários autores, a medicina e a fisiologia ocupam uma parte substantiva do tratado. Entre os temas médicos está o da sexualidade (secção 4), abordada sobretudo numa perspectiva fisiológica e, evidentemente, teleológica, como compete ao aristotelismo, sem que falte, no entanto, leitura médica, quando o tema o justifica.

Assim, nos *Problemata*, a relação sexual origina prazer, porque tudo o que é conforme a natureza é prazenteiro, mas com uma finalidade: a geração dos seres vivos (4.15)<sup>9</sup>. Por outro lado, considera-se que, para algumas doenças, é benéfico o excesso de relações sexuais, uma vez que estas resultam na excreção de resíduos do

---

<sup>4</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 9.

<sup>5</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 9-10.

<sup>6</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 13.

<sup>7</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 9.

<sup>8</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 16.

<sup>9</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 22.

corpo, que liberta assim uma grande quantidade de matéria supérflua (4.16). Com efeito, devemos recordar que os autores do tratado seguem o princípio hipocrático que considera que a doença consiste num excesso ou numa carência, o que leva a afirmar que a saúde é a manutenção do equilíbrio dos elementos contrários que compõem o organismo (cf. 1.1)<sup>10</sup>.

É neste quadro que Aristóteles ou algum dos seus discípulos tece reflexões em torno da homossexualidade. Como é evidente, este é um conceito ausente do texto, tal como acontecia, aliás, com a cultura grega antiga em geral. Convém, por isso, ter presente que, desde pelo menos os estudos de Foucault e Dover, nas décadas de 70 e de 80 do século passado, que temos a percepção de que, para os Antigos, a sexualidade não se definia pelo género dos indivíduos envolvidos no acto, mas sim pela função (activa ou passiva) que eles desempenhavam no mesmo<sup>11</sup>.

Seguindo a mesma linha de interrogações que encontramos ao longo dos *Problemata*, o autor do texto traz à colação duas questões que incidem sobre a temática:

- 1.<sup>a</sup> *Por que razão há passivos que, sendo simultaneamente activos, sentem prazer nesse acto sexual, enquanto outros não?* (4.26)
- 2.<sup>a</sup> *Porque sentem alguns muita vergonha em reconhecer que desejam ser sexualmente passivos, mas não de dizerem que sentem sede ou fome ou que desejam algo de semelhante a isso?* (4.27)

O primeiro problema é indiscutivelmente do foro fisiológico, essencialmente não opinativo, estando relacionado com o funcionamento mecânico, digamos assim, do corpo humano em geral, do masculino em particular. Mas a questão relaciona-se também com a problemática do prazer, a qual Aristóteles aborda numa outra obra, a *Ética a Nicómaco*.

Nos *Problemata*, o autor relaciona a sensação de prazer no homem com a libertação do sémen, tido no texto como uma secreção da mesma categoria que a urina, a comida deglutida, as lágrimas, o muco e o sangue. Nesta perspectiva, o sémen não é aqui relacionado com a procriação, mas com um excesso que o corpo sente necessidade de libertar, criando para isso mecanismos que se manifestam na forma de desejo (entenda-se, apetite sexual) e prazer e cuja finalidade é, objectivamente, purgar o organismo (4.26). Neste sentido, estamos de novo no foro de uma perspectiva hipocrática, sem que haja contradição com a leitura teleológica por norma associada a Aristóteles. Isto é, apesar de a produção e libertação de sémen não serem neste passo associadas à procriação (o que justificaria por si só uma teleologia e apesar de num outro lugar, 4.15, o serem),

<sup>10</sup> SÁNCHEZ MILLÁN, 2004: 19-20.

<sup>11</sup> Sobre esta questão há bibliografia abundante; ver uma síntese da questão em RODRIGUES, 2015.

elas são relacionadas com a necessidade de purgar o corpo do excesso que as secreções representam e que nessa condição podem provocar a doença<sup>12</sup>.

A teleologia é igualmente visível no passo em que o autor refere que «naqueles em quem os vasos condutores não estão conforme a natureza, ou por estarem obstruídas as vias que conduzem às partes respeitáveis, como acontece com os eunucos e com os impotentes, ou por qualquer outra razão, a secreção flui para o traseiro» (4.26). Parece-nos que o recurso à expressão «não estão conforme a natureza» (*me kata physin*) é particularmente indiciadora do princípio teleológico por que Aristóteles ou o seu discípulo se regem, visto que nela está implícita uma noção de finalidade inerente à natureza que, nos casos assinalados, está corrompida. Por sua vez, essa corrupção, é, segundo esta leitura, o elemento justificativo da especificidade do acto a que o texto alude. A corrupção ou desvio funciona, portanto, como etiologia do comportamento relativo ao prazer homossexual passivo.

Com efeito, o pensamento aristotélico é igualmente etiológico e a presença dessa etiologia é visível num outro aspecto. O autor refere «que a secreção de alguém que se entrega excessivamente à lascívia se concentra nessa zona [ânus], de modo que, quando o desejo aparece, a parte em que ela se acumula sente necessidade de fricção» (4.26). Com este enunciado, Aristóteles ou um seu discípulo propõem uma explicação para o desejo/apetite sexual associado ao coito anal, o qual é entendido como prática especificamente valorizada na homossexualidade.

Os elementos teleológicos e etiológicos estão presentes ao longo de todo o capítulo 26 da secção IV dos *Problemata*. O autor esforça-se por estabelecer conexões de causa/efeito entre a personalidade, as emoções e o comportamento associados à homossexualidade e a estrutura físico-mecânica do corpo humano, em particular a do corpo masculino. Estabelecem-se assim relações entre o desejo e a ejaculação e entre a emissão de sémen e a natureza efeminada de alguns indivíduos, que o texto considera serem *para physin* ou «contra-natura».

Note-se, todavia, que esta classificação não parece assumir, neste texto em concreto e eventualmente em dissonância com o que lemos na *Ética a Nicómaco*, um carácter moral ou sequer opinativo. Com efeito, na ética nicomaqueica, provavelmente anterior aos *Problemata*, Aristóteles recorre a exemplos de actos homossexuais passivos para ilustrar a capacidade de ser possível alguém ser ocasionalmente afligido por um estado de incontinência ou descontrolo. Aristóteles refere-se aí a Fálaris, tirano de Agrigento, que por vezes conseguia reprimir o desejo de desfrutar prazeres sexuais extravagantes, entenda-se, como sexualmente passivo (*aphrodision atopon hedonen*, 1149a14-16). Não é de somenos que o filósofo alinhe este exemplo com um outro que fala do desejo

---

<sup>12</sup> Cf. Arist. *Probl.* 1.1. Sobre a relação entre Aristóteles e a Escola Hipocrática, ver TRESS, 1999.

de «devorar uma criança», o que só pode significar um entendimento moralmente negativo da sexualidade passiva.

Já quando o autor dos *Problemata* se refere àqueles que são detentores de uma *physei thelydriai*, ou natureza efeminada, ele não pretende utilizar uma fórmula pejorativa para o comportamento desses indivíduos. Antes pelo contrário. O seu objectivo é explicar por que razão eles não têm «qualquer emissão» de sémen ou porque têm «uma muito fraca», ao contrário do que, na óptica do autor, acontece com «indivíduos constituídos de acordo com a natureza» (*kata physin*), o que, ainda na perspectiva grega, pode incluir homens homossexuais activos. Para Aristóteles, são estes que cumprem os objectivos teleológicos inerentes à *physis*. Daí que o filósofo se detenha depois a explicar a razão físico-médica desse processo, referindo-se a «uma distorção» (*diastrophe/parestraphthai*) que faz com «que a excreção seja desviada para uma outra direcção que não a da emissão seminal» (4.26; cf. EN 1148b15-19, 28-31).

Por outro lado, a associação dos homens considerados efeminados ao género feminino, através da afirmação de que «esses indivíduos são insaciáveis, tal como as mulheres», já nos parece menos inocente do ponto de vista ético, uma que vez que a insaciedade pressupõe uma falta de auto-controlo e de auto-domínio, uma *akrasia* que entrava em colisão com a tão desejada *sophrosyne* do sábio e do homem ideal platónicos. Incapazes de a deterem, as mulheres estariam numa perspectiva de subalternização relativamente ao homem, secundarizando-as<sup>13</sup>. O próprio Aristóteles afirma na *Ética a Nicómaco*, relativamente às mulheres, «que o seu papel na cópula não é activo mas passivo» (1148b31-33). Ainda assim, neste mesmo texto, o filósofo considera a natureza a responsável desse estado, pelo que os indivíduos nele inscritos não devem ser por isso culpabilizados ou anatematizados (1148b30-1149a5).

A percepção de tendências pejorativas que possamos eventualmente considerar nos *Problemata*, porém, é de certo modo disfarçada ou mitigada pela reflexão de tipo físico-médico que se segue, relativa ao processo físico-químico que envolve a emissão seminal nos homens homossexuais com comportamento passivo.

A ausência de juízo ético é, no entanto, o elemento que sobremaneira se destaca do conjunto do problema registado com o número 26. A fórmula etiológica que o autor dá para a classificação dos indivíduos como activos ou passivos durante um acto sexual é, quanto a nós, a prova mais sólida desta afirmação. Aristóteles ou o seu discípulo limitam-se, neste foro, a explicar as razões físicas e, por conseguinte, médicas de todo o processo subjacente ao comportamento dos indivíduos homossexuais. Releiamos o passo: «todos aqueles em quem a secreção se concentra no traseiro, sentem o desejo de serem passivos (*paskhein*); aqueles em quem a secreção vai para ambos os lugares, sentem desejo de serem tanto activos como passivos (*dran kai paskhin*) no acto sexual.

<sup>13</sup> Sobre essa leitura do feminino, ver e.g. MOORE, 2005: 147-172.

Consoante o lugar em que ela for mais abundante, mais forte será o desejo» (4.26). O comportamento e o traço da personalidade de um indivíduo, aqui configurado pela fórmula do «desejo» (*epithymousin*), limita-se a ser um efeito de uma causa física, sendo o activo e o passivo apresentados de forma simplesmente neutra.

Esta ideia confirma-se no passo seguinte, quando o autor do *problema* alude ao hábito como causa do comportamento sexual de alguns indivíduos. O passo fala por si: «para alguns, essa sensação é uma questão de hábito, pois estão acostumados a usufruir do que fazem por costume e a segregar sémen de acordo com esse hábito. Por conseguinte, eles desejam agir de acordo com a prática e por isso o hábito tende a ser como uma natureza. Eis a razão por que aqueles que se habituaram a serem passivos nas relações sexuais não antes da puberdade, mas por volta dessa idade, ficaram com uma memória disso e juntamente com a memória o prazer; assim, pela força do hábito, eles sentem o desejo de serem passivos, como se essa fosse a sua verdadeira natureza. Com efeito, muitas vezes, o hábito é como uma natureza» (4.26). A ideia aqui apresentada é consonante com o que lemos na *Ética a Nicómaco*: «coisas há, que não sendo agradáveis por natureza, passam a sê-lo... pela força do hábito» (1148b15-19)<sup>14</sup>. De certo modo, e retomando a feliz expressão de J. J. Winkler, no âmbito da dedução aristotélica, a natureza torna-se sinónimo de cultura<sup>15</sup>.

A formulação remete para problemáticas complementares ao estudo da homossexualidade na Grécia Antiga, designadamente a da pederastia, como facilmente se infere pelas referências à puberdade como a idade de início das relações sexuais, em particular em indivíduos que se iniciem como elementos passivos. Mas o nosso foco centra-se, de momento, na leitura físico-médica do texto aristotélico, sendo neste âmbito de referir ainda a frase final do capítulo em análise como outra eventual possibilidade de insinuação de tipo opinativo-pejorativo. Diz o texto: «se acontece um indivíduo ser lascivo e submisso, mais facilmente ocorrem estas situações». O recurso aos adjetivos lascivo (*lagnos*) e submisso (*malakos*) poderá remeter para uma reflexão desse tipo. No entanto, cremos que é de voltar a frisar, que esse não é o tom geral que lemos nos *Problemata*. Não é esse o seu objectivo.

As nossas reflexões não significam, contudo, que Aristóteles não tivesse opinião sobre o comportamento homossexual. Eventualmente, tê-la-ia. Mas o facto é que todas as referências à homossexualidade conhecidas nos textos aristotélicos são essencialmente discretas, cuidadosas e praticamente isentas de opinião ou de juízo valorativo, de argumento defensor ou opositor, ao contrário do que encontramos em Platão<sup>16</sup>. Assim

<sup>14</sup> WINKLER, 1990: 200-203.

<sup>15</sup> WINKLER, 1990: 171-177.

<sup>16</sup> Sobre esta questão, ver e.g. UREÑA PRIETO, 2006: 227-236. Com efeito, em Platão, as posições defendidas no *Banquete* e no *Fedro* colidem com as que se podem ler nas *Leis*, 8.837c4-5, por exemplo, o que tem suscitado a discussão entre os investigadores.

acontece com o que lemos na *Política*, por exemplo, onde o autor especula, afirmando que terá sido talvez para limitar o tamanho das famílias e evitar o excesso demográfico que Minos, em Creta, teria promovido ou permitido as relações homossexuais (*Política* 1272a22). Curiosamente, neste mesmo passo, o filósofo afirma: «solução que teremos ocasião para avaliar se foi boa ou má», o que, no entanto, parece não ter acontecido. De igual modo, a versão que o Estagirita conta do tiranicídio em Atenas, em 514 a. C., é essencialmente objectiva, sem que haja qualquer tipo de reflexão opinativa em torno da relação homossexual que, alegadamente, Harmódio e Aristogíton mantinham (Arist. *Const. Aten.* 18.1-19.1; *Pol.* 1311a36-39)<sup>17</sup>.

Já noutro passo, Aristóteles segue a perspectiva platónica de valorizar o amor espiritual e psicológico em detrimento do amor físico, sem que no entanto isso traduza uma crítica negativa à actividade homossexual (*Primeiros Analíticos* 68a39-b7). Note-se aliás, que esta referência de Aristóteles é meramente exemplificativa, centrando-se na problemática de *eros* em geral, e não num *eros* pederástico, por um lado, ou heterossexual, por outro. O mesmo se passa com dois passos da *Ética a Eudemo* (1238b32-9; 1243b15-20). Como nota A. W. Price, sobre esta temática, ao contrário de Platão, que é demasiado idealista, Aristóteles é «too schematic»<sup>18</sup>.

Também na *Ética a Nicómaco*, Aristóteles desvaloriza o aspecto físico-somático do amor entre homens, considerando a relação psico-espiritual mais duradoura, assim como o afecto mútuo mais importante do que a consumação física. Diz o filósofo: «aqueles cuja amizade se funda no útil ou no agradável permanecem fiéis mais tempo: tanto quanto durar a sua capacidade de, reciprocamente, proporcionarem prazeres ou proveitos» (1159b11-13; cf. 1157a3-12; 1164a2-13)<sup>19</sup>. Este é o texto em que Aristóteles, no âmbito da problemática em análise, mais se aproxima de Platão e apesar de o Estagirita não considerar a homofilia a forma mais elevada de amizade, ele também não a censura ou repreende, ainda que assente em homoerotismo.

A eventual excepção a esta regra é o passo em que o Estagirita associa a homossexualidade passiva ao consumo canibal de carne infantil, o que sugere um juízo de valor de sentido negativo relativamente a essa prática (*EN* 1149 a 15-16). Ainda assim, note-se como o elemento de comparação é o acto passivo em si e não a homossexualidade ou o homoerotismo propriamente ditos.

O segundo problema enunciado no documento é particularmente interessante, pois mistura de uma forma mais clara questões éticas com problemas físico-médicos, mantendo-se, todavia, o tom neutro e «anopinativo» do seu autor. Ao colocar a questão da vergonha associada ao comportamento sexual passivo de alguns indivíduos, o autor entra no domínio da vivência social e dos princípios filosófico-culturais a ela

<sup>17</sup> RODRIGUES, 2013: 79-91.

<sup>18</sup> PRICE, 1991: 249.

<sup>19</sup> HUBBARD, 2003: 165.

associados, fazendo de uns causa próxima da outra. Ainda assim, não deixa de ser assinalável a forma como Aristóteles ou o seu discípulo colocam ao mesmo nível, através desta enunciação, a actividade sexual e a necessidade fisiológica de comer e beber, como que insinuando que uma é tão natural quanto a outra. Neste sentido, a perspectiva aristotélica é de uma modernidade assinalável.

Também não podemos deixar de salientar o facto de o autor do problema referir que «alguns sentem muita vergonha em reconhecer que desejam ser sexualmente passivos» (4.27), fazendo prova de que havia quem, na Grécia Antiga, entendesse a homossexualidade passiva como indicador de opróbrio social. Parece assim confirmar-se o que a maioria dos autores, na linha de Dover e Foucault, tem salientado, designadamente que existia vergonha social, condenação e rejeição relativamente à homossexualidade masculina passiva, sobretudo por ser identificada com o género feminino<sup>20</sup>. Já quanto à homossexualidade activa, o sentido pejorativo dependerá da época e do contexto sócio-cultural de que se estiver a falar<sup>21</sup>. Mas relativamente a esta questão, também não será menos significativa, antes pelo contrário, no âmbito da filosofia aristotélica, a frase com que o autor do problema remata o texto: ao contrário da necessidade de comer e de beber, «o desejo dos prazeres sexuais é supérfluo», porque não é vital (4.27).

Em conclusão, com esta reflexão, não é nosso objectivo analisar a eventual validade científica das afirmações de Aristóteles, ou do pseudo-Aristóteles, no que diz respeito à sua leitura e interpretação fisiológico-médicas. Mas sim destacar a pertinência da reflexão no contexto sócio-cultural em que o faz. Se levarmos em conta a longa tradição da discussão filosófica em torno de *eros* na cultura grega, facilmente nos apercebemos de uma continuidade que teve pontos altos nas obras de Platão (*Banquete* e *Fedro*), de Plutarco (*Erótico* 3-9), de Aquiles Tácio (*Leucipe e Clitofonte* 2.35-38) e de Luciano (*Amores* 25)<sup>22</sup>. Como é evidente, do século V a. C. ao século II d. C., as perspectivas variaram e a própria natureza das obras referidas é distinta, indo da discussão filosoficamente séria de Platão até à paródia e à sátira intuídas na obra de Luciano. Mas comum a todos esses textos é o debate agónico entre o amor heterossexual e o amor pederástico e homossexual, diversificando-se o foco da atenção e dos argumentos apresentados em cada um dos textos, salientando-se as vantagens e desvantagens de cada um deles.

Não é impossível que Aristóteles tenha participado desse longo debate. Diógenes Láércio refere um livro do filósofo chamado *Eroticus* (D. L. 5.22), que todavia não nos chegou, mas em que decerto as reflexões sobre o tema poderiam abranger, à semelhança

---

<sup>20</sup> AHONEN, 2014: 218.

<sup>21</sup> RODRIGUES, 2015: 129-166.

<sup>22</sup> Ver e.g. FOUCAULT, 1994: 213-262. Tema desenvolvido por Metódio, já no período cristão. Ver GEORGIADOU, 2010-2011.

dos diálogos e tratados mencionados, a problemática da homossexualidade<sup>23</sup>. E as referências que podemos ler na *Ética a Nicómaco* sugerem que a temática não lhe seria estranha. Essa não é, todavia, a essência do que encontramos nos *Problemata*. Aí, estão patentes sobretudo preocupações de natureza fisiológica e médica, em detrimento das reflexões ético-morais, parecendo este documento, por isso, constituir até à data parte significativa de uma originalidade na cultura grega do tempo.

Aristóteles identifica duas razões para a passividade sexual: por um lado, o que de algum modo considera ser um defeito físico, orgânico e inato, de que a *physis* é responsável e que entende ser característica das mulheres e dos eunucos, consequência da sua mutilação (cf. 4.26; *De gen. An.* 775a15-16); por outro, o que entende ser uma deterioração doentia derivada de um estado patológico produzido por habituação, como acontece com aqueles que desde a infância sofrem abusos sexuais (*hybrizein*), por exemplo (cf. 1148b29-34). Segundo o filósofo, nenhum dos casos deve ser entendido como sintoma de fraqueza em si mesmo. A fraqueza está em não conseguir controlar desejos ou impulsos que estão em desacordo com o espírito teleológico da natureza. Esta premissa é sobretudo relevante para os que estão na segunda condição. Mas, apesar desta formulação, não cremos que se possa dizer que Aristóteles faça um juízo moral sobre ela, por a não considerar dependente da vontade dos indivíduos.

Antes pelo contrário, o que devemos assinalar é que estas reflexões dizem respeito ao estado físico ou emocional de passividade sexual em si mesma<sup>24</sup>, que, não obstante, os Gregos entendiam com reservas por associarem ao género feminino, e não à homossexualidade *lato sensu*<sup>25</sup>, e muito menos ao seu aspecto moral. Mesmo quando recorrem à ideia de *paraphysin*, Aristóteles ou o seu discípulo não o fazem num sentido pejorativo ou negativo, mas tão-somente com a intenção de referir que algo não está a funcionar de acordo com a finalidade natural que lhe é alegadamente intrínseca. E é precisamente aí que reside a originalidade do Estagirita, ou de quem por ele escreveu, que pretende por isso mesmo uma abordagem etiológica médica e não metafísica e ética<sup>26</sup>.

## TRADUÇÃO DE ARISTÓTELES, *PROBLEMATA* 4.26-27

4.26 *Por que razão há passivos que, sendo simultaneamente activos, sentem prazer nesse acto sexual, enquanto outros não?*

*Será porque cada excreção tem um lugar próprio em que, por natureza, se segrega, o qual, quando se faz um esforço, a respiração faz dilatar, ajudando a*

<sup>23</sup> CAPRIGLIONE, 1999.

<sup>24</sup> Sobre o uso da expressão *ton aphrodision tois arresin* (EN 1148b29), ver AHONEN, 2014: 218n6.

<sup>25</sup> Aspecto já notado por DOVER, 1989: 168-170.

<sup>26</sup> PRICE, 1991: 248-249; AHONEN, 2014: 219.

*produzir a secreção? De facto, a urina vai para a bexiga, o alimento dissecado para o ventre, a lágrima para os olhos, o muco para as narinas e o sangue para as veias. Do mesmo modo, o sémen (gone) vai para os testículos e para as partes veneráveis. Naqueles em quem os vasos condutores não estão conforme a natureza, ou por estarem obstruídas as que conduzem às partes respeitáveis, como acontece com os eunucos e com os impotentes, ou por qualquer outra razão, a secreção flui para o traseiro. Por isso, depois, sai por aí.*

*A prova disso é a contracção dessa zona durante o coito e a dissolução da parte em torno do traseiro. É por isso que a secreção de alguém que se entrega excessivamente à lascívia se concentra nessa zona, de modo que, quando o desejo aparece, a parte em que ela se acumula sente necessidade de fricção.*

*O desejo provém tanto dos alimentos quanto do pensamento. Assim, quando excitado por alguma razão, a respiração concentra-se e a secreção correspondente flui para o sítio a que por natureza pertence. Se a secreção é leve e cheia de ar, uma vez expelida, a excitação pára, por vezes sem qualquer emissão de líquido, como acontece com as crianças, mas também com adultos [...] <sup>27</sup>, quando a humidade seca. Se nenhuma destas situações acontece, o desejo continua até que um desses casos ocorra.*

*Aqueles que têm uma natureza efeminada estão organizados de maneira a que não tenham qualquer emissão ou que tenham uma muito fraca no lugar em que ela ocorre nos indivíduos constituídos de acordo com a natureza; em vez disso, ela ocorre naquele lugar [i.e. no traseiro]. A causa disso é a sua disposição contra-natura, pois sendo varões, essa parte da sua natureza encontra-se forçosamente mutilada. Uma mutilação supõe uma destruição completa ou uma distorção. Ora bem, o primeiro caso é impossível, pois daria origem a uma mulher. Portanto, só pode haver uma distorção e que a excreção seja desviada para uma outra direcção que não a da emissão seminal. É por isso que esses indivíduos são insaciáveis, tal como as mulheres. Pois a sua secreção é escassa, não é expelida de forma violenta e esfria rapidamente. Todos aqueles em quem a secreção se concentra no traseiro, sentem o desejo de serem passivos; aqueles em quem a secreção vai tanto para ambos os lugares, sentem desejo de serem tanto activos como passivos no acto sexual. Consoante o lugar em que ela for mais abundante, mais forte será o desejo.*

*Mas, para alguns, essa sensação é uma questão de hábito, pois estão acostumados a usufruir do que fazem por costume e a segregar sémen de acordo com esse hábito. Por conseguinte, eles desejam agir de acordo com a prática e por isso o hábito tende a ser como uma natureza. Eis a razão por que aqueles que se habituaram a serem passivos nas relações sexuais não antes da puberdade, mas por volta dessa idade,*

---

<sup>27</sup> Lacuna nos manuscritos.

*ficaram com uma memória disso e juntamente com a memória o prazer; assim, pela força do hábito, eles sentem o desejo de serem passivos, como se essa fosse a sua verdadeira natureza. Com efeito, muitas vezes, o hábito é como uma natureza. E se acontece ser-se lascivo e submisso, mais facilmente ocorrem estas situações.*

*4.27 Porque sentem alguns muita vergonha em reconhecer que desejam ser sexualmente passivos, mas não de dizerem que sentem sede ou fome ou que desejam algo de semelhante a isso? Será porque a maior parte dos desejos é constituída por necessidades e porque se as não satisfizermos morremos? Com efeito, o desejo dos prazeres sexuais é supérfluo.*

## BIBLIOGRAFIA

- AHONEN, M. (2014) — *Mental Disorders in Ancient Philosophy*. Heidelberg/New York/London: Springer.
- ALMEIDA, D. (2012) — *Aristóteles. Ética a Nicómaco*. M. J. Carmo Ferreira. Lisboa: Edições Lusófonas.
- CAEIRO, A. C. (2009) — *Aristóteles. Ética a Nicómaco*. Lisboa: Queluz.
- CAPRIGLIONE, J. (1999) — *Lamore è un dardo: le ragioni dell'omosessualità in Aristótele e Plutarco*. In PÉREZ JIMÉNEZ, A.; LÓPEZ, J. C. e; AGUILAR, R. M., eds. — *Plutarco, Platón y Aristóteles*. Madrid: Ediciones Clásicas, p. 567-581.
- DOVER, K. J. (1989) — *Greek Homosexuality*. 2.<sup>a</sup> edição. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- FOUCAULT, M. (1994) — *História da Sexualidade III — O cuidado de si*. Lisboa: Relógio d'Água.
- GEORGIADOU, A. (2010-2011) — *Playing with Intertexts in Plutarch's Erotikos*. «Illinois Classical Studies», n.º 35-36. Illinois: University of Illinois Press, p. 69-84.
- HUBBARD, T. K. (2003) — *Homosexuality in Greece and Rome. A Sourcebook of Basic Documents*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- HAYHEW, R. (2011) — *Aristotle. Problems*. Books 1-19. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MOORE, K. R. (2005) — *Sex and the Second-Best City. Sex and Society in the Laws of Plato*. New York/London: Routledge.
- PRICE, A. W. (1991) — *Love and Friendship in Plato and Aristotle*. Oxford: Clarendon Press.
- RODRIGUES, N. S. (2013) — *The Ambiguity of the Public and the Private Spheres in the Athenian polis of the Tyrannicides and Pericles*. «Res Antiquitatis», n.º 4. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, p. 79-91.
- \_\_\_\_\_. (2015) — *Problemática da prostituição masculina na Atenas Clássica*. In: IRIARTE, A. e; FERREIRA, L. N., coords. — *Idades e Género na Literatura e na Arte da Grécia Antiga*. Coimbra/São Paulo: Imprensa da Universidade de Coimbra/Annablume, p. 129-166.
- SÁNCHEZ MILLÁN, E. (2004) — *Aristóteles. Problemas*. Madrid: Editorial Gredos.
- SCHRIJVERS, P. H. (1985) — *Eine medizinische Erklärung der männlichen Homosexualität aus der Antike*. Amsterdam: B. R. Grüner Verlag.
- SCHUMANN, H.-J. (1975) — *Sexualkunde und Sexualmedizin in der klassischen Antike. Auswertung der griechischen und lateinischen Originalquellen und der Sekundärliteratur*. München: UNI-Druck.
- TRESS, D. M. (1999) — *Aristotle against the Hippocratics on Sexual Generation: A Reply to Coles*, «Phronesis», vol. 44, n.º 3. [S.l.: s.n.], p. 228-241.
- UREÑA PRIETO, M. H. (2006) — *Breves Apontamentos sobre o Homossexualismo Grego: de Platão à Época Helenística*. «Cadmó», n.º 16. Lisboa: Universidade Clássica de Lisboa p. 227-236.
- WINKLER, J. J. (1990) — *Laying Down the Law: The Oversight of Men's Sexual Behavior in Classical Athens*. HALPERIN, D. M.; WINKLER, J. J. e; ZEITLIN, F. I., eds. — *Before Sexuality. The Construction of erotic Experience in the Ancient Greek World*. Princeton: Princeton University Press, p. 171-209.



# ANTICONCEPTIVOS, COCODRILOS Y ESTORNINOS. EXPERIMENTACIÓN, CONOCIMIENTO Y FALSIFICACIÓN EN LA GINECOLOGÍA ROMANA

PATRICIA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ\*

La ginecología romana alcanzó un alto grado de sofisticación, tanto en sus técnicas quirúrgicas como en el uso de sustancias para diversas dolencias o para el control de la natalidad. Así mismo, distinguían entre anticonceptivos, expulsivos y abortivos, además de conocer una amplia cantidad de recetas emenagogas.

Muchas de ellas venían ya de la medicina griega, apareciendo muchas sustancias en los tratados hipocráticos, mientras que otras van apareciendo a lo largo de la historia. Algunas de estas sustancias han demostrado un alto nivel de efectividad<sup>1</sup>, aunque otros parecen ser completamente ineficaces.

Para llegar a un conocimiento tan especializado deben coincidir numerosos mecanismos de experimentación y transmisión, que permita no solo la creación, sino también la acumulación de una serie de ideas, conceptos y recetas. Los fallos de esos mecanismos, la existencia de ciertos casos particulares, así como ciertos factores de influencia, como la legislación que regula responsabilidades, por ejemplo, de médicos y vendedores de fármacos, permiten intuir cómo se crearon esas redes de conocimiento.

Se usaban productos tanto de origen animal, mineral como vegetal, predominando claramente estos últimos. Entre los que provenían de distintos animales se contaban algunos claramente provenientes de la superstición, como los testículos de castor o los

---

\* Universidad Complutense de Madrid (España). pagonz03@ucm.es.

<sup>1</sup> RIDDLE, 1992; RIDOLZ, 1997; GONZÁLEZ, 2015a: 96-149.

ingredientes relacionados con el mulo, animal estéril por excelencia. Entre los minerales algunas tierras específicas que, como se verá más adelante, eran objeto de frecuente falsificación. Tanto unos como otros tienen una efectividad nula o muy limitada. Los vegetales, en cambio, parecen ser los más prácticos, además de los más abundantes. La repetición en las fuentes de algunos de ellos es frecuente, por ejemplo, con la ruda, el tomillo o el ajenojo<sup>2</sup>.

Mucho se ha discutido sobre los métodos de difusión y fijación del conocimiento de estos ingredientes, oscilando entre la transmisión clandestina y femenina hasta la formalidad de la enseñanza «reglada» a través de escuelas médicas y tratados públicos. La realidad parece llevarnos a una mezcla de ambos mecanismos de transmisión, desde la familiar hasta la más académica, aunque conviene no reducir la transferencia de estas recetas a un sesgo de género, reduciéndolo a una enseñanza de madre a hija, sobre todo en el caso de anticonceptivos y abortivos. De hecho, el primer capítulo del libro *Eve's Herbs* es titulado *A Womans Secret*. Este ha sido uno de los puntos más debatidos de las tesis de Riddle, por autores como Elio Lo Cascio o Helen King, que le achacan tanto fallos en la metodología como descuido en las conclusiones. En palabras de Walter Scheidel, «*Riddle's story is a romantic tale of wise women obtaining, preserving and transmitting critical information without male interference*»<sup>3</sup>.

La existencia de la transmisión «académica» es evidente, existiendo tratados específicamente ginecológicos en los que se recogen abiertamente recetas encaminadas al control de la natalidad o en los que se habla de exploraciones directas (como el de Sorano), por lo que la clandestinidad resulta poco creíble. Las fuentes, en ocasiones, hacen referencia también a prostitutas o comadronas como fuente del conocimiento, interactuando libremente con los médicos, varones o no. Estas atribuciones a mujeres en los márgenes de la medicina y la sociedad corresponderían tanto a una realidad en el conocimiento folklórico o práctico como a una serie de discursos elitistas sobre la moralidad de ciertos conocimientos, la responsabilidad en su creación o los ámbitos masculino y femenino. La transmisión de la «culpa» de estos conocimientos a estratos inferiores en la jerarquía social y de género permitiría una mayor libertad en la transmisión, recogida y práctica de estos estudios<sup>4</sup>.

De hecho, algunos autores, como Scarborough, proponen que el amplio conocimiento y, sobre todo, el profundo interés en la ginecología y la obstetricia de algunos médicos podría venir del contacto con estas mujeres. El ejemplo escogido es el de Aecio de Amida, médico de la corte con una gran relación con la emperatriz Teodora, que había sido prostituta y actriz en su juventud<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> FONTANILLE, 1977: 104 y ss.

<sup>3</sup> SCHEIDEL, 2001: 1-81.

<sup>4</sup> GONZÁLEZ, 2015b: 137-156.

<sup>5</sup> SCARBOROUGH, 2013: 742-762.

No se conservan recetarios domésticos de mano femenina en el mundo antiguo, pero hay paralelos posteriores, como los ejemplos que se conservan de la Edad Moderna, en que se tratan temas médicos junto con cosméticos y otros tucos caseros<sup>6</sup>. La semejanza con las asociaciones entre *farmaka* y cosméticos es clara y puede verse la herencia directa, en las frecuentes menciones a autores como Hipócrates o Galeno en dichos recetarios<sup>7</sup>. Aunque sea demasiado arriesgado afirmar una relación directa, es posible que los mecanismos para su creación fueran equivalentes. En cualquier caso, estos recetarios estaban escritos tanto por mujeres como por hombres, no siendo un tema exclusivamente femenino.

Así mismo, es posible que los médicos tuvieran pequeños recetarios propios, además de obras completas de otros médicos, en sus bibliotecas personales. Se conserva algún ejemplo del intercambio de recetas sueltas y de correspondencia en algunos papiros griegos de Egipto<sup>8</sup>. También en Varrón<sup>9</sup> puede percibirse la existencia de estos pequeños tratados domésticos, ya que afirma la necesidad de que los encargados de las fincas rústicas tengan instrucciones por escrito sobre tratamientos de enfermedades leves y la forma de reconocerlas, ya sea de los trabajadores como del ganado.

Algunas investigaciones modernas también dejan claro que los remedios caseros, así como la experimentación en estos ámbitos son algo que afecta a toda la familia, tanto hombres como mujeres. La arqueóloga Wihelmina Feemster Jashemski<sup>10</sup> trabajó en la zona de Pompeya, recogiendo los usos medicinales de ciertas plantas mediante informantes locales, encontrando frecuentemente coincidencias con lo descrito por las fuentes romanas

El mecanismo de experimentación que posiblemente fuera el más común para el conocimiento sobre ciertas plantas que no formaban parte de la dieta habitual, sería el de su utilización como alimento de emergencia en periodos de hambruna o escasez.

Si bien las grandes hambrunas no fueron tan frecuentes en la Antigüedad como se ha pensado, sí serían frecuentes las malas cosechas y periodos de relativa escasez. Se calcula que, por ejemplo, en el Ática había, de forma natural, malas cosechas de trigo uno de cada cuatro años y de cebada uno de cada década, o que en Samos aproximadamente la mitad de los años había una mala cosecha de alguno de los cultivos básicos. A ello habría que añadirle las pérdidas causadas por las guerras, la piratería, la especulación o la corrupción. En esos casos grandes sectores de la población recurrirían a plantas silvestres o a las usadas como forraje para el ganado<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> PÉREZ SAMPER, 2012: 27-58.

<sup>7</sup> PÉREZ SAMPER, 1997: 121-145.

<sup>8</sup> ANDORLINI, 2010: 142-167.

<sup>9</sup> Varr. *De Re Rust.*, II, 7, 16; II, 10, 10.

<sup>10</sup> JASHEMSKI, 1999.

<sup>11</sup> FLINT-HAMILTON, 1999: 371-385; GARNSEY, 1989: 11 y ss.

Uno de los casos en que quizás pueda intuirse este mecanismo y que no ha sido suficientemente estudiado es el que puede percibirse en las ideas en torno a las propiedades abortivas o anticonceptivas de los garbanzos (*Cicer arietinum*). Estas ideas se repiten en distintas fuentes, tanto médicas como populares, y tienen una fuerte pervivencia hasta nuestros días, en que aún pueden encontrarse en foros femeninos en Internet o transmitidas de forma oral, recetas abortivas que usan el agua de cocer los garbanzos como ingrediente principal. También en ciertas zonas la India contemporánea se encuentran referencias a los garbanzos como emenagogos<sup>12</sup>.

Así, en uno de los papiros mágicos encontrados en Egipto, los garbanzos mezclados con sangre menstrual son usados como anticonceptivos<sup>13</sup>. En Dioscórides (2, 104) se mencionan propiedades emenagogas, diuréticas y abortivas para esta legumbre. El médico Ibn Wafid<sup>14</sup>, cuando habla de los garbanzos, afirma que Galeno creía que eran diuréticos y emenagogos y que Al-Tabari los consideraba afrodisiacos, quizá relacionada esta última propiedad con las anteriormente descritas.

Resulta curiosa la pervivencia de estas creencias sobre un alimento consumido de forma habitual en Europa, siendo muy consumidos en época romana, sin que parezca haber una contradicción entre el uso extensivo como alimento (también de embarazadas) y la transmisión de estas ideas médicas.

Quizás la pista sobre el origen de estas suposiciones pueda discernirse a la luz de las noticias referidas por Plinio el Viejo<sup>15</sup>, que afirma que son los garbanzos silvestres los que tienen estas propiedades. El consumo de legumbres silvestres en épocas de escasez o por parte de sectores muy empobrecidos debía ser habitual, pese a la toxicidad de las mismas. Así, las almortas (*Lathyrus sativus*), muy tóxicas y que causan una enfermedad llamada latirosis o latirismo, se consumen aun en la actualidad, aunque normalmente en cantidades menores a las necesarias para percibir los efectos indeseados. En la India, donde, como se ha dicho, también se ha documentado el uso de garbanzos como emenagogos el latirismo también es un mal bastante frecuente, por el uso continuado de almortas entre las capas más desfavorecidas de la sociedad<sup>16</sup>.

También puede que se asociaran a los altramuces (*Lupinus albus*) u otras plantas de la familia que, aunque sean menos tóxicos, pueden ser infectados también por un hongo (*Diaporthe toxica* o *Phomopsis leptostromiformis*) y causar lupinosis<sup>17</sup>.

Aunque las fuentes documentan la existencia de algunas dolencias por su consumo excesivo, la asociación no parece que estuviera completamente establecida, ni lo ha

---

<sup>12</sup> KUMAR *et al.*, 2012: 1-32.

<sup>13</sup> *Papiro 1 de la Biblioteca de la Universidad de Oslo*= PGM XXXVI.

<sup>14</sup> Ibn Wafid, *Libro de los medicamentos simples* 78.

<sup>15</sup> Plin., *NH*, XXII, 72, 149.

<sup>16</sup> FERNÁNDEZ & FERNÁNDEZ, 1992.

<sup>17</sup> SEYMOUR, 2008: 155-160.

estado hasta épocas muy recientes<sup>18</sup>. Así pues, el uso prolongado y prácticamente exclusivo de estas plantas en dichos periodos, unido a los efectos de la malnutrición y el estrés, podrían haber incrementado sensiblemente el número de abortos, a la vez que reducirían la tasa de natalidad de una forma que podía haber sido claramente observable para la población.

Así, aunque teóricamente se distinguiera entre una y otra planta, en realidad las observaciones en torno a almortas y altramuces pernearían a lo que se consideraba una variedad cultivada y domesticada, pasando al imaginario colectivo de forma incuestionada.

Otro fenómeno de experimentación que parece evidente es el de la sustitución de ciertos ingredientes por otros similares en caso de necesidad, ya sea temporal o permanente. Esta necesidad podía venir del excesivo precio de un ingrediente, de la escasa adaptación de una planta a terrenos diferentes de los originales o de una escasez temporal por desastres naturales o el acaparamiento y especulación.

Un caso claro de sustitución por necesidad es el del silfio, llamada en latín *laserpicio*, probablemente una planta de la familia de las apiáceas<sup>19</sup>, que se extinguió ya en época romana. La variedad se daba exclusivamente en Cirene, por lo que la sobreexplotación llevó a su desaparición completa.

Se vendía tanto para uso culinario como para uso médico, siendo uno de los principales recursos de la ciudad y apareciendo frecuentemente en sus monedas. Hasta tal punto era potente la asociación entre la planta y la región que Catulo<sup>20</sup> la llama *lasarpiciferis*. También parece que llegó a haber vendedores especializados en la venta de esta planta, además de los vendedores de drogas más generales<sup>21</sup>.

Ya en época griega se intentó su adaptación a otras zonas, aunque parece que sin demasiado éxito, resultando en variedades menores y con unos resultados muy pobres<sup>22</sup>. Fue común para griegos y romanos, ya desde épocas protohistóricas, intentar conseguir la extensión de ciertas especies, intentando primar un cultivo de proximidad, como pasó con la albahaca, el cilantro o las granadas<sup>23</sup>. No siempre parece haber funcionado y, como con el silfio, las fuentes recogen otros experimentos fallidos, como el del cidro<sup>24</sup>.

Cuando empezó a escasear se buscaron sustitutos y diversas formas de adulterarla. Plinio afirma que en su época, en que la variedad original ya estaba extinta, se usaban variedades de Siria y Media, aunque esta última parecía ser de peor calidad<sup>25</sup>. Teofrasto

<sup>18</sup> NOTARIO, 2013: 156 y ss.

<sup>19</sup> AMIGUES, 2004: 191-226.

<sup>20</sup> Catul., 7.

<sup>21</sup> REPICI, 2010: 73-90.

<sup>22</sup> Hp., *De morb.* IV, 34.

<sup>23</sup> ZOHARY *et al.*, 2012: 157, 163; MANNICHE, 1989: 113 y ss.

<sup>24</sup> Plin., *NH*, XII, 7; Diosc., I, 115, 5b.

<sup>25</sup> Plin., *NH*, XXII, 48, 100.

también afirma que hay otra planta similar, el *magýdaris*, que algunos, ya en su época, empezaban a usar como sustituto y dar el nombre de silfio<sup>26</sup>.

Estas variedades, a su vez, también fueron objeto de adulteración y sustitución, cuando la original se hallaba extinta y se comercializaban en exclusiva<sup>27</sup>. Dioscórides<sup>28</sup> ya identifica el silfio con el asa dulce (*Ferula tingitana* L.), considerando que se llamaba silfio al tallo y *magýdaris* a la raíz o, en todo caso, la misma planta pero en zonas distintas. El autor comenta que se falsificaría con asa foetida (*Ferula persica* Willd) preferentemente, o con otras gomorresinas y harina de habas en caso de carecer también de aquella.

Así pues, la búsqueda de sustitutos, que podía iniciarse con los intentos de adulteración y falsificación de un producto, daban como resultado nuevos conocimientos y el uso de variedades anteriormente descartadas. Algo similar se recoge con otro tipo de plantas exóticas o complicadas de conseguir, como el canelero (*Cinnamomum aromaticum*), que se sustituía con el *Cinnamomum zeylanicum*, y ambos con el árbol sen (*Cassia angustifolia*), llegándose a falsificar también este último<sup>29</sup>.

Hay que tener en cuenta que no siempre estas sustituciones o búsquedas resultaban en un conocimiento útil y efectivo, produciéndose, en ocasiones, supersticiones y creencias que podríamos considerar algo extrañas bajo nuestro punto de vista actual. Así, Plinio<sup>30</sup>, junto con otras noticias sobre que la ruda robada crece mejor.

Otro factor que podía llevar a sustituciones y cambios de uso en diversos ingredientes herbales era la confusión entre plantas similares. La inexistencia de una nomenclatura organizada y unificada hacía que diversas plantas tuvieran un mismo nombre, mientras que la misma planta podía ser conocida con diferentes denominaciones. Los parecidos entre distintos vegetales serían otro factor en estas confusiones. Basta con mirar los parecidos entre, por ejemplo, la cicuta (*Conium maculatum*), el perejil (*Petroselinum crispum*) o la zanahoria (*Daucus carota*), que ha llevado a envenenamientos accidentales. Es posible que los herbarios empezaran a ilustrarse para evitar este tipo de confusiones, provenientes de descripciones más o menos vagas<sup>31</sup>.

Otros medios para la creación de conocimiento vendrían de una investigación teórica sobre los ingredientes usados. Estos podían venir tanto de la experimentación con la dosis para tratar diferentes dolencias relacionadas, como de una teorización en torno las propiedades médicas de plantas y enfermedades.

---

<sup>26</sup> Teophrastus, *HP*, VI, 3.

<sup>27</sup> Plin., *NH*, XIX; 15-16.

<sup>28</sup> Diosc., 3, 80

<sup>29</sup> Para mayor información sobre la sustitución y adulteración de productos ginecológicos ver GONZÁLEZ, 2016.

<sup>30</sup> Plin., *NH*, XIX, 37, 123.

<sup>31</sup> GONZÁLEZ, 2015a: 79 y ss.

Las teorías médicas en boga en el momento se basaban en la teoría de los humores, según la cual la conformación de humanos, animales o plantas vendría de la combinación de una serie limitada de elementos y cualidades. Así, las mujeres eran más frías que los hombres, lo que les impediría «cocer» todo el alimento y provocaría la expulsión de los residuos mediante la menstruación, o que permitiría que este residuo se procesase formando leche durante la lactancia (o que alimentase al feto durante el embarazo). El calor del hombre, por otro lado, permitiría cocer de forma más perfecta los alimentos, produciendo el semen<sup>32</sup>.

Las plantas tendrían, en este esquema, propiedades caloríficas o refrigerantes, que podían, según los autores, afectar a la fertilidad. Otras asociaciones serían más empíricas, vinculando, por ejemplo, ciertas propiedades a cualidades anticonceptivas o abortivas. Un buen ejemplo es el de las sustancias diuréticas que, con buen sentido, fueron consideradas abortivas en grandes cantidades. Así lo expresa Sorano, que explicita que las sustancias diuréticas, en diversas decociones, tenían también una función emenagoga<sup>33</sup>.

Aun así, en ocasiones estos vínculos se exageraban y deformaban cuando pasaban al imaginario colectivo. Esto parece pasar con los espárragos (*Asparagus officinalis*), conocido en la Antigüedad como un potente diurético. Plinio lo consideraba también como un afrodisíaco y como un remedio ginecológico, sin especificar mucho más, cosa que era habitual en el autor<sup>34</sup>. Dioscórides fue más explícito, considerando que la planta provoca esterilidad o infecundidad, aunque de forma tan exagerada que consideraba que incluso el contacto con la planta podía tener dicho efecto<sup>35</sup>.

Una asociación aún más básica es la que pretende conseguir la esterilidad por un proceso de simpatía. En este caso, los ingredientes provenientes de animales estériles tendrían una fuerza enorme, aunque una menor pervivencia.

En cualquier caso, sobre estas vinculaciones se siguió experimentando y complicando las recetas, puede que ante la evidencia de su escasa utilidad, o bien añadiendo los ingredientes mágicos a otro tipo de ingredientes, intentado potenciar los efectos de la receta.

Esto pasa, por ejemplo, en el caso de los amuletos y pociones basados en diversas partes de los mulos, apareciendo con ese uso, por ejemplo, Papiro Griego 323 de la Biblioteca Nacional de Viena<sup>36</sup> o el Papiro 1 de la Biblioteca de la Universidad de Oslo<sup>37</sup>, aunque también aparece como ingrediente mágico más general en otros papiros

<sup>32</sup> FLEMMING, 2000; KNIBIEHLER & FOUQUET, 1983: 67 y ss.

<sup>33</sup> Sor., *Gyn.*, I, 19, 64.

<sup>34</sup> Plin., *NH*, XX, 52, 109.

<sup>35</sup> Diosc., 2, 125.

<sup>36</sup> PGM, LXIII.

<sup>37</sup> PGM, XXXVI.

mágicos. Sorano<sup>38</sup> ya advierte de que estos amuletos no son efectivos. Sin embargo, aparece en diversas fuentes médicas mezclado con ingredientes más efectivos, como el helecho de la India (*ceterach officinarum*) en Teofrasto<sup>39</sup>, o el álamo blanco (*populus Albus*) en Dioscórides<sup>40</sup>.

Algo similar sucede con el testículo de castor, citado como emenagogo y expulsivo de fetos o secundinas en Dioscórides (2, 24), pero solo cuando está mezclado con poleo (*Mentha pulegium*), que el mismo autor recoge como ingrediente ginecológico<sup>41</sup>. En Plinio el Viejo también puede percibirse la pervivencia tanto de la superstición como de la mezcla con otro tipo de elementos<sup>42</sup>. Así, se recoge que si una embarazada pasase sobre un castor o sobre castóreo, abortaría, pero, cuando se usa como expulsivo para los fetos muertos o las secundinas, se hace mezclado con pánace (*Opopanax hispidus*), un conocido remedio ginecológico.

Un caso en el que pueden advertirse las distintas formas de experimentación, comercio, falsificación y creación de conocimiento en la Antigüedad es el de los excrementos de cocodrilo, ingrediente presente en la medicina egipcia y que se exportó ampliamente a Roma.

En la medicina egipcia fue usado como elemento ginecológico, como parte de recetas anticonceptivas, apareciendo en el papiro Kahun<sup>43</sup>. En Roma, aunque no conocemos la vía exacta de transmisión de estas recetas, advertimos la existencia del excremento de cocodrilo usado, sobre todo, como cosmético, mientras que el uso ginecológico ha pasado a un ingrediente menos exótico en las fuentes. Así, Dioscórides afirma que es el estiércol de cabra el usado para provocar la menstruación y expulsar los fetos<sup>44</sup>. En cualquier caso, también es usado, en otro tipo de preparaciones, para aliviar el herpes o las erisipelas. También el de buitres, según el autor, era usado como expulsivo para los fetos.

Dioscórides recoge, por otro lado, que el estiércol de cocodrilo no solo había pasado a tener un uso cosmético o como remedio para la piel, más relacionado con los usos de otro tipo de estiércol, como el humano (usado para cicatrizar heridas), sino que era falsificado frecuentemente. Esto es un buen indicativo del precio y aprecio que alcanzó entre los romanos. Así, el elemento extranjero es asimilado a usos más propios de la medicina local, aunque también se introduce la receta foránea en esta misma medicina.

---

<sup>38</sup> Sor., *Gyn*, I, 19, 63.

<sup>39</sup> Teophrastus, *HP*, IX, 18, 7.

<sup>40</sup> Diosc., 1, 81.

<sup>41</sup> Diosc., 3, 31.

<sup>42</sup> Plin., *NH*, XXXII, 10, 131.

<sup>43</sup> Kahun, 21.

<sup>44</sup> Diosc., 2, 80.

Además del intercambio de conocimientos entre diversas áreas del Mediterráneo, la sustitución de los ingredientes por otros similares y la falsificación que sufre el elemento más costoso, se ve otro fenómeno particular, el de la mezcla con ingredientes de las mismas propiedades. El excremento de cocodrilo se falsificaba con excremento de estornino, siendo un cierto tipo de sustitución, pero también se falsificaba con tierra de Cimolos a la que se añadía ancusa (*Alkanna tinctoria Tausch*). Ambos elementos tenían propiedades dermatológicas en la medicina romana, siendo la primera usada contra las erisipelas y las quemaduras<sup>45</sup>. La ancusa, además de ser usada para las quemaduras, llagas o erisipelas, también era considerada un abortivo<sup>46</sup>.

Parece, de este modo, que en las falsificaciones los vendedores procuraban que, al menos, los elementos sustitutivos tuvieran propiedades médicas similares, lo que podría evitar denuncias por daños. Hay que recordar que la *lex Aquilia* permitía a los ciudadanos pedir a médicos y otros profesionales ciertas responsabilidades, en el caso de que cometieran una negligencia o una imprudencia que causase un daño<sup>47</sup>. Además, podían sufrir acusaciones por magia o envenenamiento en el caso de vender abiertamente amuletos o ciertas sustancias médicas, ya que los *farmaka* y *venena* abarcaban tanto a medicamentos, venenos y sustancias mágicas. Los legisladores tardíos se ven en la necesidad de excluir la magia médica o los medicamentos de la legislación contra la hechicería<sup>48</sup>.

El comercio de sustancias ginecológicas, ya fueran abortivos, afrodisiacos o pociones para concebir parecen haber estado especialmente controladas, castigando el uso o venta irresponsable, aunque distinguiendo si su utilización había acabado en la muerte de alguien o no<sup>49</sup>.

Hay que tener en cuenta que este tipo de experimentación no solo intervendrían los médicos, sino que los propios recolectores (*rhizotomai*) y vendedores (*pharmakopôlai*) serían grandes conocedores de las plantas y remedios que vendían, incluso superando a los médicos<sup>50</sup>. Teofrasto<sup>51</sup> los menciona como informantes privilegiados sobre las propiedades de las plantas<sup>52</sup>. Puede que la interacción entre los conocimientos y experimentación de los consumidores, con lo que se ha venido llamando medicina popular o folklórica (los clásicos «remedios de la abuela»), de los vendedores y de los médicos fuer mayor de lo que se ha venido pensando. No siempre serían los médicos

<sup>45</sup> Diosc., 5, 156.

<sup>46</sup> Diosc., 4, 23.

<sup>47</sup> NÚÑEZ, 2000: 397-402; FILIPPIS CAPPAL, 1993: 49 y ss.

<sup>48</sup> *Cod. Theod.*, IX, 1, 3.

<sup>49</sup> *D.* XLVIII, 19, 38, 5; XLVIII, 3, 2.

<sup>50</sup> MAZLIAK, 2007: 188-189; SCARBOROUGH, 2006: 1-29.

<sup>51</sup> Teophrastus, *HP*, IX, 18, 4.

<sup>52</sup> Se menciona, de hecho, a uno de los vendedores de drogas por su nombre, Aristofilo de Platea, por lo que algunos debían ser, al menos, medianamente conocidos. También otros autores usan la información proporcionada por pescadores, cazadores o apicultores para las obras de biología (LLOYD, 1983: 124).

los que proporcionarían recetas a los vendedores o pacientes y puede que muchas veces los clientes se saltaran el acudir al médico<sup>53</sup>. Algo similar pasaría, como ya se ha mencionado, con el triángulo entre las embarazadas y mujeres de su familia, las comadronas semi-profesionales y los médicos.

Todos estos métodos, combinados a lo largo del tiempo y no siempre usados de forma consciente, permitirían alcanzar una serie de conocimientos (efectivos o no) que pervivirían con gran fuerza, alcanzando muchas veces épocas actuales, en las que siguen usándose plantas como la ruda, el azafrán, el perejil o los garbanzos como remedios ginecológicos en la cultura popular de muchas zonas del mundo. Estudiar estos procesos nos permite abrir nuevos campos de investigación a la vez que plantearnos nuevas preguntas sobre nuestra forma de entender el mundo y el cuerpo humano.

## FUENTES

- Catul. — Catulo, *Poemas*.  
 Cod. Theod. — Código de Teodosio.  
 D. — Digesto.  
 Diosc. — Dioscórides, *Materia Medica*.  
 Hp., *De morb.* — Hipócrates, *De morbis*.  
 Ibn Wafid, *Libro de los medicamentos simples*.  
 Kahun.  
 PGM — Papiros Mágicos Griegos.  
 Plin., *NH* — Plinio el Viejo, *Naturalis Historia*.  
 Sor., *Gyn.* — Sorano, *Gynaecia*.  
 Teophrastus, *HP* — Teofrasto, *Historia Plantarum*.  
 Varr., *De Re Rust* — Varrón, *De Re Rustica*.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMIGUES, Suzanne (2004) — *Le silphium, état de la question*. «Journal des Savants», vol. 2, n.º 1. Paris: [s.n.], p. 191-226.
- ANDORLINI, Isabella (2010) — *Il 'greco' gradico ed espressivo della ricetta medica antica*. In MARCONE, Arnaldo, ed. — *Medicina e Società nel mondo antico. Atti del convegno di Udine (4-5 ottobre 2005)*. Florencia: Le Monnier Università, p. 142-167.
- FERNÁNDEZ, Carlos; FERNÁNDEZ, Rafael (1992) — *Latirismo*. «Revista española de cirugía osteoarticular», vol. 27, n.º 162. València: Universitat de València, p. 329-340.
- FILIPPIS CAPPAL, Chiara (1993) — *Medici e medicina in Roma antica*. Turín: Tirrenia-Stampatori.
- FLEMMING, Rebecca (2000) — *Medicine and the making of Roman women. Gender, nature, and authority from Celsus to Galen*. Oxford: Oxford University Press.
- FLINT-HAMILTON, Kimberly B (1999) — *Legumes in Ancient Greece and Rome: Food, Medicine, or Poison*. «Hesperia: The Journal of the American School of Classical Studies at Athens», vol. 68, n.º 3. Atenas: American School of Classical Studies, p. 371-385.
- FONTANILLE, Marie-Thérèse (1977) — *Avortement et contraception Dans la médecine Gréco-Romaine*. Paris: Laboratoires Searle.

---

<sup>53</sup> REPICI, 2010: 73-90.

- GARNSEY, Peter (1989) — *Famine and food supply in the Graeco-Roman world: responses to risk and crisis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GONZÁLEZ, Patricia (2015a) — *El vientre controlado*. Oviedo: KRK.
- (2015b) — *Prostitutas y control de natalidad en el mundo grecorromano/Prostitutes and Birth Control in the Greco-Roman World*. In HERNÁNDEZ, Paula *et al. eds.* — *Amor y sexualidad en la Historia*. Salamanca: Hergar Ediciones Antema, p. 137-156.
- (2016) — *Falsificación, adulteración y sustitución en la farmacología ginecológica romana. Counterfeiting, adulteration and substitution in the Roman gynecological pharmacology*. «Revista de Historia de la Medicina y Epistemología médica», vol. 8, n.º 2. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- JASHEMSKI, Wihelmina Feemster (1999) — *A Pompeian Herbal. Ancient and Modern Medicinal Plants*. Austin: University of Texas Press.
- KNIBIEHLER, Yvonne & FOUQUET, Catherine (1983) — *La femme et les medecins*. Paris: Hachette.
- KUMAR, Dinesh & KUMAR, Ajay & PRAKASH, Om (2012) — *Potential antifertility agents from plants: A comprehensive review*. «Journal of Ethnopharmacology», vol. 140. [S.l.]: International Society of Ethnopharmacology, p. 1-32.
- LLOYD, Geoffrey Ernest Richard (1983) — *Science, Folklore and Ideology. Studies in the Life Sciences in Ancient Greece*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MANNICHE, Lise (1989) — *An Ancient Egyptian Herbal*. Londres: British Museum.
- MAZLIAK, Paul (2007) — *La naissance de la biologie dans les civilisations de l'Antiquité*. París: Adapt-Snes/Vuibert.
- NOTARIO, Fernando (2013) — *La democracia devorada: ideología, sociología, banquetes y alimentación en la Atenas del siglo IV a. C.* Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Tese de Doutoramento. Tese orientada por Domingo Plácido Suarez.
- NUÑEZ, Isabel (2000) — *Status del médico y responsabilidad civil*. «Revue Internationale des droits de l'Antiquité», vol. 42. Paris: Editions De Boccard, p. 397-402.
- PÉREZ SAMPER, María de los Ángeles (1997) — *Los recetarios de mujeres y para mujeres. Sobre la conservación y transmisión de los saberes domésticos en la época moderna*. In López-Cordón, María Victoria, *ed.* — *Cuadernos de historia moderna. Sobre la mujer en el Antiguo Régimen*. Madrid: Servicio de Publicaciones UCM, p. 121-145.
- (2012) — *Recetarios manuscritos de la España moderna*. «Cincinnati Romance Review», vol. 33. Cincinnati: University of Cincinnati, p. 27-58.
- REPICI, Luciana (2010) — *Medici e botanica popolare*. In MARCONE, Arnaldo, *ed.* — *Medicina e Società nel mondo antico. Atti del convegno di Udine (4-5 ottobre 2005)*. Florencia: Le Monnier Università, p. 73-90.
- RIDDLE, John M. (1992) — *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1997) — *Eve's Herbs: A History of Contraception and Abortion in the West*. Cambridge: Harvard University Press.
- SCARBOROUGH, John (2006) — *Drugs and Drug Lore in the Time of Theophrastus: Folklore, Magic, Botany, Philosophy and the Rootcutters*. «Acta Classica», vol. 49. [S.l.]: Classical Association of South Africa, p. 1-29.
- (2013) — *Theodora, Aetius of Amida, and Procopius: Some Possible Connections*. «Greek, Roman, and Byzantine Studies», vol. 53. Durham: Duke University, p. 742-762.
- SCHEIDEL, Walter (2001) — *Progress and problems in roman demography*. In SCHEIDEL, Walter, *ed.* — *Debating Roman Demography*. Leiden: Brill, p. 1-81.
- SEYMOUR, Mark (2008) — *Lupinosis*. In White, Peter & French, Bob & McLarty, Amelia, *eds.* — *Producing lupins*. South Perth: Department of Agriculture and Food, Western Australia, p. 155-160.
- ZOHARY, Daniel; HOPF, Maria; WEISS, Ehud (2012) — *Domestication of Plants in the Old World*. Oxford: Oxford University Press.



**III**

SAÚDE NA EPIGRAFIA  
ROMANA



# ACERCA DO CULTO ÀS DIVINDADES SALUTÍFERAS NA LUSITÂNIA OCIDENTAL

JOSÉ D'ENCARNAÇÃO\*

## 1. INTRODUÇÃO

O inexplicável, o misterioso pode ser atirado para a esfera do divino.

É dito corrente entre os arqueólogos que um artefacto de características fora do comum corre sério risco de ser considerado um ídolo ou oferta a divindade. As estatuetas datáveis do Período Paleolítico, representando mulheres de amplos seios e barriga volumosa, a que se deu o nome genérico de «Vénus», consideram-se deusas da fertilidade (é célebre a Vénus de Willendorf).

Aliás, já tive também ocasião de me referir ao canhão português achado na Ilha de Java que, devido à sua estranha forma e a alguma semelhança, numa das pontas, a algo que humanos e deuses poderiam ter, começou, desde cedo, a ser venerado como divindade propícia à fecundação. Diz-se que os indonésios se lhe referem, com sorrisos e piscadelas de olhos, como sendo «Si Jagur», o *Senhor Fertilidade*, por haver, entre uma parte da população, a convicção de que o Canhão Português tem a virtude de curar a infertilidade feminina...

Velas que mui devotamente se acendem no altar da santinha de nossa devoção ou, da nossa altura, se entregam, em Fátima, na Capelinha das Aparições.

Placas gravadas em honra do taumaturgo Sousa Martins, a quem se implorou a cura de um mal impertinente...

---

\* Professor catedrático. Centro de Estudos de Arqueologia, Artes e Ciências do Património, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. jde@fl.uc.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

Alexandra deixou gravada, com data de 31 de Janeiro de 1905, na igreja de Notre Dame La Grande, em Poitiers, «To notre Dame de la Garde la gratitude for a Great Mercy».

D. Maria de Jesus Ferreira de Lacerda, do lugar do Touro, «de 44 anos de idade», «estando com um ataque de sangue, se chamou àquele Senhor — o Senhor dos Aflitos — e em breve teve saúde», conta-se numa tábua de milagre feita em 1880, posta na Capela do Sr. dos Aflitos, na Sé de Lamego; nela se representa a doente de cama e duas mulheres, de joelhos diante do Senhor crucificado.

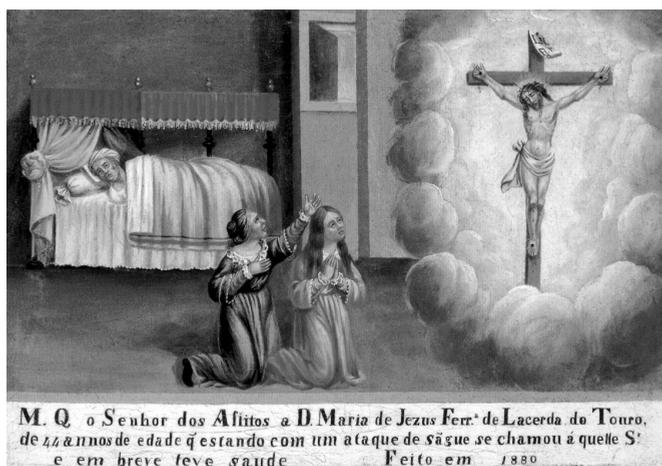


Fig.1. Tábua de milagre da capela do Senhor dos Aflitos. Sé de Lamego

O altar de Santo Amaro na Igreja de Nossa Senhora da Saúde, presentemente envolvida pelo cemitério da cidade de Serpa, está cheio de ex-votos de cera representando partes do corpo, que, um dia, doentes, se curaram das maleitas por intercessão do santo.

O médico enganara os pais: a menina teria, quando muito, duas semanas de vida; não esmoreceram os seus progenitores e prometeram a Nossa Senhora da Piedade que lhe edificariam uma capela, se a menina se salvasse; a capela lá está, na Rua de Olivença, no Estoril, e a menina viveu mais de cem anos.

Por ocasião da festa de S. Mamede (22 de Agosto) é costume, nalgumas regiões do País, trazer o gado à sua igreja, para, dando uma volta ao templo, ser abençoado pelo Santo, preservando-os de doenças.

E poderíamos multiplicar os exemplos, não apenas no âmbito da religião católica, mas no de todas as religiões e em todas as épocas, demonstrando que, afinal, o carácter de «divindades salutíferas» pode ser aplicado a praticamente todas as divindades<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> MANTAS, 2002b.

no caso de uma religião politeísta, ou a todos os santos, no caso, designadamente da religião católica, pois se alguém tem particular devoção a Santo António, não o vai invocar apenas para se curar de males de amor nem se invoca Santa Bárbara apenas quando tropeja...

## 2. O CONCEITO DE *SALUS*, ENTRE OS ROMANOS E NOS NOSSOS DIAS

Importa, por conseguinte, tomarmos consciência de que «saúde», a *Salus* dos Romanos, é um conceito vasto, constituindo, no fundo, o bem-estar físico e espiritual que auguramos, por exemplo, ao amigo quando dizemos «Haja saúde!» ou «Saúde!» — quando alguém espirra. E, ao bebermos um copo «à nossa saúde!», não temos presente apenas a saúde física, mas o êxito nos negócios, no trabalho, no ambiente familiar, na... vida! Resulta, assim, claro que o uso da expressão *pro salute* nas inscrições romanas não implica uma noção restrita, de saúde física.

Numa reunião científica sobre Ciências da Saúde, cumpre, em relação à época romana, aludir apenas às inscrições — e os monumentos epigráficos constituem, sem dúvida, a fonte primordial para esse estudo — referentes a divindades salutíferas no sentido restrito do termo.

Há testemunhos em que «saúde» implica bem-estar: no território de Beja, o escravo Catulo manda erigir um pequeno altar à deusa Saúde, cumprindo, assim, o voto que fizera de livre vontade, «pelo nosso Gaio Atílio Cordo»<sup>2</sup>.

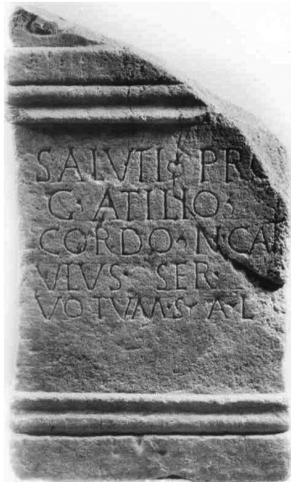


Fig. 2. Ex-voto de um escravo romano pela saúde do seu senhor

Fonte: IRCP 290

<sup>2</sup> IRCP 290.

Podemos supor que houve, de facto, uma doença do seu *dominus*; nada nos impede, todavia, de pensar que se trata de simples obséquio, como voto em dia de aniversário... Muitas são igualmente, por todo o Império, as dedicatórias *pro salute imperatoris*, envolvendo, por vezes, membros de sua família. «Saúde», neste caso, terá um significado mais abrangente, porque do bem-estar físico e psíquico do imperador depende a boa governação em prol dos cidadãos.

### 3. A IMPORTÂNCIA FUNDAMENTAL DA ÁGUA

A água faz parte do nosso quotidiano; contudo, nem sempre, porventura, teremos consciencializado que poderia ser tema no âmbito das divindades salutíferas<sup>3</sup>. Insiste-se que se deve beber litro e meio de água por dia; nos lares, tem-se particular atenção a que os idosos bebam água; ouvimos com alguma frequência dizer que é milagrosa a água de determinada fonte; recomenda-se, para certas doenças, a periódica permanência numa estância termal. No ritual católico, o crente benze-se com água benta ao entrar num templo e é com água derramada sobre a cabeça do neófito que se consuma o baptismo.

Procederam, pois, os Romanos à divinização das fontes, dos rios, das nascentes... e o seu efeito salutífero foi atribuído a um Ser superior nelas incorporado: as Ninfas! Não nos admira, por isso, que em Fontibre, lugar dos Montes Cantábricos onde nasce o rio Ebro, se tenha erguido, diante da fenda rochosa donde jorra o manancial, um pilar com a estátua da Virgem Maria...

Em Baños de Montemayor (Cápara, Extremadura), encontraram-se quase duas dezenas de ex-votos às Ninfas Caparenses (e também a *Salus*)<sup>4</sup> e são muitas as epígrafes do mundo romano que atestam esse culto com características locais.

Do território actualmente português, onde a veneração às Ninfas se revela mais a Norte do Douro<sup>5</sup>, permita-se-me que cite apenas um testemunho epigráfico, que Frei Vicente Salgado<sup>6</sup> deu como sendo de Silves, mas que foi encontrado, de facto, em reutilização na igreja de S. Maria, em Monforte, o que nos leva a relacioná-lo com as vizinhas termas de Cabeço de Vide. Diz o seguinte o ex-voto:

*Às Ninfas. Avito, filho de Próculo, cumpriu o seu voto de livre vontade pela saúde de sua mulher, Flacila, filha de Flaco*<sup>7</sup>.

Poderiam essas Ninfas não ter ainda qualificativo próprio ou, verosimilmente, à cautela, Avito não quis omitir nenhuma e agradeceu a todas. Note-se, porém, que se

<sup>3</sup> BLÁZQUEZ, 2002; FERNANDES, 2002.

<sup>4</sup> DIEZ DE VELASCO, 2002; ESTEBAN ORTEGA, 2013: 36-49.

<sup>5</sup> CAESSA, 1990.

<sup>6</sup> SALGADO, 1786: 306.

<sup>7</sup> IRCP 569.

trata de um indígena a prestar culto às divindades locais, segundo uma terminologia perfeitamente latina.

Nas termas de S. Pedro do Sul, *Victoria Victorilla* associa-se ao marido, *Magius Reburus*, para celebrar a memória do filho: *in honorem Magi Saturnini*<sup>8</sup>. Oficialmente, no entanto, o monumento é consagrado ao Mercúrio dos Augustos, dotado de um epíteto local: Aquaeco. Ou seja, ao deus Mercúrio se atribui uma especial ligação aos imperadores (fonte do poder político) e às virtudes terapêuticas das águas termais (poder medicinal). Um sincretismo a realçar! Escrevi: «celebrar a memória do filho»; mas posso estar parcialmente errado. De facto, a epígrafe cumpre às mil maravilhas a sua função de publicamente manifestar a devoção dessa família; habitualmente, a expressão *in honorem* quase dá a entender que a pessoa em causa terá falecido; mas pode até ser que não e que, habilmente, os *Magii* tenham exercido a sua influência para, a pretexto da dedicatória divina, seu nome se perpetuar até hoje. De qualquer modo, o que, neste momento, particularmente nos interessa focar é a circunstância de também o poder curativo — ainda hoje reconhecido — das águas termais de S. Pedro do Sul ter sido, há dois mil anos, atribuído a Mercúrio Aquaeco e dos Augustos.

Nas termas de Monte Real (Leiria), que os Romanos também frequentaram, encontrou-se um altar que diz assim:

*F(ontanae vel ontano) S(acrum)*  
 FRONTO  
 NIVS A  
 VITVS  
*A(nimo) L(ibens) [S(olvit)]*

Identifica-se o dedicante, Frontónio Avito, que não se esquece de garantir que cumpriu o voto de livre vontade; no entanto, vem em sigla a identificação da divindade assim honrada. Porque se sabia exactamente o que o F significava ou, ao invés, porque se não ousava optar por uma designação específica e tudo ficava entre o devoto e a divindade? Inclino-me para esta segunda hipótese. E não vale a pena terçar armas para garantir que é *F(ontanae)*, *F(ontano)*, *F(ontibus)* ou, mais simplesmente, *F(onti)*<sup>9</sup>. É o manancial, chame-se-lhe como se quiser — e estamos conversados!<sup>10</sup> E proclama o ex-voto o agradecimento por um favor recebido ou implora eficaz acção benéfica das águas em que se banhou.

Mantenhamo-nos nessas manifestações do culto a divindades protectoras de «águas santas», como hoje lhe chamaríamos. Em Bencatel, concelho de Vila Viçosa, *Albia*

<sup>8</sup> BRANDÃO, 1959: 234-244.

<sup>9</sup> Cf. HELENO, 1922: 8-9.

<sup>10</sup> Cf. ENCARNAÇÃO, 2010a: 142-144.

*Pacina* pensou em fazer uma promessa pela saúde de *Albius Faustus*, provavelmente seu esposo<sup>11</sup>. E não achou melhor númen do que aquele que detinha a força de águas salutíferas famosas na região e, por isso, a divindade invocada seria a ninfa protectora do manancial. Ninfa? Novamente o problema se põe: será masculina ou feminina a divindade que faz brotar tais águas das profundas entranhas da terra? E, de novo, o lapicida resolveu a questão: invoca-se o deus do manancial na sua forma masculina e na sua forma feminina: *Fontanus* e *Fontana*.

Na cidade de *Conimbriga* água não terá faltado nunca, a darmos crédito ao grosso caudal, que, ainda hoje, brota em Alcabideque e que um aqueduto levava até à cidade. Só assim também se poderia compreender uma casa como a chamada «dos repuxos», em que o cantar sereno dos jactos traria aos seus habitantes frescura e paz de espírito. Ora, nessa casa se encontrou uma árula dedicada *L(aribus) AQVITIBV(s)*<sup>12</sup> seguramente por um dos seus proprietários, *G. C. Rufus*. Na sequência do que se acabou de escrever, poder-se-á pensar que se trata de uma acção de graças por esse dom especial e que seria a esses Lares Áquites que se prestava culto. Não incluo, pois, este monumento no rol das divindades salutíferas propriamente ditas.

Da mesma cidade provém uma outra árula consagrada à Água: *AQVAII SACRVM*<sup>13</sup>. Também naturalmente a excludo, porque não assume expressamente carácter salutífero<sup>14</sup>.

O mesmo se não dirá de uma ara começada pela expressão *AQVIS SACRIS* guardada no Museu de Mação, que, um dia, Maria Amélia Horta Pereira referiu em correspondência particular, mas que, até ao momento, ainda não foi possível publicar. Atribuir à água carácter sagrado constitui um dos sintomas de que se lhes atribui — a essas, em particular — propriedades medicinais.

E, a comprová-lo, está a ara encontrada junto do manancial de Caldas de Monchique, justamente iniciada *AQVIS SACRIS*<sup>15</sup> e, por tal motivo, com inteira propriedade aqui se inclui como testemunho da utilização dessas águas mineromedicinais já no tempo dos Romanos.

<sup>11</sup> IRCP 438.

<sup>12</sup> GARCIA, 1987: 48-49.

<sup>13</sup> GARCIA, 1987: 52.

<sup>14</sup> Aproveito para justificar a não-inserção de IRCP 437, ara identificada em Ervedal (*Avis*), dedicada, de facto, à divindade *Fontano* (ou *Fontanae*). É que, no texto, vem bem explícito de que não se trata de um caso de saúde, mas sim da descoberta de um manancial — *ob aquas inventas* — importante, por conseguinte, para os trabalhos agrícolas. E foi de um dos escravos, *Threptus*, seguramente aquele que mais directamente estava ligado à lavoura (porventura, o *vilicus*) que partiu a iniciativa, a que não hesitou em associar o seu *dominus*, *Caius Appuleius Silo*.

<sup>15</sup> IRCP 56.



Fig. 3. Ex-voto às Águas Sagradas das Caldas de Monchique  
Fonte: IRCP 56

#### 4. OUTRAS DIVINDADES SALUTÍFERAS

Na igreja de S. Tiago, nos arredores de Elvas, terá sido encontrada uma epígrafe<sup>16</sup>, de que André de Resende nos dá conta, em que a divindade venerada é *Proserpina* a que se juntou, aqui, o epíteto de *servatrix*, no sentido evidente de «protectora», «salvadora», confirmado, aliás, pelo facto de o dedicante, *Caius Vettius Silvinus*, expressamente indicar o motivo que o levou a agradecer, de mui livre vontade, a intervenção da divindade: *pro Eunoide Plautilla coniuge sibi restituta*. O monumento perdeu-se; cremos, porém, não haver razão para se duvidar da sua autenticidade. A interpretação mais verosímil leva-nos a pensar na tábuca de milagres de que falávamos atrás: a senhora estava em risco de vida, Silvino invocou Prosérpina e teve a esposa de volta com saúde, quando já a julgara perdida para sempre. Se, todavia, levássemos o «caso» mais à letra, poderíamos contar uma outra história e este monumento perderia o direito a ser incluído aqui. É que, de acordo com a mitologia, Prosérpina era uma das mais belas deusas romanas; seduzido pelos seus encantos, Plutão não resistiu, ao vê-la no jardim a colher flores:

<sup>16</sup>IRCP 572.

raptou-a e casou com ela, perante o desespero da mãe devido ao súbito desaparecimento da filha. Terá Silvino passado por desgosto igual e conseguido, alfim, por intercessão da deusa, que Eunois lhe fosse restituída? Não se dirá que são desprovidos de senso os termos aqui utilizados e, caso esta última versão amorosa se haja verificado mesmo, Prosérpina continuará a manter a sua beleza; contudo, não lhe poderemos atribuir dotes salutíferos!...

A uma outra divindade se começou a acreditar que poderia ter dotes de curandeiro: Endovélico. Isto porque uma das esculturas que dele nos havia chegado parecia representar um «hemiplégico», uma vez que se evidenciava «uma deformação patológica na perna esquerda»<sup>17</sup>, Explicou Scarlat Lambrino que não era defeito nenhum, mas sim que, por inabilidade, o escultor quisera representar a divindade em andamento e, daí, a diferença de tamanho das pernas: a direita estava mais curta do que a outra. Daí que peremptoriamente haja afirmado que Endovélico não poderia considerar-se um deus médico, uma vez que Esculápio era conhecido e «seria difícil haver duas divindades médicas, poderosas e com prestígio na mesma região»; nada indica que o *oráculo* seja de natureza médica e, finalmente, «não existe qualquer fonte de água medicinal perto»<sup>18</sup>. Afirmar Carla Alves Fernandes<sup>19</sup> que, «rigorosamente, a questão permanece em aberto»; creio que não, embora — como atrás se referiu em relação ao carácter globalizante, digamos assim, das divindades — José Cardim Ribeiro possa, nesse mesmo volume<sup>20</sup>, afirmar, sem aparentes reticências: «*Endovellicus* apresenta-se, essencialmente, como um deus tutelar, em simultâneo tópico, infernal e salutífero».

Em Serpa, identificou-se um altar cuja inscrição diz o seguinte: DEAE MEDICAE / PROCLA / RVFI · FILIA / D · EX · V · A · L · S. Ou seja, uma indígena, Procla, filha de Rufo, ofereceu este ex-voto — *donum ex voto animo libens solvit* — à Deusa Médica<sup>21</sup>. «Deusa Médica» constitui designação genérica, aplicável, neste caso, à divindade que Procla invocou, que nós, todavia, agora não logramos identificar<sup>22</sup>. Se *Medica* é, como o próprio epíteto indica, salutífera; e se Procla lhe ofereceu um ex-voto, seguramente foi em virtude de um favor recebido no domínio da saúde.

<sup>17</sup> RIBEIRO, 2002: 385, fig. 39.

<sup>18</sup> LAMBRINO, 1951: 116-117, que assim sintetizei em ENCARNAÇÃO, 1975: 183.

<sup>19</sup> *Apud* RIBEIRO, 2002: 385.

<sup>20</sup> RIBEIRO, 2002: 84.

<sup>21</sup> ENCARNAÇÃO *Apud* LOPES *et al.*, 1997: 121 e 149-150.

<sup>22</sup> Alicia Maria Canto (CANTO, 1997: 167) sugere que se trata da divindade *Ataecina*, não dando outra justificação que não a de estarmos «en un contexto betúrico», onde essa divindade é muito venerada.



Fig. 4. Altar dedicado a uma Deusa Médica. De Serpa

## 5. ESCULÁPIO

Esculápio será, por excelência, o «deus da Medicina» e a ele se recorrerá, de modo especial, em caso de doença ou para obter a sua salutar protecção. Tal não significa, todavia, adiante-se, desde já, que todas as epígrafes dedicadas ao deus só tenham essa conotação. Vasco Mantas<sup>23</sup> já teve ensejo de o relacionar com Apolo e até eu ousaria interrogar-me se a tão conhecida epígrafe de *Olisipo*, o pedestal mandado fazer por dois augustais, Marco Afrânio Eudoro e Gaio Fábio Daphno, e aparentemente por eles expressamente oferecido ao município<sup>24</sup> é manifestação religiosa ou, antes, atitude política. Claro, assim se invoca a protecção de Esculápio sobre a cidade, como que a augurar que dela o deus afaste com eficácia todas as pestilências — e, desse ponto de vista, poderemos, sem receio, ver aqui uma divindade salutífera<sup>25</sup>. Contudo, a outra epígrafe dedicada a Esculápio em *Olisipo*, essa sim, vem acentuar o carácter político atribuído a tal culto na cidade, pois que se lhe junta o epíteto *Augustus*, a implicar

<sup>23</sup> MANTAS, 2002a.

<sup>24</sup> SILVA, 1944: n.º 103.

<sup>25</sup> «Termas da Rua da Prata» se designou o local durante muito tempo, pois, por se encontrar abaixo do nível freático, dali brotava água, que se entendeu ser «milagrosa», devido à inscrição ao deus da saúde. Classifiquei esses vestígios como criptopórtico (1973) e, agora, essa é a designação que prevalece, embora, aquando da sua periódica reabertura ao público, haja quem se muna de garrações para os trazer cheios da «água milagrosa».

uma ligação expressa ao poder imperial, tanto mais que nessa dedicatória<sup>26</sup> intervêm uns *cultores Larum*, «veneradores dos Lares», quais membros de uma confraria de zeladores da integridade social da urbe.

Sem dúvida, a epígrafe mais conhecida de Esculápio na Lusitânia ocidental é a ara de consideráveis dimensões encontrada em Miróbriga (Santiago do Cacém). Pensara-se que era uma placa<sup>27</sup>, mas, ao retirar-se da parede onde, durante séculos, estivera, verificou-se ser uma ara, passível, até, de ter sido originalmente colocada no fórum da cidade<sup>28</sup>.

Muito se tem comentado o texto, pela riqueza informativa que contém e logo em IRCP 144 tentei dar conta das questões que a epígrafe levantava; limitar-me-ei, por consequência, a dois ou três aspectos que poderão ser considerados essenciais no âmbito de uma reunião científica sobre as ciências da saúde.

Em primeiro lugar, poderá não ser despiciendo evocar aqui a opinião de Scarlat Lambrino<sup>29</sup>, segundo a qual a junção da palavra *deus* a um teónimo claramente romano pode assumir um duplo significado: acentua o carácter divino do nome perante uma população que poderia não o entender, por não estar familiarizada com ele ou manifestar dessa forma que, sob essa nova designação, se estava a referir uma divindade nova que assumia as características, os poderes de uma divindade indígena que a população já venerava. Ou seja, Esculápio era, sem dúvida, um culto tradicional em Miróbriga.

Aliás, e este é o segundo aspecto a focar, na base dessa tradição estará a atitude do *medicus Pacensis, Caius Attius Ianuarius*, de algo ter legado, por testamento, em virtude de a *splendidissima ordo* da cidade lhe ter concedido o privilégio de haver presidido (*quo ei praestiterit*) aos festejos (*quinquatri[...]um*) em honra do deus. Confesso que não tem sido esta a interpretação dada ao texto e eu próprio não a considereei ao estudá-lo; contudo, não se me afigura, neste momento, ilógica, atendendo a que o *medicus* louva os *merita* dos organizadores e o mais plausível — atendendo ao teor da epígrafe — é que o legado tenha sido o próprio altar, de cuja erecção encarregou *Fabius Isas*, seu herdeiro.

---

<sup>26</sup> SILVA 1944: n.º 31.

<sup>27</sup> IRCP 144.

<sup>28</sup> ENCARNAÇÃO, 2010b: 122.

<sup>29</sup> LAMBRINO, 1965: 226.



Fig. 5. Ara de Miróbriga referente a um *medicus Pacensis*

Fonte: IRCP 144

Creio ser, na verdade, esta uma boa forma de concluir a panorâmica sobre os testemunhos epigráficos deixados pelos Romanos em honra das divindades salutíferas na Lusitânia ocidental. Um médico, originário da capital do *conventus* (*Pax Iulia*, actual Beja), que — sem dúvida pelos seus serviços em prol da população em geral, não apenas a de *Pax Iulia* ou a de *Mirobriga* — é convidado pelos magistrados desta última cidade a vir presidir aos festejos que em honra de Esculápio ali se organizaram, mui provavelmente na sequência de uma tradição, quiçá anual.

Tem outro aspecto agradável terminar assim, porque claramente se patenteia que os deuses tinham seus poderes e por intercessão deles muitas curas se operariam; contudo, não seria de depreciar o importante papel que o saber dos médicos na comunidade haviam de desempenhar.

## BIBLIOGRAFIA

- BLÁZQUEZ, José María (2002) — *Cultos e devoções de cariz aquático no Ocidente em contextos paleohispânicos*. In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 21-24.
- BRANDÃO, Domingos de Pinho (1959) — *Inscrições romanas do balneum de Lafões*. «Beira Alta», n.º 18, 3-4. Viseu: [s.n.], p. 229-264.
- CAESSA, Ana Isabel de Sá (1990) — *As ninfas: divindades locais? (A propósito de um artigo de Santos Júnior e Mário Cardoso)*. In *Homenagem a J. R. dos Santos Júnior*, I. Lisboa: I.I.C.T., p. 143-149.
- CANTO, Alicia Maria (1997) — *Epigrafía Romana de la Beturia Céltica*. Madrid: UAM Ediciones.
- DIEZ DE VELASCO, Francisco (2002) — *O Balneário de Baños de Montemayor. Inscrições votivas*. In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 141-144.
- ENCARNAÇÃO, José d' (1973) — *Criptopórtico romano no subsolo de Lisboa, em plena Baixa*. «Jornal da Costa do Sol» [Cascais], p. 4 e 6. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/12960>>.
- \_\_\_\_ (1975) — *Divindades indígenas sob o domínio romano em Portugal: subsídios para o seu estudo*. Lisboa: IN-CM.

- \_\_\_\_ (2010a) — *Epigrafia — As Pedras que Falam*. 2.ª edição, revista e aumentada. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- \_\_\_\_ (2010b) — *Das inscrições em foros de cidades do Ocidente lusitano-romano*. In NOGALES BASARRATE, Trinidad, ed. — *Cidade e Foro na Lusitânia Romana*. Mérida: Museo Nacional de Arte Romano, p. 121-126. (Série Studia Lusitana n.º 4). Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/13495>>.
- ESTEBAN ORTEGA, Julio (2013) — *Corpus de Inscripciones Latinas de Cáceres. III. Capera*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- FERNANDES, Luís da Silva (2002) — *As Águas e o Factor Religioso na Província Romana da Lusitânia*. In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 131-140.
- GARCIA, José Manuel (1987) — *Da epigrafia votiva de Conimbriga*. «Conimbriga», n.º 26: Coimbra: Instituto de Arqueologia, p. 39-59.
- HELENO, Manuel (1922) — *Antiguidades de Monte Real*. «O Arqueólogo Português», n.º 25. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 1-98.
- IRCP = ENCARNAÇÃO, José d' (2013) — *Inscrições Romanas do Conventus Pacensis — Subsídios para o Estudo da Romanização*. Coimbra: Instituto de Arqueologia. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/578>>. O número indica o número da inscrição no catálogo.
- LAMBRINO, Scarlat (1951) — *Le dieu lusitanien Endovellicus*. «Bulletin des Études Portugaises et de l'Institut Français au Portugal», nova série, XV. Lisboa: Instituto Francês em Portugal, p. 93-146.
- \_\_\_\_ (1965) — *Les cultes indigènes en Espagne sous Trajan et Hadrien*. In *Les Empereurs Romains d'Espagne (Actes du Colloque International sur les Empereurs Romains d'Espagne – Madrid, 1964)*. Paris: Colloque International sur les Empereurs Romains d'Espagne, p. 223-242.
- LOPES, Maria Conceição; CARVALHO, Pedro C.; GOMES Sofia M. (1997) — *Arqueologia do Concelho de Serpa*. Serpa: Câmara Municipal de Serpa.
- MANTAS, Vasco Gil (2002a) — *Da Vitória militar à Vitória médica e à protecção das mulheres*. In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 119-123.
- \_\_\_\_ (2002b) — *Na mira da perfeição das artes e dos homens: Apollo e seu filho Aesculapius*. In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 125-130.
- RIBEIRO, Ana (2002) — *Manifestações particulares de devoção: as ámulas de Conimbriga*. In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 193-199.
- RIBEIRO, José Cardim (2002) — «Endovellicus». In RIBEIRO, J. Cardim, coord. — *Religiões da Lusitânia — Loquuntur Saxa*. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 79-90.
- SALGADO, Frei Vicente (1786) — *Memórias Eclesiásticas do Reino do Algarve*. Lisboa.
- SILVA, Augusto Vieira da (1944) — *Epigrafia de Olisipo (Subsídios para a História da Lisboa Romana)*. Lisboa: Câmara Municipal.

# MÉDICOS, ARQUEÓLOGOS E EPIGRAFISTAS NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX\*

PEDRO MARQUES<sup>†</sup>

## 1. INTRODUÇÃO

Quando efectuámos a investigação para o nosso doutoramento constatámos que alguns médicos, ou melhor, licenciados em Medicina, se dedicaram, com maior ou menor relevo, à epigrafia do período romano, assim como à arqueologia, no decorrer da segunda metade do século XIX<sup>1</sup>.

Neste trabalho editamos uma análise sumária sobre Francisco António Rodrigues de Gusmão, Augusto Carlos Teixeira de Aragão e José Henriques Pinheiro. Reservamos para trabalhos futuros Augusto Filipe Simões e José Leite de Vasconcelos.

Ainda que todas estas personalidades sejam conhecidas do meio arqueológico, o seu contributo para a Epigrafia e para a Arqueologia permanece pouco estudado, à excepção de José Leite de Vasconcelos. Deste modo, existe um particular interesse em abordarmos os seus labores, importância acrescida no âmbito de um Congresso sobre História das Ciências da Saúde, cujas actas ora se publicam.

Rodrigues de Gusmão trabalhou fundamentalmente em Coimbra, São Salvador de Aramenha e Portalegre. As investigações de Teixeira de Aragão situaram-se em Tavira, Milreu, Faro e Citânia de Briteiros. Henriques Pinheiro efectuou pesquisas

---

\* Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> MARQUES, 2016.

principalmente na região de Bragança, impulsionando os estudos arqueológicos e epigráficos neste território.

## 2. FRANCISCO ANTÓNIO RODRIGUES DE GUSMÃO

Rodrigues de Gusmão (06/01/1815-22/02/1888) formou-se em Medicina e Cirurgia na Universidade de Coimbra em 1844<sup>2</sup>. Durante o tempo que passou nesta cidade a estudar, interessou-se também pelos monumentos, tendo editado vários artigos<sup>3</sup>. Nestes primeiros trabalhos destacamos a utilização da epigrafia como fonte histórica. Referimo-nos especialmente à inscrição medieval relativa à construção da torre Quinária ou de Hércules, do castelo de Coimbra, pelo rei D. Sancho I. No contexto deste monumento epigráfico, surge outra inscrição, mas à qual Gusmão diplomaticamente retirou credibilidade e que hoje se considera falsa<sup>4</sup>. Quanto à epigrafia do período romano, limitou-se a indicar António Coelho Gasco, Frei Amador de Arrais e Leitão de Andrade, acerca dos monumentos de Condeixa-a-Velha, *Conimbriga*<sup>5</sup>.

No ano de 1855 tornou-se médico em Portalegre<sup>6</sup> e nesta região debruçou-se sobre vários monumentos, especialmente as ruínas de São Salvador de Aramenha. Neste local situou a cidade de *Medobriga*, na esteira de André de Resende, Frei Amador de Arrais e Frei Bernardo de Brito, entre outros autores<sup>7</sup>. Quando referiu os monumentos arqueológicos do período romano, apenas os enumerou, consistindo em «columnas de diferentes grandezas, capiteis, amphoras, cantarias de vários labores, medalhas de prata e bronze, [...] lapides com diferentes inscrições [...]»<sup>8</sup>. Duas epígrafes receberam um maior destaque, apresentando os textos e num caso a respectiva interpretação e tradução<sup>9</sup>.

Anos depois destas publicações, e enquanto sócio correspondente da Real Associação dos Arquitectos Civis e Arqueólogos Portugueses, escreveu artigos sobre São Salvador de Aramenha para o periódico desta instituição, o «Boletim de Architectura e de Archeologia». Contudo, à excepção de 14 moedas, descrevendo o anverso e o reverso, praticamente todo o resto do trabalho editado constituiu uma cópia do que inserira no «Archivo Pittoresco», na década anterior<sup>10</sup>.

A cópia abrangeu igualmente os dois monumentos epigráficos. Registamos que Gusmão não citou o Duque de Lafões, de 1797, Gama Xaro, de 1850, nem o *CIL* de

<sup>2</sup> SILVA, 2009: 93.

<sup>3</sup> GUSMÃO, 1842a: 318-319, 358, 395, 464-466, 476-477, 543-544; GUSMÃO, 1842b: 31-32.

<sup>4</sup> GUSMÃO, 1842a: 318-319; BARROCA, 2000: 530-538, n.º 205.

<sup>5</sup> GUSMÃO, 1842a: 358.

<sup>6</sup> SILVA, 2009: 94-96; MARQUES, 2016: 423.

<sup>7</sup> GUSMÃO, 1861: 394-395, 402-404.

<sup>8</sup> GUSMÃO, 1861: 395.

<sup>9</sup> GUSMÃO, 1861: 395, 402.

<sup>10</sup> GUSMÃO, 1861: 394-395, 402-404; GUSMÃO, 1874-1876: 45-46, 70-71, 152-153; SILVA, 2009: 94; MARQUES, 2016: 423.

Hübner, publicado em 1869, talvez por não conhecer as obras ou por não ter acesso a elas. Por outro lado, o sábio alemão efectuou a referência bibliográfica nos *Additamenta* do volume IV da *EE*, e depois no *Supplementum*. O seu comentário consistiu apenas numa palavra, «male», indicando assim que as leituras estavam incorrectas. De facto, as leituras do erudito germânico são diferentes, na terceira linha em *CIL* II 159, e em reconstituições, duas letras e uma palavra em *CIL* II 160, aproximando-se estas lições das leituras recentes de José d'Encarnação<sup>11</sup>.

Gusmão editou outro trabalho de arqueologia no «Boletim de Architectura e de Archeologia». Consistiu na recensão crítica à obra *Noções Elementares de Archeologia* de Joaquim Possidónio da Silva. O médico demonstrou aqui conhecer monumentos arqueológicos de várias épocas e a respectiva bibliografia, alguma da qual sua contemporânea. Citou Pereira da Costa a respeito dos dólmenes, Luiz Azevedo sobre o teatro romano de Lisboa, o relatório de Teixeira de Aragão acerca da necrópole da cidade romana de *Balsa*, e Augusto Filipe Simões para a Alta Idade Média. No final, copiou o texto de Possidónio da Silva sobre a arquitectura dos templos romanos<sup>12</sup>.

Gusmão também se interessou pelos monumentos de Portalegre, publicando uma inscrição do período romano<sup>13</sup>. Pelo artigo diríamos que o médico teria observado directamente a inscrição. No entanto, a paginação que apresenta está incorrecta e, se o *T* de *POT*, no final da quarta linha, não se encontra tão visível como os outros caracteres, o *S* de *COS*, no início da quinta regra, é evidente. Uma vez que a leitura é clara, inclinamo-nos a considerar que Gusmão não terá analisado a epígrafe pessoalmente ou não seguiu uma metodologia propriamente científica, estabelecida de resto por Hübner<sup>14</sup>.

Durante muito tempo os autores basearam-se nesta epígrafe para localizar em Portalegre a cidade romana de *Ammaia*. Gusmão também indicou esta tese. Hübner questionou esta localização, mas a correcta localização de *Ammaia* em São Salvador de Aramenha teve que esperar pelo século seguinte. Em 1935, Leite de Vasconcelos descobriu um monumento epigráfico neste último local que permitiu esclarecer a questão<sup>15</sup>.

No ano de 1882, o Instituto de Coimbra foi incumbido pela Câmara Municipal de Coimbra de realizar o questionário da Comissão dos Monumentos Nacionais, relativo aos monumentos do concelho. A Secção de Arqueologia nomeou os sócios Rodrigues de Gusmão, Adolfo Ferreira de Loureiro e João Correia Aires de Campos

<sup>11</sup> GUSMÃO, 1861: 395, 402; *CIL* II 159-160; GUSMÃO, 1874-1876: 70; *EE* IV ad. 159-160; *CIL* II — S ad. 159-160; *IRCP* 617, 618; SILVA, 2009: 94; MARQUES, 2016: 398, 402, 423, 457.

<sup>12</sup> GUSMÃO, 1877-1879: 4-6.

<sup>13</sup> GUSMÃO, 1867: 153-155; GUSMÃO, 1877-1879: 56-57, 77-78, 92-93, 108-109; GUSMÃO, 1880-1882: 24-25.

<sup>14</sup> GUSMÃO, 1880-1882: 24-25; *CIL* II 158; *IRCP* 616; MARQUES, 2016: 24-29.

<sup>15</sup> *CIL* II, 20-21; GUSMÃO, 1880-1882: 25; VASCONCELOS, 1935: 5-9; *IRCP* 615; GUERRA, 1998: 273-274, 528-529.

para o concretizar<sup>16</sup>. A escolha de Gusmão foi para nós clara, na medida em que já editara vários artigos sobre os monumentos da cidade<sup>17</sup>. No âmbito da arqueologia e da epigrafia, o relatório referiu somente três machados do Neolítico e várias inscrições de diversos períodos, entre as quais do período romano, indicando o lugar de descoberta, o seu paradeiro e respectiva bibliografia<sup>18</sup>.

### 3. AUGUSTO CARLOS TEIXEIRA DE ARAGÃO

Teixeira de Aragão (15/06/1823-29/04/1903) formou-se em Medicina pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, exercendo a sua actividade no exército. Aragão destacou-se principalmente na área da Numismática, sendo considerado um dos pais desta área do saber, especialmente graças à sua obra *Descrição Geral e História das Moedas Cunhadas em nome dos Reis, Regentes e Governadores de Portugal*, em três tomos, editada entre 1874 e 1880. Foi conservador do Gabinete Real do rei D. Luís I sito no Palácio da Ajuda, nomeado em 1867. No âmbito da Arqueologia e da Epigrafia, a actividade de Aragão cingiu-se especialmente às localidades de Tavira, Milreu, Faro e Citânia de Briteiros<sup>19</sup>.

As investigações em Tavira e nos seus arredores foram realizadas quando trabalhou no hospital militar desta cidade, como cirurgião-mor, entre 1853 e 1858. Depois, em 1868, efectuou novas investigações<sup>20</sup>.

No decorrer da primeira estadia, concluindo que no espaço urbano não existiam elementos do período romano, efectuou pesquisas nos seus arredores, em Santa Luzia, Quinta das Antas e Quinta de Torre de Ares<sup>21</sup>.

Em Santa Luzia, cingiu-se a enumerar os vestígios, exceptuando-se as moedas, que descreveu e datou sumariamente, excepção natural tendo em conta o seu especial interesse pela numismática. A epigrafia foi também algo privilegiada, uma vez que recolheu três inscrições no hospital, oferecendo uma, escrita em grego, a Estácio da Veiga, em 1856, que a publicou na década seguinte, com uma análise de Emílio Hübner. Desconhecemos quais são as outras duas epígrafes<sup>22</sup>.

Na Quinta das Antas, acompanhou as escavações de um cemitério, que reputou do período visigótico, descrevendo-o com bastante pormenor, inclusive apresentando medidas. Também expôs as construções e listou os objectos identificados perto deste

<sup>16</sup> AA.VV., 1883: 139-144; LOUREIRO *et al.*, 1883: 179-192; CAMPOS, 1883: 328-336, 425-432, 473-478, 521-528; FERREIRA, 2012: 78-79.

<sup>17</sup> GUSMÃO, 1842a: 318-319, 358, 395, 464-466, 476-477, 543-544; GUSMÃO, 1842b: 31-32; GUSMÃO, 1865: 330-331.

<sup>18</sup> LOUREIRO *et al.*, 1883: 188-189, 191-192.

<sup>19</sup> VASCONCELOS, 1904: 134-142; CORDEIRO, 1974: 9-13; PIMENTA-SILVA, [s.d.]; MARQUES, 2016: 425-426.

<sup>20</sup> ARAGÃO, 1868; VASCONCELOS, 1904: 134, 139.

<sup>21</sup> ARAGÃO, 1868: 6-11.

<sup>22</sup> VEIGA, 1866: 24-28; ARAGÃO, 1868: 8-9. Cf. *IRCP* 73-90.

local. À semelhança do que efectuara com as moedas de Santa Luzia, especificou as datações das moedas que ali obtivera<sup>23</sup>.

A respeito da Quinta de Torre de Ares, perante a grande quantidade de achados arqueológicos, considerou localizar-se aqui a cidade romana de *Balsa*, de resto na esteira de Estácio da Veiga, primeiro investigador a defender esta hipótese, que, contudo, alargava a *urbs* à Quinta das Antas<sup>24</sup>. Foi afortunado na visita a este espaço, pois havia sido descoberto recentemente um monumento epigráfico. A leitura do texto desta inscrição que apresentou no seu *Relatório*, é igual à que se considera actualmente, à excepção de uma letra e do desdobramento das abreviaturas<sup>25</sup>. Quanto à diferença da letra, o *G* de *GEMINAE* difere dos restantes *Cs*, apresentando um pequeno traço vertical, pormenor que transforma esta letra inequivocamente num *G*<sup>26</sup>.

Durante esta estadia no Algarve, visitou as ruínas de Milreu e a cidade de Faro. Perante os elementos arqueológicos que observou nas duas localidades, considerou que a cidade romana de *Ossonoba* não se localizaria naquele monumento, ao contrário do que a investigação sua contemporânea defendia, e que incluía Estácio da Veiga e posteriormente Leite de Vasconcelos. Assim, situou a cidade romana em Faro, antecedendo as escavações arqueológicas do século seguinte, realizadas entre as décadas de 30 e 50, e cujos resultados permitiram esclarecer definitivamente a questão<sup>27</sup>.

Aragão concretizou, em Agosto de 1868, as primeiras escavações arqueológicas no cemitério localizado na Quinta do Arroio, Luz, Tavira. Desta vez, o autor descreveu as estruturas e os vários objectos, não apenas as moedas, contrariamente ao que efectuara antes. Isto permitiu que as marcas de oleiro patentes em lucernas fossem incluídas no *Supplementum* de Hübner. A leitura que publicou do texto de uma epígrafe foi praticamente seguida por este epigrafista alemão, o que corrobora a qualidade do seu trabalho neste âmbito. Recentemente, José d'Encarnação corrigiu a leitura, com diferenças em cinco letras<sup>28</sup>.

No ano de 1877, Aragão foi convidado por Martins Sarmiento para estar presente na Conferência Arqueológica da Citânia. Este encontro de vários arqueólogos incluiu uma visita ao sítio arqueológico da Citânia de Briteiros. A propósito desta visita, o cirurgião-mor redigiu algumas e interessantes observações. Efectuou uma súmula histórica, teceu considerações sobre as construções e os objectos, destacando mais uma vez as moedas. Apresentou monumentos epigráficos, incluindo inscrições rupestres e marcas de oleiro, com leituras fundamentalmente correctas e seguidas por Hübner,

<sup>23</sup> ARAGÃO, 1868: 9-10.

<sup>24</sup> VEIGA, 1866; ARAGÃO, 1868: 10-11; *IRCP* 86; VIEGAS, 2011: 28-29, 259-261.

<sup>25</sup> ARAGÃO, 1868: 10-11; *IRCP* 86.

<sup>26</sup> *IRCP* 86.

<sup>27</sup> ARAGÃO, 1868: 11-12; VIEGAS, 2011: 32-33, 79, 84-88.

<sup>28</sup> ARAGÃO, 1868: 13-20; *CIL* II — S 5173, IV, 6256.16, 6256.35; *IRCP* 87.

além de procurar paralelos noutras epígrafes para a onomástica. Aragão demonstra ter consciência do valor dos monumentos epigráficos e dos objectos numismáticos, enquanto documentos históricos autênticos e, por isso, essenciais na realização de estudos arqueológicos devidamente fundamentados<sup>29</sup>.

#### 4. JOSÉ HENRIQUES PINHEIRO

Henriques Pinheiro (20/02/1835-07/10/1904) formou-se em Farmácia e depois em Medicina no ano de 1857, na Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Desconhecemos por quanto tempo, ou mesmo se exerceu. Em 1863 foi nomeado professor de Francês, Geometria e Desenho no Instituto de Guimarães, passando em 1870 para o Liceu de Bragança, onde foi nomeado reitor em 1887. Foi ainda procurador da Junta Geral do distrito de Bragança e vogal da Comissão Distrital<sup>30</sup>.

Henriques Pinheiro terá iniciado as suas actividades arqueológicas na sequência de um pedido de Martins Sarmento, que desejava encontrar as duas aras dedicadas ao deus Aerno, de Castro de Avelãs, conhecidas desde o trabalho de Francisco Xavier Ribeiro de Sampaio, de 1783. Deste modo, procedeu a diversas pesquisas na região e, financiado pela Sociedade Martins Sarmento, efectuou escavações no Castro de Avelãs em 1887. Escavou estruturas e necrópoles, descrevendo o decorrer dos trabalhos com algum pormenor<sup>31</sup>.

As suas pesquisas foram bastante frutuosas, inclusive em termos epigráficos. Das 15 inscrições do período romano que publicou, de Castro de Avelãs, Castro de Sacóias, Castrelos, Gostei e Lagomar, apenas três eram já conhecidas, a que se acrescentavam seis<sup>32</sup>. Borges de Figueiredo tinha editado estes seis monumentos epigráficos inéditos, sendo cinco de Castro de Avelãs e um do Castro de Sacóias. A prévia impressão das epígrafes de Castro de Avelãs deveu-se ao seguinte. Após a notícia inicial das recentes descobertas neste local, o Presidente do Conselho de Ministros e Ministro do Reino incumbiu Borges de Figueiredo de fiscalizar os trabalhos. De modo a cumprir a sua missão, este investigador dirigiu-se ao norte do país, tomando conhecimento em primeira mão das inscrições. No seu relatório, editado na revista que dirigia, inseriu-as, sem aparentemente ter pedido autorização ao descobridor e mesmo avaliando os trabalhos de forma negativa. Esta situação causou alguma mágoa em Martins Sarmento, que imputou ao «fiscal» a responsabilidade da paragem dos trabalhos arqueológicos<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> ARAGÃO, 1887: 39-45; *CIL* II — S 5587, 5589, 5595, 5597, 5598, 5601; MARQUES, 2016: 405-406.

<sup>30</sup> FORTES, 1905-1908: 482; CARDOZO, 1947: 114-115; REDENTOR, 2002: 37-38; MARQUES, 2016: 421-422.

<sup>31</sup> PINHEIRO, 1888: 71-96; CARDOZO, 1947: 114-115; REDENTOR, 2002: 37-38.

<sup>32</sup> *CIL* II 2514, 2606, 2607; PINHEIRO, 1888: 71-96; PINHEIRO, 1889: 53-57; *CIL* II — S 5619, 5652-5656, 6215-6217, 6293; REDENTOR, 2002: 46-47, 48-50, 61-62, 77-79, 86-88, 114-115, 124-126, 137-138, 146-147, 159-160, 163, 175, 177-179, 181-182 (n.ºs 1, 3, 12, 25, 32, 57, 64, 65, 75, 83, 96, 101, 121, 127, 129); MARQUES, 2016: 406-407, 421-422.

<sup>33</sup> FIGUEIREDO, 1887: 85-93; SARMENTO, 1887: 228; PINHEIRO, 1888: 71-96; *CIL* II — S 5619, 5652-5655, 6216; CARDOZO, 1947: 114-115; REDENTOR, 2002: 77-79, 86-88, 124-126, 137-138, 181-182 (n.ºs 25, 32, 64, 65, 75, 129); MARQUES, 2016: 406-407, 419-420.

Anos depois, entre 1890-1891, Henriques Pinheiro escavou o monumento megalítico de Donai, tendo sido o intermediário na aquisição deste pela Sociedade vimaranense, o que em 1926 suscitava sentimentos de repulsa por parte do pároco local<sup>34</sup>.

Na sequência das suas investigações, saiu a lume a obra *Estudo da Estrada Militar Romana de Braga a Astorga*, em 1895<sup>35</sup>. Além da pesquisa respeitante à via entre as duas cidades romanas, *Bracara Augusta* (Braga) e *Asturica Augusta* (Astorga), abarcou informações de outros monumentos e objectos de outros períodos. Neste livro incluiu os 15 monumentos epigráficos estudados na década anterior, aos quais acrescentou outros dois de Castro de Sacóias, um inédito e outro divulgado anteriormente por Borges de Figueiredo<sup>36</sup>.

A opinião a respeito deste livro, da pessoa que o incentivou a efectuar investigações arqueológicas, Martins Sarmiento, teria passado desconhecida, não fora a edição posterior de um manuscrito deste egrégio vimaranense. Este facto corrobora a importância das correspondências para os estudos arqueológicos e epigráficos. Consiste numa carta remetida por Martins Sarmiento a Martins Capela, de 13 de Abril de 1896, onde se lê: «O Pinheiro de Bragança também publicou um estudo sobre as vias romanas. Por mais que lhe pedi que mondasse o Argote, que se deixasse d'etymologias etc. meteu a cabeça e deu uma obra cheia d'horrores de toda a especie. Foi pena, porque podia fazer alguma coisa de geito se seguisse o caminho que lhe indiquei»<sup>37</sup>. Desta passagem, destaca-se a disponibilidade de Martins Sarmiento em ajudar e orientar o trabalho e a falta de preparação bibliográfica de Henriques Pinheiro, contrariamente ao que efectuara anos antes a respeito de Castro de Avelãs, não citando a conhecida obra de Jerónimo Contador de Argote<sup>38</sup>.

As leituras epigráficas das 17 inscrições referidas *supra* foram melhoradas recentemente, por Armando Redentor, verificando-se algumas diferenças nas leituras de Henriques Pinheiro. Em relação a Hübner, constatamos a existência de menos desigualdades<sup>39</sup>.

Não conhecemos outro trabalho de Henriques Pinheiro posterior ao *Estudo da Estrada Militar Romana de Braga a Astorga em que são Determinadas Todas as Estações*

<sup>34</sup> CARDOZO, 1950: 440-444.

<sup>35</sup> PINHEIRO, 1895.

<sup>36</sup> *CIL* II 2514, 2606, 2607; FIGUEIREDO, 1887; PINHEIRO, 1888: 71-96; PINHEIRO, 1889; *CIL* II — S 5619-5620, 5652-5656, 6215-6217, 6293; *EE* VIII 300; REDENTOR, 2002: 46-47, 48-50, 61-62, 77-79, 86-88, 90-91, 113-115, 124-126, 137-138, 146-147, 159-160, 163, 175, 177-179, 181-182 (n.ºs 1, 3, 12, 25, 32, 35, 56-57, 64, 65, 75, 83, 96, 101, 121, 127, 129); MARQUES, 2016: 406-407, 421-422, 430-431, 445.

<sup>37</sup> SARMENTO, 1937: 220.

<sup>38</sup> PINHEIRO, 1888: 73-75; PINHEIRO, 1895; CARDOZO, 1950: 440-441.

<sup>39</sup> *CIL* II 2514, 2606, 2607; PINHEIRO, 1888: 71-96; PINHEIRO, 1889; *CIL* II — S 5619-5620, 5652-5656, 6215-6217, 6293; PINHEIRO, 1895; *EE* VIII 300; REDENTOR, 2002: 46-47, 48-50, 61-62, 77-79, 86-88, 90-91, 113-115, 124-126, 137-138, 146-147, 159-160, 163, 177-179, 181-182 (n.ºs 1, 3, 12, 25, 32, 35, 56-57, 64, 65, 75, 83, 96, 101, 127, 129).

da *Referida Via*<sup>40</sup>. No entanto, transmitiu ainda a Hübner informações sobre outras inscrições, servindo inclusive de intermediário de Francisco Manuel Alves<sup>41</sup>.

O labor de Henriques Pinheiro impeliu o retomar dos estudos epigráficos e arqueológicos na região de Bragança, pois desde o final do século XVIII, com Frei Joaquim de Santa Rosa de Viterbo, que não existiam investigações. Assim, surgiram por exemplo, Albino dos Santos Pereira Lopo, figura central na fundação do Museu Municipal de Bragança, Celestino Beça, que se dedicou aos estudos viários, e Francisco Manuel Alves, Abade de Baçal e figura muito importante na investigação da região<sup>42</sup>.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo desejámos analisar o contributo de três indivíduos licenciados em Medicina para a Arqueologia e para a Epigrafia, esta do período romano.

Rodrigues de Gusmão publicou trabalhos sobre arqueologia e epigrafia de Coimbra, São Salvador de Aramenha e Portalegre. Dos seus artigos, depreendemos que não terá concretizado escavações arqueológicas nos locais, mas somente visitas e pesquisas bibliográficas. Neste âmbito, demonstra erudição na quantidade de bibliografia citada, assim como nalguma actualidade. Contudo, não indicou determinadas obras, quer de autores portugueses, quer do epigrafista alemão Emílio Hübner. Quanto aos materiais arqueológicos, apenas os enumerou, à excepção de moedas de São Salvador de Aramenha, que descreveu. Os monumentos epigráficos foram igualmente privilegiados, considerando-os como fontes históricas. Apresentou os textos das epígrafes de São Salvador de Aramenha e Portalegre. Todavia, as suas leituras contêm alguns erros.

Teixeira de Aragão efectuou trabalhos arqueológicos na região de Tavira. Acompanhou a escavação de um cemitério do período visigótico na Quinta das Antas e escavou um cemitério romano na Quinta do Arroio. Cingiu a cidade de *Balsa* à Quinta de Torre de Ares, não incluindo a Quinta das Antas, contrariamente a Estácio da Veiga e aos estudos actuais. Já sobre *Ossonoba*, também contrariou as propostas suas contemporâneas, mas neste caso situando a cidade onde no século seguinte se confirmou, na cidade de Faro, ao invés de Milreu. Aragão editou ainda um artigo no qual analisou as estruturas da Citânia de Briteiros. Relativamente aos objectos arqueológicos que estudou, destacam-se as moedas, mas também as inscrições, com leituras bastante acertadas. Para este investigador, os monumentos epigráficos e os numismas constituíam fontes históricas e arqueológicas fundamentais para a realização de estudos nesta área do saber.

Henriques Pinheiro efectuou escavações arqueológicas em Castro de Avelãs, assim como noutros locais da região, editando várias inscrições inéditas. A sua última obra constituiu um estudo sobre a via romana entre *Bracara Augusta* e *Asturica Augusta*,

<sup>40</sup> PINHEIRO, 1895.

<sup>41</sup> MARQUES, 2016: 436-437, 445-446.

<sup>42</sup> REDENTOR, 2002: 37-38; MARQUES, 2016: 421-422.

mas considerada por Martins Sarmento um trabalho de pouca qualidade. Henriques Pinheiro também escavou o monumento megalítico de Donai. Apesar das falhas, as suas investigações impulsionaram os estudos arqueológicos e epigráficos da região de Bragança.

## ABREVIATURAS

CIL II = HÜBNER, 1869  
 CIL II — S = HÜBNER, 1892  
 EE IV = HÜBNER, 1881  
 EE VIII = HÜBNER, 1899  
 IRCP = ENCARNAÇÃO, 1984

## BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. (1883) — *Questionario e sua resposta I*. «O Instituto», II série, vol. 30, p. 139-144.
- ARAGÃO, Augusto Carlos Teixeira de (1868) — *Relatorio sobre o cemiterio romano descoberto próximo da cidade de Tavira em Maio de 1868*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- \_\_\_\_ (1887) — *Citania*. «Revista Archeologica e Historica», vol. 1, p. 39-45.
- BARROCA, Mário Jorge (2000) — *Epigrafia medieval portuguesa (862-1422)*. Porto: FCG & FCT.
- CAMPOS, João Correia Aires de (1883) — *Questionario e sua resposta III*. «O Instituto», II série, vol. 30, p. 328-336, 425-432, 473-478, 521-528.
- CARDOZO, Mário (1947) — *Correspondência epistolar entre Emílio Hübner e Martins Sarmento*. Guimarães: Sociedade Martins Sarmento.
- \_\_\_\_ (1950) — *Monumentos arqueológicos da Sociedade Martins Sarmento*. «Revista de Guimarães», vol. 60. Guimarães: Casa de Sarmento, p. 405-486.
- CORDEIRO, Valdemar (1974) — *Do modesto discípulo — Ao mestre Teixeira de Aragão*. «Nummus», vol. X-2.33. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Numismática, p. 9-14.
- ENCARNAÇÃO, José d' (1984) — *Inscrições romanas do Conventus Pacensis. Subsídios para o estudo da romanização*. Coimbra: Instituto de Arqueologia da Faculdade de Letras de Coimbra.
- FERREIRA, Lúcia Rodrigues (2012) — *Instituto de Coimbra: O percurso de uma academia*. Coimbra: Universidade de Coimbra & FCT. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21257/1/IC%20O%20percurso%20de%20uma%20academia.pdf>>. [Consulta realizada em 20/10/2016].
- FIGUEIREDO, António Cardoso Borges de (1887) — *O supposto Brigantium em Castro de Avellãs*. «Revista Archeologica e Historica», vol. 1, p. 85-93.
- FORTES, José (1905-1908) — *Os mortos. José Henriques Pinheiro. Albano Bellino. Joaquim Maria Pereira Botto*. «Portugália: Materiaes para o estudo do povo portuguez», vol. 2, p. 482.
- GUERRA, Amílcar (1998) — *Nomes pré-romanos de povos e lugares do ocidente peninsular*. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento.
- GUSMÃO, Francisco António Rodrigues de (1842a) — *O castello de Coimbra; Fundação de Coimbra; Vista exterior de Coimbra; Vista interior de Coimbra*. «Revista Universal Lisbonense», vol. 1, n.º 27. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, p. 318-319, 358, 395, 464-466, 476-477, 543-544.
- \_\_\_\_ (1842b) — *Vista interior de Coimbra*. «Revista Universal Lisbonense», vol. 2, n.º 40. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, p. 31-32.
- \_\_\_\_ (1861) — *Apontamentos archeologicos*. «Archivo Pittoresco», vol. 4, n.º 9. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, p. 394-395, 402-404.

- \_\_\_\_ (1865) — *O conde D. Sisanando. O seu tumulo*. «Archivo Pittoresco», vol. 8, n.º 42. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, p. 330-331.
- \_\_\_\_ (1867) — *Portalegre*. «Archivo Pittoresco», vol. 10, n.º 20. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, p. 153-155.
- \_\_\_\_ (1874-1876) — *Apontamentos archeologicos*. «Boletim de Architectura e de Archeologia», II série, vol. 1, p. 45-46, 70-71, 152-153.
- \_\_\_\_ (1877-1879) — *Bibliographia — Noções Elementares de Archeologia por J. P. Narciso da Silva; Os templos romanos (Capitulo d'um livro inedito); Memoria historica do mosteiro de Nossa Senhora da Conceição de monjas da Ordem de Cister da cidade de Portalegre*. «Boletim de Architectura e de Archeologia», II série, vol. 2. Lisboa: [s.n.], p. 4-5; 5-6; 56-57, 77-78, 92-93, 108-109.
- \_\_\_\_ (1880-1882) — *Templo do Espirito Santo de Portalegre. Uma antigualha*. «Boletim de Architectura e de Archeologia», II série, vol. 3. Lisboa: [s.n.], p. 24-25.
- HÜBNER, Emil (1869) — *Corpus inscriptionum latinarum. Inscriptiones Hispaniae latinae*. Berlim: Georgium Reimerum, vol. 2.
- \_\_\_\_ (1881) — *Additamenta ad corporis vol. II*. «Ephemeris Epigraphica», vol. 4, p. 3-24.
- \_\_\_\_ (1892) — *Corpus inscriptionum latinarum. Inscriptionum Hispaniae latinarum supplementum*. Berlim: Georgium Reimerum, vol. 2.
- \_\_\_\_ (1899) — *Additamenta nova ad corporis vol. II*. «Ephemeris Epigraphica», vol. 8, p. 351-528.
- LOUREIRO, Adolfo; GUSMÃO, Francisco António Rodrigues de; CAMPOS, João Correia Aires de (1883) — *Questionario e sua resposta II*. «O Instituto», II série, vol. 30, p. 179-192.
- MARQUES, Pedro (2016) — *A epigrafia da Hispania na correspondência epistolar entre Emílio Hübnner e José Leite de Vasconcelos*. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento.
- PIMENTA-SILVA, Miguel [s.d.] — *Aragão, Augusto Carlos Teixeira*. In MATOS, Sérgio Campos, ed. — *Dicionário de historiadores portugueses da Academia Real das Ciências ao final do Estado Novo*. Disponível em <[http://dichp.bnportugal.pt/historiadores/historiadores\\_aragao.htm](http://dichp.bnportugal.pt/historiadores/historiadores_aragao.htm)>. [Consulta realizada em 22/10/2016].
- PINHEIRO, José Henriques (1888) — *Relatório sobre as ruínas romanas descobertas junto da povoação de Castro d'Avellãs no mez de Fevereiro de 1887 e sobre o reconhecimento que nas referidas ruínas fez José Henriques Pinheiro por conta da Sociedade Martins Sarmento*. «Revista de Guimarães», vol. 5. Guimarães: Casa de Sarmento, p. 71-96.
- \_\_\_\_ (1889) — *Duas Inscrições Romanas Inéditas*. «Revista de Guimarães», vol. 6, p. 53-57.
- \_\_\_\_ (1895) — *Estudo da estrada militar romana de Braga a Astorga em que são determinadas todas as estações da referida via*. Porto: Civilização.
- REDENTOR, Armando (2002) — *Epigrafia romana da região de Bragança*. Lisboa: IPA.
- SARMENTO, Francisco Martins (1887) — *Para o pantheon lusitano*. «Revista Lusitana», vol. 1, p. 227-240.
- \_\_\_\_ (1937) — *Cartas de Martins Sarmento ao padre Martins Capela*. «Revista de Guimarães», vol. 47. Guimarães: Casa de Sarmento, p. 217-220.
- SILVA, Joaquim Candeias da (2009) — *Contactos e interrelações na história da medicina da Beira Interior: Lembrança do Dr. Francisco António Rodrigues de Gusmão (1815-1888)*. «Cadernos de Cultura», vol. 23, p. 93-96.
- VASCONCELOS, José Leite de (1904) — *Necrologia*. «O Archeologo Portugues», I série, vol. 9. Lisboa: Museu Nacional de Arqueologia, p. 128-142.
- \_\_\_\_ (1935) — *Localização da cidade de Ammaia*. «Ethnos», vol. 1. Lisboa: Instituto Português de Arqueologia, História e Etnografia, p. 5-9.
- VEIGA, Sebastião Phillippes Martins Estácio da (1866) — *Povos balsenses. Sua situação geográfico-physisca indicada por dous monumentos romanos recentemente descobertos na Quinta da Torre d'Ares distante seis kilometros da cidade de Tavira*. Lisboa: Livraria Catholica.
- VIEGAS, Catarina (2011) — *A ocupação romana do Algarve*. Lisboa: Centro de Arqueologia da Universidade de Lisboa.

**Pedro Marques***In Memoriam*

Não seria suficiente recordarmos o Pedro, autor nesta edição e membro do Instituto Prometheus, apenas com uma pequena nota biográfica. A memória que temos e que escrevemos é diferente.

Ao Pedro era lhe impossível estar parado no mesmo sítio. Fazia parte de si ir atrás do desafio, de estar constantemente em busca de algo novo, único. Um pertinaz curioso, procurava «escavar» toda a informação possível para depois dar uma estrutura simples, limpa, animada e apaixonante ao seu pensamento, oferecendo uma reflexão que estivesse ao alcance de todos.

Por isso, fez um pouco de tudo, desde dar «músculo» aos cacos que encontrava nas escavações (e que lhe trataram de dar um jeito às costas), a divertir multidões em visitas, a animar os colegas perdidos no meio de fontes e documentos, e a procurar um caminho diversificado e novo para a História e a Arqueologia portuguesas.

É penoso sentirmos que não voltaremos a ver o sorriso, a ouvir as histórias e a sentir a sua presença quer seja na mesa de estudo, à mesa de um banquete ou na saída para um passeio. A ti, Pedro, guardar-te-emos com saudade.

Francisco Isaac

E toda a equipa do Instituto Prometheus



**IV**

SAÚDE NO MUNDO MEDIEVAL



# NASCER E MORRER, EM PORTUGAL, NA IDADE MÉDIA

ANA RODRIGUES OLIVEIRA\*

Nascer era a última etapa de um percurso incerto, cujo fim se revelava particularmente ansiado e ainda mais temido. Muitas mulheres pariam com grande perigo de sua vida e, por isso, a confissão e a comunhão eram aconselhadas às mulheres prestes a dar à luz.

Na verdade, os partos de alto risco que provocavam a morte das parturientes faziam parte do quotidiano medieval, reflectindo tanto o predomínio de gravidezes prejudicadas por deficientes condições alimentares e sanitárias como as dificuldades sentidas pela medicina então praticada no lidar com imprevistos, complicações e emergências que poderiam surgir durante o parto.

A angústia por um parto difícil bem como a ansiedade sentida pelas incertezas relativas tanto à sobrevivência da mãe e dos filhos como à sua posterior saúde e normalidade também eram responsáveis por várias devoções e invocações. Entre os intercessores sagrados mais evocados, contam-se a Virgem da Expectação ou do Parto (a Virgem Maria grávida) pedindo-lhe que, tal como Ela, conseguissem levar a bom termo as suas gestações e Santa Margarida ou Marinha rogando-lhe para darem à luz com a mesma facilidade com que ela se libertara do ventre do dragão que a devorara, ao rasgar-lhe com uma cruz a barriga por onde depois teria escapado.

E, neste momento de aflição, para além de Santa Marinha e da Virgem da Expectação, também eram invocadas a ajuda e intercessão sagrada dos santos da

---

\*Instituto de Estudos Medievais da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

suadevoção pessoal. Eram conhecidos os sucessos e as graças obtidas por parturientes com partos demorados e difíceis, após lhes ter sido possibilitado o contacto com as relíquias como terra da sepultura ou vestuário outrora pertencente a esses santos ou que, simplesmente, os invocaram.

Por todo o território, muitos mosteiros, conventos e santuários medievais possuíam relíquias relacionadas com a concepção e a maternidade, procuradas por mulheres de todos os grupos sociais. Também entre as mulheres dos vários grupos sociais usavam-se e emprestavam-se objectos e amuletos de vária natureza que se acreditava poderem ajudar neste momento tão difícil e incerto. A rainha D. Isabel de Aragão, no testamento de 1327, deixou ao convento de Santa Clara de Coimbra uma «Santa que mandava pôr às noivas que casavam de sua casa», incumbindo a abadessa que «a empreste aquelas que casarem e que lha tornem depois». Esta «Santa» — uma Virgem com o Menino — por estar centrada na maternidade de Maria, seria considerada um bom augúrio tanto para o casamento como para a procriação. Também D. Beatriz, a rainha do nosso rei Afonso IV, deixou em testamento ao seu neto, o futuro rei D. Fernando, uma taça de ouro com a figura do «Agnus Dei» (o cordeiro místico) que, entre outros atributos, se acreditava propiciar um bom parto.

E não eram raras as mulheres que acreditavam que alguns minerais, pedras preciosas ou metais raros teriam propriedades medicinais, mágicas ou profiláticas. Nesse momento difícil, no qual vida e morte tantas vezes se cruzavam, caldeavam-se e interligavam-se o sagrado e o profano, as crenças e as práticas, as artes dos saberes ocultos e as artes dos saberes médicos. De facto, apesar de profundamente cristã, a sociedade medieval continuou a manter todo um conjunto de ritos mágicos, crenças e superstições, algumas delas que perduraram nos tempos.

Também os tratados médicos hispano-árabes concedem particular atenção aos cuidados a ter durante o parto. Ao começarem as dores, aconselhavam a grávida a caminhar devagar e com intervalos de descanso. Pouco antes do início do parto, recomendava-se, por sua vez, à parteira — que deveria ser uma mulher cuidadosa, de modos suaves e com bons conhecimentos, experiência e instrumentos — fazer sentar a parturiente num cadeirão, de modo a conservar as pernas suspensas. Depois, durante o parto propriamente dito, sugere-se a presença, para além da parteira, sentada em frente da grávida e com as unhas cortadas para melhor apalpar a placenta e receber o bebé, de outras três mulheres: duas de cada lado da parturiente para a segurar com força, animá-la, estimulá-la e confortá-la; outra, para, por detrás dela, a apoiar quando se inclinasse para trás. Por fim, no momento da expulsão da criança, ainda se observa como a parteira deveria tentar cuidadosamente que a cabeça saísse antes dos membros, ao mesmo tempo que lhe competia evitar qualquer deformação<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> CASTRO, 1983: 96-106.

A presença de um médico à cabeceira da parturiente muito raramente se deveria verificar. Por um lado, porque, por razões de pudor, estes eram assuntos só de mulheres. Por outro, porque, sendo o seu número pouco elevado, se tendiam a concentrar nos principais centros populacionais do reino. O trabalho de parto era, assim, um acontecimento privado e doméstico. Participado por uma comunidade feminina, apresentava-se como um momento de convivialidade entre as mulheres da casa, as familiares, as vizinhas e a «comadre», uma mulher mais velha e experiente que, pela prática, se tornara parteira. De uma forma geral, a presença de todas estas mulheres junto da parturiente funcionava como um encorajamento à futura mãe, fazendo-a sentir-se menos solitária naquele momento de dor, medo, ansiedade, angústia, desespero, mas também de esperança e amor.

As complicações do parto relativas ao estado da grávida eram muitas vezes difíceis de resolver. De uma forma geral, resultavam das fortes dores provocadas pelo prolongamento do parto, relacionando-se, quer com problemas do foro psicológico, originados por depressões ou excessiva angústia, quer com a existência de deficientes condições físico-anatómicas, fossem as decorrentes de uma demasiada gordura, fossem as suscitadas pela estreiteza do canal uterino. Acontecia, também frequentemente, mulheres que, após vários dias de sofrimento com dores muito fortes, ficavam exaustas e sem forças para conseguir provocar o nascimento dos filhos.

Das complicações a enfrentar pelas parteiras, as mais temidas relacionavam-se com a deficiente posição do feto no momento do parto. Em tais situações, os manuais de medicina recordavam como as parteiras deveriam ser prudentes e dotadas de grande experiência, ao mesmo tempo que lhes sugeriam diversas indicações sobre a maneira de lidar com as várias posições tomadas pelo bebé ao nascer. De uma forma muito prudente, suave e cuidadosa, deveriam manobrar dentro do útero da progenitora, para que, com gestos precisos, e nos momentos das dores, tentassem rodar o feto e lhe ajeitassem o corpo levando-o a tomar a posição conveniente, tratando, ao mesmo tempo, a parte do corpo já saída, dado ser frequente terminarem os partos difíceis, ou com fetos decepados e arrancados à força, ou com crianças mortas no ventre das mães.

E aqui, mais uma vez, competia às parteiras um papel importante e decisivo. A sua formação médica seria decerto rudimentar, valendo-lhes, principalmente, o vasto repertório de conhecimentos e técnicas que a experiência e a tradição lhes ensinara. Contudo, o facto de alguns tratados de obstetrícia incluírem instruções especificamente dedicadas às parteiras, assim como muitas ilustrações das diversas posições em que se podia encontrar o feto à nascença, leva a supor que algumas pudessem ter sido letradas, ou, pelo menos, capazes de ler<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Sobre os cuidados a ter durante a gravidez e o parto, veja-se OLIVEIRA, 2015: 25-38.

Perante a eminência de um parto funesto para a mãe, extrair o filho ainda vivo e baptizá-lo era considerada uma tarefa prioritária, pois, caso a criança não sobrevivesse, poderia morrer cristã. Importava, sobretudo, preservar a alma de um novo ser, torná-lo cristão e evitar que fosse enterrado dentro do ventre da mãe. Perante a dificuldade ou a inviabilidade do parto normal, poderia recorrer-se a uma cesariana, numa modalidade *post mortem*, se bem que as dificuldades técnicas então inerentes a uma tal intervenção cirúrgica tendessem a torná-la duvidosa, visto poderem sujeitar a parturiente a um sofrimento atroz que não trazia garantias à sobrevivência da criança.

O papel e a responsabilidade das parteiras eram essenciais para a decisão e aplicação de uma cesariana. Antes de mais, competia-lhes avaliar a efectiva morte da parturiente e estarem munidas dos meios e dos conhecimentos necessários ao muito provável baptismo das crianças que não sobreviveriam à cesariana ou morreriam pouco depois de ela ter sido realizada; era, portanto, exigido às «comadres» que, para além de sempre terem perto de si um recipiente com água limpa para efectuar a cerimónia da iniciação cristã dos bebés ainda vivos, soubessem as fórmulas e os rituais correctos a utilizar nessa ocasião. Depois, era também nelas que recaía a responsabilidade da escolha do momento oportuno para realizar a cesariana, já que a sua eficácia, ou seja, a possibilidade de salvar a criança, estava dependente da ocorrência de um curto intervalo de tempo entre a verificação da morte da mãe e a realização da intervenção cirúrgica.

Ora este último preceito não era fácil de cumprir, dado que os partos difíceis se arrastavam por vários dias, até se esgotarem as forças e a vontade das parturientes por entre sucessivos episódios de exaustão e perda da consciência, sendo, portanto, complicado avaliar o exacto momento da morte da grávida. Por isso, quando tardava uma tal verificação, as «comadres» corriam o risco de ver a criança regressar ao interior do útero materno e nele acabar sepultada sem que uma cesariana pudesse vir a ser praticada, permitindo ao bebé viver o suficiente para ser baptizado e enterrado em lugar sagrado, uma vez que se excluía dos cemitérios todos os que não tinham sido iniciados na vida e na crença cristãs.

No seu conjunto, as opções tomadas pelas parteiras no exercício do seu ofício e face à já de si angustiante e dolorosa experiência da morte da parturiente, podiam vir a ser matéria de acusação em justiça. Acabara por baptizar uma criança já morta ou que tivesse morrido à nascença para lhe assegurar o repouso num lugar sagrado embora sem ter dado qualquer hipótese de sobrevivência à mãe, ou, pelo contrário, não lhe administrara esse sacramento a tempo contribuindo para que ela fosse banida do cemitério onde poderia aguardar a ressurreição propiciada pelo Juízo Final<sup>3</sup>?

Para além dos casos de morte, os partos acidentados também eram responsáveis pelo nascimento de crianças depois atingidas por sérios problemas de saúde e mesmo

---

<sup>3</sup> Sobre a importância do baptismo, veja-se OLIVEIRA, 2015: 39-43.

por deformações físico-anatómicas. Em relação à primeira situação podemos referir, a título de exemplo, o caso do infante Fernando, o Infante Santo, que, após um parto complicado de uma mãe muito debilitada,

*trouve de sseu nascimento grandes doenças e muy aficadas. E todo o coiro do corpo se lhe esfolou em tamanhos pedaços, que o coiro da mão saya todo inteiro como se fosse luva e em toda sua vida teve conthinuadamente door de coração<sup>4</sup>.*

Quanto às deformações físicas, podemos citar o caso do alfaiate Afonso Martins que era «*priuado da perna derreita per nascença porque tall nasçera do ventre da sua madre*»<sup>5</sup>.

Contudo, de acordo com os tratados médicos hispano-árabes, as deformidades físicas das crianças eram, em grande parte, atribuídas a problemas ocorridos durante a gravidez, responsabilizando-se as mães, e não tanto as «comadres», já que geralmente eram entendidas como consequências de um útero mal constituído. Nesse sentido, se a criança nascia com os membros retorcidos, tal dever-se-ia ao facto de ser um mau produto de um molde deformado que impedira o correcto desenvolvimento do sémen masculino<sup>6</sup>.

Nascer era apenas ultrapassar um primeiro obstáculo; o espectro da morte continuava a rondar o pequeno ser acabado de sair do aconchego do ventre materno. Completamente indefeso, o recém-nascido ficava, então, à mercê dos cuidados e atenções que lhe pudessem dispensar.

Recorrendo, novamente, aos tratados médicos hispano-árabes estes recomendavam, logo à partida, o resguardo do frio, explicando-se como o bebé deveria ser suavemente recebido nas mãos da parteira e imediatamente colocado sobre um pano seco e levemente aquecido.

Prescrevia-se, depois, a prática de movimentos destinados a testar na criança o funcionamento das articulações e a ossatura das clavículas. Pressionar a bexiga, verificar os reflexos do andar, limpar as narinas e a boca com um pouco de mel para desencadear o apetite e o conseqüente reflexo da mamada, eram os procedimentos a desenvolver posteriormente. Seguia-se a lavagem do bebé em água salgada uma hora antes do banho e devidamente perfumada com plantas aromáticas.

Os mesmos textos explicam como se devia aconchegar o bebé no braço esquerdo e lavá-lo com a mão direita, evitando a entrada de água para os ouvidos, não esquecendo, numa fase final, a limpeza da baba e do interior da boca, sobretudo a língua e as gengivas.

<sup>4</sup> CALADO, 1960: 8. Sobre a recusa de D. Filipa de Lencastre em abortar, dada a sua debilitada situação física, veja-se OLIVEIRA, 2010: 407-409.

<sup>5</sup> *Chancelarias Portuguesas. D. Duarte*, 2002: I, 81.

<sup>6</sup> CASTRO, 1983: 82.

Após o banho, deveria ser seco com um pano muito macio e massajado com óleo recomendando-se colocar, a seguir, um curativo sobre a ferida do umbigo, proceder ao corte das unhas e aplicar gotas nos olhos. A criança estava então preparada para ser envolvida em panos de tecido leve, normalmente uma faixa de linho. Esta medida era considerada determinante para precaver o recém-nascido de uma sempre temida deformação involuntária do corpo, resultante de excessivos esperneares e bracejares, bem como o aparecimento de hérnias provocadas pelos choros convulsivos, assim se explicando o seu enfaixamento durante os primeiros tempos de vida. Alguns investigadores têm considerado esta medida como uma confirmação da suposta indiferença afectiva dos pais medievais pelos seus filhos. Nessa perspectiva, o enfaixamento das crianças pequenas significaria uma falta de atenção e de cuidados necessários a um saudável desenvolvimento, contemplando, ainda, a conveniência dos adultos que, assim, raramente teriam de atender às necessidades dos mais pequenos. Uma tal leitura revela-se hoje demasiado preconceituosa e apriorística. De facto, o enfaixamento, por exemplo em meio rural, independentemente dos maiores ou menores malefícios que essa prática possa ter provocado no respectivo crescimento, visava proporcionar o conforto e a segurança que impediria as crianças de poderem vir a ser feridas ou mordidas pelos animais que partilhavam com os humanos as rudes moradas camponesas. Pretendia-se, ainda, ajudar os recém-nascidos a abandonar rapidamente a posição fetal, a fim de evitar o temido risco de poderem vir a rastejar ou a movimentar-se como animais.

Esta última razão para o enfaixamento infantil era também comungada pelas famílias nobres medievais, já que os perigos de uma deficiente aprendizagem da postura erecta por parte das suas crianças significaria a perda simbólica da verticalidade que deveria orientar o crescimento dos fidalgos e fidalgas. Acreditava-se que esta verticalidade física reflectir-se-ia na atitude moral do futuro adulto, nos seus princípios de vida e na sua personalidade<sup>7</sup>.

Tal como o nascimento, a morte em geral e das crianças em particular estava inscrita nos quotidianos sociais da Idade Média. Com efeito, raras eram então as famílias, mesmo as das elites, que desconheciam a perda de um ou mais filhos antes da adolescência.

Para além das sequelas de partos complicados, doenças e acidentes muito contribuíram para a morte das crianças medievais. Entre as variadas doenças relatadas nas fontes consultadas, encontram-se as anemias e os problemas provenientes de subnutrição gerados por fomes, afecções ou agressões ambientais, doenças infecciosas ou mudanças alimentares inadequadas durante a fase do desmame. A má nutrição, associada a febres e diarreias, seria, por certo, uma das principais responsáveis pelas

---

<sup>7</sup> Sobre os cuidados a ter durante o crescimento da criança, bem como com a sua alimentação, veja-se OLIVEIRA, 2015: 151-157.

doenças e mortes infantis. As febres frequentemente referenciadas, eram comuns a variados tipos de enfermidades como a peste, bastante presente no Portugal da Idade Média. A «febre contynua» é salientada como a causa da morte de um neto «muy moço» do monarca João I<sup>8</sup>, surgindo a peste referenciada como a causa explícita da morte da infanta Filipa, filha do rei Duarte, com onze anos de idade e do próprio rei<sup>9</sup>.

Igualmente os acidentes eram responsáveis pelo elevado número de doenças e mortes. Tal como hoje, a saída da primeira infância e a entrada na segunda (entre os três e os cinco anos), representava um período complicado e difícil para a criança que, iludindo a vigilância dos adultos, começava a querer explorar o espaço pelos seus próprios meios, aventurando-se por locais menos seguros das casas, fosse a cozinha, o pátio ou o quintal. As quedas, queimaduras e asfixias pela introdução de substâncias ou objectos nocivos na boca ou no nariz representam o conjunto da sinistralidade doméstica infantil e juvenil.

Passada esta primeira fase, os acidentes domésticos tendiam a ser ultrapassados pela sinistralidade ocorrida no exterior do lar, já que as crianças se iam autonomizando das casas familiares, entregando-se a actividades lúdicas cada vez mais praticadas longe da sua casa, quando os campos e as ruas se transformavam no prolongamento das suas moradas, definindo novos espaços de lazer, aventura, descoberta e também de perigo. A própria agressividade das crianças, quase sempre agrupadas em ruidosos e desordeiros grupos, e a violência com que, por vezes, desenvolviam os seus jogos e actividades lúdicas são responsáveis pela morte de muitas delas. Afogamentos, ataques de animais, traumatismos, hemorragias e pancadas representavam os principais perigos da sinistralidade e morte<sup>10</sup>.

Os rituais da morte e do sepultamento eram uma herança da Antiguidade. Parentes e amigos, em sinal de luto, cortavam ou despenteavam o cabelo, cobriam de terra ou de cinza a cabeça, cortavam ou deixavam crescer a barba, fazendo o contrário do que era moda à época, ou abandonavam, mesmo, os preceitos de higiene. O contratar carpideiras para assistirem ao defunto e o acompanhar no enterro, chorando e lamentando-se em altos gritos, manteve-se durante toda a Idade Média, particularmente nos funerais dos ricos que podiam suportar este costume. Vejamos como decorreu em 1491, o funeral do jovem infante Afonso, de apenas dezasseis anos:

*Sendo o rei [D. João II] informado da morte do Príncipe [D. Afonso], tomou a rainha [D. Leonor] pela mão e juntos, com grande angustia de tão mortal despedida, lhe tomaram, e apertaram consigo mesmo os braços, já de todo caídos. E ElRey depois de o beijar na face, lhe deu também a beijar sua mão direita, com que pera*

<sup>8</sup> ALMEIDA, 1977: 688-689.

<sup>9</sup> ALMEIDA, 1977: 607-608.

<sup>10</sup> Sobre estes acidentes e as principais causas de morte das crianças, veja-se OLIVEIRA, 2007: 271-331.

*sempre lhe lançou sua bênção vendo-lhe já sair a alma da carne; e a Rainha depois de também lhe dar a sua, com muita dor, e amor lhe descobriu os peitos, e sobre o coração, o beijou muitas vezes E com isto se alevantou por todos um mui doroso, e descoberto pranto. Ali se depenaram então cabeças de muito siso, e arrancaram barbas de muita autoridade; ali não ficou rosto de mulher, que com as próprias mãos, e unhas cruéis não fosse esbofeteado, e feito em sangue. [...] E por sinal de doo pela perda do filho, o régio pai se tosquiou e ele e a rainha vestiram os corpos de negro luto, e os corações de mortal dor e tristura. E a Princesa cortou os cabelos dourados que tinha e se vestiu de triste vaso e almáfega<sup>11</sup>; e por ordenança d'ElRey se cobriu todo o Reino e se fizeram saimentos<sup>12</sup> com prantos públicos<sup>13</sup>.*

Muitos destes rituais pagãos tinham sido proibidos em anteriores legislações. Em 1385, D. João I confirmara um decreto da câmara de Lisboa, alegando «que o carpir e depenar sobre os finados é costume que descende dos gentios e é contra os mandamentos de Deus» e proibindo, sob pena de multa, que

*nenhum homem nem mulher se carpa, se depene ou brade sobre algum finado, ainda que seja padre, madre, filho ou filha, irmão ou irmã, ou marido ou mulher, nem por outra nenhuma perda nem morte, não tolhendo a qualquer que traga seu dó e chore, se quiser.*

Outras localidades foram seguindo esta disposição. Em 1386, em Évora, uma ordenança municipal notificava

*que daqui em diante nenhuma pessoa não se carpa, nem se depene, nem se rasgue no rosto, nem dêem vozes nem gritos nem façam outros arruídos por os passados, segundo se de mau costume se usou [...] porque o enterramento deles se deve fazer com orações e esmolas e obrações e ofícios divinos<sup>14</sup>.*

Também a Igreja condenava estas práticas, consideradas pagãs<sup>15</sup>, contrapondo mesmo uma escala de sanções para os que as praticassem. Assim, aos que arrancassem

<sup>11</sup> Vaso era uma espécie de capote em burel, com capuz de frade, com que as pessoas se embrulhavam completamente nos períodos de luto. Burel e almáfega eram tecidos esbranquiçados e grosseiros de que se fazia o vestuário de luto.

<sup>12</sup> Os saimentos eram cortejos, por sufrágio dos falecidos, onde participavam clérigos e também populares. Os sacerdotes empunhavam a cruz, faziam o responso e aspergiam a sepultura com água benta. Acendiam-se círios e defumava-se com incenso.

<sup>13</sup> ALMEIDA, 1977: 984-986.

<sup>14</sup> MARQUES, 1974: 214.

<sup>15</sup> FERREIRA, 1980: 167-170, respetivamente *que pea deve a auer ssegudo mada asanta Igreja aos que faze doos pelos mortos e que pea merece os que sse rrascam e carpe os rrostrros e descobreas carnes dos mortos.*

os cabelos ou ferissem o rosto em sinal de luto, deviam ser-lhes negados os sacramentos até que as feridas sarassem. Os clérigos podiam negar-se a sepultar o morto se os choros e prantos lhes estorvassem a encomendação da alma. Na perspectiva canónica, só deviam ser ouvidas as orações dos vivos pelas almas dos mortos e as vozes dos clérigos entoando salmos. Destapar o defunto ou beijá-lo era desaprovado, recomendando-se a pena de jejuar oito dias a pão e água e não ser recebido na igreja durante um mês.

Nada destas disposições foram cumpridas no funeral do infante Afonso. A mãe, junto ao inanimado corpo do filho «com muita dor, e amor lhe descobriu os peitos, e sobre o coração, o beijou muitas vezes»<sup>16</sup>. E, para além das muitas mulheres que desfizeram «com as unhas e mãos a formosura de seus rostos que lhes corriam em sangue», o próprio *El-Rei* «se tosquiou... e a Princesa cortou os cabelos dourados que tinha».

Fazia-se luto pelos entes desaparecidos vestindo tecidos grosseiros e pobres, como o burel ou a almáfega já referidos, para contrastar com o vestuário habitual. Era normal ter em casa um *vaso* de burel com que as pessoas se embrulhavam, quer para luto familiar quer para ir velar um cadáver. Quando o rei, ou alguém da família real falecia, rapidamente o reino se enlutava. Os mais pobres, na impossibilidade de possuir o *vaso*, recorriam a sacos e cobertas de animais ou vestiam a roupa do avesso. Como vimos na morte do infante Afonso, a princesa «vestiu-se de triste vaso e almafega». E na Corte, e em todo o Reino, não ficou senhor, nem pessoa importante, nem homem conhecido que se não tosquiasse. «E todos foram vestidos de burel e almafega, e muitos homens cingidos com baraços, e seus gibões, e pelotes<sup>17</sup> abotoados com atacas de couro, sem parecer fita, nem seda»<sup>18</sup>.

O rei e a rainha «vestiram os corpos de negro luto», cor utilizada só pelos reis.

Lamparinas, círios e candeias, acompanhavam o cortejo fúnebre e as cerimónias litúrgicas. Estas fontes de luz eram depois colocadas junto aos túmulos, devendo ficar acesas tanto de dia como de noite. Iluminava-se, assim, não só o espaço onde o corpo repousava mas também o caminho que as almas deveriam percorrer na sua derradeira viagem.

De uma maneira geral, as crianças eram iniciadas e preparadas para participar nas cerimónias relativas à agonia e à morte dos seus próximos, fossem irmãos, pais, parentes ou vizinhos. Existem múltiplos testemunhos escritos e iconográficos sobre a efectiva assistência de crianças aos cerimoniais que acompanhavam as vigílias da

<sup>16</sup> ALMEIDA, 1977: 983-984.

<sup>17</sup> O gibão correspondia, «grosso modo», à nossa camisa. Usava-se forrado e enchumacado de forma a tornar o peito saliente, caindo sem uma prega, como se estivesse cheio de ar. Era apertado na cintura e tombava livremente sobre as ancas. Talhava-se, geralmente, de seda ou de veludo, bordado em tecidos lisos ou de fantasia. O pelote era uma peça de vestuário que se vestia sobre a roupa. Tinha longas cavas que vinham até abaixo da cintura. Alguns tinham mangas quase sempre mais curtas do que as da roupa que se vestia por baixo. Em comprimento, passava um pouco o joelho. (MARQUES, 1974: respectivamente, 37 e 31).

<sup>18</sup> RESENDE, 1973: 199.

agonia dos moribundos e aos seus posteriores velórios e funerais. Acreditava-se que a sua condição de jovens baptizados e inocentes de graves pecados reflectiria a presença de forças espirituais, não só capazes de afastar os diabos que lutavam pela posse das almas dos defuntos, como também de atrair para os mortos a misericórdia divina. Muitos pedagogos da Baixa Idade Média consideravam essencial que a doutrinação cristã das crianças incluisse saber de cor as orações próprias dos agonizantes.

Numa época de grande religiosidade, mais do que temer a morte, uma realidade familiar e por demais presente no quotidiano medieval, temia-se, principalmente, a incerteza da sua data, a morte súbita sem a preparação recomendada pela Igreja e que assegurava a salvação eterna. Estes receios originaram a frutificação dos testamentos e dos legados aos estabelecimentos eclesiásticos, aos seus clérigos e monges, as doações *pro anima*, para que a lembrança do doador sempre permanecesse viva nas suas orações. O bem material trocava-se pelo bem espiritual e surgia associado a várias formas de intercessão salvífica configuradas na oração, na prática de esmolas, na ajuda aos presos, cativos, órfãos, pobres e doentes. Estes ajudavam, assim, os ricos a conquistar o Céu e a eternizar no mundo terrestre a memória da sua passagem. O próprio ato da doação em si libertava a consciência de quem o realizava e obrigava moralmente os que a recebiam. A fundação ou proteção de albergarias, hospitais ou mosteiros ou a contribuição para a construção de pontes eram outras formas de expiação, tal como as instituições perpétuas que eram as capelas e os aniversários.

Constituindo «um investimento no Além», a instituição de capelas, cujo principal objectivo era a remissão dos pecados do instituidor através da oração e da celebração de missas, surge, com alguma frequência, nos testamentos a partir do século XIII, não constituindo, ainda, uma prática generalizada. Esta determinação testamentária corresponde à fundação material e à dotação de uma capela na igreja mencionada e à realização diária de uma missa por um capelão próprio, exceto em sexta feira e sábado santos. A missa da capela era muitas vezes seguida de orações e aspersão da sepultura com água benta. Os bens destinados à dotação e manutenção das capelas, ao fornecimento de círios, incenso e azeite para lamparinas, bem como à remuneração do capelão podiam ser deixados de uma só vez à instituição religiosa ou constituir uma renda a cobrar sobre determinadas propriedades que ficavam na posse dos herdeiros ou familiares.

Os aniversários tanto podiam ocorrer no dia do aniversário do óbito, como em certos dias fixos do ano, com particular destaque para os dias das festas religiosas. Das cerimónias litúrgicas do aniversário faziam parte as missas de requiém, com recitação das horas canónicas dos mortos e saimento sobre a sepultura, com responso, cruz, água benta, incenso e círios acesos. Na cerimónia que se fazia no dia de Todos os Santos, o provedor da capela devia trazer cestos de pão e almudes de vinho para distribuir pelos pobres. Estas comemorações repetiam-se nos aniversários. A crença

de que a entrada definitiva do defunto no mundo dos mortos só se concretizava após o primeiro ano do seu *passamento* originava a acumulação de cerimónias ao longo dos primeiros doze meses. A partir daí as formalidades eram em menor número, limitando-se, praticamente, ao assinalar dos aniversários como forma de não deixar cair no esquecimento a sua memória.

A morte e as exéquias fúnebres não eram, no entanto, unicamente, prantos e lamentações; eram também momento de confraternização, sociabilidade, convívio e, mesmo, distração e abundância. O cortejo fúnebre de um rei, de um membro da família real ou de algum rico cidadão não deixava de ser um espectáculo visual e auditivo a que ninguém podia ficar indiferente e a que toda a comunidade era chamada a participar; era, afinal, a uma última celebração do seu poder político. O desfile do clero regular e secular seguido dos familiares do finado, da gente mais importante e do infindável número de carpideiras, doentes, mendigos e gente humilde, tudo acompanhado por um sem número de velas, tochas e círios davam ao cortejo uma grandiosidade que deveria corresponder à que o defunto teria tido em vida. Este enorme cortejo era acompanhado pelo toque repetido dos sinos e pelas ritmadas ladainhas dos acompanhantes. E, no fim, vinha a fartura, pois a dádiva de esmolas e alimentos fazia parte das práticas salvíficas.

Também entre o povo, celebrando o ente que partia, e após o seu sepultamento e encomendação a Deus, parentes e amigos partilhavam uma refeição que podia ter lugar na casa do falecido ou na Igreja. E nem mesmo a memória do finado impedia os exageros cometidos, frequentemente, pelos próprios clérigos que «recomiam» e «rebebam», não estando à mesa como deviam, ou seja, benzendo-a, tomando os alimentos com «mesura» e temperança, permanecendo em silêncio e rezando, no final, uma oração de ação de graças a Deus e outra pelos mortos. A culminar esta falta de maneiras, muitos não voltavam logo para casa, entrando em jogos, bailes e festejos pouco próprios de um clérigo<sup>19</sup>. Talvez para evitar estes excessos na casa de Deus, as *Ordenações Manuelinas* autorizavam os banquetes fúnebres desde que se realizassem fora das igrejas<sup>20</sup>.

Se o nascer era uma festa de dor e alegria, a morte e as cerimónias fúnebres eram, também, uma festa de dó e de luto.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M. Lopes, ed. (1977) — *Rui de Pina, Crónicas*. Porto: Lello & Irmão.  
 CALADO, Adelino de Almeida, ed. (1960) — *Frei João Álvares, Trautado da vida e feitos do muito vertuoso Sor Ifante D. Fernando, Obras*. Coimbra: ed. Calado, vol. I.

<sup>19</sup> RODRIGUEZ, 1982: 26-52.

<sup>20</sup> Sobre a morte e os seus rituais, veja-se OLIVEIRA, 2015: 261-268.

- CASTRO, Antonio Arjona, ed. (1983) — *Árib Ibn Sa'id, El libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos: tratado de Obstetricia Y Pediatría hispano árabe del siglo X*. Córdoba: Excma diputación provincial de Córdoba, Servicio de publicaciones.
- CHANCELARIAS Portuguesas. D. Duarte (2002). Lisboa: Centro de Estudos Históricos da Universidade Nova de Lisboa, vol. III.
- FERREIRA, José Azevedo, ed. (1980) — *Afonso X, Primeyra Partida*. Braga: I.N.I.C.
- MARQUES, A. H. de Oliveira (1974) — *A Sociedade Medieval Portuguesa*. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.
- OLIVEIRA, Ana Rodrigues (2007) — *A criança na Sociedade Medieval Portuguesa*. Lisboa: Teorema.
- \_\_\_\_ (2010) — *Rainhas Medievais de Portugal*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- \_\_\_\_ (2015) — *O dia-a-dia em Portugal na Idade Média*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- RESENDE, Garcia de (1973) — *Crónica de D. João II e Miscelânea*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- RODRIGUEZ, Francisco Cautelar, COSTA, Avelino de Jesus da, GARCIA, Antonio Garcia Y, RODRIGUEZ, Antonio Gutierrez, PEREIRA, Isaias da Rocha, ed. (1982) — *Synodicon Hispanum. II — Portugal*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

# PRESCRIÇÕES SOBRE A ALIMENTAÇÃO NOS PENITENCIAIS MOÇÁRABES (SÉCS. IX-XI)

MÁRIO DE GOUVEIA\*

A primeira experiência de reconciliação do Homem em Cristo tem lugar quando este recebe o sacramento do baptismo. Segundo a doutrina tradicional da Igreja, este acto corresponde ao momento em que se anulam todos os pecados cometidos na vida anterior à iniciação na Igreja. Depois disso, o fiel não mais deve pecar. Mas é claro que, devido às limitações que impõe, esta restrição deve entender-se num plano apenas teórico. Ao longo da sua vida, o fiel é chamado a redimir as suas faltas através da confissão e da penitência, sacramentos que lhe permitem expiar a culpa e ver franqueado o caminho da salvação na fé.

Nos primeiros séculos de história da Igreja, a administração da penitência não previa a absolvição dos pecados senão uma única vez ao longo da vida<sup>1</sup>. A sua característica principal residia na negação do princípio da reiterabilidade: ao Cristão era apenas possível *fazer penitência*, e não *receber penitência*. O Cristão podia redimir as suas faltas em circunstâncias que lhe permitissem expiar os erros cometidos — o processo tinha um carácter público —, mas a experiência de reconciliação que conferia a absolvição ao pecador só podia ser alcançada uma única vez, com a administração do sacramento do baptismo.

---

\* IEM, NOVA FCSH. gouveia.mnc@gmail.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> Para uma síntese sobre a ideia de penitência nos primeiros séculos de história da Igreja, veja-se VOGEL & SAXER, 2002. Para um enquadramento dos penitenciais na produção letrada da Antiguidade Tardia e Alta Idade Média ocidentais, veja-se BRUNHÖLZL, 1990-1996: t. I, vol. 1, 71-114, 254-266; vol. 2, 247-260, 323-325; t. II, 463-483, 605-611.

O colapso do reino visigótico de Toledo, nos inícios do século VIII, marcou o fim do sistema de penitência canónica, que havia acompanhado o processo de consolidação dos interesses eclesiásticos nesta monarquia de origem cristã<sup>2</sup>. Sob crescente influência dos modelos de origem transpirenaica, foram compilados no al-Andalus, a partir dos meados da centúria seguinte, novos livros contendo o sistema de penitência tarifada, que teve especial relevo, como instrumento ligado à pastoral, entre as instituições monásticas. Foi neste contexto que, sob inspiração de diversas fontes, entre as quais a legislação canónica em vigor até à data, as comunidades moçárabes redigiram três penitenciais para satisfação das necessidades impostas pela existência de uma comunidade cristã que vivia sob domínio muçulmano<sup>3</sup>, hoje conhecidos pelas designações de *Vigilano* ou *Albeldense*<sup>4</sup>, *Cordubense*<sup>5</sup> e *Silense*<sup>6</sup>. O primeiro destes penitenciais tem sido atribuído à segunda metade do século IX, e os dois restantes, à primeira e segunda metades do século XI, respectivamente.

Estes penitenciais, redigidos em época coeva da de várias outras obras tipologicamente semelhantes, a maioria das quais oriunda de territórios com os quais as comunidades de origem não possuíam ligações históricas significativas, caracterizavam-se pelo seu reduzido grau de sistematicidade. Por não se encontrarem uniformemente organizados de acordo com temas específicos — ainda que a sua análise permita entrever uma certa tendência para a concentração de problemáticas em secções particulares —, estes penitenciais apresentam-se, ainda hoje, como uma espécie de súplica de preceitos eclesiásticos sobre diferentes matérias, tendo como denominador comum a criação de um sistema de interditos e de penas aplicáveis em caso de infracção à norma.

Apesar das limitações que apresentam, estes penitenciais têm um elevado valor histórico. A sua leitura permite retirar ilações significativas sobre várias questões relacionadas com a vida quotidiana das populações que os produziram, algumas das quais relacionadas com a alimentação das comunidades cristãs que viviam sob domínio muçulmano. Se é flagrante o estabelecimento de um tarifário concebido para cada interdito, o que parece estar em causa não é tanto a condenação da ingestão deste ou daquele alimento em particular, mas sim o erro em que incorrem todos aqueles que se entregam ao consumo sem moderação. O alvo de condenação é geralmente a gula, ainda que esta falta se possa expiar mediante penitência de contornos variáveis segundo a gravidade do interdito.

---

<sup>2</sup> Veja-se, a este respeito, LOZANO SEBASTIÁN, 1978. Este estudo traz uma extensa relação de faltas sancionadas pelos cânones dos concílios hispânicos, apresentada em apêndice nas p. 433-439.

<sup>3</sup> Para a integração destes penitenciais na gama tipológica de fontes da Alta Idade Média ocidental, veja-se VOGEL, 1978. Especificamente sobre os penitenciais hispânicos, veja-se DÍAZ Y DÍAZ, [s.d.].

<sup>4</sup> BEZLER, 1998: V-XXXIX, 1-13 e 71-102 (doravante citado como *Pen. Vig.*).

<sup>5</sup> BEZLER, 1998: V-XXXIX, 43-69 e 71-102 (doravante citado como *Pen. Cord.*).

<sup>6</sup> BEZLER, 1998: V-XXXIX, 15-42 e 71-102 (doravante citado como *Pen. Sil.*).

A lógica que se procura é a da reposição de um equilíbrio harmónico. Muitas vezes o penitente deve entregar-se a rígidos comportamentos de privação alimentar, limitando-se ao consumo de pão e água e evitando qualquer outro alimento que satisfaça as necessidades do corpo ou da alma, como a carne e o vinho. Para recuperar a expressão utilizada neste penitenciais, o bom Cristão é aquele que se entrega a uma vida de quase total abstinência, ingerindo com sobriedade apenas o que é absolutamente necessário para a sua sobrevivência. Esta regra deve manter-se válida ao longo da vida de cada um, inclusive até à Parusia e ao advento do Novo Reino. Nalguns casos, considera-se nestes penitenciais uma reserva digna de destaque: em circunstâncias excepcionais, é permitido ao penitente regar os seus alimentos com um fio de azeite<sup>7</sup>.

No respeitante ao pão — palavra polissémica quando nos reportamos à realidade da época —, a análise dos penitenciais permite-nos estabelecer uma diferença entre o que se pode entender como alimento quotidiano, por um lado, ou como substância eucarística, por outro. Concebido como alimento, o pão é utilizado para satisfazer as necessidades básicas do penitente nas ocasiões em que a privação alimentar se afigura como regra, e, por conseguinte, é entendido como um meio privilegiado para expiação de um interdito. Concebido como substância, o pão é visto como o instrumento da comunhão sacrificial, que, se negligentemente manuseado, pode dar origem a um interdito, talvez um de mais graves contornos de que há registo. O tarifário a seguir varia sempre de caso para caso, porque varia também a natureza do acto subjacente ao *crimen*.

Pelo simbolismo que encerra, o pão eucarístico é alvo de cuidadas prescrições. A sua custódia está a cargo dos clérigos. No momento da comunhão, a face do comungante — e, muito especialmente, a boca — deve estar cuidadosamente limpa, uma vez que uma gota de água em contacto com o pão eucarístico pode ser entendida como suficiente para que aquele seja obrigado a cumprir penitência que pode ir até ao cântico de cem salmos<sup>8</sup>. Se, por um qualquer motivo, o pão eucarístico lhe cair das mãos, o fiel fica obrigado a cantar outros cem<sup>9</sup> ou a cumprir penitência, cujos contornos não se especificam, de sete dias<sup>10</sup>, agravável para vinte<sup>11</sup> ou trinta dias<sup>12</sup>, caso o pão eucarístico não seja mais encontrado. Se for possível reavê-lo, o comungante deve cantar cento e cinquenta salmos<sup>13</sup>. Em qualquer caso, o pão eucarístico só pode ser utilizado na comunhão se não trouxer vermes, porque, na eventualidade de os trazer, deve ser

<sup>7</sup> *Pen. Sil.*, XII, 247 (BEZLER, 1998: 41).

<sup>8</sup> *Pen. Sil.*, II, 34 (BEZLER, 1998: 20).

<sup>9</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 20 (BEZLER, 1998: 4).

<sup>10</sup> *Pen. Cord.*, <II>, 19 (BEZLER, 1998: 53).

<sup>11</sup> *Pen. Vig.*, <II>, 14; *Pen. sil.*, II, 22 (BEZLER, 1998: 4, 19).

<sup>12</sup> *Pen. Cord.*, <II>, 17 (BEZLER, 1998: 53).

<sup>13</sup> *Pen. Sil.*, II, 22 (BEZLER, 1998: 19).

incinerado e as suas cinzas depositadas sob o altar<sup>14</sup>. É necessário que se limpe o chão com uma vassoura e se queime a palha sobre a qual aquele caiu<sup>15</sup>.

Não é permitido ao comungante receber o pão eucarístico logo após as refeições, sob pena de lhe ser aplicada uma tarifa equivalente a vinte, quarenta ou cem dias de penitência, ou, caso ainda se trate de uma criança, de dez dias<sup>16</sup>. De igual forma, não devem receber o pão eucarístico uma mulher que se encontre em estado de impureza menstrual ou alguém que tenha sido maculado por uma visão demoníaca durante a noite, sob pena de lhes ser aplicada uma tarifa equivalente a trinta ou quarenta dias de penitência<sup>17</sup>. Em caso de comprovada negligência de que resulte a ingestão do pão eucarístico por um qualquer animal, os clérigos que, por inerência de funções, o custodiam, devem cumprir um ano inteiro de penitência<sup>18</sup>. Se um cão o lambe, a penitência deve ser de cem dias<sup>19</sup>; se o mesmo o comer, a penitência deve ser de um ano<sup>20</sup>. Caso o animal seja um rato, a penitência deve ser de quarenta dias<sup>21</sup>.

Noutro plano de análise, a leitura dos penitenciais também nos remete para práticas de comensalidade entre Cristãos ou entre Cristãos e Judeus. São disso exemplo as passagens que se relacionam com os momentos do dia reservados às refeições, nas quais se chama a atenção para o vício da embriaguez, que deve ser evitado por se considerar causa primeira do aniquilamento da alma<sup>22</sup> e um dos principais obstáculos à entrada no Reino de Deus<sup>23</sup>. Os penitenciais especificam que, dentro ou fora das refeições, o consumo excessivo de bebidas susceptíveis de alterar o estado de sobriedade natural do homem, como o vinho e a cerveja, pode levá-lo a cumprir sete anos de penitência, se, nestes casos, o consumo imoderado seja a causa de um homicídio<sup>24</sup>. Se quem sucumbir ao vício da embriaguez for bispo ou ministro ordenado, a solução que se prescreve é o seu afastamento, voluntário, ou, se necessário, involuntário, das funções que exerce no seio da Igreja<sup>25</sup>. Se o mesmo acontecer com um presbítero, um diácono ou um monge, a penitência a cumprir-se é de vinte dias<sup>26</sup>, agravada para quarenta, caso à embriaguez se siga o vômito<sup>27</sup>, ou de sessenta, caso a ocorrência tenha lugar

<sup>14</sup> *Pen. Cord.*, <II>, 25 (BEZLER, 1998: 54).

<sup>15</sup> *Pen. Cord.*, <II>, 27 (BEZLER, 1998: 54).

<sup>16</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 19; *Pen. Sil.*, II, 26; *Pen. Cord.*, <III>, 55 (BEZLER, 1998: 4, 20, 57).

<sup>17</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 18 e <XIV>, 86; *Pen. Sil.*, II, 25 e II, 27; *Pen. Cord.*, <II>, 22 (BEZLER, 1998: 4, 11, 19, 20, 54).

<sup>18</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 12; *Pen. Sil.*, II, 18; *Pen. Cord.*, <II>, 15 (BEZLER, 1998: 3, 19, 53).

<sup>19</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 5; *Pen. sil.*, I, 12 (BEZLER, 1998: 3, 18).

<sup>20</sup> *Pen. Cord.*, <III>, 31 (BEZLER, 1998: 54).

<sup>21</sup> *Pen. Cord.*, <II>, 16 (BEZLER, 1998: 53).

<sup>22</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 11; *Pen. cord.*, <I>, 7 (BEZLER, 1998: 3, 52).

<sup>23</sup> *Pen. Cord.*, <IX>, 138 (BEZLER, 1998: 65).

<sup>24</sup> *Pen. Vig.*, <IX>, 48; *Pen. sil.*, VI, 48 (BEZLER, 1998: 7, 23).

<sup>25</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 1; *Pen. Sil.*, I, 1; *Pen. Cord.*, <I>, 1 e <IX>, 141 (BEZLER, 1998: 3, 18, 52, 66).

<sup>26</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 2; *Pen. Sil.*, I, 2; *Pen. Cord.*, <I>, 2 (BEZLER, 1998: 3, 18, 52).

<sup>27</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 3; *Pen. Sil.*, I, 3; *Pen. Cord.*, <IX>, 140 (BEZLER, 1998: 3, 18, 65).

logo após a comunhão<sup>28</sup>. Casos semelhantes, desde que relativos a conversos, levam a uma penitência de trinta<sup>29</sup>, cinquenta<sup>30</sup> ou setenta dias<sup>31</sup>, respectivamente, e, desde que relativos a leigos, a uma penitência de dez, se decorrente apenas de embriaguez<sup>32</sup>, de vinte, se decorrente de embriaguez seguida de vômito<sup>33</sup>, ou mesmo de quarenta dias, se decorrente de embriaguez após a comunhão<sup>34</sup>. Na prática, os religiosos estão sujeitos a um tarifário mais pesado do que o aplicado aos leigos, ainda que se prescreva que todos devem cumprir o que está determinado pelo ministro da penitência, no sentido de que se expie a falta. Sublinhe-se que aquele que nada consome e que, por uma qualquer razão, incita terceiros ao vício da embriaguez, incorre numa penitência tarifada semelhante à que se aplica à situação em que se encontra o ébrio<sup>35</sup>.

A prática do jejum constitui igualmente alvo de cuidadas prescrições, chegando a determinar-se em que épocas do ano este deve ser seguido. Para além da indicação do mês, os penitenciais especificam a semana e o dia em que o penitente deve cumpri-lo. São mencionadas a primeira semana do mês de Março, a segunda de Junho, a terceira de Setembro e a quarta de Dezembro, e, em cada uma destas semanas, a Quarta-feira, a Sexta-feira e o Sábado<sup>36</sup>. A lógica subjacente a este ritmo é fácil de se compreender: o jejum deve praticar-se pelo menos de três em três meses, no início de cada estação do ano. Em certas ocasiões, o tempo que lhe é dedicado pode distribuir-se ao longo do calendário litúrgico, em relação com o mistério de Cristo Pascal e de outras festas de santos cultuados em meio moçárabe: da Ressurreição<sup>37</sup> à Ascensão do Senhor<sup>38</sup>, de Pentecostes<sup>39</sup> às festas de S. João Baptista ou de S. Martinho<sup>40</sup>.

Os penitenciais também condenam abertamente a ruptura desnecessária do jejum, sobretudo quando este é cumprido durante a Quaresma ou noutros momentos pontuais do calendário litúrgico, identificados com as festas dos santos apóstolos e mártires<sup>41</sup>. Quem quebrar o jejum deve cumprir penitência de quarenta dias por cada dia em que deixe de jejuar voluntariamente, segundo o que é prescrito<sup>42</sup>. Há, no entanto, algumas atenuantes previstas ao disposto em norma. Uma delas recai sobre aqueles que

<sup>28</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 4; *Pen. Sil.*, I, 4 (BEZLER, 1998: 3, 18).

<sup>29</sup> *Pen. Sil.*, I, 5; *Pen. Cord.*, <I>, 6 (BEZLER, 1998: 18, 52).

<sup>30</sup> *Pen. Sil.*, I, 6; *Pen. Cord.*, <IX>, 142 (BEZLER, 1998: 18, 66).

<sup>31</sup> *Pen. Sil.*, I, 7; *Pen. Cord.*, <I>, 6 (BEZLER, 1998: 18, 52).

<sup>32</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 6; *Pen. Sil.*, I, 8; *Pen. Cord.*, <I>, 7 (BEZLER, 1998: 3, 18, 52).

<sup>33</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 7; *Pen. Sil.*, I, 9; *Pen. Cord.*, <IX>, 139 (BEZLER, 1998: 3, 18, 65).

<sup>34</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 8; *Pen. Sil.*, I, 10 (BEZLER, 1998: 3, 10).

<sup>35</sup> *Pen. Sil.*, I, 11; *Pen. Cord.*, <I>, 8 (BEZLER, 1998: 18, 52).

<sup>36</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 113 (BEZLER, 1998: 13).

<sup>37</sup> *Pen. Sil.*, XIII, 248 (BEZLER, 1998: 41).

<sup>38</sup> *Pen. Sil.*, XIII, 249 (BEZLER, 1998: 41).

<sup>39</sup> *Pen. Sil.*, XIII, 252 e 254 (BEZLER, 1998: 41).

<sup>40</sup> *Pen. Sil.*, XIII, 257 (BEZLER, 1998: 41).

<sup>41</sup> *Pen. Sil.*, XIII, 257 (BEZLER, 1998: 41).

<sup>42</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 94; *Pen. Sil.*, XII, 238 (BEZLER, 1998: 11, 40).

necessitam de quebrar o jejum involuntariamente, como os doentes em estado grave, aos quais se permite o consumo, à discrição, de qualquer espécie de alimento<sup>43</sup>; outra relaciona-se com o consumo de carne, por ignorância, durante a Quaresma, caso em que a penitência é comutada por um ano de abstinência do consumo do alimento, porque, se ingerido em consciente transgressão, esta sobe para quatro anos<sup>44</sup>. Pela sua condição religiosa, o monge deve evitar sempre o consumo de carne, a não ser que para tal exista uma legítima razão de todos conhecida<sup>45</sup>, o mesmo se aplicando às devotas, que, por receber o Corpo do Senhor, devem evitar o consumo de carne e peixe<sup>46</sup>. Devem jejuar a pão e água durante um ano inteiro, bem como abster-se de carne e vinho durante três, todos aqueles que, independentemente da sua condição, subtraírem bens aos lugares onde repousam os corpos dos santos mártires<sup>47</sup>.

Noutro nível de análise, os penitenciais dão-nos também algumas informações acerca da natureza das relações entre os homens e os animais. Os animais que tenham sido usados para satisfação das necessidades sexuais do homem devem ser mortos, e a sua carne, dada a comer aos cães<sup>48</sup>. A penitência a ser aplicada é, nestes casos, individualizada segundo a idade do infractor: para os menores de vinte anos, quinze de penitência<sup>49</sup>, e, para os maiores de vinte, nomeadamente se forem casados, vinte<sup>50</sup>. A mulher que tiver relações sexuais com um jumento é obrigada a cumprir penitência de quinze anos<sup>51</sup>. Aquele que se dedicar a tal prática com animais de pequeno porte fica sujeito a penitência ainda mais grave, de vinte e cinco anos, e só pode voltar a comungar duas décadas depois<sup>52</sup>. As presas que os animais, e, muito especialmente, o lobo, tomarem para si, não devem ser consumidas pelo homem, a não ser nos casos em que este ainda as encontre vivas e possa retirar delas alimento em boas condições<sup>53</sup>. As aves ou os animais que tenham sido estrangulados por redes de captura também não devem ser ingeridos pelo homem, sobretudo se encontrados já mortos<sup>54</sup>. Os peixes, pelo contrário, dada a natureza do próprio procedimento de pesca, podem ser consumidos à vontade<sup>55</sup>. Mesmo que o excremento das aves caia sobre a comida, os penitenciais prevêem que esta seja consumida, desde que cuidadosamente limpa e ritualmente

<sup>43</sup> *Pen. Vig.*, <I>, 21; *Pen. Sil.*, II, 36; *Pen. Cord.*, <III>, 42 (BEZLER, 1998: 4, 20, 55).

<sup>44</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 95; *Pen. Sil.*, XII, 241 (BEZLER, 1998: 12, 40).

<sup>45</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 96; *Pen. Sil.*, XII, 242 (BEZLER, 1998: 12, 40).

<sup>46</sup> *Pen. Sil.*, II, 32 (BEZLER, 1998: 20).

<sup>47</sup> *Pen. Vig.*, <VIII>, 36; *Pen. Sil.*, V, 55 (BEZLER, 1998: 6, 22).

<sup>48</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 109; *Pen. Sil.*, XII, 227 (BEZLER, 1998: 12, 39).

<sup>49</sup> *Pen. Vig.*, <XIII>, 63; *Pen. Sil.*, VIII, 111 (BEZLER, 1998: 9, 28).

<sup>50</sup> *Pen. Sil.*, VIII, 112 (BEZLER, 1998: 28).

<sup>51</sup> *Pen. Vig.*, <XIII>, 63; *Pen. Sil.*, VIII, 164 (BEZLER, 1998: 9, 32).

<sup>52</sup> *Pen. Sil.*, VIII, 113 (BEZLER, 1998: 28).

<sup>53</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 105; *Pen. sil.*, XII, 226 (BEZLER, 1998: 12, 39).

<sup>54</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 106; *Pen. sil.*, XII, 228 (BEZLER, 1998: 12, 39).

<sup>55</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 107; *Pen. sil.*, XII, 229 (BEZLER, 1998: 12, 39).

purificada pela aspersão de água benta<sup>56</sup>. Se um rato cair acidentalmente na água ou no vinho que vão ser bebidos, é necessário que o animal seja daí retirado de imediato, e o líquido ritualmente purificado pela aspersão de água benta. A excepção que se prevê nestes casos prende-se com a eventualidade de o rato morrer imerso. Nesta situação, o consumidor deve abster-se de beber seja o que for, limitando-se a despejar a água ou o vinho para que ninguém mais possa aproveitá-lo, mesmo que para outros fins<sup>57</sup>. O mel que tenha sido produzido por abelhas que tenham matado um homem não deve deixar de ser consumido. O que se prevê neste caso é que se matem as abelhas e se guarde o mel<sup>58</sup>. Para casos de desintéria, aconselha-se o consumo da lebre, e, para a terapêutica da dor em geral, um preparado feito à base de fel e pimenta<sup>59</sup>.

Tão interessantes quanto estas prescrições são as que remetem para o consumo de poções mágicas, fabricadas geralmente a partir de produtos naturais, como as ervas, e com efeitos que se fazem sentir aos mais variados níveis. É claro que, em todos os casos previstos, o consumo destas poções é expressamente condenado. Referimo-nos, por exemplo, à poção que permite à pessoa que a beba permanecer em estado de plena castidade, ou ainda à que evita a concepção de um filho. No primeiro caso, se a poção for bebida, a penitência a cumprir-se é de um ano<sup>60</sup>, e, no segundo, de doze<sup>61</sup> ou quinze<sup>62</sup>, podendo este acto ser comparado — e como tal julgado — com um caso de homicídio. A penitência pode ser reduzida para sete anos, caso o infractor seja uma mulher, e esta, pobre<sup>63</sup>. A ingestão de qualquer poção que tenha como efeito a alteração do estado natural do fiel deve ser evitada<sup>64</sup>, visto que este não só está proibido de orientar a sua vida pelos malefícios das artes mágicas, como não deve observar sortilégios e augúrios próprios dos Pagãos<sup>65</sup>. A doutrina obriga o penitente a recitar com regularidade o Símbolo, verdadeiro testemunho de fé, e a entregar-se com devoção aos louvores da oração dominical.

Os penitenciais são de igual forma claros quando proíbem a ingestão do sémen de um homem pela sua mulher, seja ele ingerido directamente ou misturado com comida, sob pena de esta se ver obrigada a fazer penitência durante três anos<sup>66</sup>. O mesmo se aplica caso seja bebido sangue, ainda que misturado com carne, visto tratar-se de uma prática terminantemente proibida a qualquer Cristão. Neste caso, a justificação que se

<sup>56</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 112; *Pen. sil.*, XII, 234 (BEZLER, 1998: 13, 40).

<sup>57</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 110; *Pen. sil.*, XII, 233 (BEZLER, 1998: 12, 40).

<sup>58</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 111; *Pen. sil.*, XII, 231 (BEZLER, 1998: 13, 39).

<sup>59</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 108; *Pen. sil.*, XII, 230 (BEZLER, 1998: 12, 39).

<sup>60</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 97; *Pen. Sil.*, XII, 243 (BEZLER, 1998: 12, 40).

<sup>61</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 98 (BEZLER, 1998: 12).

<sup>62</sup> *Pen. Vig.*, <X>, 50; *Pen. Sil.*, II, 83; *Pen. Cord.*, <IX>, 147 (BEZLER, 1998: 7, 24, 66).

<sup>63</sup> *Pen. Vig.*, <X>, 51; *Pen. Sil.*, II, 84 (BEZLER, 1998: 7, 24).

<sup>64</sup> *Pen. Vig.*, <XV>, 99; *Pen. Sil.*, XI, 192 (BEZLER, 1998: 12, 36).

<sup>65</sup> *Pen. Vig.*, <XI>, 61 (BEZLER, 1998: 8).

<sup>66</sup> *Pen. Sil.*, XI, 200 (BEZLER, 1998: 36).

dá para o cumprimento da penitência radica no facto de se considerar que é no sangue que reside a alma de qualquer animal, pelo que deve ser considerado anátema todo aquele que infringe deliberadamente o disposto em norma<sup>67</sup>.

Os casos que assumem contornos mais graves podem levar à excomunhão do fiel, isto é, ao seu afastamento da Igreja e à proibição de este participar no mistério do sacrifício de Cristo, excepto no momento em que expira o último sopro de vida. Tão graves quanto estes, porque sujeitos igualmente à pena da excomunhão, são os casos em que o fiel não entrega as primícias da sua colheita ou o dízimo que é devido à Igreja<sup>68</sup>. Mesmo que sobre eles recaia uma situação de excomunhão, tanto o homem como a mulher podem, apesar da restrição imposta, consumir carne de cordeiro durante a celebração da Páscoa<sup>69</sup>.

Face ao que ficou exposto, resta-nos concluir esta breve análise dos penitenciais moçárabes salientando aquela que consideramos ser a ideia fundamental que ressalta da sua leitura: entre as comunidades cristãs que vivem sob domínio muçulmano entre os séculos IX e XI, a voracidade e a ebriedade são dois dos comportamentos alimentares que merecem mais rígida moldura penitencial. Sujeitos a um tarifário que varia de caso para caso, mas que, nas situações em apreço, se resume basicamente a três tipos de penitência — a prática da salmodia e da oração, a penitência a pão e água durante períodos variáveis de tempo, e, nos casos de contornos mais graves, a excomunhão —, os penitentes são obrigados a cumprir penitência pelo facto de violarem, voluntária ou involuntariamente, os interditos eclesiásticos. Não é propriamente o género do infractor que faz variar a norma — embora isso também se verifique nalguns casos mais raros —, mas sim a condição em que aquele se apresenta, ou seja, as tarifas divergem entre si quando são aplicadas a leigos, por um lado, ou a religiosos, por outro, estando estes últimos sujeitos a tarifas mais variáveis, porque consentâneas com a maior ou menor importância das funções que exercem enquanto membros da hierarquia eclesiástica.

## FONTES

- BEZLER, Francis, ed. (1998) — *Paenitentiale Cordubense*. In *Corpus Christianorum. Series latina* (CLVI A: *Paenitentia Franciae, Italiae et Hispaniae saeculi VIII-XI*; t. II: *Paenitentia Hispaniae*). Turnhout: Brepols, p. V-XXXIX, 43-69 e 71-102.
- BEZLER, Francis, ed. (1998) — *Paenitentiale Silense*. In *Corpus Christianorum. Series latina* (CLVI A: *Paenitentia Franciae, Italiae et Hispaniae saeculi VIII-XI*; t. II: *Paenitentia Hispaniae*). Turnhout: Brepols, p. V-XXXIX, 15-42 e 71-102.
- BEZLER, Francis, ed. (1998) — *Paenitentiale Vigilantium siue Albeldense*. In *Corpus Christianorum. Series latina* (CLVI A: *Paenitentia Franciae, Italiae et Hispaniae saeculi VIII-XI*; t. II: *Paenitentia Hispaniae*). Turnhout: Brepols, p. V-XXXIX, 1-13 e 71-102.

<sup>67</sup> *Pen. Sil.*, XII, 221 (BEZLER, 1998: 38-39).

<sup>68</sup> *Pen. Sil.*, XI, 209 (BEZLER, 1998: 37).

<sup>69</sup> *Pen. Sil.*, II, 31 e 33 (BEZLER, 1998: 20).

## BIBLIOGRAFIA

- BRUNHÖLZL, Franz (1990) — *Histoire de la littérature latine du Moyen Âge*. Lovaina-a-Nova: Brepols; Université Catholique de Louvain/Institut d'Études Médiévales, t.1, v.1.
- \_\_\_\_ (1991) — *Histoire de la littérature latine du Moyen Âge*. Lovaina-a-Nova: Brepols; Université Catholique de Louvain/Institut d'Études Médiévales, t.1, v.2.
- \_\_\_\_ (1996) — *Histoire de la littérature latine du Moyen Âge*. Lovaina-a-Nova: Brepols; Université Catholique de Louvain/Institut d'Études Médiévales, t.2.
- DÍAZ Y DÍAZ, Manuel C. [s.d.] — *Para un estudio de los penitenciales hispanos*. In *Études de civilisation médiévale (IX<sup>e</sup>-XIF siècles). Mélanges offerts à Édmond-René Labande à l'occasion de son départ à la retraite et du XX<sup>e</sup> anniversaire du C.É.S.C.M. par ses amis, ses collègues, ses élèves*. Poitiers: C.É.S.C.M., p. 217-222.
- LOZANO SEBASTIÁN, F. Javier (1978) — *La legislación canónica sobre la penitencia en la España romana y visigoda (s. IV-VII)*. «Burgense — Collectanea scientifica», vol. 19, n.º 2. Burgos: Facultad de Teología del Norte de España, p. 399-439.
- VOGEL, Cyrille (1978) — *Les «libri paenitentiales»*. In *Typologie des sources du Moyen Âge occidental*. Turnhout: Brepols, fasc. 27.
- VOGEL, Cyrille; SAXER, V. (2002) — *Penitência*. In BERARDINO, Angelo di, ed. — *Dicionário patrístico e de antigüidades cristãs*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, p. 1133-1136.



# DA FARMACOPEIA À ALQUIMIA... E VOLTA

PEDRO GOMES BARBOSA\*

Este artigo vem na sequência de um trabalho desenvolvido há alguns anos, sobre a medicina castrense na Idade Média<sup>1</sup>. Nele tocavam-se vários aspectos do curar medieval, muito embora restringindo-se aos tratamentos dos feridos de guerra. É evidente que esta medicina não estava divorciada do saber médico neste momento da história da Europa Ocidental, dentro e fora de fronteiras. Também nesse artigo estão referidos alguns dos medicamentos usados, desinfetantes e emplastos, e mesmo alguns anestésicos. Focou-se, embora de forma breve, na evolução dos conhecimentos de cura ao longo deste período. Destaca-se aqui «cura», e não «medicina», já que existe uma distinção que deve ser feita, e que o será mais abaixo. Neste texto procurar-se-á, sobretudo, esclarecer algumas dúvidas, levantar questões e contestar algumas ideias previamente feitas. Assim, ao mesmo tempo, evitar-se-á desenvolver um texto descritivo por existirem demasiadas lacunas nas informações disponíveis.

A principal matéria que aqui será analisada liga-se principalmente à questão da farmacopeia, a sua ligação com os conhecimentos empíricos, com os estudos universitários e com a influência decisiva, ou não, da medicina muçulmana. Que não árabe, já que muitos daqueles que se destacaram na teoria e/ou na prática pertenciam ao universo muçulmano, mas eram persas ou de outros grupos dominados pelo Islão. Aliás, este

---

\* Professor Associado com Agregação, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Investigador do Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa/IGOT. pgb@letras.ulisboa.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> BARBOSA, 2012.

limite tem que ainda ser alargado, já que no espaço dominado pelo Islão trabalharam, praticaram e teorizaram homens de outras crenças: Ishâq al-Isrâ'îli (Isaac Israeli), que exerceu no século X, e Maimonides de Córdova, activo no século XII, ambos judeus, e Hunayn ibn Ishâq (Ioannitius), que viveu no século IX, cristão nestoriano.

Começamos então por uma questão tão discutida quanto controversa: a da dívida da medicina cristã ocidental à medicina muçulmana. Durante muito tempo (do século XIX, pelo menos, até à actualidade) a historiografia europeia, maravilhada com a descoberta de uma civilização requintada, como era a muçulmana durante a Idade Média, acreditou e aceitou que o Ocidente era devedor à cultura islâmica da maior parte das suas raízes no que respeita às formas de erudição, nomeadamente as universitárias, mas não só. Chegou-se mesmo a defender, sobretudo autores espanhóis dos inícios do século XX, que a poesia lírica era fortemente devedora do lirismo árabe-muçulmano. Para eles Europa, após o colapso do Império Romano e a invasão dos chamados povos bárbaros, perdera toda a referência cultural clássica. A Alta Idade Média seria um tempo de regressão e barbárie. Os ingleses ainda hoje a classificam de «dark ages». Só que o «dark» refere-se sobretudo à nossa ignorância, por falta de documentação e testemunhos. E como *ex oriente lux*, foi só com a chegada do Islão à Península Ibérica e à Sicília que a luz tinha chegado a este Ocidente infeliz. E também, não o esqueçamos, o contributo do saque que os terríveis cruzados tinham feito na Terra Santa, trazendo para a Europa retalhos de uma civilização luminosa.

É evidente que a civilização do ocidente cristão deve aos muçulmanos um conjunto de conhecimentos e requintes. Seria tão falso negar isso como a posição contrária. Mas o Islão é também devedor, no seu acervo de conhecimentos, à cultura grega, seja no campo da filosofia, mas sobretudo no das ciências aplicadas (medicina, geometria, botânica...). E seria também errado dizer que não existiram importantes contribuições muçulmanas nesses domínios. Ou seja, a posição deve ser equilibrada, sobretudo com os dados objectivos que temos, e não com desejos escondidos e posições ideológicas de um ou outro sentido.

No campo que nos interessa, o persa Ibn Sina, mais conhecido no Ocidente por Avicena, que nasceu em 980 e morreu em 1037, escreveu o *Cânone da Medicina*, obra que foi divulgada entre os universitários do Ocidente a partir dos finais do século XII ou inícios do XIII. A obra, dividida em cinco livros, abordava, no primeiro, os conhecimentos gerais e teóricos da ciência médica; no segundo, Avicena inventariava cerca de 760 simples; no terceiro abordava as doenças que afectavam partes específicas do corpo; o quarto alargava o âmbito e referia-se a doenças que afectavam todo o corpo; finalmente, o quinto abordava os medicamentos compostos, e a sua fabricação. Ioannitius faz conhecer Galeno no mundo árabe, mas escreve também o *Isagoge*, obra em forma de diálogo, à semelhança de muitas das obras gregas mais conhecidas. Aí se escreve, ao iniciar: «Em quantas partes se divide a medicina? — Em duas partes.

— Quais são? — A teoria e a prática»<sup>2</sup>. Mas a tradição em que se apoia Ioannitius é a da antiga Grécia: Aristóteles, Hipócrates e Galeno, com a convicção de que todas as substâncias da terra estavam compostas pelos quatro elementos de base (água, ar, terra e fogo), e que cada elemento é constituído por um par de qualidades primárias: frio, seco, húmido e quente. E que todos os seres vivos tinham em si os quatro humores, palavra que etimologicamente significa «líquido orgânico». Esses humores são: o sangue, que tem como origem o ar, quente e húmido; a bÍlis, que é constituída pelo fogo, quente e seco; a atrabilis, baseado na terra, fria e seca; e a fleugma, com origem na água, fria e húmida.

Tendo em conta essa composição, a boa saúde só seria possível com uma mistura proporcional dos humores, que variam segundo o temperamento do indivíduo, a estação do ano e a idade da pessoa. Um dos outros princípios, enunciado por Ioannitius, era de que o medicamento deveria ser ministrado tendo em conta o tipo de maleita. Por exemplo, se uma doença é de natureza quente, o medicamento deve ser do tipo frio. A doença tem uma causa, que é o desequilíbrio humoral, e o médico deve perceber a causa desse desequilíbrio para bem tratar o paciente. Vejamos um exemplo elucidativo, numa passagem de um outro médico conhecido no Ocidente, ar-Razi, ou Razis na versão latina, na sua obra *Maqāla fī Sīrr, Šinā'at at-ṭibb*:

*O rei Hamet ibn Haly teve uma apoplexia. De início não recebeu qualquer cuidado conveniente [ao seu estado], e foi deixado como estava. Nenhum dos seus médicos lhe receitou outra coisa que não fosse untar o corpo com produtos odoríferos e submeter-se a fumigações. Não tendo eu julgado isso conveniente, fiz colocar uma ventosa no seu pescoço; rapidamente melhorou da doença. Isso é uma coisa em que devem confiar todos os apopléticos que não sejam de compleição fria e tenham o corpo mole*<sup>3</sup>.

Este Razis foi outro dos sábios cujos estudos terão influenciado as escolas médicas do ocidente europeu. Mas o seu tratado sobre a varíola, onde descreve os sintomas desta doença, só foi traduzido, e para inglês, no século XVIII. Espírito enciclopédico, ar-Razi foi também alquimista, e interessou-se pela astronomia. Na realidade, esta última arte ou ciência, dependendo dos pontos de vista, era tida como essencial para a cura do paciente, dependendo da disposição dos astros na cintura zodiacal. Da importância da Alquimia, falaremos mais adiante.

Não continuaremos com esta listagem importante de homens do Islão que pensaram sobre o Homem e a sua saúde, e tentaram, pelo exercício da razão e alguma prática,

<sup>2</sup> Ioannitius (Hunayn b. Ishāq) — *Isagoge*.

<sup>3</sup> al-Rāzī, [s.d.].

ajudar os seus semelhantes. Ou a importância da obra de Ibn Bultân, um cristão de Bagdad, o *Kitâb Taqwîm al-sihhâ*, manual de higiene e dietética traduzido com o título latino de *Tacuinum sanitatis*, escrito e conhecido no ocidente no século XIV.

Mas, como refere Françoise Micheau:

*O nosso interesse e a nossa admiração por esses sábios árabes e pelos seus trabalhos, não devem esconder uma realidade social que largamente nos escapa. Fora dos círculos privilegiados, os das élites urbanas, raros deviam ser os doentes que tenham beneficiado desta ‘medicina de ponta’, seguramente muito cara. A fundação de hospitais por príncipes, preocupados pelo bem público, tinha precisamente por finalidade oferecer a um maior número de doentes um lugar onde poderiam aproveitar cuidados de qualidade. Mas tudo leva a pensar que as práticas mais correntes estavam muito afastadas das prescrições expostas nas obras científicas. Essa medicina popular, ainda mal conhecida, está largamente presente em obras que, sob o título de «Medicina do Profeta», reunindo receitas e conselhos atribuídos a Maomé<sup>4</sup>.*

Concluimos, então, que a medicina muçulmana é muito devedora da grega, com alguns «pós» da indo-persa, a que crescem algumas teorias baseadas em observação directa dos doentes, mas por vezes com conclusões bastante afastadas de qualquer tipo de real cura. Foram estes textos que chegaram à Europa Ocidental, fazendo as delícias de alguns teóricos das escolas médicas e universidades, que se limitavam, por vezes, a tomar o pulso aos doentes, observar a sua urina dentro de um balão (e, por vezes, cheirá-la e/ou degustá-la), passando depois a considerações médico-filosóficas. Provavelmente, as melhores curas estariam nesses «conselhos de Maomé», fruto de uma sabedoria milenar das populações das várias regiões conquistadas pelo Islão. É claro que nem toda a tradição terá sido eficaz. Reparemos em dois ou três conselhos dados por (eventualmente) um médico iraquiano, Ibn al-Durayhim, no seu *Livro das virtudes dos animais*, conservado na Real Biblioteca de Monasterio del Escorial:

*Ingerido com vinho, o coalho da lebre alivia a febre quartã. Misturado com alteia e azeite, permite extrair as pontas de seta. Cura igualmente as crianças com angústias nocturnas. Se é administrado às mulheres, elas engravidam<sup>5</sup>.*

O mais difícil será obter o coalho da lebre, e não sabemos se poderia ser substituído pelo do coelho, que corre mais devagar. Quanto ao cavalo, a receita será também eficaz:

---

<sup>4</sup> MICHEAU, 2015: 78-79.

<sup>5</sup> RBME, 139-IV-71.

«Em caso de sangue nas urinas, [...] misturar mirra, lavanda, resina e incenso à bÍlis do cavalo, e depois beber três dedos de uma preparação em água de cominho. [...]. Quanto ao suor do cavalo, ele provoca o aborto»<sup>6</sup>.

É evidente que, entre povos de, ou perto de, regiões desertas, o camelo não poderia faltar: «Ingeridos na Primavera, o leite e as urinas (do camelo) livram das dores de fÍgado, e previnem dos tumores susceptÍveis de se desenvolver nesse Órgão, e ao nível do umbigo. [...]. Curam, igualmente, todas as feridas sobre as quais são aplicadas»<sup>7</sup>.

O que se passa, então, neste Ocidente Europeu? Em primeiro lugar, convém referir uma ideia feita, que ainda é por muitos aceite, e que acima referi, mas que importa ser recordada: depois da queda do Império Romano, o Ocidente entrou em franca decadência, fecharam-se as escolas municipais, desapareceram os livros, até porque se contavam pelos dedos aqueles que sabiam ler. Tudo era escuridão. Nada mais falso!

A cultura e o conhecimento dos textos antigos não desapareceram. Aliás, numa mania de centralizarmos tudo em nós, esquecemo-nos demasiadas vezes de que, se o Império caiu aqui no Ocidente, ele continuou, melhor ou pior, consoante as épocas, no oriente mediterrânico, com o mundo bizantino, que só desapareceu em 1453. O conhecimento do grego não desapareceu totalmente do Ocidente, como demonstrou Sylvain Gugenheim na sua densa e erudita obra (e igualmente polémica) *Aristote au Mont Saint-Michel*, de título bem sugestivo<sup>8</sup>. Durante os primeiros séculos da Idade Média ocidental, os contactos com Bizâncio não pararam, e sobretudo temos sacerdotes e missionários que vieram do império bizantino, como o nosso Martinho de Dume, oriundo da Panónia, para além de vários monges que fundaram ou integraram mosteiros. E o nosso Paulo Orósio foi mandado por Santo Agostinho à Palestina, para estudar com São Jerónimo. Poderão dizer que isso aconteceu nos primeiros séculos da medievalidade. Claro, foram os mais complicados.

Muitos dos autores gregos eram conhecidos no Ocidente, especialmente por contacto com os bizantinos, através de quem os árabes também os conheceram, em traduções feitas por judeus ou cristãos orientais. Aliás, sabemos que muitos termos técnicos do saber médico de Galeno ou Hipócrates tiveram que ser adaptados à língua árabe, por vezes alterando um pouco o sentido, como aconteceu também nas traduções do grego para o latim, do árabe para o latim, sobretudo se via traduções hebraicas. Mas também autores clássicos desconhecidos dos muçulmanos, como Paulo Egino ou Paulo de Egina<sup>9</sup>, e o seu *De Re Medica Libri Septem* (*Os Sete Livros de Medicina*)<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> RBME, 139-IV-71.

<sup>7</sup> RBME, 139-IV-71.

<sup>8</sup> GOUGENHEIM, 2008.

<sup>9</sup> Referência ao seu lugar de nascimento, a ilha de Egina, junto a Atenas.

<sup>10</sup> EGINA — *De Re Medica Libri Septem*.

De qualquer forma, repetimos, não se pode negar a influência exercida pelos textos islâmicos sobre medicina e, mesmo, embora em menor grau, sobre farmacopeia. Mas são sobretudo textos criados pelos sábios muçulmanos como Razis, Avicena, Abulcassis, este, um andaluz, ou Averróis, sem preocupação cronológica. E mais uma vez o afirmamos: a influência exerceu-se sobre os universitários de medicina, e um bom número de textos não foi traduzido antes de século XIII, com notáveis exceções, de que falarei mais abaixo.

No Ocidente, a medicina juntou-se ao estudo do *Trivium* e do *Quadrivium* logo durante os séculos VIII e IX, mas como escreveu Santo Isidoro, ela não é apenas uma ciência experimental, mas uma segunda filosofia. Foi esta Filosofia que se foi instalando nas escolas médicas, e depois nas universidades, em detrimento da prática. Apenas nos períodos de grande crise, no final da Idade Média, com pestes e doenças infectocontagiosas (que com elas eram confundidas), os médicos resolveram juntar a teoria à prática. Ou, melhor, não tentar curar através da simples teoria. Nesse conjunto, não muito extenso, estavam, por exemplo, os peninsulares aragoneses Arnaldo de Vilanova e Raimundo Lúlio. Mas não eram exclusivamente médicos. Eram espíritos enciclopédicos, viajantes, médicos, farmacêuticos e alquimistas. Diferentes de um Bernardo de Gordon que escrevia no seu *Lírio da Medicina* que «mania e melancolia são corrupções do pensamento, sem febre. Com efeito, o humor melancólico [o ‘humor merencórico’ de que falava o nosso D. Duarte], impregnando o cérebro, perturbando os espíritos e turvando-os, obscurecendo a alma, é a causa da corrupção mental»<sup>11</sup>. E acrescenta, aqui já não transcrevemos, porque seria muito longo, que as coisas que perturbam esse humor melancólico são o medo, a tristeza e a inquietude, que torna «abundante» esse humor. Mas também alimentos como as lentilhas, favas, couves e carnes de animais selvagens ou conservados no sal.

E a formação dos tratadores de Homens neste Ocidente europeu? E propositalmente uso a expressão «tratadores de Homens».

Uma «lapalissada» é dizer-se que antes de haver escolas e universidades de medicina, os homens e mulheres que adoeciam ou sofriam acidentes não eram deixados à sua sorte. A função da cura, ou pelo menos da tentativa de cura, recaía em pessoas que tinham um saber ancestral, transmitido oralmente de geração em geração, mas também outras que tinham um saber feito de leituras de obras da Antiguidade e experiências pessoais. O primeiro grupo é formado por homens e mulheres «de virtude», especialmente nos campos. A sua farmácia era a natureza, onde colhiam os *simples* usados para uma cura, pelo menos tentada. Algumas dessas receitas ainda hoje são utilizadas nos meios rurais europeus. Muitas vezes confundidos com bruxos e feiticeiros, nada podia estar mais afastado do que a imagem de sinistras criaturas

---

<sup>11</sup> GORDON, [1494?].

remexendo poções dentro de um negro caldeirão de ferro, em qualquer tugúrio no meio da floresta. À floresta iam, mas para colher alguns ingredientes para as suas infusões, xaropes ou emplastos. E juntamente com isso sabiam, pelo menos alguns deles, endireitar ossos ou tratar de luxações. Eram pessoas essenciais nos meios rurais, nas aldeias ou pequenas vilas. Não eram perseguidos, mas trabalhavam em conjunto com o padre do lugar, que muitas vezes provinha dessa comunidade: um, o padre, tratava das almas, os outros, tratavam dos corpos. É evidente que quem conhecia as ervas que curavam, conhecia também aquelas que envenenavam. Havia, evidentemente, um certo medo, mas também a sensação de que era um porto mais ou menos seguro em caso de aflição. Muitos desses homens (sobretudo homens) que conheciam as virtudes das plantas ter-se-ão deslocado para as cidades, sobretudo a partir do século XI, e aí terão aberto as suas boticas. E os «endireitas» transformaram-se nos cirurgiões, que eram pouco considerados, ou mesmo desprezados, pelos médicos, porque eram demasiado práticos, e muito pouco teóricos, e sem uma educação superior. Quase não conheciam o *Trivium*, quanto mais o *Quadrivium*. Esses foram os verdadeiros «curadores» medievais até que, sobretudo a partir do século XIV, os médicos resolveram colocar as mãos, a sério, nos doentes, e a teoria dos humores foi, a pouco e pouco, desaparecendo. Muitos médicos, aliás, disputaram com os boticários a venda de medicamentos de todo o tipo, desde a camomila seca até à complicada *teriaca*. Na realidade, este remédio que se queria e cria milagroso, era de difícil preparação, demonstrando não só uma forte evolução na farmacopeia do Ocidente cristão, mas também o grau de sofisticação, e de controlo do público e das autoridades, que tinha atingido a farmacopeia. Este composto requeria uma longa e complexa série de operações, sujeitas a um rígido regulamento<sup>12</sup>. Os produtos escolhidos para a sua confecção, entre cinquenta a cem, conforme o receituário, eram expostos ao público durante três dias. As farmácias que fabricavam a *teriaca* eram submetidas a um rigoroso controlo das autoridades e, perto do final da Idade Média, dos médicos. Mas a par com as raízes, flores, ervas e folhas, atadas com fio de seda, estava uma espécie de jaula de ferro onde estavam víboras vivas, que eram então mortas, e cujas partes, devidamente trabalhadas, constituíam o elemento básico da *teriaca*.

É claro que não podemos colocar de parte alguns trabalhos elaborados por quem tinha frequentado escola ou universidade de medicina. No fim do século XI, apenas, nasce no sul da Itália a primeira escola de medicina, em Salerno. Sabemos que nessa escola se liam algumas obras árabes, sobretudo pequenos tratados traduzidos por Constantino o Africano, um cristão natural da actual Tunísia e que se instala no grande mosteiro beneditino de Montecassino cerca de 1080. A fama da escola de Salerno, e depois, da universidade de medicina, foi muito grande, e dela saíram muitos

---

<sup>12</sup> AIT, [s.d.]: 73.

dos médicos requeridos por cortes régias, senhoriais e papais. Mais uma vez, e como em terras do Islão, apenas os mais ricos podiam pagar o tratamento dos médicos. Mas o aspecto mais importante da escola de Salerno foi a formação de médicos de ambos os sexos, algo que era impossível entre os muçulmanos. Se não é raro, no século XII, encontrar uma mulher que pratique a medicina<sup>13</sup>, poucas deixaram na História traços da sua actividade, para além do nome. Por exemplo, de Helvidis, só sabemos que está activa como «médica» em 1136, mas é apenas conhecida por um documento. Contudo, várias são as referências às «damas de Salerno». E uma delas, Trota ou Trotula, ficou célebre pelo seu tratado de ginecologia. Mas Salerno, até à fundação da escola de medicina de Montpellier, é o único local, tanto quanto podemos saber, onde se formam laicos. Porque, na realidade, a arte de curar, para além desses laicos que exerciam na prática, era exercida sobretudo nos mosteiros e em algumas sés episcopais. Sobretudo nos mosteiros que, desde cedo, agregaram ao conjunto monástico edifícios onde os doentes eram recolhidos e tratados, as *enfermarias* ou *hospitais*, que se espalharam igualmente por algumas cidades. E no seu interior, em espaços próprios e/ou nos jardins dos claustros, eram cultivadas plantas medicinais com que abasteciam as suas farmácias. Não é de estranhar que, a par desse ensino prático, boa parte dos livros sobre a arte de curar estivesse nas livrarias desses mesmos mosteiros, em quantidade e qualidade variáveis<sup>14</sup>. Não podemos referir todos os que contribuíram para o avanço desta prática, mas não poderíamos deixar de mencionar Santa Hildegarda de Bingen (1098-1179)<sup>15</sup>, mística, compositora musical, entre outros predicados, que escreveu, ou ditou, dois tratados de medicina: a *Physica* e *Causae et curae*. No primeiro, descreve mais de duzentas plantas medicinais, o seu aspecto e as suas virtudes curativas (e como devem ser preparados), cerca de metade delas muito vulgares e que podiam ser colhidas por qualquer pessoa, já que cresciam perto das habitações ou nos campos circundantes. No século XIX, Hildegarda foi considerada a primeira naturalista da Alemanha. Entre as suas muitas indicações, e escolhidas ao acaso, refere a dormideira e as suas virtudes calmantes (alertando para o facto de esta ser uma planta narcótica — mas evidentemente não usando esta palavra), indicando que possui uma virtude calmante em caso de insónia. Ou o eufórbio, um purgante, que refere bom contra o *endurecimento do estômago*. Também disserta sobre a dieta, a higiene, a sangria, como não podia deixar de ser. Mas o mais interessante no trabalho desta abadessa beneditina, que entrou muito nova para o mosteiro, é tratar, no segundo livro, de questões ginecológicas, mas também do parto e do desejo e prazer sexuais.

Finalmente, os cirurgiões, tão desprezados pelos eruditos médicos medievais. Escolhemos referir apenas um. Henri de Mondeville (c. 1260-1321) é um dos cirurgiões

<sup>13</sup> MOULINIER-BROGI, 2014: 51.

<sup>14</sup> RICHÉ & VERGER, 2006: 135.

<sup>15</sup> PERNOUD, 1995.

que vai revolucionar a medicina, civil e castrense. Ao contrário do que era defendido pelos seguidores de Galeno, Mondeville não advogava a supuração das feridas, por considerar que esse método era muito perigoso. Na realidade, alguns dos médicos medievais provocavam mesmo a supuração das feridas introduzindo nelas unguentos, excrementos de cavalo ou bocados de tecidos, chamados *tendas*<sup>16</sup>. Evidentemente que, na maior parte das vezes, o resultado era o tétano ou a gangrena.

O cirurgião não recomendava, igualmente, a introdução de sondas nas feridas já que o seu alargamento poderia provocar complicações secundárias, ao contrário do que tinha defendido Paulo Egino, e era praticado pela maioria dos médicos medievais.

Entre outras inovações trazidas por Henri de Mandeville, poderemos destacar:

*As feridas deveriam ser lavadas, para evitar a sua infecção. Para isso recomendava vinho quente, o que era eficaz pela acção do álcool e do tanino. De seguida deveria secar-se a zina com panos limpos, para parar a hemorragia. Isto, depois de se ter retirado o corpo estranho. Note-se que para esta operação, dolorosa e delicada, Mandeville dá um conjunto de instruções bem avançadas para a época. As agulhas deveriam ter ponta triangular, serem afiadas e de bom aço, e ter o tamanho proporcional à lesão que iria ser tratada. De igual modo, os fios deveriam também adaptar-se ao tamanho da ferida e da agulha utilizada, o mesmo se dizendo a propósito do tamanho dos pontos*<sup>17</sup>.

De seguida deveria ser aplicado um emplastro sobre a ferida, cobrindo-se, por fim, com uma ligadura de tecido limpo. Mandeville não conhecia, evidentemente, a existência das bactérias que provocam as infecções, mas a sua observação e prática levaram-no a concluir que a sujidade era a causa delas (ou pelo menos uma das causas). É interessante referir a composição do emplastro proposto por este cirurgião: uma mistura de tanchagem, betónica, aipo, terbentina, resina purificada e cera nova. A tanchagem, uma planta vivaz, é cicatrizante e adstringente, favorece a coagulação e tem uma acção antibacteriana. A betónica é também um desinfectante, combatendo ainda a febre. O aipo combate igualmente a febre. A terbentina é cicatrizante, com a condição de não ser administrada em grandes doses.

Um aspecto importante, e também curioso: segundo o nosso «cirurgião», nenhuma ponta de seta ou de dardo deveria ser retirada antes de o paciente se ter confessado e se ter preparado para uma eventual viagem ao Além, no caso de o tratamento correr mal.

Mas as feridas, fossem elas quais fossem, eram também tratadas com a farmacopeia, procurando aliviar a dor os pacientes. Havia anestésicos à base de ópio, mandrágora

<sup>16</sup> BROUET, 2008: 10.

<sup>17</sup> BROUET, 2008 e também RAWCLIFFE, 1997: 74.

e outros produtos, entre os quais, obviamente, o vinho. Alguns desses produtos eram bastante perigosos, quando não eram ministrados por quem sabia. Por exemplo, um dos mais populares, o *dwale*<sup>18</sup>. Era um produto que o ferido ingeria, feito à base de vesícula de porca ou de varrão castrado (conforme o sexo do paciente), alface, betónica, ópio, meimendro e cicuta, misturado com muito vinho. O álcool e o meimendro tornavam o ferido insensível. O poder laxativo do meimendro e da betónica fazia com que essa perigosa mistura ficasse pouco tempo no corpo. Contudo, o excesso de cicuta poderia levar a uma paragem respiratória, como ele explica.

Resta-nos agora pensar na Alquimia.

É neste campo que mais sofreu o Ocidente cristão a influência do Islão. Na realidade, é através de obras elaboradas no Próximo e Médio Oriente que esta arte, filosofia ou ciência, chegou à Europa ocidental, e aqui se desenvolveu. Estamos em crer que a troca de informações entre os dois mundos terá sido muito intensa. Não nos vamos deter na distinção entre alquimistas e sopradores, ou seja, entre filósofos que, utilizando uma linguagem simbólica, pretendiam transformar-se internamente, passar de um ser eminentemente ligado ao mundo a uma pura alma, antegozando a presença de Deus, e os *sopradores*, que acreditavam que o chumbo era mesmo chumbo, o enxofre e o mercúrio, os próprios, e que conseguiria, por operações químicas complicadas não só transmutar os metais em ouro, mas igualmente fabricar o elixir que seria a panaceia universal para todos os males do corpo, permitindo viver mais anos do que aqueles que estariam destinados aos pobres mortais. Ora, na nossa concepção ocidental e utilitária, esta última versão foi a mais eficaz, tendo produzido efeitos concretos. Não, evidentemente, a transmutação dos metais em ouro, ou seja, a ideia de que o ouro era o único corpo são existente na terra, mas que o elemento que, após complicadas manipulações, o transformava em ouro, o metal ou elemento mais puro e «saudável» conhecido, serviria como panaceia universal, capaz de libertar o Homem de todo o seu sofrimento e doenças. Se tal não foi conseguido, muitos desses homens, que também praticavam a arte da cura e da farmacopeia, descobriram, por acaso ou propositadamente, novos medicamentos e desinfetantes, para lá de outros contributos como novos tipos de tinta, para vários usos, corantes, esmaltes, e outros produtos úteis. Foi a «retorta de alquimista», referida por António Gedeão<sup>19</sup>, que, juntamente com a prática e conhecimento dos simples e compostos por boticários e cirurgiões, deram início à farmacopeia moderna.

---

<sup>18</sup> RAWCLIFFE, 1997: 77.

<sup>19</sup> GEDEÃO, 1956: 25.º verso.

## FONTES

- Abū Bakr Muḥammad ibn Zakarīyā' al-Rāzī [s.d.] — *Maqāla fī Sīrr Ṣinā'at at-ṭibb* (*Tratado sobre o segredo da arte médica*). [S.l.].
- Al-Mawsilt [s.d.] — *Livro das virtudes dos animais* (Kitab manafi al-hayawan). Acessível na Real Biblioteca del Monasterio del Escorial, Madrid, Espanha. 139-IV-71.
- EGINA, Paulo de [s.d.] — *De Re Medica Libri Septem* (*Os Sete Livros de Medicina*).
- GORDON, Bernardo de [1494?] — *Lírio da Medicina*, [Veneza?]: Impresso por Octaviano Schot.
- Ibn al-Durayhim [s.d.] — *Livro das virtudes dos animais*. [S.l.].

## BIBLIOGRAFIA

- AIT, Ivana [s.d.] — *Vender salud*, «El Mundo Medieval», n.º 18, p. 73.
- BARBOSA, Pedro (2012) — *Curar em tempos de guerra: Medicina castrense na idade média*. In SILVA, Carlos Guardado — *História da Saúde e das Doenças. Encontro Torres Vedras*. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras. Lisboa: Edições Colibri.
- BROUET, Jocelyne (2008) — *Henri de Mandeville, un chirurgien médiéval somme toute très moderne*. «Moyen Âge», n.º 67, Bayeux: Heimdal, p. 6-11.
- GEDEÃO, António (1956) — *Pedra Filosofal*. In *Movimento Perpétuo*. [S.l.: s.n.].
- GOUGENHEIM, Sylvain (2008) — *Aristote au Mont Saint-Michel*. Paris: Seuil.
- MICHEAU, Françoise (2015) — *Soigner en terre d'Islam*. «Histoire et Civilisation», n.º 4, Paris: [s.n.].
- MOULINIER-BROGI, Laurence (2014) — *Hildegarde de Bingen; la Sainte Thérapeute*, «Historia», n.º 17, Paris.
- PERNOUD, Régine (1995) — *Hildegarde de Bingen. Conscience Inspirée do XII<sup>o</sup> Siècle*. 2.<sup>a</sup> ed. Paris: [s.n.].
- RAWCLIFFE, Carole (1997) — *Medicine and Society in Later Medieval England*. Stroud: Sutton Publishing.
- RICHÉ, Pierre; VERGER, Jacques (2006) — *Des Nains sur des Épaules de Géants*. Paris: Éditions Tallandier, p. 135.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR<sup>20</sup>

- AA.VV. (1997) — *As Doenças têm História*. Lisboa: Ed. Terramar.
- BILIMOFF, Michèle (2003) — *Enquête sur les Plantes Magiques*. Rennes: Éditions Ouest-France.
- \_\_\_\_ (2014) — *Les Remèdes du Moyen Âge*. Rennes: Éditions Ouest-France.
- CORBIN, Henri (1964) — *Histoire de la Philosophie Islamique*. Paris: Éd. Gallimard.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, J. Ramón (1999) — *Las Plantas en la Brujería Medieval*, Madrid: Celeste Ediciones.
- HAUDEBOURG, Marie-Thérèse (2001) — *Les Jardins du Moyen Âge*. [S.l.]: Éditions Perrin.
- JACQUART, Danielle; MICHEAU, Françoise (1996) — *La Médecine Arabe et l'Occident Médiéval*. Paris: Éditions Maisonneuve et Larose.
- LÓPEZ CARRIÓN, María (2000) — *Las Hierbas del Monasterio*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- MARTY-DUFAUT, Josy (2006) — *Le Potager du Moyen Âge*. 2.<sup>a</sup> ed. [S.l.]: Éditions Autres Temps.

<sup>20</sup> Não são muitas as obras que referem a farmacopeia medieval. Indicarei, de seguida, algumas que escolhi, que foram importantes para a elaboração deste trabalho e que não estão indicadas nas notas.



V

PRAGAS, EPIDEMIAS E PESTES



# OS FERIDOS NO TERRAMOTO DE 1755 EM LISBOA

AMÉLIA FERREIRA\*

ALEXANDRA ESTEVES\*\*

AMÉLIA SIMÕES FIGUEIREDO\*\*\*

Se o efeito mais visível do terramoto do primeiro de novembro de 1755 foi a quase destruição da capital portuguesa tal como se encontra evidente nos registos iconográficos a que deu origem, incontestável foi a dramática existência de milhares de vítimas e a dor que isso ocasionou e que se encontram referidas em fontes impressas.

Ao pânico, angústia, horror e confusão generalizadas, provocadas pelo elevado número de mortos, pela visão de moribundos, feridos e mutilados, por uma quantidade incontável de desaparecidos, pelos incêndios, destruição de casas e perda de bens, juntou-se o temor de que epidemias se viessem a desenvolver na cidade. Sendo inverno e não podendo as águas escoar para o mar, com facilidade ficariam contaminadas. Mas associado à catástrofe, existiu uma dimensão de interesse em saúde pública que foi, e continua a ser, difícil de avaliar. Esta refere-se aos efeitos psicológicos provocados na população que certamente se prolongaram muito para além do primeiro de novembro devido à quantidade de réplicas que se fizeram sentir nos meses seguintes<sup>1</sup>. Existem relatos de que, passados cinco anos, ainda se sentiam pequenos e repetidos abalos de terra<sup>2</sup>.

---

\* Universidade Católica Portuguesa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. ameliadiasferreira@gmail.com.

\*\* Universidade Católica Portuguesa, Lab2PT — Instituto de Ciências Sociais — Universidade do Minho. estevesalexandra@gmail.com.

\*\*\* Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt.

<sup>1</sup> AHM — *Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Guerra (1736-1756)*, cx. 1, n.º 1, doc. 22, fls.1-2.

<sup>2</sup> ANTT — *Manuscritos da Livraria*, n.º 2040, fl. 2.

São conhecidas algumas das medidas tomadas pelas autoridades civis de Lisboa sob a forma de avisos, portarias, decretos e ordens, contendo as principais providências para debelar e controlar os efeitos imediatos do terramoto. Estas referiam-se não só ao provimento de mantimentos mas também à segurança e saúde pública tendo sido afixados logo a partir do dia dois e registados em documentos. Exemplo disso é a carta circular e portaria emitidas, para se dar sepultura aos mortos, o aviso sobre a afixação de editais com a isenção de impostos sobre o peixe vendido, e ainda os decretos sobre os processos verbais e execução de sentenças às pessoas apanhadas a roubar, entre muitas outras<sup>3</sup>. Em 1758, Amador Patrício de Lisboa registou, com o título de *Memorias das principaes providencias que se derão no terremoto que padeceo a corte de Lisboa no anno de 1755* e seleccionou como principais 233 medidas, sendo que, segundo este autor, 23 delas foram emitidas nos primeiros três dias após o sismo, 47 na primeira semana e cerca de uma centena no primeiro mês<sup>4</sup>.

Numa das primeiras medidas tomadas pelos responsáveis, consta a ordem recebida pelo Estribeiro-mor, o Marquês de Abrantes e o General da Artilharia, para que, fazendo uso das tropas, artilheiros e demais material necessário, pudessem socorrer e zelar pela segurança do povo de Lisboa, que se encontrava em situação difícil devido à destruição provocada pelo terramoto<sup>5</sup>.

O rei no dia três de novembro convocou cirurgiões e enfermeiros para que, munidos de remédios, tratassem os feridos que estivessem em casas de religiosos e outros locais da cidade e que, para isso, usassem a botica do hospital real<sup>6</sup>. No dia quatro emitiu uma nova ordem para se socorrerem os doentes e feridos «não só com medicos, cirurgiões e botica mas tambem com o alimento necessário», o que pode indiciar que os alimentos eram escassos na cidade<sup>7</sup>.

Solicitou ainda, a todas as pessoas que prestassem ajuda a estes profissionais no tratamento dos feridos, que levassem alimentos para distribuir pelas pessoas que deles necessitassem. Alguns fidalgos, juntamente com cirurgiões, andaram pelos campos a ajudar no tratamento de feridos<sup>8</sup>. Por ordem de D. José I, foram criados hospitais provisórios na casa dos Almada em São Bento, no Rossio e às Portas de Santo Antão, enquanto se faziam as alterações necessárias no edifício do Colégio de Santo Antão que resistira ao terramoto<sup>9</sup>. Este imóvel pertencera aos Jesuítas e Pombal aproveitou a sua expulsão para o doar ao Hospital de Todos os Santos.

<sup>3</sup> AML/AH — *Chancelaria Régia, consultas, decretos e avisos*, liv. 8, fls. 368-369.

<sup>4</sup> CAPELA & MATOS, 2011: 108.

<sup>5</sup> AML/AH — *Chancelaria Régia, consultas decretos e avisos*, liv. 8, fl. 366.

<sup>6</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç. 1, n.º 26.

<sup>7</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç. 1, n.º 27, fl. 6.

<sup>8</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç. 1, n.º 27.

<sup>9</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç. 1, n.º 31.

Existem relatos em como alguns dos feridos que chegavam aos hospitais apresentavam lesões nos membros, já muito infetadas, acabando por falecer<sup>10</sup>.

Perante esta calamidade o povo que resistiu tentou pôr-se a salvo deixando a cidade e fugindo para o campo: «huns fugião das casas para os templos, outros dos templos para as casas»<sup>11</sup>. Houve quem «ficando nu correu as ruas dessa Corte até que a providência divina lhe ministrou alguma roupa para se cobrir»<sup>12</sup>. Mendonça escreveu que todos fugiam sem saber para onde, pisando sem pavor os mortos e feridos que agoniavam presos entre as ruínas enquanto esperavam o socorro<sup>13</sup>. Referiu ainda que na época todos se cumprimentavam, mesmo os que até então eram inimigos, pedindo perdão reciprocamente. Saudavam-se os amigos e conhecidos por terem escapado com vida. Consolavam-se uns aos outros pela perda de amigos e familiares<sup>14</sup>.

Existe, ainda, a referência de que no rescaldo do terramoto de 1755 foram encontrados sobreviventes passados quatro, seis e até nove dias após o primeiro de novembro e alguns deles sem lesões<sup>15</sup>.

As casas da época, por serem feitas em madeira, foram mais facilmente consumidas pelo fogo. As autoridades mandaram retirar as madeiras possíveis e telhados como forma de travar o progresso das chamas<sup>16</sup>.

Os que não estavam feridos ou mortos, aqueles que conseguiam andar refugiavam-se em lugares altos, longe da desgraça que assolava a baixa da cidade. Esta retirada, segundo quem presenciou os factos, foi principalmente penosa para as mulheres, pois estando os caminhos cheios de ruínas, era necessário subir, outras vezes saltar, algumas vezes mesmo escalar trepando às montanhas de escombros<sup>17</sup>.

Os feridos eram deitados sobre camas de folhas, enquanto monges passavam, expiando os pecados com rezas do rosário. Em Belém, o rei penitenciava-se e, pelas ruas, os cânticos misturavam-se às maldições e aos gemidos<sup>18</sup>.

Mas, no pós terramoto do primeiro de novembro, Lisboa mobilizou-se para ajudar os sobreviventes. Mesmo sabendo que os riscos que corriam eram elevados, os que resistiram tentavam retirar as pessoas das ruínas<sup>19</sup>. Muitos nobres com palácios fora

<sup>10</sup> MENDONÇA, 1758: 122-123.

<sup>11</sup> PEREIRA, 1756: 3.

<sup>12</sup> ANTT — *Feitos Findos, Juízo da Provedoria dos Resíduos e Cativos*, mç. 1, n.º 56, cx. 1, fls. 1-2.

<sup>13</sup> MENDONÇA, 1758: 122; SOUSA, 1928: 4.

<sup>14</sup> MENDONÇA, 1758: 122. Segundo estudos recentes, após a vivência de situações adversas extremas, como é o caso do terramoto de 1755, os sobreviventes embora possam não se conhecer, unem-se, partilham informações e trocam teorias. Há uma tendência avassaladora de vitimização podendo transformar-se num ciclo difícil de interromper por forma a pensar num plano de ação, aquilo que é necessário fazer. Este ciclo não é produtivo mas sim penalizante. Pode ler-se mais em RIPLEY, 2008: 204-220.

<sup>15</sup> PEREIRA, 1756: 4.

<sup>16</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç. 1, n.º 28.

<sup>17</sup> PEREIRA, 1756: 18.

<sup>18</sup> CHANTAL, 2005: 33.

<sup>19</sup> VIEGAS *et al.*, 2012: 21.

de Lisboa dispuseram os seus terrenos para que os mais necessitados os ocupassem, tendo sido «bem recebidos, e alojados no jardim, debaixo de huma barraca feita de lenções, e alastrada de colchoes, sobre os quaes dormião promiscuamente, e sem se despir, tanto a gente da casa, como a de fora»<sup>20</sup>. A solidariedade naqueles tempos foi um facto, tendo inclusive a rainha D. Mariana Vitória e as suas filhas colaborado no auxílio aos doentes, cosendo roupa e desfiando panos. Fontes coevas referem que esta ação dos monarcas causou vergonha a uns, espanto a outros, mas que serviu de estímulo para muitas senhoras da corte, que viram neste exemplo da família real o mote para também se dedicarem a «tão piedoso exercício»<sup>21</sup>.

Os homens de negócios, desembargadores e as mais distintas pessoas assistiam os médicos e cirurgiões e ajudavam com medicamentos e alimentação. Muitos dos feridos, aquando da chegada dos cirurgiões, apresentavam já as lesões gangrenadas, pouco havendo a fazer<sup>22</sup>. Os religiosos, por incumbência do Cardeal Patriarca de Lisboa, prestaram apoio espiritual. No terceiro dia pós terramoto, depois de retirar os corpos dos escombros, começaram a dar-lhes sepultura<sup>23</sup>. Todas as congregações de religiosas abriram as suas portas onde se recolheram centenas de famílias<sup>24</sup>.

Nas casas permaneceram muitos doentes que escaparam às ruínas do terramoto, mas cujos males os tinham incapacitado de saírem do leito. Havia entre estes, grande número de pessoas com fraturas nos membros inferiores, ou cujos membros se encontravam presos nos escombros e que esperavam socorro. Algumas destas pessoas foram vítimas do fogo<sup>25</sup>.

Os desalojados acamparam nas praças e cercas dos conventos, nas praias, nos campos e em vários locais da cidade. Foram construídas barracas para proteger o povo de um inverno rigoroso e com repetidas chuvas<sup>26</sup>. Para estas proteções utilizou-se grande quantidade de pano que havia nos armazéns reais e que D. José I mandou emprestar. Foram também usados os panos das velas de navios que se encontravam na Ribeira das Naus e visto ainda não chegar, foi ainda usado o brin e lona que havia nas lojas de Lisboa e casas de estrangeiros<sup>27</sup>.

No Largo do Rato, foram construídos numerosos abrigos deste género, que ficaram durante décadas, pois muita gente, por altura do terramoto, fugiu para esta parte da cidade que foi menos afetada do que a parte com mais densidade populacional. As

<sup>20</sup> RATTTON & CARVALHO, 1920: 21.

<sup>21</sup> LISBOA, 1758: 9-10.

<sup>22</sup> CARDOSO, 2013: 37.

<sup>23</sup> VIEGAS *et al.*, 2012: 301-302.

<sup>24</sup> ANTT — *Manuscritos da Livraria*, n.º 1229 fl. 52 v.; MENDONÇA, 1758: 124-125.

<sup>25</sup> MENDONÇA, 1758: 118; VIEGAS *et al.*, 2012: 37.

<sup>26</sup> VIEGAS *et al.*, 2012: 57.

<sup>27</sup> ANTT — *Manuscritos da Livraria*, n.º 1229, fl. 57; SOUSA, 1928: 517. O brin era um tipo de tecido resistente feito à base de linho.

barracas, passados alguns meses, passaram a ter a parte frontal de tabique e mais tarde de pedra e cal<sup>28</sup>.

Nos dias que se seguiram ao terramoto, D. José I mandou socorrer a muitos dos que se encontravam no Campo Grande e a todos os que recorreram a Belém. Mandou distribuir barracas de campanha e tábuas para que se construíssem abrigos. Alguns nobres acomodaram sobreviventes nos seus jardins, distribuindo vestes e alimentação. Mendonça refere que mesmo os nobres, considerados mais avarentos, tiveram gestos de grande caridade para com os necessitados<sup>29</sup>.

As cadeias do reino também sofreram com o terramoto ficando a cadeia do Limoeiro sem condições para tratar os presos que se encontravam doentes e feridos. Após a reconstrução de parte do imóvel entre 1758 e 1759, foi adotada como cadeia principal da corte<sup>30</sup>. Assim que o rei tomou conhecimento de que faltavam camas na cadeia, para o tratamento dos sobreviventes, ordenou que enviassem as que se encontravam nos «armazéns da Artilharia do Reino»<sup>31</sup>. Ordenou ainda que lhes fizessem chegar medicamentos e alimentação apropriada para as suas doenças, pois os feridos aguardavam ajuda<sup>32</sup>.

Depois de várias semanas dispersa, a população começou a construir habitações de madeira pelos diferentes locais de Lisboa tendo-se fabricado, nos primeiros seis meses posteriores ao terramoto, mais de 9000 barracas<sup>33</sup>.

A cinco de fevereiro de 1756, o Senado solicitou autorização a D. José I para que se pudesse cobrar uma pequena quantia pela licença que se concedesse, a quem por ter perdido a habitação no terramoto, desejasse construir uma barraca em lugares públicos<sup>34</sup>.

À miséria dos primeiros tempos sucedeu, a pouco e pouco, uma estranha e nova erupção de luxo. Ergueram-se barracas sumptuosas com tecidos caros, com mais de um pavimento e com adornos exteriores. As mulheres cobriam-se de sedas e «os mercadores, que só vendiam a dinheiro, encheram-se e os novos direitos pagavam-se na Alfândega como se a tremenda calamidade não tivesse assolado a cidade»<sup>35</sup>.

Dos nobres portugueses que ajudaram conta-se D. João de Bragança, «primo Del Rey» e irmão do Duque de Lafões que, percorrendo a cidade durante vários dias, por entre os edifícios arruinados, ajudou nas operações de resgate e salvamento. Monsenhor Sampaio, Prelado da Igreja Patriarcal, exerceu o mesmo acompanhado de algumas

<sup>28</sup> ANTT — *Manuscritos da Livraria*, n.º 1229, fl. 57 v.; VIEGAS *et al.*, 2012: 59.

<sup>29</sup> MENDONÇA, 1758: 124.

<sup>30</sup> HOMEM *et al.*, 2013: 9.

<sup>31</sup> LISBOA, 1758: 92.

<sup>32</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç. 1, n.º 35.

<sup>33</sup> MENDONÇA, 1758: 146.

<sup>34</sup> AML/AH — *Registo de Consultas*, liv. 4, fl. 29.

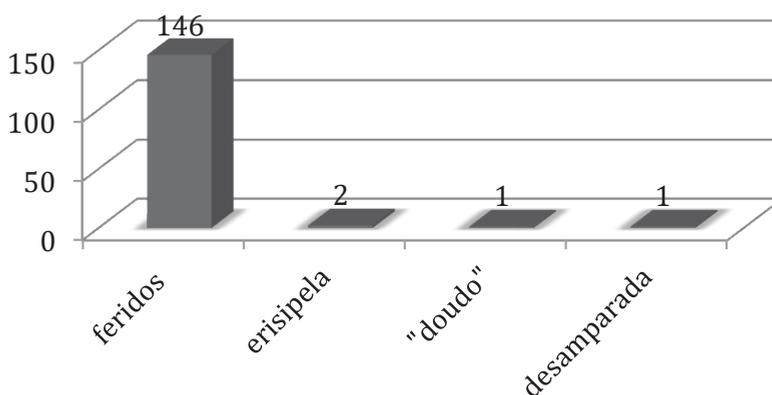
<sup>35</sup> SEQUEIRA, 1933: 270.

peçoas, durante várias semanas, tendo sepultado 240 cadáveres; salvou muitas peçoas das ruínas e fez com que outras fossem conduzidas aos hospitais<sup>36</sup>.

Entre os que se salvaram existe o relato de um homem, encontrado na Igreja da Penha, depois de quatro dias; outro na Basílica de Santa Maria, depois de sete dias; e ainda uma «moça» na rua dos Canos, nove dias após o terramoto<sup>37</sup>.

Os doentes que deram entrada nos hospitais provisórios de S. Bento foram registados em livros sendo que no número 1461 se encontram os registos efetuados entre seis de novembro de 1755 e doze de setembro de 1756 num total de 628 doentes. Destes, apenas conseguimos analisar 150, sendo que 57 se encontram também na lista de falecidos que aparece no fim do livro<sup>38</sup>. Existem ainda entradas dos dias quatro e cinco de novembro o que parece sugerir que o livro foi de facto iniciado a seis de novembro, sendo arrolados posteriormente doentes que foram admitidos em dias anteriores. Dos registos observados, sobressai o facto de alguns doentes transportarem consigo para o hospital colchões e roupa de cama. Esta circunstância pode ser indicativa da falta destes bens essenciais nos tempos mais próximos da calamidade que assolou Lisboa.

**Gráfico 1.** Doentes registados de seis de novembro de 1755, a doze de setembro de 1756



Fonte: ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1461

Da análise efectuada e cujos motivos de entrada se encontram no gráfico um, que se apresenta, respeitando a escrita original, podemos concluir que dos 150 registos, apenas quatro doentes deram entrada por outro motivo que não o trauma. São eles o que apresentava como motivo de admissão «doudo», dois com «erisipela» e uma

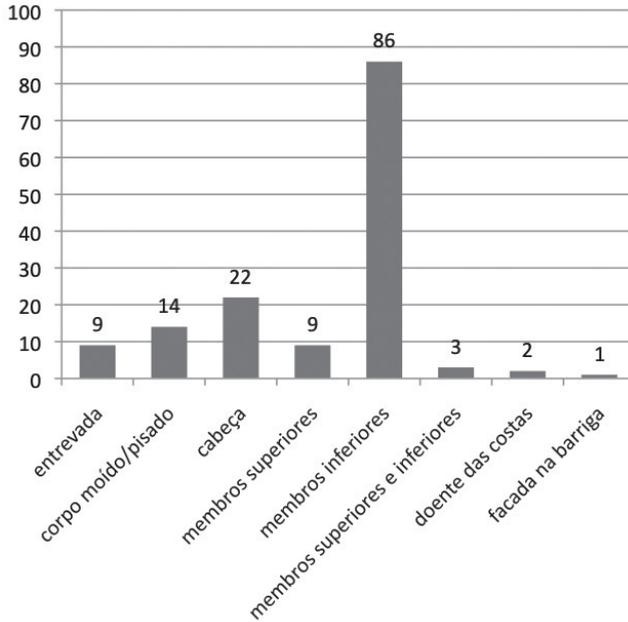
<sup>36</sup> PEREIRA, 1756: 4-5.

<sup>37</sup> MENDONÇA, 1758: 122-123.

<sup>38</sup> A tinta usada nos referidos documentos encontrava-se de tal modo esbatida que não se conseguia visualizar grande parte do que se encontrava escrito.

«doente desamparada». De referir que apenas um registo aparece como sendo criança e cujo motivo de entrada era ter «ambas as pernas quebradas». Esta criança veio a falecer a quinze de novembro<sup>39</sup>.

Gráfico 2. Motivo de entrada dos doentes feridos no terramoto de 1755

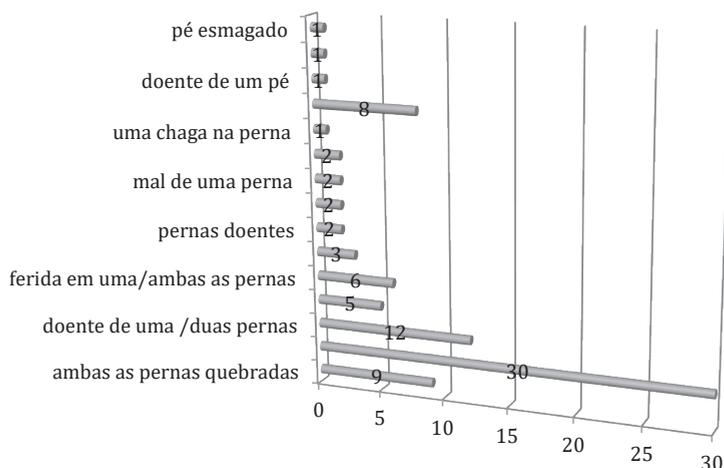


Fonte: ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1461

Dos 146 registos de feridos analisados, constatamos que 86 mostravam ferimentos nos membros inferiores, 22 na cabeça, catorze alegavam o corpo moído ou pisado, nove apresentavam-se entrevados, nove tinham ferimentos nos membros superiores e três em ambos os membros. Havia ainda registo de dois doentes com ferimentos nas costas e um com um ferimento por arma branca, na região abdominal.

Das nove doentes que deram entrada tendo como motivo «entrevada», é de referir que oito faleceram. Se associarmos ao termo «entrevada», àquele que não se podia mover, ou que se encontrava paralisado, podemos extrapolar para os doentes com paresias ou plegias decorrentes de lesões vertebro-medulares, o que também se adequa ao tipo de vítimas encontradas nos grandes eventos cataclísmicos como o terramoto em causa. Estas lesões são situações graves e que podem ser fatais, caso as lesões se localizem ao nível da coluna cervical.

<sup>39</sup> ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1461 (sem fólio).

**Gráfico 3.** Registo de doentes com traumatismo dos membros inferiores (1755)

Fonte: ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1461

No que se refere aos doentes com traumatismo nos membros inferiores, dos 86 encontrados podemos observar que o maior número se refere a doentes com «uma perna quebrada» num total de 30. Seguem-se doze «doentes de uma ou duas pernas», nove com «ambas as pernas quebradas», sete com uma «perna desmanchada», seis com «feridas em uma ou ambas as pernas» e cinco com «uma perna cortada». Três doentes apresentam como motivo de entrada «perna serrada». Podemos ainda observar doentes com pernas pisadas, feridas ou doentes e pés desmanchados ou esmagados.

Este tipo de lesões está de acordo com os registos recentes que afirmam que a esmagadora maioria dos problemas de saúde relacionados com os sismos são as lesões dos tecidos moles e lesões ortopédicas, provocadas por quedas e/ou ser-se atingido por elementos não-estruturais como, por exemplo, móveis, enfeites e luminárias<sup>40</sup>.

Com a «cabeça ferida» estão registados 22 doentes mas, é de referir, que destes somente nove apresentavam apenas ferimentos na cabeça sendo que os restantes se encontram associadas também a outro tipo de trauma como é exemplo «toda a cabeça ferida» ou «cabeça e um braço partido»<sup>41</sup>.

Podemos observar que vários foram os doentes que deram entrada com lesões da cabeça, que hoje classificamos como traumatismo cranioencefálico, sendo este tipo de ferimento uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos traumatizados.

Com ferimentos dos membros inferiores, registaram-se 86, sendo que 81 se referem a trauma «das pernas». Vítimas com este tipo de lesões estão sujeitas a um

<sup>40</sup> BOURQUE, 2003: 103.

<sup>41</sup> ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1461 (sem fólio).

alto risco de isquemia, infecção das feridas, atraso ou não consolidação das fraturas e dores crónicas. Isto deve-se, não só a alterações anatómicas inerentes aos ferimentos, como também a lesões associadas a outros sistemas e problemas sistémicos associados ao mecanismo de lesão<sup>42</sup>.

Como foi referido anteriormente, grande parte destes doentes apresentava vários tipos de ferimentos em simultâneo. Esta associação de lesões traumáticas aparece várias vezes e pode dizer-se que grande parte dos doentes que deram entrada eram politraumatizados o que se adequa ao tipo de evento de que haviam sido vítimas.

**Quadro 1.** Registos de entrada nas enfermarias hospitalis provisórios: 1755/1756

<b>1 de novembro de 1755 a 9 de junho de 1756</b>	
Total de doentes entrados	3720
Doentes que entraram feridos	85
Doentes que entraram com febres	99
Doentes que faleceram neste período	465

Fonte: ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1479

Este quadro, cujos dados foram retirados do *Livro Geral das Portas de Santo Antão e do Rossio* entre um de novembro de 1755 a nove de junho de 1756, refere-se a doentes de ambos dos sexos que entraram nas enfermarias dos hospitais provisórios, com início logo no dia do terramoto<sup>43</sup>. Os primeiros registos de entrada que se conseguem identificar referem-se a feridos. Mas após alguns dias (que não se conseguem contabilizar) passaram a ser mais frequentes os doentes com febres, talvez decorrentes de ferimentos não tratados, e que evoluíram para infeções. A percentagem dos que morreram foi de 12,5%. Estes dados enquadram-se no que hoje sabemos sobre a cinemática do trauma. Os estudos indicam que atualmente o primeiro pico da mortalidade, 50% de todas as mortes, ocorre no local do evento e geralmente é o resultado de lesões do sistema nervoso central, coração e grandes vasos. Seria pouco provável, por maiores que fossem os recursos, que estas vítimas pudessem sobreviver.

O segundo pico de mortalidade, cerca de 30%, ocorre algumas horas após o evento, em consequência de traumatismos que resultam em perdas consideráveis de sangue. O terceiro pico de mortalidade, cerca de 20%, surge dias ou semanas após o trauma em consequência da infeção e da falência multiorgânica<sup>44</sup>.

<sup>42</sup> TERRA, 2009: 93.

<sup>43</sup> ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1479.

<sup>44</sup> CUNHA, 2009: 7.

**Quadro 2.** Registos de entrada em hospitais provisórios 1756

<b>9 de junho de 1756 a 23 setembro 1756</b>	
Total de doentes entrados	2276
Doentes com problemas mentais «doudos»	80
Doentes que faleceram neste período	352

Fonte: ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1480

Este quadro, com dados retirados do *Livro Geral das Portas de Santo Antão e do Rossio* entre 9 de junho de 1756 a 23 setembro 1756, refere-se a doentes de ambos os sexos que deram entrada nas enfermarias dos hospitais provisórios, com início em junho do ano seguinte ao terramoto, num total de 2276<sup>45</sup>. A percentagem dos que deram entrada e vieram a falecer foi de 15,4%. Sobressai o número elevado de doentes com problemas mentais. Sabemos que nos anos que se seguiram ao terramoto, foram efetuados vários internamentos por problemas de saúde mental, como se pode comprovar pelos documentos que relatam as entradas nas enfermarias do hospital real<sup>46</sup>. Sabe-se que o Hospital de Todos os Santos, antes de 1755, tinha enfermarias com este tipo de doentes. Aquando do terramoto, alguns podem ter morrido, mas outros podem ter-se salvado e os doentes mentais a que se refere o livro, talvez esteja ligado a reinternamentos, pois nesta altura ainda não existiam hospitais psiquiátricos. Não sabemos. Com base em estudos mais recentes, confrontam-nos com o facto de que estes internamentos podem significar o resultado, do que chamamos hoje, stress pós traumático não tratado, resultante dos tempos difíceis no pós terramoto.

Este distúrbio pode ter manifestações diferentes nos sobreviventes, consoante o impacto físico da catástrofe (direto ou indireto). São considerados sobreviventes primários os que experimentaram o máximo de exposição ao evento traumático e sobreviventes secundários são os familiares próximos das vítimas primárias. Sendo assim, no terramoto do primeiro de novembro poderemos dizer que, pelos registos encontrados quase toda a população de Lisboa pode ser considerada sobrevivente primária ou secundária<sup>47</sup>.

## FONTES MANUSCRITAS

### Arquivo Municipal de Lisboa — Arquivo Histórico

AML/AH — *Chancelaria Régia, consultas decretos e avisos*, liv. 8.

AML/AH — *Registo de Consultas*, liv. 4.

<sup>45</sup> ANTT — *Hospital de São José*, liv. 1480.

<sup>46</sup> ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 57; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 58; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 59; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 60; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 61; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 62; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 63; ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mc. 1, n.º 64.

<sup>47</sup> COHEN, 2002: 149-152.

**Arquivo Histórico Militar**

AHM — *Secretaria de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Guerra (1736-1756)*, cx.1.

**Arquivo Nacional da Torre do Tombo**

ANTT — *Hospital de São José*, cx. 397, mç.1, n.º 26, 27, 28, 31, 35, 58, 60, 61, 62, 63, 64, liv. 1461, 1479, 1480.

ANTT — *Manuscrito da Livraria*, n.º 2040, fl. 2; n.º 1229 fl. 52v; n.º 1229 fl. 57v.

ANTT — *Registo Geral de Mercês, D. Maria II*.

**BIBLIOGRAFIA**

- BOURQUE, Linda B., et al. (2003) — *Morbidity and Mortality Associated with Disasters*. In DYNES, Russell R., — *The Lisbon Earthquake In 1755: Contested Meanings In The First Modern Disaster*. Wilmington: University of Delaware Disaster Research Center, p. 97-112.
- CAPELA, José Viriato; MATOS, Henriques (2011) — *As Freguesias dos Distritos de Aveiro e Coimbra nas Memórias Paroquiais de 1758. Memórias, História e Património*. Braga: UM/CITCEM.
- CARDOSO, Arnaldo Pinto (2013) — *O terrível terramoto da cidade que foi Lisboa — correspondência do Núncio Filippo Acciaiuoli: Arquivos secretos do Vaticano*. Lisboa: Alétheia.
- CHANTAL, Suzanne (2005) — *A vida quotidiana em Portugal ao tempo do terramoto*. Lisboa: Livros do Brasil.
- COHEN, Rachel E. (2002) — *Mental health services for victims of disasters*. «World Psychiatry», I série, vol. 3, p. 149-152.
- CUNHA, Jorge (2009) — *Cinémática do Trauma*. In NUNES, Fernando; MARTINS, António Gabriel, coord. — *Manual de Trauma para apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, p. 7-13.
- HOMEM, António Pedro Barbas et al. (2013) — *Cadeia do Limoeiro — Da punição dos delinquentes à formação dos magistrados*. Lisboa: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Centro de Estudos Judiciários.
- LISBOA, Amador Patricio de (1758) — *Memorias das Principaes Providencias que se derão no Terremoto que padeceo a Corte de Lisboa no anno de 1755*. [S.l.: s.n.].
- MENDONÇA, Joachim Joseph Moreira de (1758) — *História universal dos terremotos, que tem havido no mundo, de que ha noticia, desde a sua criação até ao século presente*. Lisboa: Offic. de Antonio Vicente da Silva.
- PEREIRA, António (1756) — *Commentario Latino e Portuguez sobre o terramoto e incendio de Lisboa de que soy testemunha ocular*. Lisboa: Na oficina de Miguel Rodrigues.
- RATTON, Jacome; CARVALHO, Joaquim Martins Teixeira de (1920) — *Recordações sobre ocorrências do seu tempo de Maio de 1747 a Setembro de 1810*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- RIPLEY, Amanda (2008) — *The unthinkable: who survives when disaster strikes and why?* New York: Three Rivers Press.
- SEQUEIRA, G. de Matos (1933) — *Depois do terramoto, subsídios para a história dos bairros ocidentais de Lisboa*, volume IV. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- SOUSA, Francisco Luiz Pereira de (1928) — *O Terremoto do 1.º de Novembro de 1755 em Portugal e um estudo demográfico*. Lisboa: Tipografia do Comércio, vol. III, p. 517.
- TERRA, António (2009) — *Trauma das Extremidades*. In NUNES, Fernando; MARTINS, António Gabriel, coord. — *Manual de Trauma para apoio ao Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, p. 93-100.
- VIEGAS, Inês Morais; LOUREIRO, Sara et al. (2012) — *Portugal Aflito e Conturbado pello terramoto do anno de 1755*. Lisboa: Direção Municipal de Cultura, Divisão de Gestão de Arquivos.



# CONTRA O MAL DE GERAÇÕES — LEGISLAÇÃO E PRÁTICAS SANITÁRIAS NO PORTO NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XVI E SÉCULO XVII

CATARINA ENCARNAÇÃO PEREIRA\*

## INTRODUÇÃO

O presente artigo ocupa-se da problemática da defesa sanitária no Porto dos séculos XVI e XVII perante sucessivas vagas de pestilência que assolaram o país nesses séculos. O tema circunscreveu-se mais à legislação e à ação relativas à defesa sanitária no porto marítimo-fluvial, a fronteira mais controlada e controlável do Porto com o exterior. A questão final: de que forma se desenham as relações entre Coroa e poder local em relação à defesa sanitária do Porto.

Antes de mais, apresenta-se o contexto histórico do objeto de estudo.

## O REINO NOS SÉCULOS XVI E XVII

Politicamente encontramos um reino que atravessa duas grandes fases de crise. Uma no século XVI com a morte de D. João III, o reinado breve de D. Sebastião e ainda mais breve do rei cardeal e o início da união dinástica, e o período posterior à Restauração da Independência, em meados do século seguinte, com a Guerra da Restauração, o reinado conturbado de D. Afonso VI e a subida ao trono de D. Pedro II.

Foram ainda séculos de centralização administrativa, centralização essa que se iniciara já na Idade Média, processo de relevar quando se fala de relações entre poder central e local.

---

\*CLEPUL — Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias da Universidade de Lisboa.  
catarina.e.per@gmail.com.

## MEDICINA E HIGIENE

Teoricamente, a Medicina em Portugal viu evoluções positivas. Nos meios académicos a Medicina ganhava destaque, dando-se ainda espaço a áreas como a Higiene e a Epidemiologia. Crescia a produção livresca sobre estes temas, tal como a sua qualidade. Além disso, só se podia exercer com a autorização do físico-mor. Na prática, muitos físicos não tinham formação e aproveitavam-se das superstições do povo.

Os séculos XVI e XVII são herdeiros da centralização hospitalar do tempo de D. João II. Esse esforço foi complementado pela criação das Misericórdias e de novos hospitais em Lisboa (Hospital de Todos os Santos) e no Porto (Hospital da Misericórdia — agora Hospital de Santo António).

Os hábitos de higiene não eram os melhores, verificando-se até uma pressão religiosa contra a prática do banho, visto como propenso a atos e pensamentos moralmente repreensíveis, acrescentando-se a suspeição da vulnerabilização do corpo a doenças. Além disso, as condições das ruas não eram as melhores. Magalhães Basto, no capítulo *Moralidade e costumes portuenses no século XVI* da obra *Estudos Portuenses*, fala do Porto, em que as «ruas eram maioritariamente íngremes, sinuosas, estreitas e escuras», como as que se encontram ainda hoje nas imediações da Sé<sup>1</sup>. Uma mistura de gentes e animais deambulava livremente pelas ruas apertadas, o que não abonava à limpeza das mesmas. O autor descreve o ambiente das ruas: «A imundice era nauseante. [...] Havia esterqueiras nos lugares mais centrais. Pelos cantos das ruas e junto das fontes o lixo era então aos montes. Os animais mortos [...] eram atirados para as calçadas, onde ficavam apodrecendo [...]. Janela abaixo eram jogadas, sem a menor cerimónia, as águas sujas... e tudo o que cheirava mal». Na altura das grandes procissões solenes é que, por vezes, a Câmara mandava limpar as ruas. A remoção da imundice acumulada era levada a cabo de forma mais espontânea pelos camponeses que recolhiam assim o estrume necessário para os campos, tanto nas ruas como nas cloacas, em plena luz do dia. O rio da vila, que atravessava a cidade, era um vazadouro comum, e assim percorria as margens levando dejetos e lixos vários<sup>2</sup>.

## PRINCIPAIS SURTOS A NÍVEL NACIONAL

Muitos mais surtos surgem nos registos durante o século XVI do que no seguinte. Em 1569 deu-se a chamada «Peste Grande», que atravessou todo o reino; só em Lisboa, segundo Silva Correia, chegaram a sucumbir 60 mil pessoas (num só dia morreram 600), metade da população da cidade. O mal parece ter vindo de Veneza num barco que chegou à cidade. Mais localidades foram afetadas, entre elas Sintra, Torres Vedras, Santarém, Coimbra, Évora, Salvaterra de Magos e Viana do Castelo.

---

<sup>1</sup> BASTO, 1962-1963: 73.

<sup>2</sup> BASTO, 1962-1963: 74 e 75.

Entre 1598 e 1603 outra grande vaga afetou o reino, ficando conhecida como «Peste Pequena». Construíram-se casas de saúde no Porto, em Alcântara e em Coimbra. Pode ter começado em Flandres, entrado em Espanha por Santander e daí chegou a Portugal.

## FONTES

As fontes trabalhadas neste artigo podem ser divididas em três grupos: os documentos que refletem as decisões camarárias (presentes em livros de vereação, de acórdãos, entre outros), os que chegam às mãos dos membros da vereação e outros funcionários do concelho vindos da Coroa (em livros de *Próprias*, *Registo Geral*, *Livro das Chapas*, etc.) e os que foram produzidos localmente pelos funcionários da saúde (principalmente os Livros de *Visitas de Saúde*).

## LEGISLAÇÃO CENTRAL SANITÁRIA

Os mecanismos adotados pelas autoridades em termos de defesa sanitária foram mais pontuais que concertados a médio e longo prazo. Ainda assim, foram redigidos quatro regimentos relativos à defesa sanitária nos dois séculos estudados.

Em 1569, ano da «Peste Grande», D. Sebastião contratou dois médicos sevillhanos, Tomás Álvarez e Garcia do Salzedo Coronel, que redigiram um compêndio de regras profiláticas conhecidas na época para combater a peste, que se intitulou *Regimento preservativo contra a peste*.

Cerca de uma década depois, em 1580, a «Peste Pequena» promove a redação de outro regimento. As recomendações são em parte semelhantes, mas o caráter de lei, de imposição, é maior, ao determinar punições para quem não cumprisse o determinado pelo alvará.

No final do século XVII, a 20 de dezembro de 1693, dois documentos são publicados. Um que regia a defesa sanitária no Porto de Belém (*Regimento do Provimto da Saúde para o Porto de Belém*<sup>3</sup>) e outro que pretendia ser mais abrangente (*Regimento que se há de observar sucedendo haver peste (de que Deos nos livre) em algum Reyno, ou Provincia confinante com Portugal*); apesar disso, ambos refletem uma maior preocupação com a defesa da capital.

A maior parte das ordens recebidas no Porto são temporárias no seu efeito, e quase todas surgem apenas no momento de emergência. Os regimentos de 1693 parecem ser exceções.

---

<sup>3</sup> SILVA, 1854-1856: 333.

## SURTOS REGISTRADOS PELOS FUNCIONÁRIOS NO PORTO

Através dos documentos consultados localmente, inventariaram-se os eventos que as autoridades locais consideraram ameaçadores à cidade do Porto, condensados na seguinte tabela:

Tabela 1. Surto reportados pela documentação municipal do Porto

Data	Locais afetados	Afetou o Porto?
1555	Bordéus e Rochelle	Não
1556	Rochelle	Não
1565	Azurara	Não
1566	Inglaterra	Não
1568	Esposende e outros	Não
1575	Porto	Sim?
1577	Matosinhos, Leça, Arrifana de Sousa, S. João da Foz e Galiza	Sim
1578	S. João da Foz e Arrifana de Sousa	Sim
1581	Porto	Sim
1582	Porto (referência a Massarelos)	Sim
1585	Porto	Sim
1586	Samoça (Bemviver) e Vila Nova	Não
1589	Porto	Sim
1593	Malta, Londres; «Fiquão», «Gilebefe» e «Selbese» [França]	Não
1598	Galiza (Ferrol, etc.), Viana do Castelo, Caminha, Vila Nova de Cerveira, e outras partes do Minho, Matosinhos, Alfena, Pica e Roriz Em dúvida: Porto (Massarelos e São João da Foz)	Sim?
1599	Arrifana, Alfena, Pica, Roriz, Folgoza, Coimbra, Santarém	Não
1600	Pica, Alfena, Folgoza, Matosinhos e Minhota	Sim
1601	Porto	Sim
1615	Argel, Inglaterra e outros portos do Norte.	Não
1625	Inglaterra	Não
1628	«Alemanha» e França	Não
1629	França	Não
1630	Milão	Não
1646	Tavira	Não
1662	Argel	Não
1666	Inglaterra	Não
1676	Esmirna [Izmir, Turquia]	Não
1678	Málaga, Granada e outros locais de Espanha	Não
1679	Málaga, Cádiz e Andaluzia	Não
1680	Espanha	Não
1681	Andaluzia	Não
1682	Madrid	Não
1691	Nápoles	Não
1696	Porto	Sim
1698	Argel	Não
1699	Porto	Sim?

Esta tabela é o resultado da pesquisa primária possível e pretende ser resultado dessa pesquisa apenas. Mais importante do que mapear as ameaças reais ao Porto é mapear o que as autoridades locais consideravam como ameaça.

Ao nível do reino, a maior parte das referências apontam para espaços próximos do Porto, na Comarca de Entre Douro e Minho. Apenas Tavira, Santarém e Coimbra estão fora desse espaço.

Quanto às ameaças externas, a preocupação com os portos ingleses e franceses (porque os documentos refletem isso, antes de tudo) mostra a importância das relações com esses espaços. Argel tinha também a sua relevância no quadro das relações com o estrangeiro já que surge em três anos como afetada por surtos pestíferos. Não se pode dizer que as referências à peste na «Itália» espelhem uma apreensão pelo contágio. Em 1630, a peste em Milão surge num documento régio em que se pedia que se rogasse na cidade do Porto pelo fim da mesma<sup>4</sup>. Por fim, as restantes ameaças referem-se a espaços mais distantes, com que o Porto possuía menos relações, principalmente no caso de Esmirna e Malta.

## APARELHO SANITÁRIO NO PORTO

A Câmara do Porto empregava um conjunto de funcionários que tornava possível a monitorização da questão sanitária na região, entre técnicos e oficiais burocratas.

Entre os técnicos municipais de saúde contavam-se o médico (físico), o cirurgião, o boticário e o sangrador; nos finais de XVI ainda só uma minoria tinha grau académico<sup>5</sup>.

Em complementaridade com os técnicos, surgiam os oficiais da Câmara. Eram importantes na vigilância sanitária, cuja organização parece ser, como Ribeiro da Silva refere, «quase exclusivamente em função dos surtos epidémicos e da sua eminência sempre provável»<sup>6</sup>. Tinham de prestar contas aos vereadores, que eram também os responsáveis pela escolha de quem ocupava os cargos.

O guarda-mor da Saúde realizava as visitas de saúde e monitorizava os degredos. O escrivão da saúde acompanhava o guarda-mor da saúde nas visitas de saúde e normalmente era também o escrivão da Câmara; produzia o conteúdo dos Livros de Visitas de Saúde<sup>7</sup>. O meirinho da saúde fazia a ligação entre a Câmara e o degredo de Valdamos; pouco se sabe sobre este ofício, já que surge poucas vezes na documentação, não se chegando a saber se tinha um carácter permanente ou não<sup>8</sup>. Os línguas de despacho da saúde agiam como tradutores. Os guardas vigiavam os locais infetados para evitar o contacto dos doentes com os não doentes.

As visitas de saúde realizavam-se no rio e estavam enquadradas num sistema de controlo da navegação mais abrangente e de uma vigilância que se verificava também nos caminhos em terra.

---

<sup>4</sup> FERREIRA, 1951: 333.

<sup>5</sup> SILVA, 1985: 723-729.

<sup>6</sup> SILVA, 1978: 207.

<sup>7</sup> SILVA, 1985: 721.

<sup>8</sup> SILVA, 1985: 721-723.

Barros descreve o seu funcionamento: «três bandeiras essenciais para a comunicação com os navios, implantadas em outros três lugares-chave na estrutura sanitária, sinalizavam a doença ou o estado da terra e funcionavam como marca que não deveria ser ultrapassada até ordem em contrário»<sup>9</sup>. A terceira bandeira estava localizada em Miragaia, onde os barcos paravam para aguardar a visita de saúde. O controlo da navegação era facilitado pelo forte S. João Baptista da Foz, construído nesse mesmo século, e pela expansão da ocupação humana na margem direita do Douro em direção à Foz, promovida pelo Estaleiro do Ouro. «Depois da estadia na cidade, ou no degredo, aos mestres das embarcações era passada certidão que deveria ser apresentada aos serviços do forte para lhe ser dada autorização de saída. A pouco e pouco as coisas iam sendo aperfeiçoadas. As comunicações começavam a funcionar e a actuação dos funcionários a ser mais efectiva»<sup>10</sup>.

Na terceira bandeira, «os navios eram abordados por uma espécie de comissão sanitária»<sup>11</sup>. «No século XVI, esta visita já está padronizada: estabelecia-se um diálogo entre as autoridades, que se deslocam em batéis até junto das embarcações, e os responsáveis pelos navios, normalmente os mestres, mas é vulgar estarem também presentes os seus pilotos, um ou outro marinheiro, os escrivães e os intérpretes próprios, se os tiverem. Esse diálogo consiste basicamente na apresentação de um questionário e em alguns procedimentos complementares, de cujo resultado depende a decisão das autoridades»<sup>12</sup>.

Quanto ao degredo em Valdamores, era frequentado por quem estava doente ou suspeitava-se de tal. Se o degredo fosse de curta duração ou se as autoridades ainda tivessem de decidir sobre o seu destino, era frequente os mareantes permanecerem nos seus barcos. As dificuldades em se diagnosticar uma doença corretamente levava à desconfiança das autoridades, influenciando as ordens de degredo, mas também a vigilância quanto a mercadorias<sup>13</sup>.

## MEDIDAS EM TEMPO DE EPIDEMIA

Segue-se uma rápida análise das medidas tomadas entre 1575 e 1578 e entre 1598 e 1601.

### 1575 a 1578

Em 1575, a contratação e ajustamento de contratos de médicos e cirurgiões, o abastecimento da cidade e gestão da situação dos pobres que acorreram à cidade constituem as principais respostas ao problema.

---

<sup>9</sup> BARROS, 2004: 204.

<sup>10</sup> BARROS, 2004: 204.

<sup>11</sup> BARROS, 2004: 206.

<sup>12</sup> BARROS, 2004: 206.

<sup>13</sup> BARROS, 2004: 208 e 209.

Em meados de 1577, o surto parte de Matosinhos; o reforço na guarda da saúde foi algo recorrente nesse ano. Entretanto, a Coroa enviara à Comarca de Entre Douro e Minho o antigo Juiz de Fora de Viana da Foz do Lima (atual Viana do Castelo) e licenciado Cipião de Figueiredo e o cirurgião do rei, o licenciado António Cruz. A missão deles era averiguar o estado da epidemia em Caminha, para serem tomadas as medidas necessárias. A 26 de julho, um acórdão relata que estes chegaram à cidade já com a informação de que em Matosinhos também andava a peste<sup>14</sup>. A 23 de agosto, outro acórdão dá conta da partida de Cipião de Figueiredo para Caminha, depois de ter estado na guarda de Matosinhos; é relatado que a situação na periferia do Porto é mais grave que na zona de Caminha, e por isso a saída do licenciado é compensada pela tomada da guarda por responsáveis camarários<sup>15</sup>.

A 24 de setembro, uma provisão estabelece que a Câmara deverá eleger e estabelecer o pagamento de um guarda da saúde para Arrifana<sup>16</sup>.

Em novembro surge novo exemplo de precaução em relação ao que vinha da Galiza, quando no dia 19 o corregedor e os guardas-mores decidem que a roupa que viesse da Galiza fosse mandada para o degredo, com a devida autorização de ser vigiada pelos seus donos<sup>17</sup>. O juiz e o feitor de alfândega requereram no dia seguinte que essa roupa fosse retirada do degredo, denotando um certo conflito de interesses<sup>18</sup>.

Com a peste ainda estabelecida em 1578, podemos dizer que as medidas inseridas neste contexto de epidémico foram geralmente de carácter temporário, feitas para o momento vivido, ainda que adaptáveis, e provavelmente tomadas em qualquer momento de emergência semelhante. Ao nível estrutural, há que destacar a mudanças efetuadas ao nível dos funcionários sanitários. O aumento dos guardas-mores é também temporário, portanto o que se deve focar aqui é o estabelecimento dos cargos de físico e cirurgião. Quanto ao peso das autoridades, as camarárias tomaram conta do sucedido como lhes era devido, mas a Coroa também agiu, com a expedição dos dois licenciados em meados de 1577.

### 1598 a 1601

Um surto nesta cronologia afetou a periferia do Porto, e não há certeza se afetou a cidade em si.

Podemos dividir a política sanitária em três partes:

- 1) Defesa em relação ao exterior (neste caso em relação à Galiza e à costa minhota): constantemente as autoridades municipais impediram a entrada ou permanência de elementos vindos desses espaços, e estabeleceram o

<sup>14</sup> AHMP — *Livro de acórdãos do arquivo municipal do Porto*, livro 1.º, fl. 92-94 publ. in CRUZ, 1967: CXXXI — CXXXVI.

<sup>15</sup> AHMP — *Livro de acórdãos do arquivo municipal do Porto*, livro 1.º, fl. 112-114 publ. in CRUZ, 1967: CLVI — CLVIII.

<sup>16</sup> AHMP, IA-35 — *Índice das próprias*, CH-JH, fl. 8 e 8v.

<sup>17</sup> AHMP — *Livro de Visitas da Saúde a Navios. Ano de 1577*, fl. 9-9v cit. in FERREIRA, 1977: 38.

<sup>18</sup> AHMP — *Livro de Visitas da Saúde a Navios. Ano de 1577*, fl. 14-15 cit. in FERREIRA, 1977: 39.

controlo dos barcos com essa proveniência, estabelecendo espaços de descarga e a proibição de desembarque sem a visita do guarda-mor. As autoridades municipais tentaram gerir as relações entre a população do Porto e arredores e os viajantes vindos do norte, tanto de Portugal como da Galiza. A 9 de abril de 1598, «os guardas-mores da saúde mandaram deitar pregões em Miragaia, Massarelos, São Pedro, Matosinhos, Leça e Azurara, para que não se recolhessem nenhuma pessoa vindas do Ferrol, nem de nenhuma parte da Galiza»<sup>19</sup>. Dez dias depois, o guarda-mor mandou dois homens de Vila Nova e suas famílias para o degredo por ter sido informado que estes trabalharam como tanoeiros em Ferrol, Galiza<sup>20</sup>. Ao longo desse ano surgem mais exemplos, dos quais se destaca um documento de 16 de dezembro que relata uma reunião da Câmara «em que ficou estabelecido os locais onde os barcos deviam descarregar as mercadorias, conforme a natureza destas. Estabeleceu-se também que os barcos ou barcas não pudessem desembarcar as suas gentes, sem que a guarda as fosse despachar e isto sob pena de degredo e de perder o barco para as despesas do degredo»<sup>21</sup>. Apesar de tudo, os locais que se procurou proteger foram afetados na mesma com a exceção da cidade do Porto.

- 2) Controlo/depuração das zonas já afetadas.
- 3) Gestão da guarda da cidade entre muros (e das suas entradas). A gestão da guarda das portas da cidade foi problemática no ano de 1598, já que trouxe ao de cima alguma conflitualidade social. A 27 de junho, um aviso régio estabelece, segundo o índice das *Próprias* do AHMP, «Que não houvesse alteração no costume antigo, e ter-se com os Fidalgos a conta que é razão, para que eles se não possam escandalizar»<sup>22</sup>. Apesar de não dizer que costume é esse, deduz-se pelos documentos seguintes que é o de os fidalgos não participarem na guarda. O costume muda quando o poder central se depara com uma situação perigosa para a boa guarda da cidade. Outra entrada do mesmo índice, datada de 5 de setembro apresenta essa mudança e as razões: «Provisão estranhando que a Camara dezamparasse as portas da Cidade, escandalizada pela mercê que El Rei havia feito, d'isentar os Fidalgos da guarda das portas da Cidade. Recomendando que os Vereadores e os Fidalgos, juntamente com os mecanicos, assistão na guarda e vigilancia das portas da Cidade, visto a Camara de Vianna estar ainda impedida da peste»<sup>23</sup>. Uma

<sup>19</sup> AHMP — *Livro das Visitas da Saúde. Ano de 1597*, fl. 29v-30 cit. in FERREIRA, 1977: 14.

<sup>20</sup> AHMP — *Livro das Visitas da Saúde. Ano de 1597*, fl. 30v-31 cit. in FERREIRA, 1977: 15.

<sup>21</sup> AHMP — *Livro das Visitas da Saúde. Ano de 1597*, fl. 65-66v, cit. in FERREIRA, 1977: 39 e 40.

<sup>22</sup> AHMP, IA-36 — *Índice das próprias*, J-O, fl. 247v e 248.

<sup>23</sup> AHMP, IA-36 — *Índice das próprias*, J-O, fl. 248.

carta régia de 26 de setembro frisa esta mesma decisão de incluir os fidalgos na guarda, invertendo a situação anterior<sup>24</sup>. Não temos a informação é se esta disposição foi mantida depois desta cronologia.

As localidades afetadas pelo mal na periferia do Porto foram acudidas pelas autoridades portuenses, como era natural pela posição da cidade sobre a sua periferia. Os recursos municipais foram despendidos para ajudar terras como Pica, Folgoza e Alfena, a cujas populações se enviaram remédios<sup>25</sup> e funcionários sanitários. Mas esses recursos eram limitados. Algumas sentenças e mandados provam-no, ao obrigarem a Câmara a pagar salários<sup>26</sup>.

As autoridades locais responderam à ameaça e ao contágio estabelecido com os meios e mecanismos possíveis. Não tendo conseguido evitar o contágio, conseguiram, porém, conter, com algum sucesso, a epidemia nos locais contagiados. A influência da Coroa fez-se sentir na questão dos fidalgos e pouco mais, tendo sido, segundo a amostra documental, uma questão de gestão local.

## ALGUMAS TEMÁTICAS PARALELAS

### Os cargos

Qual a relação entre os surtos e a as decisões ligadas aos cargos? A produção documental neste contexto é maior nos espaços temporais de surtos, principalmente nos períodos de 1575-1578 e 1598-1601. É exemplo o aumento do número de guardas-mores da saúde e mobilização destes para os vários espaços afetados durante o ano de 1577, especialmente no verão<sup>27</sup>.

Em 1575, um documento refere-se à criação dos cargos de médico e cirurgião<sup>28</sup>. É possível que estes cargos representem algo diferente do médico e cirurgião do partido, que surgem num documento de 1537<sup>29</sup>. Desconhece-se no que diferem, já que no documento de 1537 fica estabelecido que têm de curar de graça «Corregedor, Juiz de Fora, Vereadores, Procurador, Syndico, e Guarda, e todas as suas famílias», e isto fazia parte das obrigações dos profissionais nos cargos estabelecidos em 1575 durante os séculos XVI e XVII, pelo menos.

<sup>24</sup> AHMP, IA-37 — *Índice das próprias*, R-Z, fl. 138v.

<sup>25</sup> AHMP, IA-53 — *Índice Geral*, OF-PO, fl. 268v — exemplo de uma receita para Folgoza.

<sup>26</sup> AHMP, IA-53 — *Índice Geral*, OF-PO, fl. 271v e 271 — exemplo de uma sentença de 30 de janeiro que obrigava a câmara a pagar o que devia ao físico Marcos Barbosa «pela cura dos doentes da peste no Porto».

<sup>27</sup> De 18 de junho (IA-73 — *Índice dos acórdãos da Ilustríssima Câmara Municipal do Porto*, fl. 86 e 86v) a 23 de agosto (AHMP — *Livro de acórdãos do arquivo municipal do Porto*, livro 1.º, fl. 112-114 publ. in CRUZ, 1967: CLVI — CLVIII).

<sup>28</sup> AHMP, IA-36 — *Índice das próprias*, J-O, fl. 118v.

<sup>29</sup> AHMP, IA-35 — *Índice das próprias*, CH-JH, fl. 8v.

## Jurisdição

A saúde na cidade e na Comarca encontrava-se sob a alçada da Câmara do Porto. É o que uma carta régia de 15 de abril de 1575 afirma sem margens de dúvida<sup>30</sup>. Mas foi sempre assim ao longo dos dois séculos aqui estudados?

A 27 de maio de 1581, um alvará régio<sup>31</sup> manda que o «Corregedor no tempo da peste, resida nos lugares onde ella se padeça para melhor poder dar as providencias, e que se conformem com os acórdãos da Camara»<sup>32</sup>. O corregedor tem um papel na defesa sanitária, mas até que ponto? Em princípio, ficava claro que ele não tinha mais poder que a Câmara nesta matéria, mas parece que tal não aconteceu. Em 1598, um aviso régio afirma que «não obstante ter-se incumbido ao Corregedor a guarda e vigia da Cidade na matéria da peste, se declarou pertencer à Camara estas atribuições, e que ela trate de fazer o Guarda Mor como sempre foi costume»<sup>33</sup>. O mal entendido continua, mas agora já em relação ao governador da relação. Uma carta régia de 1615 restitui «á camara a superintendencia nas couzas da Saude, a quem sempre pertencera, e não ao Governador»<sup>34</sup>. A jurisdição é assegurada definitivamente pelo alvará de 1646 «Que declara que a Guarda da saude pertence ás camaras do Reino: especialmente a da Cidade do Porto á Camara della por particular Carta Régia»<sup>35</sup>.

## CONCLUSÕES

Através dos episódios epidémicos mais importantes (ao nível da representatividade documental), foi possível reter um retrato da evolução dos surtos, da sua propagação e dos mecanismos postos em prática contra eles.

Podemos concluir até que, na segunda metade do século XVI, o poder central superintendia, no sentido em que muito do que envolvia as estruturas concelhias só podia ser realizado com autorização régia, mas que era a Câmara quem realmente geria as situações de risco e a defesa sanitária no geral. A questão da jurisdição mostrou que era responsável pela saúde até fora da cidade. Nunca, com os meios da altura, a Coroa poderia gerir sozinha a defesa sanitária no Porto e na Comarca em que se insere. E tudo indica que a situação permanece no século seguinte.

O primeiro vestígio de uma certa mudança de cenário será certamente o regimento de 1693. Fica no ar a questão de se há mudanças a seguir a esse regimento, o primeiro que aparenta ser destinado a todo o Reino.

<sup>30</sup> AHMP, IA-37 — *Índice das próprias*, R-Z, fl. 136v.

<sup>31</sup> Com a resolução de capitulo particular da Cidade nas Cortes de Tomar desse ano.

<sup>32</sup> AHMP, IA-36 — *Índice das próprias*, J-O, fl. 246v.

<sup>33</sup> AHMP, IA-35 — *Índice das próprias*, CH-JH, fl. 341.

<sup>34</sup> AHMP, IA-37 — *Índice das próprias*, R-Z, fl. 139.

<sup>35</sup> AHMP, IA-37 — *Índice das próprias*, R-Z, fl. 139v.

Outra ideia a reter é a de que os processos não se encontram instaurados e não são seguidos automaticamente quando um certo conjunto de fatores surge. Isto significa que, de cada vez que surge um determinado contexto, as autoridades têm agir sem leis preestabelecidas como guia. Com isto não se descarta nunca o facto de haver procedimentos que são invariavelmente seguidos em caso de surto ou de ameaça de surto, e que esses sofrem evoluções e ajustes de acordo com o que se vai aprendendo, localmente ou não.

## FONTES MANUSCRITAS

### Arquivo Histórico Municipal do Porto

- AHMP — *Índice das Próprias*, IA-35: CH-JH — f. 7v a 378v; IA-36: J-O — f. 80 a 250; IA-37: R-Z. Entradas provenientes de livros de Próprias, de Vereação, de Registo Geral e do Regimento de Saúde.
- AHMP — *Índice das deliberações da Câmara*, IA-43. Entradas provenientes do livro V dos Acórdãos.
- AHMP — *Índice Geral*, IA-45: AZ-CA; IA-46: CA-CO; IA- 48: EN-GA; IA-50: GU-IM; IA-51: IM-MA; IA-53: OF-PO; IA-57: SA-VE. Entradas provenientes de livros de Próprias, de Registo Geral, de Sentenças e do Cofre.
- AHMP — *Índice dos Acórdãos da Ilustríssima Câmara Municipal do Porto*, IA-73. Entradas provenientes de livros de Acórdãos.

## FONTES IMPRESSAS

- CRUZ, António (1967) — *Algumas observações sobre a vida económica e social da cidade do Porto nas vésperas de Alcácer Quibir*. Porto: Biblioteca Pública Municipal do Porto.
- FERREIRA, J. A. Pinto (1951) — *Índice chronológico dos documentos mais notáveis que se achavam no arquivo da illustrissima câmara da cidade do Porto, quando por ordem regia o examinou no anno de 1795, o conselheiro João Pedro Ribeiro natural da mesma cidade*. Porto: Câmara Municipal do Porto, Gabinete de História da Cidade.
- \_\_\_\_ (1977) — *Visitas de saúde às embarcações entradas na barra do Douro nos séculos XVI e XVII*. Porto: Câmara Municipal do Porto, Gabinete de História da Cidade.
- SILVA, José Justino de Andrade (1854-1856) — *Colecção chronológica da legislação portugueza*. Lisboa: Imprensa de F. X. de Souza, vol. 10 (1683-1700).
- CORPUS *codicum latinorum et portugalsium eorum qui in archivo municipali portugalensi asservantur antiquissimorum* (1891-1917) — Portucale: Curiae Municipalis editum.

## BIBLIOGRAFIA

- BARROS, Amândio Jorge Morais (2004) — *Porto: a construção de um espaço marítimo nos alvares dos tempos modernos*. Porto: Universidade do Porto.
- BASTO, Artur de Magalhães (1962-1963) — *Estudos portuenses*. Porto: Biblioteca Pública Municipal.
- BRAGA, Isabel; OLIVEIRA, João Carlos (1998) — *A Saúde*. In MARQUES, Oliveira; SERRÃO, Joel, dir. — *Nova História de Portugal*. Lisboa: Editorial Presença.
- BRAUDEL, Fernand (1979) — *As estruturas do quotidiano: o possível e o impossível*. Lisboa: Teorema.
- CARDIM, Pedro (1998) — *O processo político (1621-1807)*. In MATTOSO, José, dir. — *História de Portugal*. Lisboa: Editorial Estampa, vol. IV, p. 401-424.
- CORREIA, Fernando da Silva (1937) — *Portugal sanitário: subsídios para o seu estudo*. [Lisboa]: Ministério do Interior, Direcção Geral de Saúde Pública.

- JORGE, Ricardo (1897) — *Origens e desenvolvimento da população do Porto*. Porto: Typographia Occidental.
- LEMOS, Maximiano de (1991) — *História da medicina em Portugal: doutrinas e instituições*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, vol. II.
- MIRA, Ferreira de (1947) — *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.
- OLIVEIRA, João Carlos (1998) — *A Higiene*. In MARQUES, Oliveira; SERRÃO, Joel, dir. — *Nova História de Portugal*. Lisboa: Editorial Presença, vol. V, p. 639-644.
- OSSWALD, Helena (2008) — *Nascer, viver e morrer no Porto de Seiscentos*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- PINA, Luís de (1960) — *A Medicina portuense no século XV: alguns breves capítulos*. «Studium Generale», Vol. III.
- POLÓNIA, Amélia (1995) — *Reflexões sobre alguns aspectos da vida quotidiana no século XVI*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- \_\_\_\_ (2007) — *A expansão ultramarina numa perspectiva local: o porto de Vila do Conde no século XVI*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- RODRIGUES, Teresa (1987) — *Crises de mortalidade em Lisboa: séculos XVI e XVII*. Lisboa: [Edição de Autor].
- RODRIGUES, Teresa (1997) — *As estruturas populacionais*. In MATTOSO, José, dir. — *História de Portugal*. Lisboa: Editorial Estampa, vol. III, p. 214-230.
- SILVA, Francisco Ribeiro da (1978) — *Temores do homem portuense do primeiro quartel no século XVII: I – A doença e a peste. Aspectos sanitários*. Porto: [s.n.].
- \_\_\_\_ (1985) — *O Porto e o seu termo 1580-1640: Os homens as instituições e o poder*. Porto: [Edição de Autor].

# A PNEUMÓNICA EM MONTEMOR-O-NOVO

TERESA FONSECA\*

## 1. O CONTEXTO DA ECLOSÃO DA PANDEMIA

O ano de 1918 revelar-se-ia particularmente trágico para os Portugueses. Ao rol de desaires provocados pela Grande Guerra viria a juntar-se a maior epidemia do século XX, considerada por alguns autores como um dos piores flagelos epidémicos da história humana: a pneumónica *influenza*, também conhecida por gripe espanhola.

A relação direta da pandemia com o conflito mundial está ainda por esclarecer<sup>1</sup>. Mas se não esteve na sua origem, a Guerra contribuiu pelo menos para a rápida propagação do vírus, devido à concentração de muitos milhares de combatentes em espaços reduzidos e sem condições de higiene. E o regresso dos militares aos países de origem após a assinatura do Armistício agravou ainda mais o risco de contágio.

Ricardo Jorge, então Diretor-Geral de Saúde, num relatório preliminar apresentado, em março de 1919, à Comissão Sanitária dos Países Aliados, descrevia o caso do navio português *Moçambique*. Saído de Lourenço Marques a 12 de setembro de 1918 em missão de repatriamento de 952 combatentes, perdera, ao longo do percurso, 199 embarcados vítimas de pneumónica, aos quais se juntariam mais 11, já falecidos em terra<sup>2</sup>.

---

\* Doutora em História das Ideias Políticas pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. [mtcprfonseca@gmail.com](mailto:mtcprfonseca@gmail.com).

<sup>1</sup> KILLINGRAY, 2009: 43-5.

<sup>2</sup> GARNEL, 2009: 223.

Entre abril de 1918 e fevereiro de 1919 esta doença altamente mortífera atingiu todo o mundo. Infetou centenas de milhões de pessoas. Provocou, direta e indiretamente, entre 50 a 100 milhões de vítimas mortais. E nas décadas seguintes, milhões de doentes sofreram de patologias do sistema nervoso central, consideradas sequelas da gripe<sup>3</sup>.

Em Portugal, as deficientes condições sanitárias, o atraso socioeconómico e a instabilidade político-militar da nossa jovem República representaram, no seu conjunto, os fatores determinantes da forte incidência da epidemia.

Efetivamente, o nosso país foi um dos mais atingidos da Europa. A taxa de mortalidade cifrou-se nos 9,8 por mil, apenas ultrapassada pela Espanha, a Itália e a Hungria. De acordo com as estatísticas oficiais, a pandemia vitimou em Portugal 55.780 pessoas, das quais 3.097 no ano de 1919. Todavia, as mortes podem ter ultrapassado as 100.000, se contabilizarmos os óbitos acima do normal, provocados por doenças do aparelho respiratório e por causas não esclarecidas<sup>4</sup>.

## 2. A REAÇÃO DAS AUTORIDADES

A principal dificuldade no combate à pandemia residia no desconhecimento da doença. O seu agente causador era então ignorado. Não se sabia como atuava e nenhum medicamento era eficaz no seu combate. A divergência de posições face à doença gerou acesas controvérsias científicas. E aqueles que suspeitavam tratar-se de um vírus, não conseguiram isolá-lo. O atraso na adoção das medidas de contenção provocado por estas incertezas, bem como a incipiência dos tratamentos disponíveis, constituíram mais dois fatores da elevada mortalidade<sup>5</sup>.

A resposta do poder político ao surto epidémico foi lenta e desadequada. Em maio de 1918, o doutor Ricardo Jorge começou a alertar o governo de Sidónio Pais para a natureza mortífera da doença e a sua rápida contagiosidade<sup>6</sup>. Mas as primeiras instruções oficiais emanadas da Direção-Geral de Saúde surgiram apenas na segunda quinzena de setembro, impondo aos subdelegados de saúde e facultativos municipais a apresentação imediata ao serviço, «logo que apareça epidemia [...] no seu concelho»<sup>7</sup>.

Apenas quando a doença atingiu a fase mais virulenta é que a Secretaria de Estado do Trabalho decidiu, a 2 de outubro, emitir uma Portaria com recomendações às autoridades sanitárias, organizada em seis pontos. O primeiro determinava a sua participação obrigatória. O segundo estabelecia normas profiláticas de higiene pessoal, das habitações e dos aglomerados populacionais, impedindo grandes concentrações e limitando as deslocações ao mínimo necessário. O terceiro tratava da organização

<sup>3</sup> KILLINGRAY, 2009: 41, 55.

<sup>4</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 72-3.

<sup>5</sup> CASTRO *et al.*, 2009: 179-187.

<sup>6</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 77.

<sup>7</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 21-9-1918, fl. 19v.

hospitalar, para a qual previa a requisição de edifícios, transportes, camas e roupas. O quarto avançava instruções no sentido da racionalização dos recursos humanos disponíveis, incluindo a convocação de médicos aposentados. O quinto organizava territorialmente a prestação de serviços médicos e farmacêuticos. E o sexto prescrevia o modo de organização local da assistência aos infetados, coordenada pelas autoridades distritais e concelhias, apoiadas em «comissões de socorro» constituídas nas terras<sup>8</sup>.

O governador civil de Évora, em cumprimento destas determinações, passou a proibir as feiras e mercados no distrito, considerados focos de contágio<sup>9</sup>. No entanto, a medida já não foi a tempo de impedir a realização das feiras anuais de Vila Viçosa e de Montemor-o-Novo, a primeira de 29 a 31 de agosto<sup>10</sup> e a segunda entre 31 de agosto e 3 de setembro<sup>11</sup>. Ambas atraíam milhares de forasteiros e constituíram por certo um fator assinalável de contágio, tanto mais que a doença já assolava o concelho de Vila Viçosa pelo menos desde finais de julho<sup>12</sup>.

Além de tardias, as diretivas estatais foram pouco precisas e postas em prática com uma lentidão que não correspondia ao alastrar implacável da epidemia. O governador civil de Évora, dois dias após a publicação da Portaria atrás referida, inquiria o delegado de saúde do mesmo distrito se deveria «ordenar a proibição dos espetáculos públicos», à semelhança do que praticara relativamente aos mercados e feiras<sup>13</sup>. E apenas a 5 de outubro recomendava ao Comissário da Polícia Cívica da mesma área que procedesse ao encerramento das escolas particulares de ensino primário e secundário, nos termos já praticados com as de ensino público<sup>14</sup>.

### 3. A PNEUMÔNICA NO CONCELHO DE MONTEMOR-O-NOVO

Tal como Portugal no contexto europeu, também o concelho de Montemor-o-Novo foi particularmente atingido relativamente ao conjunto do distrito de Évora. No Quadro n.º 1<sup>15</sup>, constatamos que as 611 mortes por gripe em 1918 (320 homens e 291 mulheres) são, em números absolutos, muito superiores às dos outros concelhos. Correspondem a 32,14% do total de óbitos pela mesma doença nesse ano no distrito,

<sup>8</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 77-9.

<sup>9</sup> «Democracia do Sul», n.º 899, de 3-10-1918.

<sup>10</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 24-8-1918, fl. 11.

<sup>11</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 28-8-1918, fl. 12.

<sup>12</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 1-8-1918.

<sup>13</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 4-10-1918.

<sup>14</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 5-10-1918.

<sup>15</sup> Os elementos deste quadro foram extraídos de: *Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal. Ano de 1918, 1922*: 84; e *Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal. Ano de 1919, 1924*: 84.

quando a sua população rondaria os 15% dos moradores da mesma área<sup>16</sup>. Évora, o mais populoso, contou com 203 casos<sup>17</sup>.

Quadro 1. Óbitos por gripe no distrito de Évora

Concelhos	Anos		Total/Concelhos
	1918	1919	
Alandroal	14	1	15
Arraiolos	70	7	77
Borba	65	4	69
Estremoz	152	20	172
Évora	203	29	232
<b>Montemor-o-Novo</b>	<b>611</b>	<b>11</b>	<b>622</b>
Mora	44	8	52
Mourão	160	11	171
Portel	119	1	120
Redondo	131	1	132
Reguengos de Monsaraz	225	7	232
Viana do Alentejo	59	0	59
Vila Viçosa	48	7	55
Total	1.901	107	2.008

Em termos relativos foi o segundo concelho mais atingido (veja-se o Quadro 2), precedido apenas por Mourão e seguido de perto por Reguengos de Monsaraz, dois casos a merecer também um estudo detalhado. E a média distrital de 13,1 óbitos, superou também a nacional acima referida de 9,8.

Todavia, o número real de óbitos neste concelho, à semelhança do que parece ter sucedido um pouco por toda a parte, foi provavelmente bastante superior ao admitido oficialmente, devido ao montante elevado de patologias do foro respiratório e a outras «ignoradas ou mal definidas», ambas apresentadas no Quadro 3.

Quadro 2. Percentagem de óbitos por gripe relativamente à população

Concelhos	População (1920)	Óbitos por gripe	Óbitos/mil hab
Alandroal	8.888	15	1,68
Arraiolos	10.525	77	7,31
Borba	7.411	69	9,31
Estremoz	18.865	172	9,11
Évora	28.042	232	8,27
<b>Montemor-o-Novo</b>	<b>24.383</b>	<b>622</b>	<b>25,5</b>
Mora	6.832	52	7,61
Mourão	4.122	171	41,48

<sup>16</sup> Com base nos censos de 1911 e 1920, os residentes do concelho de Montemor-o-Novo representavam respetivamente 14,77% e 15,63% do total do distrito. *Censo da população de Portugal. No 1.º de Dezembro de 1911. Parte I*, 1913: 110. E *Censo da população de Portugal. Dezembro de 1920. Volume I*, 1923: 266.

<sup>17</sup> *Censo da população de Portugal. Dezembro de 1920. Volume I*, 1920: 6-9.

Concelhos	População (1920)	Óbitos por gripe	Óbitos/mil hab
Portel	9.294	120	12,91
Redondo	9.050	132	14,58
Reguengos de Monsaraz	11.091	232	20,91
Viana do Alentejo	6.989	59	8,44
Vila Viçosa	7.747	55	7,09
Total	153.239	2.008	13,1

O eclodir da Guerra em 1914 e mais ainda a entrada oficial de Portugal no conflito, em 1916, contribuíram para agravar as já débeis condições de vida da população, do que resultou um aumento da mortalidade. Além da tuberculose, na altura a principal causa de morte, ocorreram surtos epidémicos de varíola, febre tifoide, tifo exantemático e disenteria<sup>18</sup>, que diminuíram ainda mais a capacidade de resistência dos Portugueses à pandemia que se avizinhava.

Na vila de Montemor-o-Novo, o acréscimo considerável da mortalidade levou a Misericórdia local a reforçar, em 1916, o pagamento aos servos da carreta funerária, devido «ao excesso de trabalho»<sup>19</sup>. No ano seguinte, um surto de tosse convulsa e de enterites atacou «um grande número de crianças» por todo o concelho<sup>20</sup>. Em agosto de 1918, Vendas Novas encontrava-se assolada por «muitas doenças» e sem açúcar para produzir os medicamentos indispensáveis ao seu combate<sup>21</sup>. E em outubro desse ano, além da pneumónica, grassavam em Lavre mais duas epidemias, a varíola e o paludismo<sup>22</sup>.

Quadro 3. Causas de morte no concelho de Montemor-o-Novo

Doenças	Anos	
	1918	1919
Gripe	611	11
Pneumonia	52	14
Tuberculose	36	26
Bronquite	20	16
Diarreia e enterite	96	66
Doenças cardiovasculares	66	70
Doenças ignoradas ou mal definidas	82	45
Outras causas de morte	347	189
Total	1310	437

<sup>18</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 65.

<sup>19</sup> ASCMMN — *Livro de atas das sessões da Misericórdia (1914-1925)*, sessão de 19-6-1916, fl. 29v.

<sup>20</sup> «Democracia do Sul», n.º 792, de 19-8-1917.

<sup>21</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofício de 2-8-1918.

<sup>22</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofício de 8-10-1918.

Os primeiros casos conhecidos de pneumónica em Montemor teriam sido detetados precisamente em Lavre, a 26 de setembro<sup>23</sup>. Pela mesma altura atingiu Vendas Novas, onde «avançava de modo assustador». Nesta freguesia chegavam a ocorrer nove casos fatais diários, principalmente nos setores economicamente mais desfavorecidos<sup>24</sup>.

Alguns dias depois, a epidemia generalizou-se a todo o concelho, atingindo, em outubro e novembro, a fase mais intensa e mortífera, em sintonia com a tendência nacional.

Quando a doença eclodiu em Lavre, o médico da freguesia, Raimundo da Silva Mendes, desistiu da licença prevista para o período de 1 a 7 de outubro<sup>25</sup>. A 2 de outubro, o seu colega de Vendas Novas, David Ferreira dos Santos, foi instado a regressar imediatamente de férias, pois a sua área de trabalho estava a ser «duramente devastada»<sup>26</sup>.

As escolas do concelho encerraram<sup>27</sup>, em cumprimento da Portaria de 2 de outubro, sendo as de Cabrela<sup>28</sup> e Vendas Novas<sup>29</sup> transformadas em hospitais.

O desta última localidade, do qual possuímos mais informação, era designado por «hospital dos epidemiados» e destinava-se preferencialmente a doentes pobres. Foi criado por uma comissão organizadora, da qual faziam parte a Junta de Freguesia, o comandante da Escola Prática de Artilharia, o médico municipal, outros dois clínicos da terra e nove vendasnovenses<sup>30</sup>. Nele se instalaram mais de 30 camas, disponibilizadas pela Escola de Artilharia, que também forneceu roupa e ajudou a implementar medidas de higiene. A Junta de Freguesia procedeu também à requisição de «bastantes automóveis» para o «serviço clínico»<sup>31</sup>.

A partir da segunda semana de outubro, a situação no concelho atingiu níveis de catástrofe. No dia 15, o presidente da comissão de socorros municipal, Augusto Rodrigues da Silva Ramalho, conde de Safira, convocou os proprietários, comerciantes, industriais e funcionários públicos para uma reunião, com o objetivo de se tomarem novas providências, devido à «forma aterradora» como lavrava a pneumónica<sup>32</sup>.

A grande necessidade de médicos nas zonas de guerra obrigara ao seu recrutamento intensivo<sup>33</sup>. Por isso escasseavam em todo o país e mais ainda nos concelhos onde já

<sup>23</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida. 1918*, ofício de 8-10-1918.

<sup>24</sup> PAIS, 1985: 90-1.

<sup>25</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida. 1918*, ofício de 8-10-1918.

<sup>26</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, telegrama de 2-10-1918, fl. 44.

<sup>27</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida. 1918*, ofício de 3-11-1918.

<sup>28</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, telegrama de 21-10-1918, fls. 51-51v.

<sup>29</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida. 1918*, ofício de 10-10-1918.

<sup>30</sup> PAIS, 1985: 90.

<sup>31</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofício de 28-10-1918, fl. 54.

<sup>32</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofício-circular de 15-10-1918, fl. 4 15-10-1918, fl. 49.

<sup>33</sup> FRAGA, 1996: 121-6.

eram insuficientes em tempos de paz. Era o caso de Montemor-o-Novo, onde pelo menos dois clínicos foram mobilizados: um dos facultativos da Misericórdia<sup>34</sup> e o da freguesia de S. Cristóvão<sup>35</sup>.

Esta carência de profissionais de saúde, agravada pela extensão do concelho, constituiu, a nosso ver, a principal causa do efeito desastroso da epidemia. O já referido médico municipal da extensíssima freguesia de Lavre explicava, a 8 de outubro, ao presidente da câmara, Alberto Malta de Mira Mendes, que os inúmeros casos fatais da doença na sua área se deviam ao facto de os epidemiados terem tido socorros médicos apenas quando «já estavam doentes há 15 dias»<sup>36</sup>.

A 10 do mesmo mês, os seus dois colegas de Vendas Novas informavam a edilidade da incapacidade «para atender tanto doente». Sugeriam o contrato do clínico reformado Aleixo Pais, para cuidar do hospital, o que de facto veio a suceder<sup>37</sup>. E expressavam o receio de que a epidemia, a prolongar-se, os conduzisse «a uma situação desesperada»<sup>38</sup>.

Para termos uma ideia das dificuldades de acesso às aldeias e montes mais isolados, vejamos o caso de Cabrela. Sem clínico, era assistida pelo médico municipal da populosa vila de Vendas Novas. Para chegar àquela freguesia, onde ia uma vez por semana, este tinha de percorrer, em carro de aluguer, 17 quilómetros de ida e outros tantos de regresso, por estrada macadamizada. Mas o preço proibitivo do combustível e o seu quase desaparecimento do mercado levaram-no a optar por um caminho vicinal, um pouco mais curto, mas apenas acessível por cavalo. Contudo, os equídeos, também muito requisitados para a Guerra, tornavam-se difíceis de adquirir. E tais obstáculos deixavam os cabrelenses frequentemente desamparados<sup>39</sup>.

Por isso compreende-se que o presidente da câmara, quando, a 21 de outubro, implorava ao governador civil «urgentíssimas providências» para enfrentar a gripe que alastrava «assustadoramente em todo o concelho», assinalasse como situação particularmente grave a de Cabrela, onde estava «a morrer gente por falta de assistência»<sup>40</sup>. E uma semana mais tarde, a exaustão provocada pelo excesso de trabalho levou o doutor David Ferreira dos Santos a adoecer gravemente, privando Vendas Novas e Cabrela do seu médico municipal, o que tornou a situação ainda mais desesperada<sup>41</sup>.

Com a já referida mobilização militar do médico de S. Cristóvão, passou a competir ao do Escoural, João José Camões, a assistência àquela freguesia, que devia

<sup>34</sup> A.S.C.M.M.N. — *Livro de atas das sessões da Misericórdia (1914-1925)*, sessão de 9-10-1916, fls. 33v.-34.

<sup>35</sup> «A Folha do Sul», n.º 1651, de 11-1-1919.

<sup>36</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofício de 8-10-1918.

<sup>37</sup> PAIS, 1985: 91.

<sup>38</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofício de 10-10-1918.

<sup>39</sup> AMMN/CMN — A4 C85, *Correspondência Recebida*. 1917, ofício de 7-11-1917. *Idem*, A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofício de 15-6-1918.

<sup>40</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida*. 1918-1919, ofício de 21-10-1918, fl. 51. Por interferência do Governo Civil, foi finalmente colocado um farmacêutico a 25 de outubro.

<sup>41</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofício de 27-10-1918.

visitar todas as quartas-feiras<sup>42</sup>: e apesar de o clínico não ter mãos a medir na populosa vila escouralense, a edilidade instava-o a «fazer repetidas e demoradas visitas» àquela aldeia, por ali «grassar intensamente» a epidemia<sup>43</sup>.

Além de médicos também escasseavam outros profissionais de saúde. O Escoural, embora tivesse o seu próprio clínico, faltava-lhe um farmacêutico capaz de produzir e aviar as receitas<sup>44</sup>.

O elevado número de doentes e de óbitos afetou a atividade administrativa do concelho. A 20 de outubro, o regedor de Lavre informava a câmara de que um vogal da junta de freguesia falecera e o presidente se encontrava doente, embora este último tivesse sobrevivido<sup>45</sup>. No dia 23, o presidente da edilidade justificava ao governador civil o atraso numa resposta com o facto de ter «parte do pessoal da secretaria» doente<sup>46</sup>. E a junta de freguesia de Cabrela suspendeu as reuniões entre 30 de julho e 21 de novembro de 1918, por os seus três membros se encontrarem doentes<sup>47</sup>.

Os combatentes em situação de licença também não escapavam à doença. O administrador do concelho expediu, entre outubro de 1918 e março de 1919, vários ofícios para diversas unidades militares, sobre soldados «gravemente doentes» internados no hospital de Montemor ou entretanto falecidos<sup>48</sup>.

Como sucedeu por toda a parte<sup>49</sup>, também neste concelho a pandemia vitimou sobretudo adultos jovens, do que resultou um número elevado de órfãos. Em dezembro de 1918 e julho de 1919, os presidentes da câmara encetaram diligências junto do Asilo Montemorense da Infância Desvalida e do Ministério da Justiça, com vista ao internamento de meninas cujos progenitores tinham falecido ou se encontravam enfermos<sup>50</sup>.

Apesar do escasso conhecimento sobre a epidemia, os cuidados médicos atempados evitavam, em muitos casos, a sua evolução fatal. Daí que em Lisboa e Porto, onde os serviços de saúde eram mais eficazes, os seus efeitos mortíferos tivessem sido inferiores aos do mundo rural. E apesar de ter atacado todos os grupos sociais, a doença manifestou-se com maior gravidade entre os afetados com piores condições de vida e de habitação<sup>51</sup>.

<sup>42</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida*. 1918, ofícios de 27-2-1918 e de 9-3-1918.

<sup>43</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida*. 1918-1919, telegrama de 17-10-1918, fl. 49.

<sup>44</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida*. 1918-1919, cx. 9, n.º 4, ofício de 25-10-1918, fl. 30v.

<sup>45</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida*. 1918-1919, cx. 9, n.º 4, ofícios de 20-10-1918, de 28-11-1918 e de 26-12-1918.

<sup>46</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida*. 1918-1919, ofício de 23-10-1918, fls. 53-53v.

<sup>47</sup> AMMN — *Junta de Freguesia de Cabrela*. 1G1 B11. *Livros de Atas da Junta de Paróquia*, 1914-1924, fl. 41v.

<sup>48</sup> AMMN/AC — B3 C64, *Livros de Registo de Correspondência Expedida*. 1917-1919. Vários ofícios.

<sup>49</sup> KILLINGRAY, 2009: 51.

<sup>50</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida*. 1918-1919, ofícios de 14-12-1918, fls. 63v. e 64; A7 C37, *Registo da Correspondência Expedida*. 1912-1934, ofício de 3-7-1919, fl. 55v. AMMN — *Asilo da Infância Desvalida*. 5M1, *Requerimentos para a entrada de alunas*. 1887-1927.

<sup>51</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 76.

A crise das subsistências provocada pela guerra representou mais um obstáculo ao combate à doença. A Portaria de 2 de outubro proibia as farmácias de aumentarem o preço dos medicamentos. Responsabilizava as autoridades locais pelo provimento destes estabelecimentos dos remédios mais necessários, bem como pelo pagamento das receitas destinadas aos doentes pobres<sup>52</sup>. Porém, nesta época de carência generalizada, os desinfetantes e as drogas medicamentosas tornaram-se muito caros e raros. O governador civil de Évora recebia apelos angustiados das autoridades concelhias, pedindo o fornecimento urgente dos produtos em falta, bem como de mantas e enxergas. Incapaz de remediar a situação, este remetia cópia dos ofícios para a Direção Geral de Saúde. Mas conhecendo de antemão as dificuldades deste organismo central, a braços com pedidos de todo o país, ia aconselhando as câmaras a tentarem, por si próprias, a aquisição de medicamentos «nos depósitos de Lisboa» e de mantas e enxergas junto do exército ou de beneméritos particulares<sup>53</sup>.

Os fornecedores de cloridrato de quinino, sinapismos, creolina, alcatrão e açúcar, atrasavam-se na entrega dos produtos, apesar de pagos antecipadamente a preços exorbitantes. Por isso a edilidade pedia às autoridades distritais e governamentais para pressionarem os vendedores, advertindo para o perigo de insurreição das populações desesperadas<sup>54</sup>.

O açúcar, um componente indispensável ao fabrico de xaropes e outros medicamentos, chegou a desaparecer por completo das farmácias, dos hospitais da sede do concelho e da vila de Lavre, e das enfermarias improvisadas em Cabrela e Vendas Novas, para já não falar das casas particulares<sup>55</sup>. O doutor Raimundo da Silva Mendes, na exposição de 8 de outubro já referida, informava que o povo confeccionava «beberragens quentes com açúcar», com as quais, em casos menos graves, obtinha bons resultados «sem chamar o médico». Mas como já se esgotara em Lavre, quem tinha posses ia buscá-lo a Vendas Novas. No entanto, em poucos dias desapareceria também desta localidade e certamente de todo o país, pois até em Lisboa e no Porto se registou a sua falta<sup>56</sup>.

Perante a impotência governamental, as comunidades procuraram ajudar-se a si próprias, como sugeria o governador civil eborense. Em Montemor-o-Novo, o associativismo, tanto de feição mutualista como de classe, tinha já alguma tradição, que radicava no século XIX. Quando eclodiu o conflito mundial, tais organizações encaminharam uma boa parte da atividade para o auxílio às famílias dos combatentes.

<sup>52</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 78-9.

<sup>53</sup> ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofícios do Governo Civil para várias entidades, de 12-10-1918, fls. 26v.-27.

<sup>54</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofícios dirigidos a várias entidades, registados nos fls. 34 a 58v.

<sup>55</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofício de 25-11-1918, dirigido pela Câmara Municipal à Secretaria de Estado dos Abastecimentos, fl. 58v.

<sup>56</sup> SOBRAL *et al.*, 2009: 81.

Com o surgimento da epidemia, puseram-se ao serviço das instituições de apoio aos doentes e aos setores mais vulneráveis da população, como a Misericórdia, o Asilo da Infância Desvalida ou o Asilo de Mendicidade. Para o efeito, organizavam peditórios, festas populares, quermesses, saraus, concertos musicais, touradas e vacadas, distribuindo posteriormente o lucro das iniciativas por estas casas de beneficência. A câmara municipal também colaborava, através da cedência gratuita do Teatro Municipal e da dispensa do pagamento da água, luz e pessoal de apoio<sup>57</sup>.

Nesta fase particularmente difícil, aumentaram também consideravelmente os donativos individuais<sup>58</sup>, alguns bastante significativos. Em sessão de 9 de novembro de 1918, a Mesa da Santa Casa montemorense registava um voto de reconhecimento ao benemérito António Joaquim Marques dos Santos, pela oferta de medicamentos, roupas, géneros alimentícios e «três camas completas». Tais donativos, entregues no hospital de Santo André, administrado pela Misericórdia, permitiram albergar muitos doentes afetados pela «terrível epidemia»<sup>59</sup>.

Os recursos financeiros do município esgotavam-se na aquisição de medicamentos e desinfetantes, na ajuda às instituições de beneficência e em outras despesas destinadas a minimizar os efeitos da doença. Em dezembro de 1918, a edilidade requeria à Caixa Geral de Depósitos a prorrogação do pagamento de um empréstimo, «devido às grandes despesas obrigatórias [...] mormente as que derivaram da [...] pneumónica»<sup>60</sup>. As casas de caridade que mais dependiam do seu apoio eram a Misericórdia e o Asilo da Infância Desvalida. A primeira, apesar de ter o hospital sempre cheio, continuava a albergar todos quantos a ele acorriam, apoiando com assistência médica e remédios gratuitos não só os pobres habituais, mas muitos outros que iam empobrecendo. E o segundo deparava-se, em finais de 1918, com uma «crise financeira angustiosa», devido às «muitas despesas provocadas pela recente epidemia»<sup>61</sup>.

Em janeiro de 1919 acabaria finalmente por chegar à câmara um subsídio governamental há muito prometido, que ajudou pelo menos ao pagamento de várias despesas por liquidar<sup>62</sup>. Todavia, no período de maior desespero, os montemorenses, como sucedeu um pouco por todo o país, ficaram entregues a si próprios, assistindo, impotentes, à morte avassaladora dos seus conterrâneos, amigos e familiares, tendo no forte espírito comunitário o único recurso para atenuar os efeitos desastrosos da epidemia.

<sup>57</sup> FONSECA, 2013: 149-65.

<sup>58</sup> FONSECA, 2016: 316-18.

<sup>59</sup> ASCMMN — *Livro de atas das sessões da Misericórdia (1914-1925)*, sessão de 9-11-1918, fls. 48v.-49.

<sup>60</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofícios de 9-10-1918, fls. 45 e 45v.; e de 14-12-1918, fls. 64-64v.

<sup>61</sup> AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida. 1918*, ofícios de 13-4-1918, de 7-12-1918.

<sup>62</sup> AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofício de 5-1-1919, fl. 68v.

## ABREVIATURAS

AC — Administração do Concelho

ADE — Arquivo Distrital de Évora

AMMN — Arquivo Municipal de Montemor-o-Novo

ASCMMN — Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo

CMN — Câmara de Montemor-o-Novo

GC — Governo Civil de Évora

## FONTES

### Arquivo Distrital de Évora

ADE/GC — *Registo da correspondência expedida. 1918-1919*, cx. 9, n.º 4, ofício de 1-8-1918; ofício de 24-8-1918, fl. 11; ofício de 28-8-1918, fl. 12; ofício de 21-9-1918, fl. 19v.; ofício de 4-10-1918; ofício de 5-10-1918; ofícios do Governo Civil para várias entidades, de 12-10-1918, fls. 26v.-27; ofícios de 20-10-1918, de 28-11-1918 e de 26-12-1918; ofício de 25-10-1918, fl. 30v.

### Arquivo Municipal de Montemor-o-Novo

AMMN — *Asilo da Infância Desvalida. 5M1, Requerimentos para a entrada de alunas. 1887-1927*.

AMMN — *Junta de Freguesia de Cabrela. 1G1 B11. Livros de Atas da Junta de Paróquia, 1914-1924*, fl. 41v.

AMMN/CMN — A4 C85, *Correspondência Recebida. 1917*, ofício de 7-11-1917.

AMMN/CMN — A4 C86, *Correspondência Recebida. 1918*, ofícios de 27-2-1918 e de 9-3-1918; ofício de 2-8-1918; ofício de 8-10-1918; ofício de 10-10-1918; ofício de 27-10-1918; ofício de 3-11-1918; *ofícios de 13-4-1918*, de 7-12-1918.

AMMN/CMN — A7 C40, *Registo da Correspondência Expedida. 1918-1919*, ofício-circular de 15-10-1918, fl. 4 15-10-1918, fl. 49; ofício de 21-10-1918, fl. 51; ofício de 28-10-1918, fl. 54; ofício de 23-10-1918, fls. 53-53v.; ofício de 25-11-1918, fl. 58v.; ofícios de 14-12-1918, fls. 63v. e 64; ofícios de 9-10-1918, fls. 45 e 45v.; e de 14-12-1918, fls. 64-64v.; ofícios dirigidos a várias entidades, registados nos fls. 34 a 58v.; telegrama de 2-10-1918, fl. 44; telegrama de 17-10-1918, fl. 49.; telegrama de 21-10-1918, fls. 51-51v.

AMMN/AC — B3 C64, *Livros de Registo de Correspondência Expedida. 1917-1919*. Vários ofícios.

### Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo

ASCMMN — *Livro de atas das sessões da Misericórdia (1914-1925)*, sessão de 19-6-1916, fl. 29v.; sessão de 9-10-1916, fls. 33v.-34; sessão de 9-11-1918, fls. 48v.-49.

## BIBLIOGRAFIA

«A FOLHA do sul», n.º 1651. Montemor-o-Novo: [s.n.], 1919.

CASTRO, Paula, et al. (2009) — *Gripe pneumónica em Portugal: tensões, controvérsias e incertezas de uma época de transições*. In CASTRO, Paula et al., org. — *A pandemia esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica. 1918-1919*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, p. 179-195.

*CENSO da população de Portugal. Dezembro de 1920*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1923, vol. I.

*CENSO da população de Portugal. No 1.º de Dezembro de 1911*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1913, parte I.

«DEMOCRACIA do Sul», n.º 899. Évora: [s.n.], 1918.

*ESTATÍSTICA do movimento fisiológico da população de Portugal. Ano de 1918*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1922.

*ESTATÍSTICA do movimento fisiológico da população de Portugal. Ano de 1919*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1924.

- FONSECA, Teresa (2013) — *O impacto da Grande Guerra em Montemor-o-Novo*. In FONSECA, Jorge; FONSECA, Teresa, coord. — *Cinco Olhares sobre a República*. Lisboa: Colibri/Câmara Municipal de Montemor-o-Novo, p. 113-176.
- \_\_\_\_ (2016) — *As Misericórdias e a Grande Guerra. O caso de Montemor-o-Novo*. In ARAÚJO, Marta Lobo, coord. — *A intemporalidade da Misericórdia. As Santas Casas portuguesas: espaços e tempos*. Braga: Santa Casa da Misericórdia, p. 301-331.
- FRAGA, Luís M. Alves de (1996) — *Portugal na Grande Guerra. O recrutamento, a mobilização e o roulement nas frentes de combate. Factos e números*. In *O recrutamento militar em Portugal. Atas do VII Colóquio de História Militar*. Lisboa: Comissão Portuguesa de História Militar, p. 97-135.
- GARNEL, Maria Rita Lino (2009) — *Morte e memória da pneumónica de 1918*. In SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula; SOUSA, Paulo Silveira, org. — *A pandemia esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica. 1918-1919*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, p. 221-253.
- KILLINGRAY, David (2009) — *A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências*. In SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula; PAIS, Artur Aleixo (1985) — *Vendas Novas. Das origens do povoado a sede de concelho*. Vendas Novas: Notícias de Vendas Novas, vol. 1.
- PAIS, Artur Aleixo (1985) — *Vendas Novas das Origens do Povoado a sede de Concelho*. Vendas Novas: Notícias de Vendas Novas, vol. I.
- SOBRAL, José Manuel; SOUSA, Paulo Silveira e; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula (2009) — *Perante a pneumónica: a pandemia e as respostas das autoridades de saúde pública e dos agentes políticos em Portugal (1918-1919)*. In SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula; SOUSA, Paulo Silveira, org. — *A pandemia esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica. 1918-1919*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, p. 63-91.
- SOUSA, Paulo Silveira, org. — *A pandemia esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica. 1918-1919*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, p. 41-61.

**VI**

ENTRE A DOENÇA E CURA:  
OS HOSPITAIS, AS SUAS  
EQUIPAS E EQUIPAMENTOS



# A PRÁTICA ASSISTENCIAL MILITAR: O PARADIGMA DO HOSPITAL MILITAR EM TEMPO DE GUERRA (SÉCS. XVI-XIX)

ANA CATARINA NECHO\*

## 1. A PROBLEMÁTICA EM TORNO DO HOMEM: QUESTÕES FÍSICAS, TEÓRICAS E FILOSÓFICAS NOS SÉCS. XV E XVI

A Europa entre os séculos XV e XVI vivenciou uma conjuntura paradoxal onde as questões recaíam sobre a ordem religiosa, política e social. Ou seja, face à Reforma que Martinho Lutero tentou edificar na Europa criticando a doutrina católica, e em consideração de que começaram a surgir reacções de vários reinos, a Religião Católica procurou através da Contra-Reforma reforçar o seu poder, as suas influências para obstar que o seu domínio religioso fosse «questionado» tendo em consideração o seu poderio de grande influência quanto a quesitos políticos nos vários reinos da Europa.

Desta forma, para além da Inquisição e de outros elementos criados para limitar tudo o que fosse contra o seu dogma, a sua imposição teve um factor restritivo quanto a questões que estavam nestes séculos a emergir e que colocavam o Homem e o seu conhecimento numa outra dimensão.

Neste sentido, vários países europeus iniciaram um movimento, que mesmo remontando ao Clássico no caso da Literatura e das Artes, procurou alargar os seus horizontes também às questões da Filosofia, da Ciência até à Astronomia.

O movimento científico no período moderno foi edificador para um novo olhar e visão do Homem em que estava subjacente o desenvolvimento científico, que apesar

---

\* Doutora em História, FLUL. Investigadora CH-FLUL/CEHR-UCP. catarinanecho@hotmail.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

da acção religiosa que punia e vigiava, o facto é que neste período a Europa acabou por conceber uma nova perspectiva sobre o mundo, o Homem e a sua essência física e espiritual.

### **1.1. Desenvolvimento e convergência das ciências na procura pelo conhecimento do Homem**

Neste período de grande elevação expansionista para Portugal, o facto é que perante a realidade emergente, isto é, conflitos armados, os militares careciam cada vez mais de um auxílio especializado porque mesmo com a existência de cirurgiões e barbeiros, com algum conhecimento anatómico/científico, o facto é que a Medicina do século XV ainda era associada ao saber filosófico, pelo que tinha uma notória ausência de individualidade, no sentido em que apresentava uma notória carência de princípios, métodos e meios próprios cujo intuito não se circunscrevia ao conhecimento da natureza humana, mas sim auxiliar aqueles que fisicamente se encontravam debilitados.

Pela aquisição de novos conhecimentos de cariz físico e científico, em Florença surgiu no século XIII o Hospital de Santa Maria Nuova, que acabou por ser modernizado no século XV, tendo em conta que na Itália era conhecido o seu progresso. No século XV desenvolveu-se também em Milão o Hospital Maggiore e em Roma o Hospital do Espírito Santo e que serviram de modelo para a construção de muitos hospitais pela Europa<sup>1</sup>.

Em Portugal, D. João II ambicionava a construção de Hospital Grande de Lisboa e a primeira autorização através de bula dada pelo Papa Sisto IV em 1479. Depois de ter perdido a validade pela morte do respectivo Papa, o que salienta a influência e o papel da Igreja quanto à prática assistencial, este projecto continua em 1486 com a bula *Iniunctum* dada pelo Papa Inocêncio VIII.

O hospital, situado em Lisboa foi centralizador pelo facto de em si reunir 43 pequenos hospitais de Lisboa. Fundado em 1490 e chamado Hospital de Todos-os-Santos tinha uma administração hospitalar que esteve sob a responsabilidade régia, o que acabou por ser uma questão charneira no reinado de D. João II pela sua política de reorganização hospitalar, que concomitantemente, via na governação uma responsabilidade de adquirir especialidades, pela responsabilidade que era incumbida aos corpos directivos e naqueles que estavam encarregues da gestão dos vários serviços<sup>2</sup>.

O desenvolvimento dos hospitais na época dos Descobrimentos acompanhava a difusão de Misericórdias e o facto de as mesmas terem uma grande capacidade financeira fez com que os hospitais dependessem sobretudo das entidades religiosas para a sua manutenção, reforma ou criação de outros.

---

<sup>1</sup> SALGADO, 2015: 62.

<sup>2</sup> FERREIRA, [s.d.]: 117-118.

Mas, importa salientar que, nesta época de grande conhecimento e conquista para Portugal foi de facto notório o contributo português no que dizia respeito à interacção da medicina com as ciências sociais e humanas<sup>3</sup>:

*Os descobrimentos foram feitos com a vontade inovadora de ver para além da realidade aparente de que os antigos se tinham apercebido; realidade vista agora em termos de espaço, mas não acompanhada da audácia de pensar o observado e de teorizar o que seriam as relações de causa e efeito, nem de avançar com teorias ou tentativas de reflexão de interdisciplinaridade das fontes de conhecimento que vieram a constituir a base da investigação científica e da cultura inovadora [...]»<sup>4</sup>.*

Desta forma, pode-se constatar uma dinâmica humanista entre o fim do século XV e início do século XVI, em que surge a noção de «globalidade», um conceito que à luz da época pretendia através dos estudos, da imprensa alargar novos horizontes na descoberta do ser humano, para o entendimento da sua complexidade, ou seja, estabeleceu-se a criação de princípios com visão centrada num objecto de estudo, método e a aplicação das respectivas técnicas.

## **2. DAS PRÁTICAS EMBRIONÁRIAS À EVOLUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE — O PARADIGMA MILITAR**

Na sequência de existirem ainda em pleno século XV práticas muito embrionárias na assistência à saúde, desde os mais desfavorecidos até aos elementos das classes privilegiadas, a Expansão Portuguesa tornou-se essencial para compreender a debilidade existente no campo da assistência. Assim, a época dos Descobrimentos e da Expansão foram propulsores do conhecimento de novas patologias e da necessidade que existia de criar um estudo mais aprofundado no campo da saúde, de forma a criar mecanismos de assistência, que assegurassem a reabilitação dos doentes.

Como foi evidente, pelos grandes conflitos e guerras em que Portugal estava envolvido foi claro que neste período houve uma elevada taxa de mortalidade, pela falta de conhecimentos e assistência: «A expansão em África e no Oriente ocasionava grande número de feridos e de incapacitados, que contribuíam para manter os baixos níveis de saúde e duração média de vida»<sup>5</sup>. Ao que acresciam factores como as carências alimentares, a falta de higiene, as doenças degenerativas e metabólicas e as epidemias.

Assim, com a edificação do Hospital de Todos-os-Santos, que acolhia muitos militares, começaram nas próprias colónias a construir-se hospitais, como os Hospitais

<sup>3</sup> FERREIRA, [s.d.]: 164.

<sup>4</sup> FERREIRA, [s.d.]: 165.

<sup>5</sup> FERREIRA, [s.d.]: 131.

Real de Goa, Baçaim e Cochim e a reconhecer a necessidade de assistência a bordo dos transportes marítimos, mas só começou a ser realizada em finais do século XVI.

Veja-se a situação da armada de Vasco da Gama, a primeira em que se realizou um relato estatístico, partiu com 160 pessoas a bordo e apenas 55 regressaram a Lisboa, visto que a grande maioria morreu de escorbuto.

Era perceptível, que as condições sanitárias a bordo apresentavam graves deficiências, pela falta de água doce não só para beber como para os cuidados pessoais. Tanto os passageiros como a tripulação deixavam os seus dejetos no convés para depois serem deitados ao mar. E, para além desta situação os animais como galinhas, porcos, coelhos faziam as necessidades perto dos alimentos, pelo que transformavam os porões em estrumeiras. Se já a situação apresentava gravidade para a saúde, ainda mais piorava com a existência de ratos, piolhos, percevejos e pulgas<sup>6</sup>.

Assim mesmo com esta deficiência apresentada, os portugueses acabaram por ser os primeiros a instituir a assistência técnica e humanitária na organização das armadas, esse facto foi verificado por cronistas como João de Barros ou Damião de Góis que aludindo desde o Brasil à Índia referem a obrigatoriedade de nos navios terem os socorros para os doentes<sup>7</sup>.

Desta forma, nasceu uma conjuntura evolutiva da medicina militar dentro do seio da sociedade portuguesa sob um ponto de vista claramente mais dinâmico, e em que se alicerça o conhecimento científico à evolução da assistência médica, pela especialização das ciências e práticas. Neste contexto observou-se entre os barbeiros e cirurgiões uma disputa pela necessidade que estes sentiam de credenciar o exercício da sua profissão e daí obterem um reconhecimento por parte da sociedade.

Em concomitância, dispunha-se nesta altura de regimentos sobre cuidados de saúde dados por El-Rei a cada armada pelos riscos que estavam associados às viagens, isto porque os salários eram fracos e não conseguiam suscitar interesse dos práticos da arte de curar e claro, muito menos aos licenciados em medicina, de si muito poucos para integrarem a tripulação das naus<sup>8</sup>.

Nesta época surge o papel do médico, que se compreendeu como indispensável também devido à sua formação na Faculdade de Medicina<sup>9</sup>. E, perante um contexto não só de conquista de territórios, alargamento do espaço marítimo e comercial, o facto é se assistiu a uma substancial produção de novas armas, como as armas de fogo, as armas ligeiras que subsituem as pesadas como as bombardas existentes na Guerra dos Cem Anos. Pelo que a necessidade de uma maior intervenção médica se tornou cada vez mais indispensável. Porém, paradoxalmente «as armadas comandadas pelos

---

<sup>6</sup> SOUSA, 2013: 122.

<sup>7</sup> FERREIRA, [s.d.]: 141.

<sup>8</sup> SOUSA, 2013: 111.

<sup>9</sup> Os médicos não queriam ser identificados pelo trabalho manual.

vice-reis e governadores da Índia levavam sempre físico ou cirurgião de carta passada, que depois os acompanhariam em terra, as restantes armadas reais só raras vezes tinham um físico integrando a equipagem, sendo o cirurgião ou barbeiro sangrador a presença mais frequente»<sup>10</sup>.

## 2.1. A assistência em Portugal: os hospitais como instituições de auxílio aos desfavorecidos

O período compreendido entre os séculos XVI e XVIII foi percussor de uma nova dinâmica assistencial, que fez convergir em vários países da Europa uma interdisciplinaridade, em que o seu intuito visava um novo entendimento do Homem e a sua compreensão no espaço físico e mental. Nesta perspectiva, houve uma necessidade de sublinhar que os portugueses adquiriram pelos relatos de viagens, descrição da fauna e flora e observações de patologias/terapêuticas fontes de conhecimento que lhes proporcionaram, neste período de descobertas uma grande variedade de conhecimentos que em muitas situações colocaram em causa o eruditismo livresco e escolástico da época<sup>11</sup>.

Perante este novo panorama, que envolvia um grande progresso e desenvolvimento das ciências, a medicina tornou-se claramente fundamental sob o ponto de vista da cura, do estudo das doenças e o seu tratamento. E, desta forma as Misericórdias e Hospitais tornam-se essenciais no auxílio daqueles que se encontravam numa situação de debilidade física ou de pobreza.

Em concomitância, assistiu-se a uma nova fase da medicina, onde se difundiram novos fármacos e alimentos, onde se deu atenção à medicina árabe, que se revelava mais desenvolvida, a introdução da prática clínica e da farmacologia, pelo que foi possível o encontro e diálogo de culturas<sup>12</sup>.

De facto, verificou-se um notório contributo do progresso científico muito influenciado pelos portugueses, que se repercutiu da História da Medicina e em que se verificou a irradiação de modelos institucionais referentes à assistência e que *latu sensu* possibilitou uma cobertura médico-sanitária.

Neste panorama foi possível observar uma preocupação com a assistência introduzindo cuidados de higiene como o arejamento, o enriquecimento da alimentação, melhoramento dos tratamentos aplicados também com a utilização de novos espaços, ou seja, a criação de salas especiais reservadas para determinados tipos de enfermos: desde feridos de guerra, doentes que padeciam de epidemias, pestes até aos considerados ainda neste período de loucos.

<sup>10</sup> SOUSA, 2013: 111.

<sup>11</sup> SALGADO, 2015: 118.

<sup>12</sup> SALGADO, 2015: 118.



Fig. 1. Confronto militar com armas mais evoluídas — Painel de azulejos, Hospital de S. José (Lisboa)

## 2.2. O paradigma militar: uma nova concepção assistencial

Na dinâmica humanista entre o fim do século XV e início do século XVI surgiu a noção de «globalidade», um conceito que à luz da época pretendia através dos estudos, da imprensa alargar novos horizontes na descoberta do ser humano, para o entendimento da sua complexidade.

Perante o legado português no período dos Descobrimentos, o quadro compreendido, entre o século XVIII e o século XIX verificou-se um novo paradigma da assistência em Portugal consagrando-se o progresso e evolução das ciências médicas, pelo que se assistiu a um reforço ao auxílio aos militares (Exército e Marinha) sabendo que estes tinham vários problemas no campo da assistência.

De facto, foi evidente a necessidade de apoio aos militares, pelo que foram criados os primeiros hospitais permanentes de cada ramo militar para cuidar os feridos em guerra e aqueles que estavam doentes com as mais diversas patologias.

Os cuidados aplicados aos militares tornaram-se mais especializados visto que Portugal pretendia cuidar e tratar destes, que vinham feridos dos vários conflitos existentes sobretudo da Europa ou mesmo aqueles que vinham das colónias portuguesas.

Assim, o hospital tornou-se um espaço ambíguo, um misto de miséria e doença, onde se juntava a velhice, as mutilações, a prostituição, a delinquência e a pobreza.

*As lacunas ao nível do apetrechamento clínico do país, traduzidas na escassez de médicos e cirurgiões habilitados a exercerem em várias cidades do reino, estavam longe de ser indiferentes a médicos e poderes públicos. Por um lado, tratava-se de*

*expor a fragilidade e a impotência do Estado Central numa matéria sensível, a da saúde pública, num contexto em que as altas taxas de mortalidade ameaçavam a nação e a sua subsistência agrícola e económica devido ao reiterado problema da despovoação do território português*<sup>13</sup>.

Perante esta problemática, deve-se salientar a crescente evolução da medicina em Portugal tanto que se verificou a diminuição da taxa de mortalidade durante os sécs. XVIII e XIX, dado que a natalidade se manteve elevada entre 30 e 35 por 1000, o que justificou o crescimento da população<sup>14</sup>.

Em Portugal verificaram-se vários alvarás com datas referentes a 1642, 1645 e 1646 cujo intuito visava uma legislação criada para aplicar aos soldados que participavam em guerras, como a guerra da Restauração, as Invasões Francesas ou a Guerra Civil Portuguesa.

Neste novo contexto assistencial surgiu um entendimento sobre a efectiva necessidade de cuidar dos militares, tal como os sítios para os acolher. Foram criados: os Hospitais de Campanha em que se realizava o apoio directo na frente de guerra, em 1805 Hospitais Regimentares; Hospitais de Retaguarda que apoiavam as linhas da frente e os Hospitais Permanentes, que se situavam numa das portas da fortaleza. Pelo que dois dos hospitais criados para auxiliar os militares foram: o Hospital da Botica (Angra do Heroísmo) e o Hospital da Marinha (Lisboa).

A estrutura dinamizadora destes hospitais permitia na organização do edifício a existência de enfermarias, de salas de cirurgia, de boticas, do sector administrativo, da capelaria, da cozinha, de vários armazéns e de cercas.

Para além desta visível necessidade introduziram-se mecanismos para que os militares se pudessem restabelecer com métodos mais adequados, desde uma melhor alimentação, a aplicação de medidas sanitárias que incluíam a água, a prática da higiene pessoal, desde os doentes ao pessoal auxiliar e a lavagem de roupas até ao uso de medicamentos adequados às patologias.

## FONTES

Arquivo Nacional Torre do Tombo

ANTT — *Fundo Hospital de S. José*, lv. 7190.

## BIBLIOGRAFIA

- BARRADAS, Joaquim (1999) — *A Arte de Sangrar de Cirurgiões a Barbeiros*. Lisboa: Livros Horizonte.  
 BARREIROS, Húmus (2016) — *Concepções do Corpo no Portugal do século XVIII — sensibilidade, higiene e saúde pública*. Famalicão: Edições Húmus.  
 BRONOWSKI, J. (1986) — *Magia, Ciência e Civilização*. Lisboa: Edições 70.

<sup>13</sup> BARREIROS, 2016: 205-206.

<sup>14</sup> FERREIRA, [s.d.]: 198.

- FERREIRA, F. A. Gonçalves [s.d.] — *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- MESTRINHO SALGADO, Anastásia (2015) — *O Hospital de Todos-os-Santos — Assistência à pobreza em Portugal no séc. XVI, A irradiação da assistência médica para o Brasil, Índia e Japão*. Lisboa: By the Book.
- SOUSA, Germano de (2013) — *História da Medicina Portuguesa durante a Expansão*. Lisboa: Temas e Debates.

# ESCRAVOS E SAÚDE

JORGE FONSECA\*

Como seres humanos, característica evidente e que lhes era reconhecida pelas leis e costumes e, simultaneamente, como produtores de bens e serviços, principal razão da sua condição cativa, os escravos que viveram em Portugal entre os séculos XV e XVIII foram, por um lado, alvo de cuidados médicos, mas também contribuíram, embora numa posição modesta, para a promoção da saúde da sociedade em geral.

A saúde do escravo interessava sobretudo ao dono, cujo serviço era melhor satisfeito por um indivíduo em boas condições físicas e psíquicas. Por isso um escravo aleijado ou portador de doenças tinha menor valor comercial. A desvalorização dos escravos «com as pernas tortas», doentes «de doença velha», «de um braço aleijados» ou com «uma mão menos», como as fontes frequentemente referiam, podia ultrapassar os 50% de um cativo saudável, ou ser mesmo total. Foi o que se passou em 1598 com Salvador, escravo de um lavrador de Arraiolos, que foi considerado sem qualquer valor no inventário da mulher deste por estar doente «de muito grande enfermidade, sem valia por esta razão»<sup>1</sup>. Dos 48 escravos incluídos no inventário do duque de Bragança D. Teodósio I, os de mais baixo valor foram Domingos, moço da estrebaria que tinha «um olho quebrado», Pero Barbosa, trabalhador das obras «manco de uma perna» e

---

\* Investigador integrado do CHAM, FCSH, Universidade NOVA de Lisboa. jmrfonseca2000@yahoo.com.br. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> AHMA — JGOA/B/003/Cx. 003 — 26.8.1598.

João Fino, «derreado das cadeiras», que também servia na estrebaria<sup>2</sup>. A própria justiça evitava infligir-lhes castigos que os desfigurassem, prejudicando os senhores, como o corte de orelhas. António, escravo de Diogo Sanches, matou Diogo, igualmente cativo e foi condenado a ser açotado, a serem-lhe cortadas as orelhas e a ser vendido para fora do reino, ficando o produto da venda para o dono do escravo morto. Mas este recorreu da sentença, por achar que «o dito António valia muito pouco e sem orelhas não ficaria valendo coisa alguma», súplica a que o rei acedeu<sup>3</sup>. Uma das características mencionadas em contratos de compra e venda de escravos era a ausência de doenças ocultas<sup>4</sup>, as quais, a serem descobertas, justificariam a anulação desses negócios<sup>5</sup>.

A atenção às condições físicas dos cativos tinha início logo à chegada a Lisboa, principal porto da sua entrada no país. Ainda antes de os navios negreiros aportarem, se houvesse suspeita de peste, estes tinham que aguardar ao largo, pelo receio das doenças que pudessem trazer, até que o perigo passasse<sup>6</sup>. Depois de desembarcados os cativos ficavam à guarda do almoxarife e do escrivão da Casa dos Escravos, que os alimentavam e verificavam o seu estado de saúde e, se a mesma estivesse em perigo, os entregavam a particulares que se encarregavam de os tratar e pôr em condições de serem vendidos. Estas pessoas, por vezes dedicadas em exclusivo a esta ocupação, tinham direito a remuneração ou a metade do valor do cativo. Por isso se dizia que «curavam de meias»<sup>7</sup>. Os que estavam sãos eram expostos aos potenciais compradores, para o que eram preparados previamente, sendo untados com óleo, para que ficassem lustrosos e de boa aparência. Faziam-nos correr e saltar, por vezes com golpes de vara, abriam-lhes a boca para ver os dentes, cuja falta era indício, entre outras coisas, de propensão para catarros e deflexões, que diminuiriam o seu rendimento<sup>8</sup>. No mundo islâmico difundiram-se mesmo manuais para o perfeito comprador de escravos, de que constavam essas e muitas outras recomendações<sup>9</sup>.

Os que já estavam ao serviço dos senhores e adoeciam eram objeto de cuidados médicos, que procuravam devolver-lhes a capacidade de trabalho. Em 1528 D. João III mandou entregar a Diogo de Castilho, arquiteto e mestre das obras reais, seis novos escravos para nelas trabalharem. Mas o mestre só aceitou cinco, por um estar doente. Segundo o doutor Duarte Ximenes, físico do Cardeal e o licenciado Tomás Dinis, físico do infante D. Luís, o cativo estava «muito mal disposto, assim de asma como dos

<sup>2</sup> FONSECA, 2005: 49.

<sup>3</sup> ANTT – *Chancelaria de D. João III*, Perdões e legitimações, liv. 25, fl. 387 — 25.9.1555.

<sup>4</sup> ADE — *Fundo Notarial*, Évora, liv. 854, fl. 78 v. — 15.12.1662.

<sup>5</sup> ADE — *Fundo Notarial*, Évora, liv. 285, fl. 110 — 27.10.1598.

<sup>6</sup> CORREIA, 1962: 37.

<sup>7</sup> PERES, 1947: 28-29; FALGAIROLLE, 1879: 116-117.

<sup>8</sup> SASSETTI, 1844: 26-27; LANDI, 1981: 93.

<sup>9</sup> HEERS, 2004: 145.

lombos», pelo que foi mandado para o Hospital de Todos-os-Santos para se curar<sup>10</sup>. Do mesmo modo, em 1552 a rainha D. Catarina de Áustria, mulher do mesmo rei, mandou pagar mil reais ao cirurgião Mestre Luís por ele ter curado Joane, escravo varredor dos paços de Almeirim, dado que o mesmo estava «ferido da cabeça»<sup>11</sup>. Em 1513 a um dos escravos negros que serviam no moinho dos fornos de Vale de Zebro, localizados na margem sul do Tejo e onde se fabricava o biscoito para as armadas, foram dados, por estar enfermo, uma galinha, carneiro, fressurada, amêndoas, ameixas passadas e açúcar, assim como uma escrava para o tratar. Mas, apesar dos cuidados, o escravo acabou por morrer<sup>12</sup>.

Uma vida inteira de trabalho ao serviço dos donos tinha como resultado a debilidade e, frequentemente, doenças que faziam dos cativos um encargo inútil para aqueles. Muitos senhores cuidavam dos escravos na velhice, já que tinham usufruído das suas capacidades quando eram mais novos e saudáveis. Frequentemente o encargo e bom tratamento dos escravos idosos constava das recomendações que alguns donos faziam em testamento aos seus herdeiros. O duque de Beja D. Fernando, pai de D. Manuel I, mandou que três escravos que deixou forros ficassem a cargo do hospital dessa vila, «por serem velhos, para serem ali agasalhados»<sup>13</sup>. Mas nem sempre tal sucedia, acabando alguns por libertar os cativos precisamente devido à sua idade e achaques, como consta das respetivas cartas de alforria, numa idade em que já não podiam acorrer à sua própria subsistência e o mais provável era que fossem engrossar a população de mendigos que assolavam vilas e cidades. Em certos casos, e para confirmar o egoísmo em que se baseava a atitude dos donos, se o liberto se viesse a curar dos seus males, ainda teria que servir os senhores mais alguns anos ou dar-lhe uma determinada importância em dinheiro<sup>14</sup>. Alguns senhores houve que, simplesmente, expulsaram os escravos quando, pela sua idade, se tornaram num fardo sem utilidade, como um lavrador de Évora que pôs fora de casa um velho escravo, o qual a Misericórdia teve que socorrer<sup>15</sup>.

Para além das condições físicas, o equilíbrio psicológico era também importante para um bom desempenho laboral e para a permanência pacífica na sociedade e na família dos donos. Nesse plano foi essencial o esforço da Coroa e da Igreja para os acolher na comunidade cristã, promovendo o seu acesso aos sacramentos, rituais e práticas da mesma, assim como a sua doutrinação. Afinal a conversão desses «infiéis» era o motivo invocado para a respetiva escravização. O batismo era obrigatório para

<sup>10</sup> ANTT — *Coleção Cronológica*, Parte I, mc 41, doc. 76 — 7 e 12.10.1528.

<sup>11</sup> ANTT — *Coleção Cronológica*, Parte I, mc 89, doc. 27 — 30.11.1552.

<sup>12</sup> ANTT — *Núcleo Antigo*, n.º 922 A, fl. 217 v.

<sup>13</sup> *Inventário da Infanta D. Beatriz*, 1914: 104.

<sup>14</sup> ADE — *Fundo Notarial*, Évora, liv. 234, fl. 9 — 247.1597; ADE — *Fundo Notarial*, Évora, liv. 108, fl. 62 v. — 30.10.1572.

<sup>15</sup> ADE — *Misericórdia de Évora*, doc. 1550, fl. 99 v. — 1564.

os cativos, num prazo igual ao dos outros indivíduos, que era de oito dias depois do nascimento, embora nem sempre os senhores cumprissem o seu dever. As listas de crismados que nos chegaram mostram uma grande participação de escravos nessas cerimónias solenes e o matrimónio era não só possível como recomendado pelas autoridades eclesiásticas, embora na prática a maioria dos escravos não se casasse, devido ao impedimento dos donos, que recebavam uma menor capacidade de dispor deles, sobretudo quando os quisessem deslocar para outras terras ou vender. Quando morriam eram sepultados dentro ou no adro das igrejas das paróquias a que pertenciam, como os outros fiéis, sendo-lhes rezadas missas pela alma. A sua doutrinação era um dos deveres dos párocos e os donos eram intimados pelos bispos, sob pena de multa, a deixá-los frequentar a catequese, pelo menos aos domingos<sup>16</sup>.

Outra forma de integração social eram as irmandades e confrarias de negros, a que muitos escravos pertenciam, que desempenhavam um importante papel de coesão, convívio e afirmação das comunidades negras, as quais organizavam cortejos e peditórios com características africanas e intervinham também na libertação dos escravos. Era igualmente costume os Negros das várias cidades e vilas do país juntarem-se aos domingos e dias de festa para dançarem em conjunto, ao som de tambores. A execução de ritmos e melodias das suas terras de origem constituía para os escravos momentos de evasão da dureza do quotidiano e, frequentemente, da prepotência de que eram vítimas. O mesmo se passava no Brasil e noutros territórios coloniais, em que os senhores apoiavam essas manifestações lúdicas, que só os podiam beneficiar, como fatores de moderação de eventuais ímpetos violentos. A sua utilidade social, no entanto, nem sempre foi compreendida pelas autoridades locais, que as proibiram com o pretexto de constituírem oportunidades para desordens e roubos<sup>17</sup>.

Um dos principais fins das medidas favoráveis à integração dos escravos era conseguir da parte desses trabalhadores uma atitude, senão de adesão à sua condição cativa, pelo menos de resignação perante ela e de colaboração nas tarefas do dia-a-dia que lhes eram atribuídas. Claro que nem sempre tal acontecia, o que se comprova pelas numerosas fugas de escravos dos domicílios dos respetivos senhores, coroadas de êxito ou não, ocorridas ao longo dos séculos.

Entre os trabalhos atribuídos aos cativos alguns tinham consequências, diretas ou indiretas, na saúde das comunidades. Um dos mais visíveis numa grande cidade como Lisboa era o transporte para o Tejo das sujidades domésticas, devido à falta de esgotos. Era feito por cerca de mil negras chamadas «de canastra», que as levavam à cabeça em bacios sobrepostos dentro de canastras. Para evitar que dessa atividade resultasse incómodo para a população, a câmara impedia-as de parar durante o transporte,

---

<sup>16</sup> FONSECA, 2010: 360-377.

<sup>17</sup> FONSECA, 2016: 112-113.

tendo que andar sempre até chegarem aos locais determinados para as despejarem, que eram as praias de Alfama e da Boa Vista<sup>18</sup>. Apesar desses cuidados, de acordo com um italiano que viveu na cidade no século XVI, desse trabalho resultava «uma lama, uma chuva contínua e um enorme mau cheiro, pelo que e com razão» os moradores da cidade andavam sempre de chapéu e borzeguins e a cavalo<sup>19</sup>.

Outras tarefas que lhes eram frequentemente entregues estavam ligadas à lavagem da roupa e à limpeza dos espaços domésticos, como varrer e lavar as casas dos donos, mas também locais públicos como praças, por altura de festas, açougues — dada a natureza dos produtos neles cortados e vendidos — e prisões — que concentravam elevado número de pessoas em pouco espaço e onde as doenças se podiam facilmente propagar. Estas atividades eram normalmente custeadas pelos municípios, que para esse efeito os alugavam aos donos<sup>20</sup>. Eram também empregados no transporte de água, bem indispensável à limpeza de todos esses espaços, das fontes públicas para os domicílios. A mais importante de todas, em Lisboa, era o Chafariz del Rei, onde se juntava diariamente grande número de escravos, facto que foi tema de uma conhecida pintura.

Os principais hospitais do país contavam também com o contributo de escravos para o desempenho das suas funções em prol da saúde da população, como consta dos regimentos de alguns deles. O de Todos-os-Santos, em Lisboa, por doação de D. Manuel I, de 1515, tinha direito a uma peça de escravo por cada navio que chegasse à cidade, vindo da Guiné, com carga de cativos. Era uma forma de completar os parques rendimentos do hospital<sup>21</sup>. Provavelmente nem todos eram mantidos para o respetivo serviço, podendo alguns serem vendidos. Mas outros eram-no certamente, para preencherem o número de seis que o regulamento previa:

*Item ordenamos [...] que haja nele quatro escravos do dito espirital para varrerem e para qualquer outro serviço que nele se haja de fazer e que lhe for mandado que façam. Item ordenamos que haja mais no dito espirital duas escravas que sejam dele para ajudarem a lavadeira a lavar a roupa.*

Entre as tarefas dos primeiros quatro incluía-se a de limpar os «camareiros em que os doentes houverem de fazer suas necessidades» (os bacios) e lavar «as necessárias do espirital», as sanitas, uma vez por semana, no inverno e duas no verão, para que as mesmas se mantivessem sempre «limpas e fora de mau cheiro». Cabia-lhes também cuidar com regularidade das camas dos doentes e mudar-lhes a roupa, arejá-las,

<sup>18</sup> FIGUEIREDO, 1863: 85.

<sup>19</sup> MARQUES, 1987: 194-195.

<sup>20</sup> FONSECA, 2002: 89.

<sup>21</sup> BRÁSIO, 1963: 118-119.

revolvê-las e substituir a roupa estragada, pelo menos uma vez por mês, tudo sob a superintendência do hospitaleiro<sup>22</sup>. Para que eles próprios andassem limpos e bem apresentados devia o provedor mandar-lhes dar de calçar e vestir, de tempos a tempos, como visse que era necessário, de modo que andassem sempre «bem reparados». A sua roupa era de pano azul e tinha no peito um S, significando Sprital, para mostrar que lhe pertenciam. O mesmo traje e marca usavam também os criados da instituição<sup>23</sup>. É de supor que o número de seis escravos previsto no regimento podia ser ultrapassado se os responsáveis achassem necessário. Devia tratar-se do número mínimo.

O Hospital das Caldas da Rainha tinha igualmente escravos ao seu serviço, em ocupações mais diversificadas que o hospital real lisboeta. De acordo com o seu *Compromisso*, de 1512, deviam ser dez os cativos da instituição. Um era «uma escrava amassadeira de pão para os enfermos pobres e servidores da dita casa» e outro «um escravo ou uma escrava cozinheira para fazer de comer aos pobres enfermos e a esses a que a casa der de comer». Ao cozinheiro ou cozinheira seria dada uma outra cativa que a ajudasse. Daí se conclui que os doentes com meios para esse efeito eram alimentados por sua conta, a partir do exterior. Haveria igualmente «duas escravas lavadeiras para a roupa do hospital e fato sujo dos pobres». À semelhança do que sucedia com a alimentação, também a roupa dos enfermos economicamente remediados era lavada por sua conta, recorrendo a serviços de fora do hospital.

Um outro cativo andaria «com um carro a acarretar todas as coisas precisas e necessários para serviço do dito hospital» e outro ainda seria hortelão, que tivesse «cuidado da horta» e fosse «estilador das águas para a botica de casa». As funções deste último, ligadas à alimentação dos doentes e pessoal e à confeção das mezinhas na farmácia, que exigiam água pura, eram de grande responsabilidade, o que mostra confiança nos escravos que viessem a ser escolhidos para as executar. Finalmente, como o funcionamento do hospital estava dependente, em grande parte, da possibilidade de alimentar parte dos seus doentes, estavam previstos mais dois escravos para andarem com o gado que o mesmo tivesse, um para as vacas e outro para as cabras e ovelhas. Estes animais destinavam-se a proporcionar-lhe carne e derivados do leite, como manteiga e queijo.

O *Compromisso* realça que os escravos e escravas do hospital deviam ser bem tratados e providos de comer, beber, vestir e calçar como o provedor visse que precisavam, tendo «seus vestidos dos domingos, para irem à igreja [...] pois que em serviço de Deus não de servir»<sup>24</sup>.

Mas também no âmbito doméstico os escravos prestavam muitas vezes cuidados de saúde. Era frequente os donos justificarem a liberdade concedida aos seus cativos

<sup>22</sup> SALGADO & SALGADO, 1996: 484-490.

<sup>23</sup> SALGADO & SALGADO, 1996: 471.

<sup>24</sup> CARVALHO, 1932: 310.

invocando nas cartas de alforria a ajuda que deles tinham recebido, tratando-os nas suas doenças<sup>25</sup>. Outras vezes a condição para os libertar era que, depois de forros, continuassem a tratar dos antigos senhores nas suas enfermidades, enquanto estes vivessem. Foi o que se passou com Helena Brás, cativa de um morador do termo de Lisboa, que este libertou, podendo ela ir para onde quisesse, mas com a obrigação de o vir «curar e alimpar» se ele adoecesse ou ficasse entevado. Fazia isto por não ter «obrigação de mulher», ou seja, por ser solteiro e não ter mulher que dele tivesse o dever de cuidar<sup>26</sup>.

Para concluir este breve relance sobre a relação entre escravos e saúde, pode-se afirmar que a conservação das boas condições físicas dos escravos do país era um objectivo importante, quer para os seus proprietários, cuja posse dos mesmos tinha por fim principal os serviços que lhes pudessem prestar, quer para a sociedade em geral, que só beneficiaria com a sua capacidade para intervirem em acções de utilidade pública e, pelo contrário, seria prejudicada pelo aumento do número de marginais nos seus centros urbanos e ao longo dos caminhos, consequência inevitável do abandono dos cativos pelos seus senhores e das doenças que pudessem propagar entre a população. Como património que eram dos respectivos senhores, eles beneficiavam também de cuidados de saúde, sem os quais a sua capacidade de trabalho se perderia ou ficaria diminuída.

## FONTES

### Arquivo Distrital de Évora

ADE — *Fundo Notarial*, Alcácer do Sal, liv. 5/18.

ADE — *Fundo Notarial*, Évora, liv. 234, 285, 854.

ADE — *Fundo Notarial*, Grândola, liv. 1/3.

ADE — *Misericórdia de Évora*, doc. 1550.

### Arquivo Histórico Municipal de Arraiolos

AHMA — JGOA/B/003/Cx. 003.

### Arquivo Nacional da Torre do Tombo

ANTT — *Chancelaria de D. João III*, Perdões e Legitimações, liv. 25.

ANTT — *Coleção Cronológica*, Parte I, mç. 41, 89.

ANTT — *Fundo Notarial*, Lisboa, Cart. 11, cx. 10, liv. 34.

ANTT — *Núcleo Antigo*, n.º 922 A.

<sup>25</sup> ADS — *Fundo Notarial*, Alcácer do Sal, liv. 5/18, fl. 118 — 4.9.1697; ADS — *Fundo Notarial*, Grândola, liv. 1/3, fl. 187 — 3.12.1692.

<sup>26</sup> ANTT — *Fundo Notarial*, Lisboa, Cart. 11, cx. 10, liv. 34, fl. 15 — 27.6.1597.

## BIBLIOGRAFIA

- BRÁSIO, António (1963) — *Monumenta missionaria africana. África Ocidental (1500-1569)*, 2, 2.ª Série. Lisboa: Agência Geral do Ultramar.
- CARVALHO, Augusto da Silva (1932) — *Memórias das Caldas da Rainha (1484-1884)*. Lisboa: Féris.
- CORREIA, Fernando da Silva (1962) — *De sanitate in Lusitania monumenta historica*. «Boletim da Assistência Social», n.º 149-150. Lisboa: [s.n.] p. 29-41.
- FALGAIROLLE, Edmond (1879) — *Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal au XVI.e siècle*. Paris: Augustin Challamel.
- FIGUEIREDO, António José (1863) — *Lisboa em 1584*. «Arquivo Pitoresco», vol. 6. Lisboa: Castro e Irmão, p. 78-94.
- FONSECA, Jorge (2002) — *Escravos no sul de Portugal (Séculos XVI-XVII)*. Lisboa: Vulgata.
- \_\_\_\_ (2005) — *Os escravos de D. Teodósio I, duque de Bragança*. «Callipole», n.º 13. Vila Viçosa: Câmara Municipal, p. 43-53.
- \_\_\_\_ (2010) — *Escravos e senhores na Lisboa quinhentista*. Lisboa: Colibri.
- \_\_\_\_ (2016) — *Religião e liberdade. Os Negros nas irmandades e confrarias portuguesas (Séculos XV-XIX)*. Vila Nova de Famalicão: Húmus.
- FREIRE, Anselmo Braamcamp (1905) — *Cartas de quitação de El-rei D. Manuel I*. «Arquivo Histórico Português», vol. 3, p. 316-318, 474-478.
- HEERS, Jacques (2004) — *Les négriers en terres d'Islam*. Paris: Perrin.
- INVENTÁRIO da infanta D. Beatriz (1507). «Arquivo Histórico Português», vol. 9, p. 79-104, 1914.
- LANDI, Giulio (1981) — *Descrição da ilha da Madeira [...] pelo [...] conde Giulio Landi*. In *A Madeira vista por estrangeiros (1455-1700)*. Funchal: Secretaria Regional de Educação e Cultura, p. 57-116.
- MARQUES, A. H. de Oliveira (1987) — *Portugal quinhentista*. Lisboa: Quetzal.
- PERES, Damião (1947) — *Regimento das Casas das Índias e Mina*. Coimbra: Faculdade de Letras.
- SALGADO, Abílio José; SALGADO, Anastásia Mestrinho (1996) — *Registos dos reinados de D. João II e de D. Manuel I*. Lisboa: [s.n.].
- SASSETTI, Fillipo (1844) — *Lettere di Fillipo Sassetti sopra i suoi viaggi nelle Indie Orientali dal 1578 al 1588*. Reggio: Dalla stamperia Torregiani e C.

# ALGUNS ASPETOS DO CONTEXTO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DA IRMANDADE DOS CLÉRIGOS POBRES DO PORTO ENTRE O ÚLTIMO QUARTEL DO SÉCULO XVIII E MEADOS DO SÉCULO XIX

ANTÓNIO MIGUEL SANTOS\*

O presente artigo pretende abordar alguns aspetos do contexto assistencial do Hospital da Irmandade dos Clérigos, tendo por base a obra *Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto (1754-1924). A memória dos doentes e profissionais de saúde*<sup>1</sup>. Procurámos encontrar um objeto de estudo, em pleno século XXI, que apesar de visível ao nosso olhar quotidiano, permanecesse ainda invisível ao nosso conhecimento científico. Por este motivo a escolha recaiu sobre o Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto.

É igualmente necessário referir que inicialmente o horizonte temporal a ser considerado compreendia o período de 1754 a 1828, que corresponde respetivamente às datas de entrada e saída do último doente do Hospital da Irmandade dos Clérigos. Esta informação está de acordo com os dados fornecidos por Hernâni Bastos Monteiro na sua obra *Origens da Cirurgia Portuense*<sup>2</sup> como também no fundo documental do

---

\* Mestre em História e Património, Ramo A: Estudos Locais e Regionais — Construção de Memórias, pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto. antoniomiguelsantos@gmail.com.

<sup>1</sup> Esta obra é uma Dissertação de Mestrado realizada no âmbito do Mestrado em História e Património, Ramo A: Estudos Locais e Regionais — Construção de Memórias, orientada pela Professora Doutora Helena Osswald, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Esta Dissertação foi a vencedora do Prémio Torre dos Clérigos Edição de 2016. Este Prémio é atribuído conjuntamente pela Irmandade dos Clérigos e pela Universidade do Porto. A cerimónia de entrega do galardão decorreu no dia 12 de dezembro de 2016 na Igreja dos Clérigos e contou com a presença do Presidente da Irmandade dos Clérigos Padre Américo Aguiar, do Ministro da Cultura Doutor Luís Filipe Castro Mendes, entre outras personalidades.

<sup>2</sup> MONTEIRO, 1926: 131-139. Antes da publicação da Dissertação de Mestrado, de toda a bibliografia pesquisada esta era a obra em que se podiam encontrar mais elementos sobre este Hospital tendo adicionalmente a virtude de terem sido obtidos a partir da perspetiva de um clínico.

Arquivo da Irmandade dos Clérigos do Porto com a designação *Enfermaria Entradas e Óbitos* que possui o registo de doentes até 1828. Contudo, no decorrer da investigação, foi possível encontrarmos o registo de mais um doente internado no Hospital em 1843 (veio a falecer) e também da admissão de Médicos e Irmãos da Irmandade nos anos de 1841, 1846 e 1866. No momento da admissão destes últimos era especificamente determinado que tinham como missão assistir aos Irmãos Enfermos no Hospital ou nas suas residências, e que, por essa razão, eram admitidos sem ter a necessidade de pagar um montante nesse momento. Assim, este artigo pretende também analisar a função assistencial deste Hospital.

\*\*\*

A literatura científica em torno do meu objeto de estudo é escassa. Porém, estando numa fase inicial da investigação sustentamo-nos num conjunto de autores que nos permitisse elucidar um conjunto de conceitos e categorias, nomeadamente: pobreza, enfermidade, enfermo, medicina.

As leituras realizadas permitiram ainda constatar que, por um lado, neste período existiam vários Hospitais na cidade do Porto e, por outro, a Irmandade dos Clérigos não era uma exclusividade da cidade do Porto. O Padre Agostinho Rebelo da Costa, contemporâneo da construção do Hospital dos Clérigos, avançou com a indicação dos Hospitais existentes na cidade do Porto nessa época:

*o Hospital Real, na Rua das Flores; o dos Expostos, na rua dos Caldeireiros; o dos Entrevados, em cima de Vila; o das Entrevadas, a Santo Ildefonso; o dos Lázarus, no Campo de S. Lázaro; o das Lázaras, que lhe está imediato; o das Velhas, na rua dos Mercadores.*

*Todos estes, como já se disse, pertencem à administração da Santa Casa da Misericórdia. Segue-se o de S. Crispim, na rua do mesmo nome; o das Mulheres Pobres, na rua da Biquinha; o dos Ingleses, em cima do Muro, que, dizem, se transfere para o sítio em que está o grandioso cemitério dos luteranos, calvinistas e protestantes, bem semelhante em magnificência e grandeza ao cemitério que têm em Lisboa; o da Senhora da Silva, na Ferraria de Cima; o dos Terceiros de S. Francisco, da Ferraria de Baixo; o da Senhora da Caridade, para os irmãos da sua Ordem<sup>3</sup>.*

É também importante ter em consideração que noutras localidades existiam Irmandades semelhantes, designadamente em Guimarães, Amarante, Arcos de Valdevez, Vila Real de Trás-os-Montes, Viseu, Recife e Rio de Janeiro. Sendo que em Vila Nova de Gaia, na freguesia de Santa Eulália de Oliveira, que atualmente se designa por Oliveira do Douro, existia a Congregação da Oliveira fundada em 1679 pelo cônego

---

<sup>3</sup> COSTA, 1945: 161-162.

António Leite de Albuquerque, cuja principal finalidade era a de prestar assistência aos clérigos pobres, cegos e doentes, tendo para isso fundado o Hospital de Nossa Senhora da Conceição.

Tendo estas considerações em perspetiva iniciou-se a investigação no Arquivo da Irmandade dos Clérigos do Porto<sup>4</sup> no qual encontrei o corpo documental principal para a realização deste artigo. Constitui um repositório de memória notável da Instituição com um acervo documental imenso que demonstra a preocupação da Instituição na salvaguarda do seu património para gerações vindouras.

## 1. LIVRO DE ENTRADA NA ENFERMARIA

São muito escassas as obras que fazem referência à existência do Hospital dos Clérigos do Porto e são certamente muito poucas as personalidades que alguma vez tiverem oportunidade de verificar os documentos referentes a essa unidade hospitalar. Por esse motivo, a Figura 1 é referente ao *Livro de Enfermaria*, de forma a permitir que se possa ter uma noção do livro onde supostamente seriam registados todos os enfermos que necessitavam da assistência. De notar que se chama *Livro de Enfermaria*, mas no seu interior e em outros registos documentais aparece a designação de Hospital. São necessários estudos mais aprofundados para contabilizar em todos os documentos do Arquivo da Irmandade dos Clérigos o número de vezes que é referido Hospital ou Enfermaria de forma a ser possível chegar a uma conclusão definitiva.

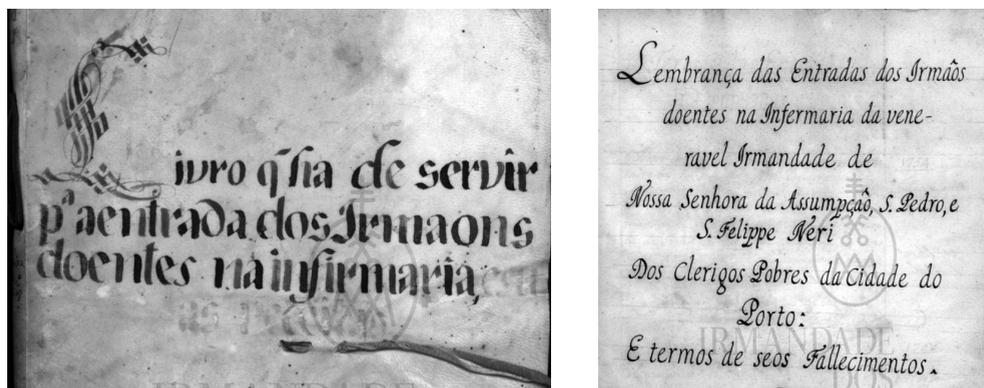


Fig. 1. Livro Entrada na Enfermaria

Fonte: AICP/IC — Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto, Requerimentos, Enfermaria Entradas e Óbitos (PT ICPRT IC/C/018/0001)

<sup>4</sup> O Arquivo da Irmandade dos Clérigos do Porto encontra-se disponível em <<http://portal.cehr.ft.lisboa.ucp.pt/arquivos/index.php/irmandade-dos-clerigos-do-porto>>. [Consulta realizada em 29/12/2016].

Se para a análise da função assistencial desempenhada pela Irmandade dos Clérigos do Porto forem apenas considerados os Irmãos que se encontram registados em *Enfermaria Entradas e Óbitos* para o período de tempo compreendido entre 1754 e 1828 chega-se à conclusão que foram registadas 31 entradas, sendo que alguns Irmãos deram entrada mais do que uma vez porque lhes era concedida tal possibilidade e igualmente deve ser tido em consideração que o Irmão António José Pereira de Souza foi registado duas vezes para o mesmo período de internamento. Alguns destes Irmãos vieram a falecer nas instalações do Hospital em virtude das enfermidades que padeciam, designadamente a apoplexia. Iremos em seguida exemplificar com a Figura 2 o registo de entrada de um enfermo no Hospital, o Reverendo Doutor Francisco de Paula de Figueiredo.

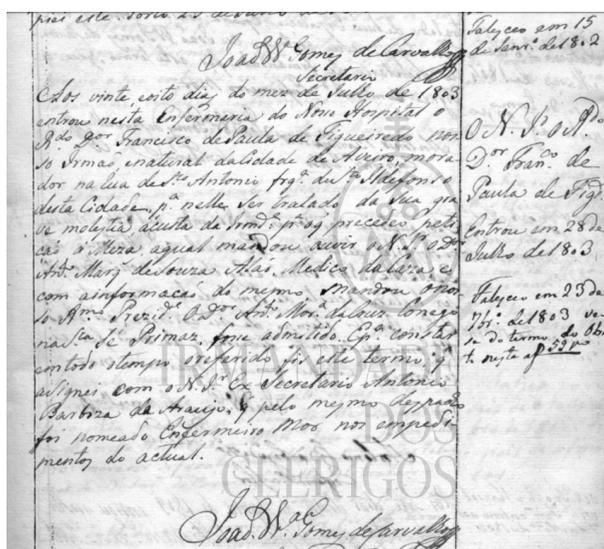


Fig. 2. Exemplo do registo de Enfermo que deu entrada no Hospital  
 Fonte: AICP/IC — Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto,  
*Enfermaria Entradas, e Óbitos*, fl. 5 (PT ICPRT IC/A/018/0001)

No registo de admissão é referido um conjunto de informações que nos permitem caracterizar o enfermo designadamente: a data em que foi admitido no Hospital, a sua naturalidade, a sua residência, a sua filiação, a função que exerce, de que moléstia padece no momento do registo da sua entrada no Hospital, o nome do Médico que o assiste. Neste exemplo em concreto, é igualmente possível verificar a data em que o doente deu entrada no Hospital e a data em que veio a falecer.

É igualmente possível verificar os gastos que a Irmandade dos Clérigos teve com a assistência prestada a cada Irmão durante o respetivo período de internamento no

Hospital. Para exemplificar, em seguida é possível observar na Figura 3 a descrição minuciosa dos gastos com o tratamento no Hospital do Irmão Domingos Ribeiro Nunes em 1755. Como se demonstra é possível observar designadamente: o nome do Médico que o tratou, o Doutor António Mena Falcão, assim como os respetivos gastos, a informação sobre outros elementos que no exercício das suas funções contribuíram para a assistência ao enfermo, o custo de alguns produtos alimentares fornecidos ao enfermo para o seu tratamento e permite-nos igualmente tomar conhecimento de quem foi o Boticário, que era designado por Nosso Irmão Reverendo João de Souza Pinto, responsável pelas receitas e respetivo custo. Sobre a Botica iremos abordar posteriormente esse assunto neste artigo.

P. Couves " - - - - -	0010
P. Cebolas " - - - - -	0050
P. Vinto " - - - - -	0040
P. hua melancia " - - - - -	0015
P. dinhr. ao Medico na junta, q' se lle fez " - -	10600
P. dinhr. ao Medico assistente o Sr. Fr. o Sr. D. Antonio Mena Falcão " - -	40800
P. vinte dias de trabalho ao Galego Dom. " - - -	0800
P. alguns dias ao Galego Silvestre " - - - - -	0360
P. dinhr. ao Galego Sr. apim de q' od' fonejo lhe devia antes, como tambem do tempo, q' servia na Enfermaria " - -	10130
P. dinhr. ao barbeiro da barba, q' lhe fez " - -	0120
P. 27 dias a Ama Mariana a 1000 por dia " - -	20700
P. das Recettas ao Boticario o Sr. Fr. o Sr. de Joao de Souza Pinto " - - - - -	20885
P. dinhr. q' se deu a 2.ª Ama " - - - - -	0480
P. dinhr. q' se deu ao barbeiro q' lhe fez a barba depois de falecido " - - - - -	0360
P. quatro varas de fita preta " - - - - -	0240

Fig. 3. Exemplo da descrição dos gastos com o tratamento no Hospital do Irmão Domingos Ribeiro Nunes em 1755

Fonte: AICP/IC — Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto, Despesa da Enfermaria, fl. 5 (PT ICPRT IC/C/0029)

Se um Irmão viesse a falecer no Hospital o seu óbito era registado noutra documentação designadamente no Livro das Entradas e Óbitos dos Irmãos como o demonstra o seguinte exemplo na Figura 4, referente ao Irmão Reverendo Gabriel Martins de São Pedro de Avintes em Vila Nova de Gaia, que foi o Irmão que mais tempo permaneceu internado no Hospital dos Clérigos entre 1780 e 1796 pelo motivo de ser entevado e parálítico.

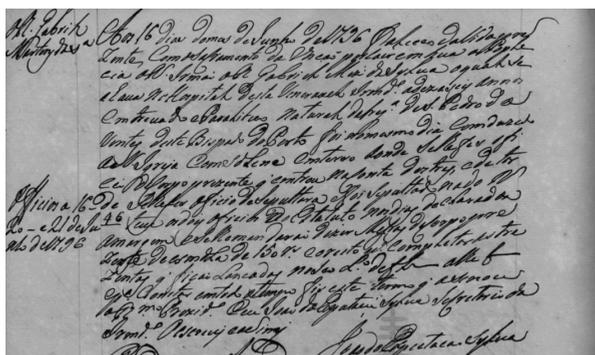


Fig. 4. Exemplo de registo de óbito do Irmão Reverendo Gabriel Martins  
 Fonte: AICP/ IC — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Entradas e Óbitos dos Irmãos,  
 Livro das Entradas e Óbitos dos Irmãos, fl. 308v (PT ICPRT IC/A/004/0002)

Este exemplo demonstra que é fundamental analisar e verificar outros fundos e outros registos do Arquivo da Irmandade dos Clérigos para se ter uma ideia mais concreta da dimensão da função assistencial desempenhada pela Irmandade. Porque é dessa forma que foi possível constatar que em fevereiro de 1843 o Irmão Francisco Moreira de Carvalho<sup>5</sup> solicitou à Mesa da Irmandade para receber assistência tendo sido diagnosticado pelo Doutor Manuel Joaquim dos Santos no dia 22 de fevereiro de 1843, após ter sido requisitado pelo Presidente da Mesa em 21 de fevereiro de 1843. Após o diagnóstico, o Irmão Francisco Moreira dos Santos foi internado no Hospital dos Clérigos. Na documentação é possível igualmente obter-se informação sobre os montantes<sup>6</sup> gastos com tratamento do Irmão em cada mês do ano de 1843 em que esteve em internamento, até à data do seu falecimento em maio de 1843. Contudo, o nome deste Irmão não consta do *Registo de Entradas e Óbitos da Enfermaria*, que só possui registo de enfermos até 1828.

Também é possível obter noutros registos na documentação que comprova que em 13 de fevereiro de 1841 o Médico Manoel Joaquim dos Santos<sup>7</sup> requereu para ser admitido como Médico da Irmandade dos Clérigos do Porto. Ocorrendo situação semelhante com o Médico Luís António Pereira da Silva<sup>8</sup> que foi admitido a 3 de março de 1846 e com o Médico-Cirurgião António José de Sousa<sup>9</sup> em 22 de fevereiro

<sup>5</sup> AICP — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto: *Requerimentos, Requerimentos Para escolas para admissão de Capellarias e varios objectos*. Fólio não numerado nem rubricado, ICPRT IC/A/018/0004.

<sup>6</sup> AICP — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Diários e Caixa Geral, Diário n.º 3, fl.21 – ICPRT IC/A/017/0008.

<sup>7</sup> AICP — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Entradas e Óbitos dos Irmãos, Livro das Entradas e Óbitos dos Irmãos, fl. 192 – ICPRT IC/A/004/0002.

<sup>8</sup> AICP — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Entradas e Óbitos dos Irmãos, Livro das Entradas e Óbitos dos Irmãos, fl. 198 – ICPRT IC/A/004/0002.

<sup>9</sup> AICP — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Entradas e Óbitos dos Irmãos, Livro das Entradas e Óbitos dos Irmãos, fl. 223-223v – ICPRT IC/A/004/0002.

de 1866. Estes requerimentos foram efetuados em datas posteriores à data final que se supunha que o Hospital dos Clérigos tinha desenvolvido a sua função assistencial.

Por outro lado é igualmente necessário ter em consideração que a Irmandade dos Clérigos desempenhava uma importantíssima função assistencial domiciliária aos seus Irmãos e que essa informação não consta do *Livro de Enfermaria Entradas e Óbitos da Irmandade*.

Antes de referirmos a assistência domiciliária prestada aos Irmãos é necessário referir de que forma um Irmão podia solicitar essa assistência e se era assistência seria concedida.

## 2. REQUERIMENTO PARA RECEBER ASSISTÊNCIA

Um Irmão que padecesse de alguma moléstia e necessitasse de recorrer a tratamento necessitava de dirigir um ofício ao Presidente da Mesa, relatando o mais minuciosamente possível a enfermidade de que sofria. A seguinte imagem da Figura 5 corresponde ao primeiro ofício de pedido, em que temos acesso ao modo como um Irmão descrevia a sua moléstia. Este documento faz parte do fundo *Entradas de Irmaons Aceitaçãoens de Cappelaens Licenças dos mesmos Varias cartas que nada valem*, que possui uma enorme quantidade de documentos sobre os mais diversos assuntos.

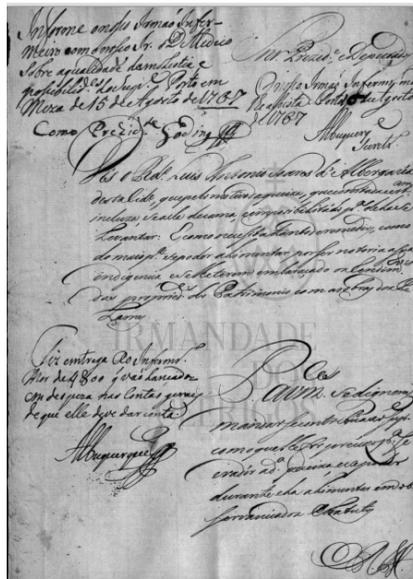


Fig. 5. Requerimento para receber assistência do Irmão Luís António Soares de Albergaria em 1767

Fonte: AICP/IC — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, *Requerimentos, Entradas de Irmaons Aceitaçãoens de Cappelaens Licenças dos mesmos Varias cartas que nada valem*, fl. não numerado (PT ICPR IC/A/018/0001)

Este pedido de admissão é relevante porque este mesmo requerimento continuará a ser utilizado durante um largo período de tempo, designadamente ao longo do final do século XVIII e ao longo do século XIX, pelos Irmãos que tivessem necessidade de recorrer à ajuda da Irmandade, por motivos de enfermidade ou de escassez de recursos económicos. O fluxo de informação presente no requerimento processava-se da seguinte forma. O Irmão redigia um ofício ao Presidente da Mesa. Ao receberem o ofício o Presidente da Mesa e a Mesa averiguavam a situação em questão. Pediam ao Enfermeiro/Médico/Cirurgião, dependendo de quem estivesse disponível, para avaliar a situação clínica do requerente. O diagnóstico era objetivo, claro, de acordo com as melhores terapêuticas da época de forma a permitir que o Presidente da Mesa e a Mesa pudessem decidir da melhor forma possível de acordo com a informação clínica recebida. Em seguida, na Figura 6, é possível observar o exemplo de um diagnóstico realizado ao requerente.

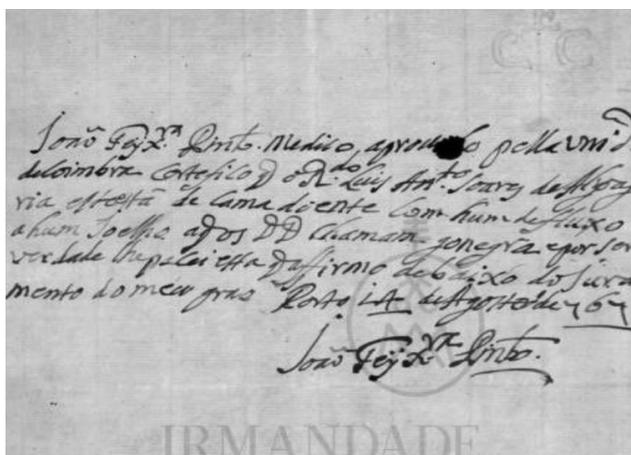


Fig. 6. Exemplo de diagnóstico efetuado ao Irmão Luís António Soares de Albergaria

Fonte: AICP/IC — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Requerimentos, Entradas de Irmãos Aceitações de Cappelaens Licenças dos mesmos Varias cartas que nada valem, fólio não numerado (PT ICPRT IC/A/018/0001)

Posteriormente, o Presidente da Mesa e a Mesa decidiam de acordo com a informação da avaliação clínica recebida, sendo que existiam as seguintes possibilidades: se fosse comprovado que o requerente padecia de uma moléstia podia receber assistência médica no Hospital dos Clérigos ou no seu domicílio e/ou assistência pecuniária para tratamento da sua enfermidade. Contudo, se o diagnóstico viesse a demonstrar que o requerente não padecia de nenhuma moléstia, o requerente tinha o seu pedido indeferido.

Este requerimento permite perceber a dinâmica de funcionamento da Irmandade e pretende demonstrar que a Irmandade é capaz de aceitar a presença de personalidades

com interesses sociais diversos, mas que fazem parte da identidade coletiva da Irmandade e que trabalham em prol da defesa dos interesses da Irmandade.

Não foi encontrado nenhum elemento documental, nem enquadramento legal da Irmandade que limitasse o número de pedidos que um Irmão podia realizar. Sempre que o Irmão sofresse de uma moléstia podia redigir o seu pedido de assistência. Note-se que este mesmo processo era realizado para os Irmãos que recebiam a sua assistência médica no seu domicílio e que por esse motivo não se encontram registados no livro da Enfermaria Entradas e Óbitos.

### 3. UM IRMÃO NOTÁVEL A RECEBER ASSISTÊNCIA: NICOLAU NASONI

Entre as várias personalidades das mais diversas categorias sociais que sentiram a necessidade de recorrer à assistência fornecida pela Irmandade dos Clérigos encontram-se algumas notáveis, com primazia para o insigne Arquitecto Nicolau Nasoni que foi o responsável pela construção da Igreja, Torre e Hospital dos Clérigos, entre outras edificações, não só na cidade do Porto como noutras localidades em Portugal. Em dezembro de 1772 Nicolau Nasoni endereçou um requerimento ao Presidente e Deputados da Irmandade para receber assistência. Como se pode observar na Figura 7, no pedido efetuado Nicolau Nasoni declara-se enfermo e indigente e pede inicialmente para ser assistido no Hospital da Irmandade dos Clérigos. Contudo, por sofrer de queixa de peito e devido a muita velhice, suplicava para receber assistência domiciliária em virtude de ter a sua filha donzela por companhia.

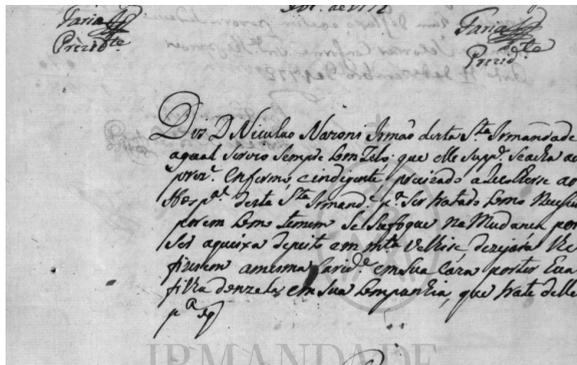


Fig. 7. Descrição do pedido de assistência feito pelo Irmão Nicolau Nasoni

Fonte: AICP/IC — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Contas e Recibos, Recibos dos annos de 1759 até 1783, fôlio não numerado nem rubricado (PT ICPRT IC/A/A016/0001)

Em virtude deste pedido que efetuou veio a receber assistência domiciliária fornecida pela Irmandade dos Clérigos, assistência essa que recebeu até à data do seu

falecimento em 1773. Conforme se pode observar na Figura 8 foi possível encontrar a documentação que comprova quando recebeu a assistência, determinar a pessoa, o Enfermeiro-Mor José Ferreira da Silva Porto, que se deslocava a sua residência para lhe prestar assistência, e qual foi o custo da assistência domiciliária prestada.

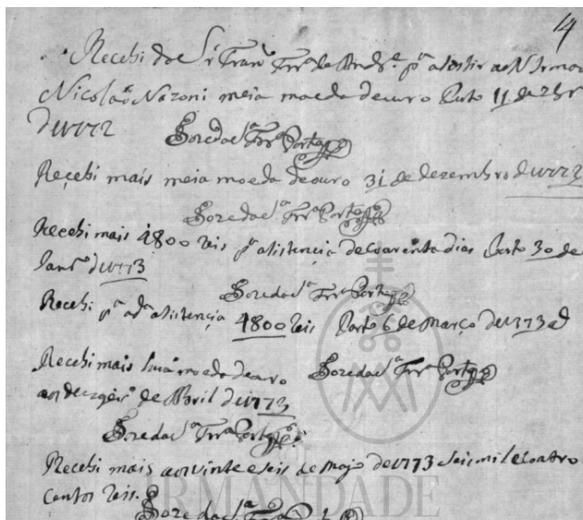


Fig. 8. Custo da assistência domiciliária prestada a Nicolau Nazoni

Fonte: AICP/IC — Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Contas e Recibos, Recibos dos annos de 1759 até 1783, fólio não numerado nem rubricado (PT ICPRT IC/A/A016/0001)

#### 4. BOTICA

Quando referimos a assistência prestada aos enfermos, é natural pensarmos na Botica, sobretudo se tivermos em consideração que esta comunicação é realizada no Museu da Farmácia em Lisboa, que possui um notável espólio relativo a este tema e que permite a qualquer visitante tomar conhecimento da evolução da Botica ao longo dos tempos.

No que se refere em concreto ao Hospital dos Clérigos é possível em alguma documentação encontrar referências aos remédios utilizados na assistência a cada enfermo assim como de alguns instrumentos médico-cirúrgicos adquiridos como se pode observar na Figura 9 onde é referido que em 27 de agosto de 1765 foram adquiridos para utilização no Hospital da Irmandade dos Clérigos «hua bacia e jarra de estanho», «hua seringa de estanho», «tres duzias de ventozas», «linho para as ditas», «huns vidros condocentes para remedios», entre outros elementos adquiridos que perfaziam um total de 8\$170 réis.

Fig. 9. Exemplo de Despesas efetuadas para o Hospital dos Clérigos em 1765

Fonte: AICP/IC — *Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto, Contas e Recibos, Recibos dos annos de 1759 até 1783*, fôlio não numerado nem rubricado (PT ICPRT IC/A/A016/0001)

Seria de supor que fosse possível encontrar com mais frequência documentos que permitissem demonstrar a evolução ao longo do tempo da aquisição de elementos como os referidos na Figura 9. Contudo, é escassa a documentação que foi possível encontrar. Uma das hipóteses a considerar é que provavelmente os profissionais de saúde, designadamente os Médicos, pudessem levar consigo os instrumentos de que necessitavam para o tratamento do enfermo.

No que se refere à Botica propriamente dita não se encontrou documentação a referir a localização de um espaço físico no interior do Hospital dos Clérigos destinado para este propósito ou de um espaço que permitisse a elaboração dos remédios. Para auxílio nesta pesquisa foi possível inclusivamente contar com a documentação referente ao *Inventário da Enfermaria* como se pode observar na Figura 10. O *Inventário* do Hospital dos Clérigos está dividido em secções como Altar da Enfermaria, Sacristia, Casa da Enfermaria, Roupa de Cama, Serviço e Mesa, Cozinha, Alfaias Diversas. Este *Inventário* possui uma descrição minuciosa para cada uma destas secções, o que nos permite ter uma ideia muito precisa de como foi a evolução do Hospital dos Clérigos ao longo dos tempos.

Fig. 10. Descrição do *Inventário* do Hospital dos Clérigos do Porto

Fonte: AICP/IC — *Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto, Inventário da Enfermaria*, fl. 3 (PT ICPRT IC/C/068/0001)

Contudo, não existe referência à existência de uma Botica<sup>10</sup> no interior do Hospital dos Clérigos que permitisse armazenar os remédios ou preparar os remédios necessários de acordo com a enfermidade que cada enfermo padecia. Contudo, é possível saber que o Hospital dos Clérigos possuía um Boticário que muitas vezes desempenhava a função de Reverendo como o demonstra o exemplo referido na Figura 3.

## CONCLUSÃO

Na investigação realizada foi possível comprovar que o Hospital da Irmandade dos Clérigos existiu até 1924, altura em que as funções para as quais foi originalmente concebido desapareceram, tendo sido o espaço físico do Hospital reconvertido<sup>11</sup> em quartos para acolhimento de sacerdotes.

Atualmente nesse espaço está patente ao público uma exposição<sup>12</sup> intitulada: «Coleção Cristos» que é composta por cerca de 400 Cristos em diferentes materiais, nomeadamente: madeira, marfim, prata ou pintados em telas de diferentes formas e tamanhos, tendo sido este espólio doado pelo benemérito António Manuel Cipriano de Miranda.

Este artigo representa um vislumbre da riqueza documental que possui o Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

Fl. — Fólio

IC — Irmandade dos Clérigos

ICP — Irmandade dos Clérigos do Porto

ICPRT — Irmandade dos Clérigos do Porto Portugal

n.º — número

PT — Portugal

v. — verso

---

<sup>10</sup> Gostaria de endereçar uma palavra de agradecimento ao Diretor do Museu da Farmácia Doutor João Neto que muito gentilmente sugeriu que efetuasse uma pesquisa nas Farmácias na área envolvente dos Clérigos porque poderia ser muito provavelmente o local onde os remédios deveriam ser adquiridos.

<sup>11</sup> AICP/IC — *Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto*, Actas da Mesa, Actas, fl. 75v – ICPRT IC/A/034/0005.

<sup>12</sup> AGUIAR, 2016.

## FONTES

### Arquivo da Irmandade dos Clérigos do Porto

AICP — *Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto. Actas da Mesa, Actas*, sr. 034, d. 005. Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto.

AICP — *Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto. Contas e Recibos, Recibos dos annos de 1759 até 1783*, sr. 016, d. 0001.

AICP — *Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto. Diários e Caixa Geral, Diário n.º 3*, sr. 017, d. 0008.

AICP — *Mesa da Irmandade dos Clérigos do Porto. Entradas e Óbitos dos Irmãos, Livro das Entradas e Óbitos dos Irmãos*, sc. A, sr. 004, d. 0002.

AICP — *Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto. Enfermaria Entradas, e Óbitos*, d. 0028.

AICP — *Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto. Livro 3 do Fundo do Nosso Hospital* sr. 029, d. 0003.

AICP — *I Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto. Inventário da Enfermaria*, sr. 068, d. 0001.

AICP — *Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto. Despeza da Enfermaria*, d. 0029.

## BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Padre Américo coord. (2016) — *Christus*. Porto: Irmandade dos Clérigos.

ARQUIVO da Irmandade dos Clérigos do Porto. Disponível em <<http://portal.cehr.ft.lisboa.ucp.pt/arquivos/index.php/irmandade-dos-clerigos-do-porto>>. [Consulta realizada em 29/12/2016].

COSTA, Padre Agostinho Rebêlo da Costa (1945) — *Descrição Topográfica e Histórica da Cidade do Pôrto*. 2.ª Ed. Porto: Tipografia da Livraria Progredior. Com a carta de Tomaz Modessan e algumas palavras prévias de A. De Magalhães Basto.

COUTINHO, B. Xavier (1965) — *A Igreja e a Irmandade dos Clérigos. Apontamentos para a sua História*. Porto: Publicações da Câmara Municipal do Porto. Gabinete de História da Cidade. Documentos e Memórias para a História do Porto — XXXVI.

LEMONS, Maximiano (1925) — *História do Ensino Médico no Porto*. Porto: Tipografia a Vapor da «Enciclopédia Portuguesa».

MONTEIRO, Prof. Hernâni (1926) — *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: Araújo & Sobrinho.

SANTOS, António Miguel da Silva (2015) — *Hospital da Irmandade dos Clérigos do Porto (1754-1924). A memória dos doentes e profissionais de saúde*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Dissertação de mestrado.



# AS TRANSFORMAÇÕES NO HOSPITAL DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PORTO DE MÓS, NA 3.<sup>A</sup> DÉCADA DO SÉCULO XX

KEVIN CARREIRA SOARES\*

MARIA ALEXANDRA CARLOS\*\*

## 1. INTRODUÇÃO

Durante o século XX, as Misericórdias foram alvo de um conjunto de iniciativas legislativas com vista à sua revitalização económica, dotando-as de novos mecanismos de angariação de receitas e responsabilizando-as por um conjunto maior de modalidades assistenciais. Os impactos desta legislação são ainda mal conhecidos, uma vez que a maioria dos estudos sobre Misericórdias não avança para além do Liberalismo e menos ainda para a República ou o Estado Novo. Sabe-se, porém, que por meio destas medidas, muitas se reformaram, se fundaram outras em localidades onde não existiam<sup>1</sup>.

Partindo da análise da documentação da Misericórdia de Porto de Mós, é objetivo do presente texto analisar as transformações ocorridas nesta instituição, na 3.<sup>a</sup> década do século XX, mormente no seu hospital, função maior neste contexto. Esta observação será conduzida em dois planos. Em primeiro lugar, será objetivo promover uma leitura sobre os impactos que alguma legislação provocou nas contas e na administração da Irmandade, partindo dos livros de atas e dos orçamentos aprovados pela autoridade distrital. A segunda parte terá como intuito observar algumas das modificações que ocorreram no hospital, fazendo referência aos objetos médicos e cirúrgicos adquiridos e nas modificações da prática terapêutica que poderão ter potenciado.

---

\* Doutorando PIUDHist — ICS-UL; Bolseiro FCT (PD/BD/128124/2016). kevincasores@gmail.com.

\*\* FMUC. mariaalexandra@sapo.pt.

<sup>1</sup> Ver PAIVA & FONTES, 2010a: I, 7-8.

Ao longo do século XX, o papel das Misericórdias em questões de higiene e saúde foi determinante, particularmente no combate a doenças epidémicas graves como a gripe pneumónica — uma das maiores catástrofes do século — a cólera, a sífilis, entre outras. Num universo em que a esmagadora maioria dos estabelecimentos de saúde estava sob a sua alçada direta, foi necessário proceder à sua gradual transformação e adaptação, a dóta-los das ferramentas necessárias para responderem às novas exigências e paradigmas médicos e sanitários deste século<sup>2</sup>. Estas alterações trouxeram ainda várias outras inovações, como a transformação do papel do enfermeiro e o tipo de cuidados fornecidos pelos hospitais. Nesta dinâmica, por todo o país, foi necessário concentrar esforços no sentido de melhorar as várias infraestruturas hospitalares, agora chamadas a responder a novas patologias e a fornecer cuidados médicos de crescente especialização<sup>3</sup>.

A cronologia escolhida, o período que medeia entre 1920 e 1930, reflete um problema concreto. A partir de 1920, os sucessivos governos adotaram múltiplas medidas com vista a auxiliar economicamente muitas Irmandades, dotando-as de novos mecanismos que permitissem a captação de novas receitas, a par de uma fiscalização cada vez mais eficaz<sup>4</sup>. Em contrapartida, o Estado procurou delegar um conjunto de atividades assistenciais que deviam ser asseguradas por estas instituições. Neste âmbito, importa destacar o decreto 10242, de 1 de novembro de 1924, que permitiu às Irmandades a cobrança de um adicional de 5% sobre as contribuições gerais do Estado. Este decreto significou um aumento considerável das receitas disponíveis para muitas delas, o que permitiu a realização de investimentos variados, alguns dos quais no sentido de renovar as infraestruturas existentes<sup>6</sup>. Serão esse impacto e essas transformações que se irão observar de seguida, a partir da documentação conhecida para a Misericórdia de Porto de Mós<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Ver PAIVA & FONTES, 2010a: I, 8-9 e 30-31. A afirmação do campo higienista que antecedeu às transformações em análise, fez-se sentir ao longo de todo o século XIX, ao que não foi alheio o impacto das luzes na centúria anterior, ver PEREIRA & PITA, 1993: 437-559.

<sup>3</sup> Ver SANTOS, 2012: 301-339.

<sup>4</sup> O ano de 1924 foi particularmente rico na aprovação de legislação com impacto económico sobre estas Irmandades, ver PAIVA & FONTES, 2010a: 13-17 e respetivas notas e, ainda, SÁ & LOPES, 2008: 101-103.

Refira-se que o aumento da fiscalização e a tomada de medidas com o objetivo de melhorar a condição económica das Misericórdias não é uma novidade do século XX. Pelo contrário, foi uma realidade desde a governação Filipina, particularmente reforçada durante o reinado de D. José (1750-1777) e continuada ao longo de todo o século XIX. Ver PAIVA & FONTES, 2010a: I, 13-14; LOPES, 2008: 131-176; LOPES, 2002: 79-117 e ABREU, 2002: 47-77.

<sup>5</sup> Ver PAIVA & FONTES, 2010b: I, 129. Em Porto de Mós, esse decreto teve os primeiros ecos na sessão de 6 de dezembro de 1925, quando se decidiu inscrever 10000\$00 no orçamento que estava a ser preparada, «visto ser a [Misericórdia] a única Instituição de assistência existente neste concelho». Cf. Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós [AHSCMPM daqui para a frente] — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1917-1928*, fl. 70.

## 2. O IMPACTO ECONÓMICO DA LEGISLAÇÃO DA DÉCADA DE 20

Olhando para a evolução das receitas orçamentadas, entre 1913/4 e 1927/8, o impacto desta legislação é evidente (ver Tabela 1 e Gráfico 1 e 2)<sup>6</sup>. A partir da atribuição do primeiro subsídio Estatal conhecido, em 12 de agosto de 1920, no valor de 2000\$00, estes apoios mantiveram uma tendência crescente nos anos seguintes<sup>7</sup>. Neste caso, o impacto do adicional de 5% sobre as contribuições do Estado, atribuído em virtude do decreto de novembro de 1924, representou um importante aumento do capital disponível. Em apenas dez anos, a receita geral cresceu de 1099\$25 para 37133\$39, montante 33 vezes superior. Este aumento de capital foi particularmente significativo, enquanto não houve um crescimento proporcional da despesa, a partir da introdução de novas modalidades de assistência prestadas à população, conforme previa o decreto de 1924. A necessidade de introduzir novos subsídios e cuidados surgiu pela primeira vez na sessão de 4 de agosto de 1929<sup>8</sup>. Até esta data, as sucessivas mesas utilizaram a verba captada para outros fins, nomeadamente, para ampliação e otimização da estrutura hospitalar e os serviços já assegurados.

Tabela 1. Receita orçamentada entre 1912/3 e 1927/8 (escudos)

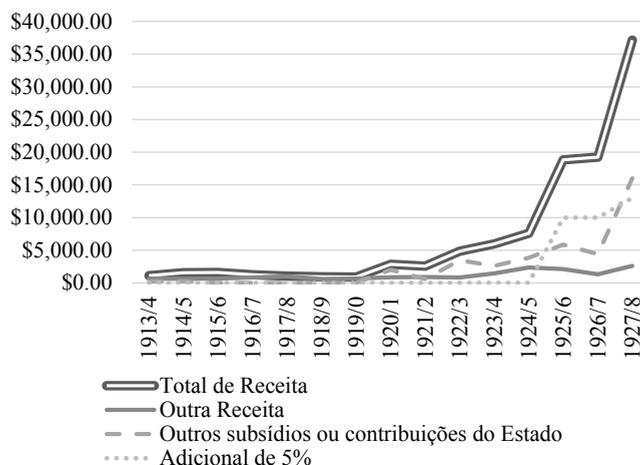
Anos	Adicional de 5%	Outros subsídios e/ou contribuições do Estado	Outras Receitas	Total de receita
1913/4	0\$00	216\$00	883\$25	1099\$25
1914/5	0\$00	259\$20	1293\$15	1552\$35
1915/6	0\$00	0\$00	1606\$50	1606\$50
1916/7	0\$00	0\$00	1265\$30	1265\$30
1917/8	0\$00	0\$00	1039\$55	1039\$55
1918/9	0\$00	0\$00	924\$60	924\$60
1919/0	0\$00	0\$00	896\$24	896\$24
1920/1	0\$00	2000\$00	859\$40	2859\$40
1921/2	0\$00	583\$40	1974\$54	2557\$94
1922/3	0\$00	3450\$04	1415\$68	4865\$72
1923/4	0\$00	2600\$00	3376\$34	5976\$34
1924/5	0\$00	3850\$00	3750\$76	7600\$76
1925/6	10000\$00	5866\$67	2971\$84	18838\$51
1926/7	10000\$00	4400\$00	4828\$01	19228\$01
1927/8	13000\$00	16000\$00	8133\$39	37133\$39

<sup>6</sup> Os orçamentos utilizados foram encontrados no Arquivo Distrital de Leiria [ADLra daqui para a frente], existindo um hiato entre o ano económico de 1929/0 e o ano de 1942. No caso de 1928/9, apenas se encontrou o orçamento ordinário, estando ausente o orçamento suplementar aprovado. Ver ADLra — *Fundo do Governo Civil, Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós*, orçamentos ordinários e suplementares.

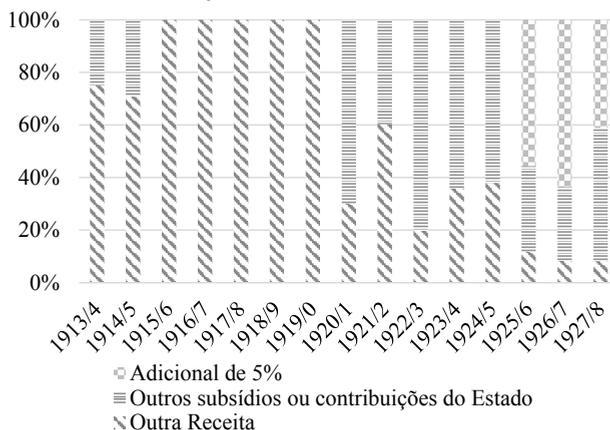
<sup>7</sup> Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1917-1928*, fl. 30.

<sup>8</sup> Nesta data, os mesários constataram que era necessário colocar em funcionamento outras modalidades de assistência como o transporte de doentes para outros hospitais, sempre que a terapêutica necessária não existisse no concelho, os subsídios a grávidas, tuberculosos e inválidos de trabalho e os socorros domiciliários. Cf. AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1928-1933*, fl. 13v. Ver SOARES, 2016: 204-207.

**Gráfico 1.** Receita orçamentada entre 1912/3 e 1927/8 (escudos)



**Gráfico 2.** Receita orçamentada entre 1912/3 e 1927/8 (% relativa)



Partindo dos índices de preços disponibilizados na obra *Estatísticas Históricas Portuguesas*, coordenada por Nuno Valério, é possível aferir que, de facto, a Misericórdia recuperou poder económico nos últimos três anos da amostra, pese embora as elevadas taxas de inflação que se verificaram ao longo destas décadas. Esta demonstração explica a disponibilidade de capital para recorrer a diversas obras e adquirir diverso material médico e cirúrgico<sup>9</sup>.

<sup>9</sup>Os índices têm por ano base 1914, conforme a obra referida. Foi preciosa a colaboração de Leonor Freire de Costa na recomendação de obras sobre este assunto, e de Lisbeth Rodrigues na construção e interpretação deste gráfico, colaborações que muito agradecemos. Ver BASTIEN, 2001: I, 636.



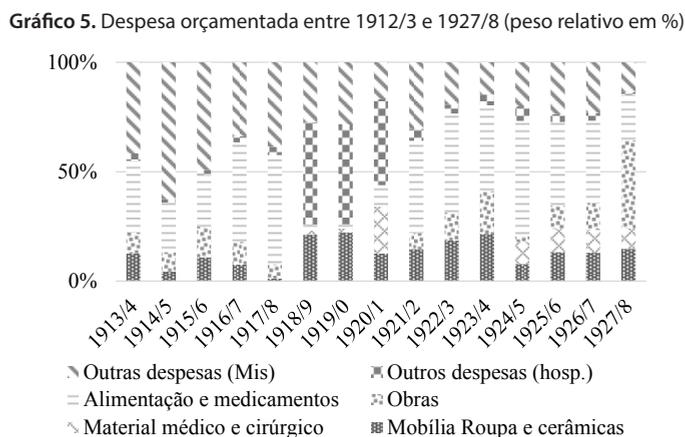
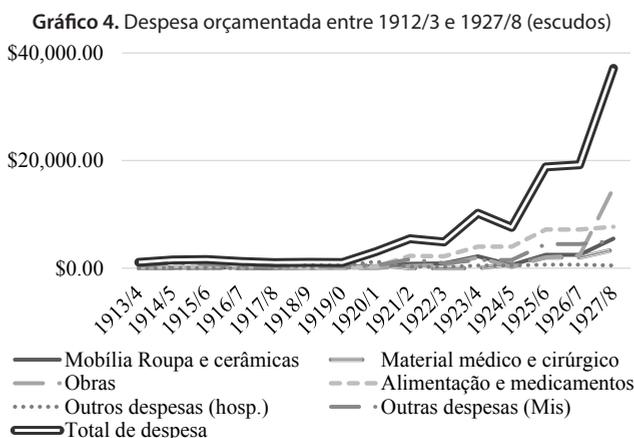
A análise da evolução da despesa, para o mesmo período, é reveladora deste aumento crescente de verba disponível e consequente melhora da capacidade financeira (ver Tabela 2 e Gráfico 4 e 5)<sup>10</sup>. Neste contexto, a soma das despesas relacionadas com o hospital, cresceu de 642\$05, no ano económico de 1913-14 (58% do total), para 32078\$21, em 1927/8 (86% do montante global das despesas). Neste último ano, foi importante a consignação de 14938\$01, destinada a obras no hospital. Este crescimento gradual e não linear, remete para o esforço que a Misericórdia fez na reformulação do seu edifício.

**Tabela 2. Despesa orçamentada entre 1912/3 e 1927/8 (escudos)**

Anos	Despesas Hospitalares					Outras despesas da Mis.	Total de despesa
	Mobília, roupa e cerâmicas	Material médico e cirúrgico	Obras	Alimentação e medicamentos	Outras despesas		
1913/4	140\$00	0\$00	104\$62	360\$00	37\$43	457\$20	1099\$25
1914/5	70\$00	0\$00	136\$15	350\$00	25\$00	971\$20	1552\$35
1915/6	175\$00	0\$00	225\$90	380\$00	35\$00	790\$60	1606\$50
1916/7	95\$00	0\$00	131\$80	575\$00	35\$00	428\$50	1265\$30
1917/8	12\$58	0\$00	68\$17	517\$30	40\$00	401\$50	1039\$55
1918/9	234\$20	20\$00	0\$00	27\$30	520\$00	302\$30	1103\$80
1919/0	234\$20	20\$00	0\$00	18\$32	480\$12	297\$80	1050\$44
1920/1	395\$20	660\$00	0\$00	305\$00	1218\$13	524\$80	3103\$13
1921/2	800\$00	0\$00	400\$00	2300\$00	300\$00	1657\$94	5457\$94

<sup>10</sup> Ver ADLra — *Fundo do Governo Civil, Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós*, orçamentos ordinários e suplementares.

Anos	Despesas Hospitalares					Outras despesas da Mis.	Total de despesa
	Mobília, roupa e cerâmicas	Material médico e cirúrgico	Obras	Alimentação e medicamentos	Outras despesas		
1922/3	900\$00	0\$00	623\$10	2200\$00	200\$00	942\$62	4865\$72
1923/4	2200\$00	0\$00	2000\$00	4000\$00	500\$00	1506\$20	10206\$20
1924/5	600\$00	766\$11	200\$00	4000\$00	500\$00	1534\$65	7600\$76
1925/6	2500\$00	2000\$00	2000\$00	7200\$00	672\$51	4466\$00	18838\$51
1926/7	2500\$00	2000\$00	2389\$50	7200\$00	672\$51	4466\$00	19228\$01
1927/8	5500\$00	3440\$20	14938\$01	7700\$00	500\$00	5055\$18	37133\$39



### 3. AS MODIFICAÇÕES NO HOSPITAL DA MISERICÓRDIA NO ÂMBITO DA ALTERAÇÃO DE PARADIGMAS MÉDICOS

O investimento de capital em obras e material médico resultou na transformação profunda de todo o espaço, fruto também da alteração do tipo de cuidados que se prestavam nestes edifícios. Foi ao longo do século XX que os hospitais deixaram de ser espaços exclusivamente frequentados por indigentes, que muitas vezes se socorriam deles com patologias associadas à desnutrição e à debilidade dos corpos, associadas a uma condição de extrema pobreza. Por outro lado, além da já referida alteração do papel do enfermeiro, também o saber da medicina conheceu avanços decisivos e a formação de clínicos se desenvolveu e especializou. À escala local, foi igualmente relevante as atividades em torno da exploração mineira. A partir da fundação da Sociedade Mineira do Lena, em 1921, os acidentados no labor mineiro eram enviados para o Hospital da Misericórdia, cabendo à Sociedade Mineira o pagamento das expensas de internamento e tratamento. Em alguns anos, esta foi uma receita importante e um incentivo à especialização e melhoramentos dos cuidados aí prestados<sup>11</sup>.

Com o objetivo de transmitir uma noção mais clara do tipo de alterações na estrutura que estes orçamentos invocam, foi possível importar uma breve descrição do edifício da Misericórdia, num jornal local, datada de 13 de novembro de 1910. Nesta ocasião, podia ler-se:

*E' muito decente e bem tratado o edificio da Misericordia, cujo templo é dedicado á poética e ideal Mãe de Jesus. A casa do despacho está em ótimas condições bem como a sachristia, casa do cartório e do celleiro. A seguir á casa do despacho entra-se no hospital. Há anos tinha este o pavimento térreo, o que certamente não garantia a boa hygiene e limpeza, imprencindivel em instituições de tal caracter<sup>12</sup>.*

Pela descrição, é possível aferir que se tratava de um edifício único, de pequena dimensão, onde coexistiam as funções administrativas, um celeiro e um pequeno hospital que, até há poucos anos, se tinha localizado no piso térreo, tendo sido deslocado para o piso superior numa fase posterior.

Entre os vários projetos de obras que foram formulados durante estas décadas, um deles, de 1933, previa a realização de um conjunto de alterações estruturais ao

<sup>11</sup> A Sociedade Mineira do Lena, empresa que iniciou a exploração das minas de forma mais consistente, foi criada em 1921, tendo vendido as suas concessões e o seu património, em 1926, à empresa *The Match and Tabacco Timber Supply, Company*. Ao longo de toda a década de 1920 e 30, o fenómeno da exploração mineira teve um impacto económico e social significativo em toda a região, não apenas através da dinamização da economia, mas também através da introdução dos caminhos de ferro e instalação de uma central elétrica que permitiu a eletrificação do concelho, a partir de 1933. Sobre o tema do carvão da região ver, principalmente, BRANDÃO & NUNES, 2015 e BRANDÃO, 2016. Sobre a eletrificação do edifício da Misericórdia, ver SOARES, 2016: 190-191.

<sup>12</sup> Ver «Correio de Porto de Móz», n.º 49 (13 de novembro de 1910).

edifício da Misericórdia. Este projeto não mereceu atenção das instâncias superiores, facto que levou a mesa da Santa Casa a registar o seu desagrado, em sessão de junho de 1933. Nesta ocasião, fez-se uma breve descrição do estado do hospital que importa recuperar, uma vez que ilustra bem as transformações que o espaço estava a atravessar, com o objetivo de implementar novos serviços e cuidados médicos:

*O hospital da Misericórdia desta vila acha-se instalado em parte de um edifício, que lhe pertence, estando a sua maior parte inaproveitado e até impróprio para nela se instalarem quaisquer serviços. A parte aproveitada é muito acaichada, e insuficiente para o movimento hospitalar, que é regular. Basta dizer que a sala de entrada está servindo actualmente, e ao mesmo tempo, de Banco Hospitalar, Posto Antisifilitico, Consultorio medico, e ainda Sala de Sessões da Mesa da Misericórdia<sup>13</sup>.*

*Há apenas actualmente duas enfermarias para homens servindo de enfermaria para mulheres dois quartos com pouco ar e luz e absolutamente impróprios para tál fim.*

*Pretende a Misericórdia além da Construção, nas condições referidas, do Banco Hospitalar e das duas enfermarias, e da beneficiação das Casas aproveitadas, adaptar varias Casas improveitadas para Sala da Sessões da Mesa da Misericórdia, para albergues, enfermaria, prisão e Casa Mortuaria.*

*Como a actual fossa não está em condições higiénicas torna-se necessário demoli-la construindo uma fossa séptica a uns trinta metros do edifício hospitalar.*

[...]

*Renova, portanto, o seu pedido para a Concessão de subsídio indispensável e justo que ve, no presente momento, não só melhorar as condições do Hospital mas ainda melhorar[?] a sorte a mutos desempregados, mormente nesta época do ano em que o desemprego mais se fás sentir nesta região<sup>14</sup>.*

Pese embora o facto de a situação ter sido potencialmente dramatizada, é útil a referência à existência de duas enfermarias masculinas e uma feminina (mais degradada), a intenção de melhorar as condições de higiene através do deslocamento da fossa e a referência a um crescimento considerável da clientela hospitalar, a que a atual estrutura não tinha como dar resposta eficaz. De notar a referência a um Banco Hospitalar, Posto Antissifilítico e Consultório médico, ausentes da primeira descrição.

<sup>13</sup> O Banco Hospitalar dispõe de documentação que permite o estudo do seu movimento, que permanece por explorar até ao momento. Todas estas modalidades de assistência referidas remetem para serviços que foram instalados durante a década de 30 e que extrapolam o âmbito do presente texto. Para uma primeira descrição em torno da sua introdução e funcionamento, ver SOARES, 2016: 189-195.

<sup>14</sup> Cf. AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1933-1938*, fl. 3-3v.

Olhando agora para a aquisição de material médico, importa referir que, a partir de 1925, o aumento de receita se traduziu também na compra de novos utensílios, ausentes até esse momento. Realmente, até 1926, as aquisições para o Hospital, feitas, em geral, a pedido da enfermeira, eram muito mais modestas, cingindo-se a artigos de primeira necessidade, como são exemplos louças e roupas de cama, em 1921<sup>15</sup>.

Em 1926, a Misericórdia começou por investir em materiais médicos e cirúrgicos menos especializados, como um aparelho para soro, um par de luvas, pinças de vários modelos, tesouras, escalpelos, seringas, agulhas e um abaixador de língua, entre outros, que viriam suprir necessidades mais básicas do hospital<sup>16</sup>. No ano seguinte, o conjunto de instrumentos do hospital foi reforçado com facas de amputação, um serrote, um boticão, uma máscara, um abre-bocas e um trocarte<sup>17</sup>.

Em 1928, as compras para o hospital denotam maior sofisticação e especialização. Assim, regista-se a compra de uma mesa de pensos com suporte para irrigador, várias pinças de diferentes tipos, uma rugina reta e outros materiais cirúrgicos. Adquiriu-se também, entre outros artigos, uma cadeira de otorrino, um blefaróstato e um bisturi curvo para gengivas<sup>18</sup>.

É de salientar, nesse ano, a aquisição de artigos para o exercício da ginecologia e obstetrícia e também para o apoio às novas mães durante a lactação. Nomeadamente, um esterilizador para fórceps, uma valva de *Kristeller*, uma pinça para placenta, quatro ventosas de *Bier*, uma ventosa para seio e uma bomba para ventosas e tubo intermediário<sup>19</sup>. Tendo em conta que, em 1917, tinha sido aprovado que não fosse acompanhada a gravidez no hospital<sup>20</sup>, estes instrumentos relacionados com a gestação,

<sup>15</sup> A 26 de junho de 1921, a enfermeira reclamou pela necessidade de adquirir bacias de cama, bacias de mãos, panelas, pratos, um jarro, cafeteiras e louças de barro. Ficou registada também a necessidade de comprar seis colchões, duas camisas de homem, duas camisas de mulher, seis panos de cozinha, seis travesseiros, seis fronhas e seis cobertores. Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 35-36.

<sup>16</sup> A 6 de junho de 1926, a pedido do Dr. Simão de Carvalho, foi decidido adquirir: um aparelho para soro, um par de luvas, um tubo de *Faucher*, uma pinça para colocar agrafos, uma pinça para retirar agrafos, uma seringa vesical, três pinças de *Pean*, três pinças de *Rochester*, uma pinça de disseção, duas tesouras, dois escalpelos, uma agulha de *Reverdin*, um estilete, uma sonda, um abaixador de língua, quatro seringas, dez agulhas e uma marquesa. Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1917-1928*, fl. 72-72v.

<sup>17</sup> A 29 de junho de 1927 regista-se a compra de duas facas de amputação, um serrote, um boticão, uma máscara, um abre-bocas e um trocarte. Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 80-81.

<sup>18</sup> A 3 de junho de 1928 regista-se o pagamento de um esterilizador para fórceps, uma valva de *Kristeller* grande, uma agulha, um blefaróstato, uma pinça para placenta e cálculos, um bisturi curvo para gengivas, uma pinça de *Ferguson*, uma pinça cortante, uma rugina reta, um amigdalótomo de *Matthew*, uma pinça em T e uma pinça para amígdalas. Fica também definido comprar uma mesa de pensos com suporte para irrigador e duas taças, quatro ventosas de *Bier*, uma ventosa para seio, uma bomba para ventosas e tubo intermediário, um frasco com tampo para algodão e gaze, um espelho frontal e uma cadeira para otorrino. Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 94v.-95.

<sup>19</sup> Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 94v.-95.

<sup>20</sup> «Estando o médico presente foi aprovado que não entrassem doentes com Siphilis ou doenças tuberculosas ou gravidez no hospital.» Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 5-5v.

o parto e a amamentação indicam que, em 1928, o campo de atuação deste hospital se tinha modificado, respondendo a necessidades mais específicas da população.

As listas de material requerido pelos dois médicos denotam ainda que não se praticava neste hospital uma medicina especializada com o sentido que hoje damos à expressão, mas também que esses campos médicos se começaram a introduzir nestes anos. De facto, as últimas listas remetem para uma situação de excecional aquisição de materiais relativamente díspares, cuja utilização estava reservada aos dois clínicos existentes. Estas aquisições, recorde-se, foram feitas num contexto de excedente de verba, numa ocasião em que as intervenções ao edifício se repetiam. Efetivamente, incluem-se nas listas objetos que vão desde os mais básicos aos usados em áreas mais específicas da medicina, incluindo a cirurgia, a ginecologia e obstetrícia, a medicina dentária, a ortopedia, a oftalmologia e a otorrinolaringologia<sup>21</sup>.

A preocupação com a higiene e a assepsia revela-se pela compra, em 1926 e 1927, de «*um par de luvas*» e «*uma máscara*», respetivamente<sup>22</sup>. Não querendo incorrer no erro do anacronismo, deve realçar-se que este dado aponta para a situação precária em que a medicina se operava. Esta máscara, neste contexto, deveria servir para todos os doentes e doenças em que a sua utilização fosse considerada necessária. Importa recordar que este era um hospital de pequena dimensão, no qual um dos médicos exercia a sua profissão havia mais de duas décadas<sup>23</sup>, sendo os enfermeiros iletrados, sem qualquer preparação ou formação<sup>24</sup>. Ainda assim, as preocupações higienistas tiveram eco em vários momentos. Neste campo, já em 1922, se registou a necessidade de mandar reparar a «*machina de desinfecção*» do Hospital, que já lá existia<sup>25</sup>. Este cuidado esteve também presente na compra de um *esterilizador para fórceps*, em 3 de junho de 1928<sup>26</sup>.

<sup>21</sup> A título exemplificativo, na cirurgia destacam-se as várias pinças (de *Peau*, para colocar e retirar agafos, entre outras), bisturi, trocarte, tesouras e agulhas; na ginecologia e obstetrícia, a valva de *Kristeller*, o esterilizador de fórceps e a pinça para placenta; na medicina dentária, o boticão, o bisturi curvo para gengivas e o abre-bocas; na oftalmologia, o blefaróstato; na ortopedia, o serrote, a rugina reta e as facas de amputação; na otorrinolaringologia, a cadeira de otorrino, a pinça para amígdalas, o espelho frontal e o amigdalótomo de *Matthew*. Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 72-72v, 80-81 e 94v-95.

<sup>22</sup> Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 72-73 e 78v-79.

<sup>23</sup> Adelino Pereira da Silva exerceu o cargo de médico do hospital, pelo menos desde 1896. Ainda em junho de 1927, há registo do pagamento de ordenado ao mesmo médico, a par de outro com o nome de Simões de Carvalho, ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1895-1898*, fl. 16v.-17 e *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1901-1909*, fl. 7, 65-65v. e 73-74.

<sup>24</sup> Em julho de 1970, o enfermeiro João Eleutério da Silva, com 83 anos de idade e 45 de serviço, pediu para passar à reforma, tendo em conta a sua debilidade física e impossibilidade de continuar a viver no hospital. De facto, o modelo de enfermeiro associado aos princípios da caridade cristão, sem qualquer formação especializada, com residência fixa no hospital, acompanhado da mulher que exercia funções similares, resistiu em Porto de Mós até muito tarde. Foi apenas em setembro de 1962 que se contratou uma enfermeira com curso de enfermeira-parteira, chamada a exercer funções nas várias valências que então integravam a Irmandade (Hospital, banco-hospitalar, consulta-dispensário e ainda, assistir na secretaria). Ver AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1962-1963*, fl. 57v.-60 e *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1969-1972*, fl. 35-35v. e 48-48v.

<sup>25</sup> Cf. AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 41.

<sup>26</sup> Cf. AHSCMPM — *Atas da mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós 1927-1928*, fl. 94v-95.

## 4. CONCLUSÃO

Entre 1920 e 1930, o hospital da Misericórdia de Porto de Mós foi objeto de diversas intervenções, quer no sentido de melhorar as suas infraestruturas, quer no de se atualizar e introduzir nas práticas e objetos que o saber médico dispunha naquele contexto. Esta transformação foi possível, em grande medida, devido aos impactos da legislação e dos subsídios estatais — entre os quais se deve destacar o decreto de novembro de 1924, que permitiu a captação do adicional de 5% por cento sobre as contribuições gerais. Apesar das diversas contingências apontadas, não há dúvida que todo o ambiente se alterou irrevogavelmente em Porto de Mós ao longo desta década. A alteração de paradigmas não é alheia ao progressivo avanço do conhecimento médico, à profissionalização e especialização gradual dos enfermeiros e à nova preocupação nacional com os sistemas públicos de saúde, como também à criação de novas infraestruturas de comunicação (como os caminhos de ferro), que facilitaram muitíssimo o transporte de vários objetos (particularmente os mais volumosos), bem como a transformação do tecido económica e social de toda a região.

## FONTES MANUSCRITAS

### Arquivo Distrital de Leiria

ADL — *Fundo do Governo Civil, Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós*, orçamentos ordinários e suplementares para os respetivos anos.

### Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós

AHSCPM — *Atas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós* 1895-1898, 1901-1909, 1917-1928, 1928-1933, 1933-1938, 1962-1962, 1969-1972.

## FONTES IMPRESSAS

### Arquivo Distrital de Leiria

ADL — *Fundo do Governo Civil, Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós*, orçamentos ordinários e suplementares para os respetivos anos.

«Correio de Porto de Móz» n.º 29 (13 nov. 1910)

## BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Laurinda (2002) — *As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V*. In PAIVA, José Pedro, dir. — *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Fazer História das Misericórdias*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, p. 47-77.
- BASTIEN, Carlos (2001) — *Preços e Salários*. In VALÉRIO, Nuno, coord. — *Estatísticas Históricas Portuguesas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, vol. I, p. 601-655.
- BRANDÃO, José Manuel (2015) — *Caminho de Ferro Mineiro do Lena: viagem interrompida*. In BRANDÃO, José Manuel; NUNES, Maria de Fátima, ed. — *Memórias do Carvão*. Batalha/Porto de Mós: Câmara Municipal da Batalha/Câmara Municipal de Porto de Mós, p. 109-132.
- BRANDÃO, José Manuel e NUNES, Maria de Fátima, ed. (2015) — *Memórias do Carvão*. Batalha: Câmara Municipal da Batalha; Porto de Mós: Câmara Municipal de Porto de Mós.

- BRANDÃO, José Manuel (2016) — *História e Memória da Central Elétrica de Porto de Mós*. Porto de Mós: Câmara Municipal de Porto de Mós.
- LOPES, Maria Antónia (2002) — *As Misericórdias de D. José ao final do século XX*. In PAIVA, José Pedro, dir — *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Fazer História das Misericórdias*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, p. 79-117.
- \_\_\_\_ (2008) — *A intervenção da Coroa nas instituições de protecção social de 1750 a 1820*. «Revista de História das Ideias», vol. 29. p. 131-176.
- PAIVA, José Pedro; FONTES, Paulo F. Oliveira (2010a) — *Introdução*. In PAIVA, José Pedro; FONTES, Paulo F. Oliveira, dir. — *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Misericórdias e secularização num século turbulento (1910-2000)*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, vol. I, p. 7-36.
- \_\_\_\_ (2010b), dir. — *Portugaliae Monumenta Misericordiarum. Misericórdias e secularização num século turbulento (1910-2000)*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2 tomos.
- PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (1993) — *Liturgia Higienista no século XIX. Pistas para um estudo*. «Revista de História das Ideias», vol. 14. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 437-559.
- SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia (2008) — *História breve das misericórdias portuguesas: 1498-2000*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- SANTOS, Luís Fernando Carvalhinho Lisboa dos (2012) — *Uma história da enfermagem em Portugal (1143-1973). A consciência do essencial num mundo em evolução permanente*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- SOARES, Kevin Carreira (2016) — *A Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós: do período liberal à contemporaneidade*. In GOMES, Saul António, coord. — *A Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós. 500 anos de História*. Porto de Mós: Santa Casa da Misericórdia de Porto de Mós, p. 133-227.

# A ENFERMAGEM E A INAUGURAÇÃO DO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA (1883)

ANALISA CANDEIAS\*

LUÍS SÁ\*\*

ALEXANDRA ESTEVES\*\*\*

## 1. NOTA INTRODUTIVA

A doença mental foi durante séculos considerada como mal do espírito e da alma, sendo vista como consequência do castigo divino pelos atos imorais ou da presença de entidades sobrenaturais dentro do corpo humano<sup>1</sup>. As razões da doença da mente sempre foram alvo de curiosidade, em que o julgamento moral dos comportamentos era efetuado de acordo com os costumes de cada época. Foi durante o século XIX que em Portugal se assistiu ao início da investigação sobre as doenças mentais, sendo, nessa época, as pessoas com doença mental designadas como alienados. A preocupação pela forma como estes eram tratados nos hospitais, como por exemplo no Hospital de S. José em Lisboa ou no Hospital de Santo António, no Porto, foi crescendo nos meios sociais e políticos. As condições desumanas dos internamentos passavam pela falta de espaço, de alimentação e de higiene, juntando-se a isso a punição das pessoas, devido aos seus comportamentos, muitas vezes através do castigo físico e da atribuição da culpa moral.

---

\* Universidade do Minho. Centro de Investigação em Enfermagem — Universidade do Minho (CIEnf-UMinho). Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal. lia.candeias@gmail.com.

\*\* Universidade Católica Portuguesa — Instituto de Ciências da Saúde. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal. lsa@porto.ucp.pt.

\*\*\* Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2pt), Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Portugal. estevesalexandra@gmail.com.

<sup>1</sup> FOUCAULT, 1999.

Nos anos de oitocentos, a enfermagem era vinculada às congregações religiosas católicas e apresenta-se como intuitiva, sem educação científica e associada aos cuidados considerados menores, e.g. cuidados de higiene, asseio e alimentação. Falar de enfermagem no âmbito do desenvolvimento da psiquiatria durante o século XIX é falar de agentes vigilantes e punidores<sup>2</sup>, limitados pelo estigma associado à imoralidade dos comportamentos desviantes e considerados não-normais<sup>3</sup>. Porém, devemos ter em conta o rápido desenvolvimento da enfermagem em Portugal a partir do final desse século, e em especial durante a segunda metade do século XX<sup>4</sup>. Em cem anos, a enfermagem portuguesa passou de não saber ler e escrever para uma especialização científica, consolidando-se na academia através do seu corpo de conhecimento próprio e através da sua especificidade e imprescindibilidade no âmbito da saúde.

## 2. O HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA

O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, no Porto, inaugurado em 1883 e construído por disposição testamentária de Joaquim Ferreira dos Santos, mais conhecido por Conde de Ferreira, apresentava-se como uma instituição de vanguarda na centúria de oitocentos em Portugal. Além de todo o terreno que circundava as instalações<sup>5</sup>, a Santa Casa da Misericórdia do Porto geria os serviços administrativos e clínicos do Hospital. O Hospital tinha como diretor clínico, aquando a sua inauguração, o médico António Maria de Sena, sendo este, além de clínico, professor na Faculdade de Medicina de Coimbra, tendo publicado diversas obras, como por exemplo «Analyse espectral do sangue» e «Delirio nas moléstias agudas». Sena, descrevendo em 1883 o Hospital de Rilhafoles em Lisboa, realça as parcas condições em que as pessoas internadas nesta instituição viviam, demonstrando preocupação com as realidades do dia-a-dia dos espaços onde os alienados se encontravam. Assim, Sena propõe que, para as pessoas internadas no Hospital que dirigia, as realidades quotidianas fossem diferentes, tomando por base dois princípios<sup>6</sup> condenando os meios primitivos de cuidados que muitas vezes eram aplicados aos alienados, investindo na investigação científica como forma de beneficiar a sociedade no futuro e nas qualidades das pessoas que poderiam

<sup>2</sup> Aliás, BOTELHO, 2004, refere que nas Enfermarias do Hospital de S. José, Sta. Eufémia para as mulheres e S. Teotónio para os homens, a falta de humanização se poderia dever, em parte, à falta de enfermeiros.

<sup>3</sup> PULIDO, 1851:19, no seu relatório sobre o Hospital de Rilhafoles, refere que «Os doentes são vigiados noite e dia, e nem dentro nem fóra do Estabelecimento ficam um instante abandonados; havendo sempre Ajudantes d'enfermeiro que velam por sua segurança, ordem e compostura».

<sup>4</sup> Cf. BOTELHO, 2004.

<sup>5</sup> A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, refere que «Este hospital, situado em um dos sítios mais hygienicos da cidade, é rodeado de amplos e lindos jardins, possuindo um vasto terreno todo aproveitado em serviço da casa», sendo que existia no Hospital, produção hortícola, frutícola e tratamento de animais para consumo doméstico — consulte-se SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1903: 7.

<sup>6</sup> São estes dois princípios, de acordo com SENA, 2003: 322-323 (original publicado em 1884): «1.º Um hospital de alienados deve primeiro que tudo prestar aos doentes uma assistência humanitária e racional [...] 2.º Um hospital de alienados pode e deve ser mais do que um estabelecimento humanitário» — confirme-se em SENA, 2003.

prestar assistência no Hospital<sup>7</sup>. Deste modo, o pensamento vanguardista na concepção dos cuidados em psiquiatria não se aplicava apenas à estrutura física do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, mas igualmente ao tipo de assistência pretendida, à sua missão, aos seus objetivos e contributos para a comunidade.

O Hospital é descrito, em termos da sua estrutura e do seu funcionamento, de forma pormenorizada em várias obras, incluindo algumas publicadas pelo seu primeiro diretor. O terreno circundante ao edifício<sup>8</sup> apresentava grande extensão, com árvores de fruto e possibilidade de cultivo, assim como a possibilidade de tratamento e criação de animais. Em 1883 os doentes encontravam-se distribuídos por diferentes enfermarias<sup>9</sup>, existindo a admissão de doentes de 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> classe, sendo que os alienados indigentes habitariam as enfermarias de 3.<sup>a</sup> classe. Existiam três enfermarias de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe, uma para doentes tranquilos e convalescentes e duas para furiosos/perigosos — sendo estas duas últimas mistas. Para os doentes de 3.<sup>a</sup> classe existiam quatro enfermarias, divididas para doentes tranquilos e ligeiramente agitados; agitados e imundos; convalescentes, dementes e idiotas e uma última para doentes furiosos. Existiam ainda no edifício salas para receber pessoas alvo de problemas intercorrentes e quartos preparados para acolher pessoas para observação<sup>10</sup>.

**Tabela 1.** Capacidade total da população residente no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, em 1883

Classes	Homens	Mulheres	Total
1. <sup>a</sup> e 2. <sup>a</sup>	47	47	94
3. <sup>a</sup>	118	117	235
Soma	165	164	329

De acordo com o *Regulamento* do Hospital, em 1883, a admissão de um doente poderia ser requerida por um particular (pessoa interessada no doente como tutor, familiar, compadecida) ou pelas autoridades (governadores civis, o juiz de direito da comarca do alienado e a autoridade militar). Se a pessoa fosse considerada indigente teria que ser apresentada «certidão de pobreza, passada pela autoridade administrativa, policial ou eclesiástica [...]»<sup>11</sup>. Em caso de urgência poderia ser um doente admitido por ordem do médico diretor, sem a apresentação dos documentos da admissão, tendo estes que ser apresentados por quem tivesse assumido a responsabilidade da admissão do doente e, passados seis dias, se os documentos não tivessem sido apresentados

<sup>7</sup> Veja-se em SENA, 2003 (original publicado em 1884).

<sup>8</sup> Cf. SENA, 2003 (original publicado em 1884) e veja-se igualmente em SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1903.

<sup>9</sup> «em harmonia com a sua classe social, e o género ou fase da doença» — consulte-se SENA, 2003: 300 (original publicado em 1884).

<sup>10</sup> Cf. SENA, 2003 (original publicado em 1884).

<sup>11</sup> SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a.

*julgando o mesmo director que há inconveniente em dar liberdade ao doente, participa o caso ao governador civil do Porto, dando-lhe informação desenvolvida do ocorrido, e aguarda as suas ordens sobre o destino do alienado*<sup>12</sup>.

De referir ainda que, a passagem de um doente de 1.<sup>a</sup> ou 2.<sup>a</sup> classe para a 3.<sup>a</sup> classe apenas era possível se se apresentassem provas da sua pobreza ou se fizesse conta do seu sustento.

**Tabela 2.** Pensões da população residente no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, em 1883

Classe	Pensão	Observações
1. <sup>a</sup>	45\$000	À entrada pagariam mais 2\$500 para a caixa económica dos empregados
2. <sup>a</sup>	30\$000	À entrada pagariam mais 1\$500 para a caixa económica dos empregados
3. <sup>a</sup>	9\$000	
Indigente	---	O número de indigentes a receber teria de ser revisto periodicamente

Havia dez refeitórios no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, quatro para os residentes nas enfermarias de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe, e seis para os restantes. Sena descreve o ambiente destes refeitórios, referindo que

*São todos alegres, espaçosos, amplamente ventilados e iluminados. Alimenta-se neles a horas regulares a maioria da população. Só têm alimentação individual os doentes de 1.<sup>a</sup> classe, já convalescentes, que o exigem, os furiosos de todas as classes, e os recolhidos à cama por qualquer motivo*<sup>13</sup>.

No que diz respeito à dieta dos doentes<sup>14</sup>, e sendo a alimentação considerada parte integrante do tratamento, aos alienados das diversas classes eram servidas refeições diferentes. Os doentes de 1.<sup>a</sup> classe comiam carne diariamente, exceto à sexta-feira, e o seu almoço era composto por ovos, chá, bife de vaca e pão; o jantar incluía sopa (de massa ou de hortaliça e pão), carne de vaca cozida, arroz, assado, doce, duas peças de frutas, pão e ainda vinho de mesa; a ceia era constituída por chá, pão e bolacha ou biscoitos simples. Para os alienados da 2.<sup>a</sup> classe, o almoço era composto por bife de vaca e café com leite; o jantar era semelhante ao dos de 1.<sup>a</sup> classe e a ceia apresentava chá, pão, bife e bolacha ou biscoito simples. À sexta-feira, os alienados de 1.<sup>a</sup> classe tinham direito a ovo estrelado ao almoço; ao jantar, aqueles que pertenciam à 1.<sup>a</sup> ou 2.<sup>a</sup> classe tinham direito a batatas, peixe fresco ou salgado, assado ou frito; os de 1.<sup>a</sup> classe podiam comer arroz de peixe; os de 2.<sup>a</sup> classe tinham direito a ervas simples,

<sup>12</sup> SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 20.

<sup>13</sup> SENA, 2003: 318 (original publicado em 1884).

<sup>14</sup> SENA, 2003 (original publicado em 1884).

ou de molho ou salada; a ceia, à sexta-feira, era composta por chá e pão para ambas as classes, acrescida de bolos fritos de peixe para os doentes de 1.<sup>a</sup> classe. Os de 3.<sup>a</sup> classe comiam carne ao sábado, domingo, segunda-feira, terça-feira e quinta-feira, sendo que à quarta e sexta-feira a dieta era composta por peixe. A dieta de carne previa, ao almoço, café com leite e pão; ao jantar, sopa de pão e hortaliça feita em caldo de carne de vaca, arroz, carne de vaca e broa; à ceia, os doentes de 3.<sup>a</sup> classe tinham direito a carne de vaca ou carneiro guisado com batatas e broa. Nos dias em que havia dieta de peixe, esta era composta, ao almoço, por chocolate com leite e pão; ao jantar, por caldo de feijão e hortaliça, peixe fresco ou salgado, batatas e broa; e, à ceia, por bacalhau guisado com arroz e broa. O horário das refeições, que variava consoante com a classe do doente: os enfermos de 3.<sup>a</sup> classe tinham a primeira refeição às 8 horas, a segunda às 13 horas e a terceira às 20 horas; os doentes de 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> classe tomavam as suas refeições após os de 3.<sup>a</sup> classe<sup>15</sup>.

O banho, tal como a alimentação, era considerado uma forma de tratamento dos alienados. Existiam duas repartições centrais de banhos: uma para os internados do sexo feminino e outra para os do sexo masculino. Havia ainda mais oito casas para banhos distribuídas pelo edifício: quatro nas quatro enfermarias para doentes furiosos, duas nas enfermarias para convalescentes de 1.<sup>a</sup> classe e duas nos aposentos do diretor e médico adjunto. No *Regulamento* é referida a utilidade das casas dos banhos nas enfermarias destinadas aos doentes furiosos, visto que, conforme é declarado:

*Bem se comprehende a vantagem de poder dar os banhos a estes doentes em suas proprias enfermarias, poupando assim os outros doentes ao incommodo e inconvenientes da passagem dos furiosos pelas suas enfermarias contiguas, e de se encontrarem com elles na repartição central*<sup>16</sup>.

Os banhos que se poderiam administrar aos doentes eram de diversos tipos, de acordo com a necessidade higiénica e o tipo de tratamento. No período compreendido entre 1 de dezembro de 1883 e 30 de junho de 1884, o Hospital registou uma média de 151 internamentos e 10881 banhos, tal como se pode verificar na tabela (Tabela 3) abaixo apresentada.

<sup>15</sup> Cf. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a.

<sup>16</sup> SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 48.

**Tabela 3.** Tipo e número de banhos no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira no período de 1 de dezembro de 1883 a 30 de junho de 1884

Duches				Imersão			Total
Caldeira	Chuva	Circular	Lança	Simples	Sinapizados	Com efusões frias	
1106	2156	559	794	2392	137	3737	10881

Sena foi bastante criterioso na escolha dos trabalhadores do Hospital. De acordo com o *Regulamento* da instituição, os empregados pertenciam a três categorias: direção económica, direção clínica e culto religioso. Competia aos primeiros

*o exato cumprimento das ordens da administração, em conformidade com o disposto neste regulamento, em tudo o que diga respeito ás aquisições necessárias para manter o estabelecimento, preparação dos alimentos, conservação do edificio, custeio da quinta, jardins, roupas, mobílias e mais material empregado no serviço da casa;*

os segundos deviam

*executar as disposições regulamentares relativas ao bom tratamento dos doentes, e aos fructos scientificos que podem auferir-se dos estudos prescriptos neste regulamento;*

aos terceiros era atribuída a função de

*dar todos os socorros religiosos que forem auctorisados por este regulamento*<sup>17</sup>.

Com a direção económica, superentendida pela administração, em colaboração com o diretor clínico, colaborava um fiel da fazenda, um despenseiro, um chefe de cozinha, auxiliado por três ajudantes, um quinteiro, um maquinista e uma roupeira. A direção clínica estava sob a alçada do diretor clínico, que era nomeado pela administração, da qual fazia parte um médico adjunto, três médicos ajudantes, um farmacêutico, auxiliado por um praticante, um fiscal, um secretário, um oficial da secretaria, sete enfermeiros, três ajudantes e vinte criados, sete enfermeiras, três ajudantes e vinte criadas, um contínuo da secretaria e um porteiro. Apresentam-se na Tabela 4 os salários dos funcionários do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira.

<sup>17</sup> SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 3.

**Tabela 4.** Salários dos funcionários do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, de acordo com o Regulamento, aquando a sua inauguração

Empregados	Ordenados	Observações
Diretor	1500\$000	
Médico Adjunto	900\$000	
Médico Ajudante	350\$000	
Farmacêutico	400\$000	
Praticante	90\$000	
Fiscal	350\$000	
Secretário	600\$000	Ou 400\$000 sendo interno
Oficial da secretaria	350\$000	Ou 200\$000 sendo interno
Fiel da fazenda	500\$000	
Enfermeiro	120\$000	
Ajudante	80\$000	
Criado	50\$000	
Enfermeira	100\$000	
Ajudante	70\$000	
Criada	40\$000	
Roupeira	140\$000	
Capelão	150\$000	Gratificação (secretaria)
Contínuo	60\$000	
Porteiro	80\$000	

O capelão, pertencente à secção do culto religioso, era nomeado pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, ficando sujeito ao aval do diretor. Podia trabalhar na secretaria nas suas horas vagas, recebendo por esse serviço uma gratificação. A propósito da liberdade de culto religioso, no *Regulamento* do Hospital, é referido, em 1883, que

*Caso falleça algum alienado, cuja religião não seja a catholica, e haja pessoa interessada que pretenda encomendar o cadaver com praticas religiosas conforme á sua crença, será para esse fim permittida a entrada do ministro de qualquer culto, devendo neste caso o director clinico assistir continuamente ao acto religioso*<sup>18</sup>.

### 3. A ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA

O pessoal de enfermagem do Hospital era composto por enfermeiros, ajudantes e criados. Todos os funcionários estavam na dependência da direção do diretor clínico e todas as ações inovadoras junto dos doentes careciam da sua autorização<sup>19</sup>. Havia igualmente algumas enfermarias sob a sua direta responsabilidade e não entregues

<sup>18</sup> SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 25.

<sup>19</sup> Cf. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 25.

aos restantes médicos. Os funcionários pertencentes ao corpo de enfermagem eram nomeados diretamente pelo diretor clínico, devendo este informar a Administração da Santa Casa da Misericórdia do Porto assim que possível.

De acordo com a carta datada de 14 de março de 1883<sup>20</sup>, dirigida à Administração da Santa Casa da Misericórdia do Porto, António Maria de Sena ainda se encontrava a contratar os funcionários para o Hospital, expondo à Administração da Santa Casa as razões das contratações. Anexas à carta, Sena envia duas tabelas, uma relativa aos concorrentes ao lugar de médico adjunto, sendo proposto para o cargo Júlio Xavier de Matos, e outra relativa à redação dos registos dos funcionários a contratar. Deste modo, nesta segunda tabela apresentada na correspondência, surgem os seguintes registos relacionados com o pessoal de enfermagem (Tabela 5):

**Tabela 5.** Registos relativos ao pessoal de enfermagem, de acordo com a carta enviada à Administração da Santa Casa da Misericórdia do Porto, por Sena, a 14 de março de 1883

<b>Nomes</b>	<b>Empregos</b>	<b>Proveniências</b>
Maria da Conceição Barboza	Enfermeira	Saiu dos Hospitais da Universidade de Coimbra onde serviu 10 anos
António Augusto Cerqueira de Barros	Enfermeiro	Saiu do Hospital de Rilhafoles onde era considerado o melhor
Ernestina Anadir de Figueiredo	Enfermeira	Esteve no Hospital de Rilhafoles 4 anos
Maria Cândida de Souza	Enfermeira	Foi enfermeira do Hospital de Santo António
António Pinto d'Almeida	Enfermeiro	Foi empregado da testamentaria
Laura Locinda de Souza Barrêto*	Enfermeira	Apresentada pelo Exmo. Visconde de Barreiro
Alypio Simões*	Ajudante	Natural de Penela, com boas informações colhidas diretamente
António dos Santos	Criado	Polícia civil reformado
Joaquim dos Santos	Criado	Apresentado pelo Exmo. Sr. Pereira Reis
José de Souza	Criado	Foi ajudante de enfermeiro em Rilhafoles e ajudante de enfermeiro noutra hospital
Domingas Barros Corrêa	Criada	Apresentada por Luiz Ayres de Gouvêa
Albino da Costa	Criado	Foi ajudante de enfermeiro no Hospital de Viseu
Miquelina Roza de Souza	Criada	Apresentada pelo Exmo. Visconde de Barreiro
Ricardo de Lima Barreto*	Criado	Apresentada pelo Exmo. Visconde de Barreiro

É de referir que os empregados Laura Locinda de Souza Barrêto, Alypio Simões e Ricardo de Lima Barreto constam, em notas da correspondência, como não entrados (\*). Assim, de acordo com o registo analisado, a 14 de março de 1883, foi enviada a informação de contratação de três enfermeiras, dois enfermeiros, duas criadas e cinco criados, sendo que, a totalidade dos empregados apenas seria necessária caso todas as

<sup>20</sup> Cf. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883b.

camas do Hospital estivessem ocupadas, o que não ocorreu na altura da inauguração a 24 de março de 1883.

Os enfermeiros que compunham este quadro inicial já tinham experiência, tanto no que diz respeito a cuidados de saúde gerais como específicos, no âmbito da psiquiatria, excetuando o enfermeiro António Pinto d'Almeida, que se supõe ter vindo da testamentaria do Conde de Ferreira. Já o enfermeiro António Augusto Cerqueira de Barros foi considerado o melhor no Hospital de Rilhafoles, sendo esta instituição a única destinada em exclusivo aos alienados, até então, em Portugal.

O número de anos de experiência era tido em conta para avaliar a competência do pessoal de enfermagem. Assim, é referido o caso das enfermeiras Maria da Conceição Barboza, que apresentava dez anos de prática nos Hospitais da Universidade de Coimbra, Ernestina Anadir de Figueiredo, com quatro anos de experiência no Hospital de Rilhafoles, e Maria Cândida de Souza, enfermeira no Hospital de Santo António. Dos criados, que se encontravam sob a supervisão dos enfermeiros, é possível dizer que dois (José de Souza e Albino da Costa) já tinham experiência como ajudantes de enfermeiro em Rilhafoles e no Hospital de Viseu, respetivamente, e os restantes foram recomendados por alguém de confiança do diretor clínico ou da Santa Casa da Misericórdia do Porto<sup>21</sup>.

No que diz respeito às funções e responsabilidades dos enfermeiros, é de referir que estes eram os chefes do serviço interno das enfermarias, sendo auxiliados nesta tarefa por ajudantes e criados. Estavam incumbidos de uma função de grande importância: executar as prescrições dos clínicos, sob a vigilância diária do fiscal enfermeiro. O enfermeiro e enfermeira, ou ajudante, caso estes não existissem, chefe de cada enfermaria, deveriam residir na mesma. Havia ainda uma divisão onde se encontrava o material necessário para o funcionamento das enfermarias, a roupa de cama e os uniformes dos doentes. Os doentes de 3.<sup>a</sup> classe e indigentes tinham o seu próprio uniforme. Aliás, todos os funcionários das enfermarias tinham residência no Hospital e a sua alimentação seguia a dieta dos doentes de 3.<sup>a</sup> classe.

Cumpria ao enfermeiro realizar a alvorada dos doentes da parte da manhã, exceto daqueles que, por motivo de doença ou agitação, se tivessem encontrado mal durante a noite<sup>22</sup>. Os enfermeiros deviam ainda zelar pela higiene das enfermarias, abrindo as camas, lavando os vasos da noite e as escarradeiras, com exceção dos doentes de 3.<sup>a</sup>

<sup>21</sup> De referir que, na carta enviada por António Maria de Sena, este refere casos de propostas a lugares no Hospital sobre os quais não se iria pronunciar (como por exemplo o de capelão), por não conhecer a pessoa ou por não apresentar recomendações suficientes, deixando a cargo da Administração da Santa Casa da Misericórdia a decisão de contratação — cf. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883b.

<sup>22</sup> Aliás, é referido no *Regulamento* do Hospital de 1883, que se deveriam utilizar métodos suaves no que dizia respeito ao cumprimento do despertar: «É auctorisado o chefe de serviço a exceptuar desta regra disciplinar os doentes que tenham passado parte da noite preocupados com allucinações ou illusões fatigantes. Cumpre-lhe regular com descrição e carinhoso cuidado esta parte do regimen disciplinar» — cf. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 27.

classe que, se pudessem, deveriam ser eles próprios a executar essas tarefas. Os cuidados de higiene e de aparência também estavam a cargo dos enfermeiros, bem como a inculcação nos internados dessas preocupações e do espírito de entreatajuda, levando os mais novos a ajudar os mais velhos e os menos dependentes os mais dependentes. Os banhos medicinais eram realizados nesta primeira parte do dia, sendo os enfermeiros responsáveis por enviar e acompanhar os doentes para as zonas de água.

Após a visita clínica dos médicos, que acontecia todas as manhãs, os enfermeiros deviam incentivar os doentes à caminhada e ao passeio, ou então à realização de trabalhos manuais ou outras tarefas<sup>23</sup>. Uma hora depois da última refeição do dia, deviam encaminhá-los para o descanso noturno, após o cuidado com as suas roupas, e de acordo com as especificidades clínicas de cada doente<sup>24</sup>. De notar que era pedido ao enfermeiro que

*Em todo este serviço disciplinar procederá com descrição e brandura, fazendo por habituar os doentes á regularidade de vida e occupação continua, na certeza de que, quanto possa conseguir n'este sentido será tomado em muita consideração pela direcção clínica<sup>25</sup>.*

Era expressamente proibido aos enfermeiros usar qualquer tipo de violência ou maltrato. Exceccionalmente,

*lhes será permittido segurar ou fazer segurar o doente em qualquer ataque de excitação ou furor, não podendo, porém, empregar o colete ou camisa de força, a reclusão, ou outro qualquer meio coercitivo sem auctorisação d'um clinico<sup>26</sup>.*

Os enfermeiros deviam ter especial atenção com a higiene na enfermaria dos imundos, ensinando aos doentes bons hábitos de limpeza. Além de todas as funções descritas, era dever dos enfermeiros, auxiliados pelos ajudantes e criados quando necessário, acompanhar os doentes nos seus passeios; assistir às refeições e dar a alimentação individual; regular o serviço das rondas noturnas e dos criados; avisar a equipa médica dos falecimentos e encaminhar os cadáveres para a casa mortuária; acompanhar os médicos na visita diária aos doentes, fazendo-lhes o relato das ocorrências das últimas 24 horas; tomar nota das alterações terapêuticas de cada doente, como por

<sup>23</sup> «Depois da visita mandará os doentes que tenham trabalho regular de qualquer ordem para os seus destinos especiaes, não permittindo que fiquem na ociosidade ou mesmo em recreio fóra das horas para esse fim destinadas». Veja-se SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 28.

<sup>24</sup> Deveriam ter em atenção a presença de sintomatologia de delírio, alucinação, confusão ou outra.

<sup>25</sup> Cf. em SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 29.

<sup>26</sup> Cf. em SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883a: 29.

exemplo medicamentos, banhos, alimentação e ocupação; gerir todas as burocracias relativas aos requerimentos e pedidos dos materiais utilizados nos tratamentos; regular e gerir os banhos dos doentes.

As visitas aos doentes por parte de amigos e familiares, autorizadas pelo diretor clínico, eram igualmente vigiadas pelos enfermeiros, devendo estes ter atenção à entrega de comida, roupa ou utensílios que não podiam estar à disposição dos alienados por razões de segurança ou de tratamento terapêutico.

Os enfermeiros não podiam ausentar-se das instalações sem autorização do diretor clínico e, quinzenalmente, podiam usufruir de um dia de folga, mas tendo de pernoitar no edifício. Cada enfermeiro tinha o seu próprio uniforme, que variava conforme a enfermaria onde trabalhavam. No *Regulamento* do Hospital, é ainda referenciado o papel de um fiscal dos enfermeiros, já aludido anteriormente, ao qual competia a vigilância e a regulação de todas as funções do corpo de enfermagem.

#### 4. NOTA CONCLUSIVA

A saúde é uma área onde trabalham pessoas para pessoas. Sendo as inter-relações entre os seus profissionais e aqueles que precisam de cuidados uma fonte de aprendizagem e de constante progresso, é na extensão destas inter-relações que se verifica a melhoria dos estados de saúde, a transição positiva entre os diferentes estados em que se encontra o indivíduo e a consecução do fim último que é a qualidade de vida. As experiências dos indivíduos em relação à sua saúde têm sido diferentes ao longo dos tempos.

A enfermagem em Portugal, de modo profissional, apresenta ainda um percurso breve, porém, com passos seguros. De acordo com os documentos analisados neste estudo, o pessoal que compunha o corpo de enfermagem no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, por altura da sua inauguração, teria vindo de distintos pontos do país, nomeadamente de Lisboa, Coimbra e Viseu, apresentado já experiência de trabalho em enfermarias gerais ou de alienados e considerados como sendo muito bons no seu desempenho. No Hospital, a enfermagem encontrava-se presente no quotidiano das rotinas da instituição, assumindo um papel essencial no que diz respeito ao seu funcionamento.

As instituições hospitalares passaram de um serviço de caridade e de cariz assistencial a um espaço privilegiado de tratamento, onde estão presentes os melhores cuidados e onde é possível a presença da família durante os processos de menor bem-estar. Ao nível da saúde mental e da psiquiatria, assistimos durante o século XX a uma desinstitucionalização das pessoas com doença mental, sendo a comunidade local essencial para o *recovery* dessas pessoas. No entanto, para alcançar este sentido de comunidade, foi necessário passar por diferentes etapas que nos permitem, hoje em dia, considerar a pessoa com doença mental como alguém que pode e deve contribuir para a sociedade, embora o estigma associado ainda esteja presente.

## BIBLIOGRAFIA

- BOTELHO, José Rodrigues (2004) — *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica — Alguns Contributos para a sua História em Portugal*. «Servir», vol. 52, n.º 2. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, p. 55-64.
- FOUCAULT, Michel (1999) — *História da Loucura*. 6.º ed. São Paulo: Editora Perspetiva, S.A.
- PULIDO, António Martins (1851) — *Relatório sobre a Organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO (1883a) — *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- \_\_\_\_ (1883b) — *Correspondência recebida pela Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- \_\_\_\_ (1903) — *Misericórdia do Porto. Resumo Histórico da sua Fundação e Desenvolvimento*. Porto: Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira.
- SENA, António Maria de (2003) — *Os alienados em Portugal: I-história e estatística: II-Hospital do Conde de Ferreira*. Lisboa: Ulmeiro. Original publicado em 1884.

# EVOLUÇÃO DAS RADIAÇÕES EM SAÚDE: MODIFICAÇÕES TÉCNICAS E RELEVÂNCIA MÉDICO-CIENTÍFICA

JOANA DA FONSECA E OLIVEIRA\*  
SÉRGIO RICARDO JOAQUIM VALENTE\*\*

A convergência digital tem sido responsável pelo aparecimento e afirmação ao longo das últimas décadas de equipamentos radiológicos mistos, isto é, que conjugam diferentes valências, e pelo não menos relevante desenvolvimento de *softwares* dedicados à reconstrução e/ou fusão de imagem. Os equipamentos de Tomografia por Emissão de Positrões/Ressonância Magnética (PET/MRI), encarados atualmente como a vanguarda em termos de investigação, e os de Tomografia por Emissão de Positrões/Tomografia Computadorizada (PET/CT), já presentes na generalidade das unidades de medicina nuclear, são caracterizadores da recente evolução tecnológica.

De mencionar que este tipo de equipamentos mistos, bem como os procedimentos que lhes estão associados, implicam da parte dos profissionais conhecimentos tanto em medicina nuclear quanto em radiologia. Deste modo, a tendência atual é para a confluência de saberes entre a medicina nuclear, a radiologia e, também, a radioterapia. Sintomático desta tendência é a recente substituição em Portugal, aliás seguindo a prática existente noutros países, dos anteriores cursos superiores dedicados a cada uma destas disciplinas pelo Curso de Imagem Médica e Radioterapia.

A presente perceção da área permite a recuperação de um entendimento historiográfico de conjunto no que se refere à aplicação das radiações às ciências da saúde.

---

\* Docente Assistente Convidada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL). jotoliveira@hotmail.com.

\*\* Investigador na Cátedra de Estudos Sefarditas «Alberto Benveniste». sergiov@campus.ul.pt.

Os desenvolvimentos ocorridos neste campo de aplicação encontram-se naturalmente arreigados ao processo de conhecimento científico do fenómeno da radiação<sup>1</sup>.

O marco de maior significância para a compreensão moderna das radiações são as experiências conduzidas por Wilhelm Röntgen em 1895, que permitiram a descoberta dos raios-X, assim denominados pelo desconhecimento existente em relação à natureza dos mesmos. No entanto, tal como afirma, entre outros, Widder<sup>2</sup>, o mérito de Röntgen não decorre da observação e descrição da fluorescência do platinocianeto de bário, pois as experiências com raios catódicos já decorriam há cerca de 20 anos e é indubitável que fenómenos de fluorescência já tivessem sido observados anteriormente; mas sim da determinação das propriedades deste novo tipo de radiação através de um conjunto de experiências que decorreram num intervalo temporal de muito curta duração. Com efeito, pode afirmar-se que a investigação de Röntgen decorreu a uma velocidade verdadeiramente alucinante. A descrição apresentada por Bynum na sua monografia *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century* exprime, de modo bastante claro, esta ideia:

*Working with the vacuum tube perfected by the English scientist (and psychical researcher) William Crookes (1832-1919), Röntgen effectively discovered x-rays in early November; on 22 December he x-rayed his wife's hand, which photograph becomes one of the most potent images of the whole century. On 28 December he communicated his findings to the Würzburg Physical-Medical Society; ten days later newspapers all over the world had been informed of Röntgen's rays*<sup>3</sup>.

O meio científico, que então centrava os seus esforços na eletrodinâmica e na ótica, não apercebia a radiação como uma prioridade. Porém, as notícias da descoberta, primeiramente recebidas com incredulidade, produziram um interesse crescente entre a opinião pública e alguns sectores da comunidade científica, entre os quais o da saúde.

A potencialidade decorrente da aplicação dos raios-X ao diagnóstico médico foi reconhecida imediatamente após a publicitação da descoberta. Logo, a 7 de janeiro de 1896, ocorre o primeiro registo radiográfico com finalidade clínica. A extemporaneidade desta adaptação decorre da mediatização da descoberta e, principalmente, do processo de desenvolvimento de técnicas e instrumentos de mediação entre o corpo do paciente

---

<sup>1</sup> Por radiação entende-se a transferência de energia no espaço, podendo esta manifestar-se sob a forma eletromagnética (como: ondas de rádio — associadas à ressonância magnética —, raios-X — associados à radiografia e tomografia computadorizada, raios gama — associados à medicina nuclear, micro-ondas, infravermelhos e ultravioletas) e corpuscular (por exemplo: feixe de neutrões, prótons, eletrões e partículas alfa e beta).

<sup>2</sup> WIDDER, 2014: 150-151.

<sup>3</sup> BYNUM, 2006: 173.

e os sentidos cognitivos do clínico, que teve como episódio inaugural o aparecimento do estetoscópio.

Se tivermos em conta que no último quartel do século XIX existiu um interesse crescente por parte dos clínicos em relação às técnicas de fotografia médica e se a tal associarmos a simplicidade do processo e baixo custo envolvido na produção de raios-X é perceptível o porquê de as «fotografias interiores» obtidas mediante o emprego dos raios de Röntgen terem sido acolhidas no meio médico-científico com gáudio e alguma ligeireza.

A área da física das radiações, que podemos considerar haver sido inaugurada por Röntgen, tornou-se logo em 1896 das mais profícuas tanto em número de investigações como de publicações. Note-se que foi nesse ano que Henri Becquerel e Marie Curie, levando a cabo experiências com sais de urânio, descobriram a radioatividade natural. Este fenómeno tornar-se-ia o tema da tese de doutoramento de Marie Curie e o seu campo de investigação primacial ao longo de toda a vida.

1896 foi igualmente relevante quanto aos desenvolvimentos ocorridos tendo em vista a aplicabilidade da radiação para fins clínicos. Entre estes merecem principal destaque: as experiências com vista à obtenção de imagens encefálicas realizadas por Thomas Edison (um dos principais responsáveis pela difusão dos raios-X nos Estados Unidos da América); a descoberta por Walter Cannon de que o estômago e intestino podiam ser observados num ecrã fluorescente mediante a ingestão de sais de bismuto; a observação dos primeiros efeitos da exposição à radiação, como ruborização, queimaduras, ulceração, dermatite e alopecia; e a realização das primeiras tentativas de utilização da radiação para fins terapêuticos.

Persiste ainda, entre a historiografia específica, uma querela sobre quem primeiramente terá aplicado a radioterapia: se Leopold Freund em Viena no tratamento de uma doença cutânea; se Emil Grubbé em Chicago no tratamento de um carcinoma da mama; se Victor Despeignes em Lyon no tratamento de um cancro do estômago. Não pretendemos tomar parte nesta discussão, nem tal facto nos parece merecedor de tal disputa, o que parece sim significativo, é que menos de um ano após a divulgação da descoberta, os raios-X já fossem vistos como indutores de alterações nos tecidos biológicos<sup>4</sup>.

Coube a um dos nomes vulgarmente apontados como pioneiros da radioterapia, Leopold Freund, a realização de uma experiência em finais de 1896, na qual expôs uma criança de 5 anos aos raios-X, para provar que estes induziam à queda de cabelo. As observações levaram-no a concluir os efeitos biológicos e acumulativos da radiação. No entanto, após discussão pública dos resultados, o próprio Freund tornou-se cético das

---

<sup>4</sup> Os raios-X são um tipo de radiação ionizante. Designa-se por radiação ionizante os raios ou partículas que, quando em contacto com a matéria, provocam direta ou indiretamente a ionização dos átomos, podendo, por isso, ser responsáveis por alterações ao nível das células.

conclusões a que anteriormente havia chegado, como o mesmo faz questão de referir na primeira monografia dedicada à radioterapia, publicada por este investigador em 1903.

Os efeitos da radiação permaneceram um assunto controverso mesmo entre o meio científico. A experiência de Robert Kienböck, em 1900, foi crucial para demonstrar que os raios-X são agentes ativos na produção de alterações biológicas. A experiência, envolvendo coelhos posicionados a diferentes distâncias de uma fonte de radiação, demonstrava que os efeitos dependem da dose de radiação recebida, bem como da variação inter-individual quanto à sensibilidade radiológica. Com base nesta experiência, Kienböck foi o primeiro a recomendar que se deveria evitar a exposição desnecessária à radiação, enunciando um dos princípios básicos das atuais normas de proteção e segurança radiológica.

Outro importante testemunho dos efeitos da radiação é o relato efetuado por Marie Curie e Henri Becquerel, quando, em julho de 1901, Curie se expôs, intencionalmente, a uma pequena dose de rádio que colocou junto ao braço durante 10 horas.

Os chamados princípios da radiosensibilidade, segundo os quais a sensibilidade de uma célula à radiação é diretamente proporcional à sua atividade reprodutora e inversamente proporcional à sua especialização, foram definidos ainda na primeira década do século XX por Jean Bergonié e L.M. Tribondeau. Porém, apesar do conhecimento acumulado e das inúmeras experiências que se continuaram a realizar, só após H.J. Muller ter demonstrado que a radiação ionizante podia provocar mutações genéticas, isto no ano de 1927, se começaram a aplicar regras de segurança e a utilizar equipamentos de proteção e só com os bombardeamentos das cidades de Hiroshima e Nagasaki a opinião pública teve consciência dos efeitos adversos da radiação.

Note-se que a radioterapia se debateu, durante os primeiros anos da sua aplicação, com três problemas principais: a definição das técnicas a utilizar, a inexistência de medidas objetivas da radiação administrada e ausência de compreensão dos mecanismos de atuação da radiação. No entanto, aspectos como a facilidade e baixo custo dos equipamentos e procedimentos e a pouca importância que a generalidade dos clínicos atribuía aos relatos de efeitos secundários, levaram a que a radiação fosse aplicada enquanto terapia nas mais diversas situações. Este tipo de terapia, inicialmente empregue nas doenças cutâneas, foi mais tarde direcionada para os problemas oncológicos, se bem que com o entusiasmo existente na comunidade médica mesmo queimaduras decorrentes de exposição à radiação chegaram a ser tratadas recorrendo aos raios-X.

Ao nível do diagnóstico, as técnicas foram sendo aprimoradas de modo bastante célere, permitindo que mesmo antes do século XX só fosse necessário uma exposição de 2 a 3 minutos para se obterem imagens com bom contraste, quando inicialmente o tempo de exposição não era inferior a 20 minutos. Os raios-X mostraram-se eficazes na visualização do sistema osteoarticular, de lesões ao nível dos órgãos do tórax (sendo por isso aplicados no rastreio da tuberculose), de cálculos renais e biliares e na deteção

de corpos estranhos. Em relação a este último aspeto há que destacar a adoção da radiologia pela medicina militar com o intuito de rastrear balas alojadas no corpo dos soldados. Esta utilização foi de maior monta durante a I Guerra Mundial, tendo ficado célebres os equipamentos portáteis desenvolvidos por Marie Curie, todavia ocorreu pela primeira vez no conflito armado que opôs os Estados Unidos da América e a Espanha em 1898.

A título de curiosidade, o ano de 1898 é também aquele em que é instalado o primeiro serviço de radiologia em Portugal, no Hospital de São José. Acontecimento assinalável, até porque, como refere o Prof. Manuel Correia, em Portugal «nem sempre é tão célere o acompanhamento do desenvolvimento científico e tecnológico de outros países»<sup>5</sup>. Seguem-se-lhe os Hospitais Universitários de Coimbra em 1902 e o Hospital de Santo António no Porto em 1908.

Já no que concerne aos primeiros serviços de radioterapia e medicina nuclear em Portugal, estes são instalados no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gil, nos anos 20 e dos anos 50, respectivamente. Também neste aspecto Portugal não se apartou de forma significativa das ocorrências externas, dado que a autonomização dos serviços de radioterapia face à radiologia e a institucionalização da medicina nuclear enquanto disciplina autónoma remonta na generalidade dos países europeus e americanos às décadas acima referidas.

Retomando a cronologia dos desenvolvimentos em relação ao conhecimento científico do fenómeno da radiação, deve-se a Ernest Rutherford a elaboração da teoria da transmutação radioactiva, em 1902, e a descoberta do núcleo atómico, em 1911. Esta última descoberta permitiu atestar que, tal como defendia Marie Curie, a radiação é um fenómeno atómico.

As investigações com vista à desintegração artificial do átomo e à determinação da sua constituição sucederam-se durante as décadas seguintes, ocupando diversos centros de investigação, sendo o mais célebre deles o Cavendish Laboratory, que contava com a liderança do próprio Rutherford.

De modo coevo, respondendo aos anseios em termos de eficácia de diagnóstico e de capacidade de direcionamento da radiação para áreas internas começaram a ser comercializados no ano de 1913 os tubos termoiónicos de Coolidge, também designados como de cátodo quente. No mesmo ano, G. Hevesy enuncia os princípios dos marcadores radioativos, lançando as bases do que viria a ser a medicina nuclear.

Os contadores Geiger, posteriormente renomeados de Geiger-Müller, começaram a ser utilizados para a deteção de radiação ionizante, ainda assim só com os aperfeiçoamentos introduzidos em meados da década de 20 por Müller, estes obtiveram a robustez necessária para serem aplicados em contexto clínico.

---

<sup>5</sup> ANTUNES, 2007: 68.

Nos anos 20 ocorre a adoção de unidade de medida da radiação internacionalmente aceites, como o Curie e o Röntgen, o que teve claras implicações na uniformização de procedimentos e numa maior rapidez na adoção de novas práticas.

A radioterapia registou um desenvolvimento particularmente significativo nesta década, principiando-se o seu processo de autonomização. Este processo ficou-se a dever sobretudo à introdução, por Gustave Roussy e Simone Laborde das bombas de rádio (predecessoras das bombas de cobalto) e ao desenvolvimento de investigações com vista à diminuição dos danos causados nas células benignas. Estas investigações, que tiveram em Claudius Regard e Henri Coutard as figuras de maior relevo, culminaram como a implementação nos primeiros anos de 1933 do fracionamento da dose (divisão da dose total por diferentes sessões) a aplicar para fins terapêuticos. Note-se que o fracionamento em radioterapia implicou uma preparação técnica e procedimentos com maior especificidade, que obrigaram a uma mudança do paradigma clínico e profissional.

A década de 30 correspondeu aos anseios dos investigadores, permitindo um claro aumento do conhecimento ao nível dos fenómenos atómicos. Assim, deve-se a J. Chadwick, colaborador de Rutherford, a descoberta do neutrão logo em 1932; enquanto no ano de 1933 W. Pauli introduziu ao conhecimento científico uma nova partícula, designada por neutrino e Carl Anderson descobriu a antipartícula do electrão — o positrão. No ano seguinte, Enrico Fermi apresentou a primeira teoria para o declínio beta (modo de decaimento de alguns radioisótopos). Não obstante, foram Frédéric e Irène Joliot-Curie os responsáveis pela descoberta da radioatividade artificial em 1934, quando, através da irradiação de uma placa de alumínio com partículas  $\alpha$ , produziram um isótopo instável com semivida muito curta e, por isso, inexistente na natureza.

Nesta década surgem os primeiros aceleradores de partículas, como o de J.D. Cockcroft e E.T.S. Walton na Grã-Bretanha e o de Niels Bohr na Dinamarca. Estes equipamentos utilizam uma fonte de partículas carregadas expostas a campos elétricos e magnéticos que as aceleram e as desviam da sua trajetória. A adaptação desta tecnologia à radioterapia levou ao surgimento de um dos principais instrumentos empregados por esta disciplina médica: o acelerador linear. Concomitantemente, é construído, por Ernest Lawrence em Berkeley (Califórnia), o primeiro ciclotrão, o que permitiu o início da produção de radionuclídeos para uso médico — surgia assim o que hoje designamos por medicina nuclear. Esta especialidade assenta na introdução de substâncias radioisotópicas, emissoras de radiação gama e beta, que ligadas a moléculas específicas, podem ser acompanhadas no organismo, mediante a utilização de equipamentos apropriados.

A fissão nuclear por irradiação do urânio com neutrões foi provocada pela primeira vez por Otto Hahn e Fritz Strassmann ainda antes da II Guerra Mundial, porém foi Lise Meitner, auxiliada por O.R. Frisch, que conseguiu fazer a interpretação dos resultados. Assim, apesar do pouco crédito que lhe tem sido atribuído, foi Meitner quem soube

extrair do fenômeno as implicações que lhe deram futuro científico e tecnológico: as bombas atômicas, mas também a produção de energia para fins pacíficos, por meio de reatores nucleares de fissão. O primeiro destes reatores, conhecido como *Pile-1*, foi construído em Chicago sob supervisão de Enrico Fermi no ano de 1942.

Os reatores nucleares demonstraram ser poderosas fontes de neutrões, permitindo a investigação e comercialização de um cada vez maior e mais variado número de radioisótopos artificiais. Deste modo, ficaram à disposição da física médica diferentes radionuclídeos com características radioativas diversas.

Noutro âmbito, iniciou-se na década de 40 o desenvolvimento dos cristais de cintilação, primeiramente por H. Kallman, e, posteriormente, com a introdução dos cristais de iodeto de sódio ativados com tálio, por Robert Hofstadter. Estes desenvolvimentos ao nível das partes componentes permitiram o aparecimento dos protótipos de *scanner* para Medicina Nuclear em 1949 e principalmente o desenvolvimento da câmara-gama ou de Anger, assim nomeada em referência ao seu inventor, durante os anos 50. Note-se que ao contrário dos equipamentos radiológicos, responsáveis por emitir e detetar a radiação, a câmara-gama, bem como os outros equipamentos de Medicina Nuclear, é um equipamento dedicado exclusivamente à deteção da radiação, uma vez que a fonte de emissão é o próprio paciente.

No período do pós-guerra surgem também os geradores de Tecnécio-99m que vieram permitir uma maior autonomia e facilidade da parte dos serviços clínicos em aceder aos radiofármacos; tomam forma os primeiros projetos com vista ao desenvolvimento de equipamentos de tomografia, se bem que as primeiras concetualizações desses equipamentos remontem a trabalhos publicados por Karol Mayer em 1916; ocorrem os primeiros desenvolvimentos em ressonância magnética (MRI); são introduzidos os tubos fotomultiplicadores e uma nova geração de intensificadores de imagem, o que propicia uma redução drástica ao nível da quantidade de radiação associada à execução das técnicas radiológicas; e são colocados em prática clínica os primeiros radioisótopos com finalidade terapêutica, como é o caso do Iodo-131, empregue no tratamento do cancro da tiróide.

O pós-guerra, com todas as inovações anteriormente mencionadas, é igualmente o momento de expansão e afirmação por excelência das técnicas radiológicas, permitindo-lhes alcançar uma relevância primeira quanto ao diagnóstico e terapêutica, mas levando, muito por culpa da necessidade de especialização dos profissionais, à segmentação da área.

Nas últimas décadas do século XX assistiu-se à persecução das investigações iniciadas logo após a II Guerra Mundial, sendo alguns equipamentos aprimorados e/ou definitivamente introduzidos na prática clínica. Referimo-nos: à CT (conhecida popularmente por TAC), que permite estudar os diferentes níveis de absorção da radiação pelos diversos tecidos que constituem o organismo e cujos principais desenvolvimentos

se devem a Godfrey Hounsfield nos anos 70; à MRI, cujo equipamento foi apresentado por Paul C. Lauterbur em 1971, mas que só foi direcionado para o uso em humanos em meados da década de 80, e que se baseia na capacidade para a deteção da precessão dos núcleos atômicos devido à influência de radiofrequências e/ou campos magnéticos e o entendimento do significado biológico destas variações; à adoção do sistema de rotação de detetores desenvolvido por John Keyes, que está na base da moderna tomografia; à implementação das técnicas de radioterapia de intensidade modulada (IMRT), que permite a utilização simultânea de radiações com diferentes intensidades, e radioterapia guiada por imagem (IGRT), que tem em atenção eventuais deslocamentos do tecido-alvo; ao desenvolvimento desde meados da década de 70 dos equipamentos PET, que têm por base a deteção de fótons gama com energias elevadas, resultantes da aniquilação pósitron-eletrão e que permite detetar alterações funcionais nos tecidos, antes mesmo de se manifestarem anatomicamente; e à combinação de modalidades, o que demonstra ser bastante vantajoso e promissor com vista a um diagnóstico cada vez mais precoce, o seguimento de patologias e o planeamento de radioterapia e/ou intervenções cirúrgicas.

A invenção do equipamento de CT originou uma mudança de paradigma entre a radiologia tradicional e a imagiologia médica moderna, permitindo que esta não seja somente uma técnica de diagnóstico, mas se venha a afirmar como um recurso essencial para a escolha de um processo terapêutico adequado.

As técnicas radiológicas, tanto em vertente de diagnóstico, como de terapia têm sido sujeitas a uma constante evolução. O carácter marcadamente estrutural das primeiras técnicas de diagnóstico faz parte de um paradigma passado, sendo que atualmente existe um claro enfoque nos estudos funcionais. Por outro lado, como expõe a Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário Vieira, a «orientação classicamente dirigida para sistemas e órgãos, pode ser agora orientada para níveis mais elementares: molecular e tissular»<sup>6</sup>, isto em face dos recentes avanços nas ciências biomédicas. Tal como referido anteriormente, as técnicas estão cada vez mais entrecruzadas, o que implica procedimentos e profissionais distintos dos existentes em períodos passados. O foco é cada vez mais aquilo que alguns sectores identificam por teranóstico, ou seja, a adoção de informação biológica individual de modo a otimizar a terapia. Algo que na essência não difere das aspirações médicas anteriormente existentes, e que em grande medida se encontra na medicina nuclear desde os seus primórdios, com o uso de marcadores específicos para tecidos específicos, mas que na atual era de convergência tecnológica parece encontrar as condições para a sua plena exequibilidade.

---

<sup>6</sup> INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE FRANCISCO GENTIL. Departamento de Radioterapia, [1998]: 131.

## BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Maria da Luz, *coord. ed.* (2007) — *O livro*. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- BOTELHO, Luís da Silveira, *coord.* (2000) — *O Instituto Português de Oncologia: 75.º aniversário*. [Lisboa]: Elo.
- BRITISH INSTITUTE OF RADIOLOGY (2016) — *History of radiology*. Disponível em <<http://www.bir.org.uk/patients-public/history-of-radiology/>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- BYNUM, W. F. (2006) — *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- COSSET, J.-M. (2016) — *Laube de la radiothérapie, entre coups de génie, drames et controverses*. «Cancer/ Radiothérapie», vol. 20, n.º 6-7, p. 595-600. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1278321816303778>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- ENTRALGO, Pedro Lain, *dir.* (1975) — *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat, vol. 7.
- EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY (2012) — *The story of radiology*. Viena: European Society of Radiology, 3 vols. Disponível em <<http://www.internationaldayofradiology.com/publications/>> [Consulta realizada em 28/09/2016].
- GIL, F. B. (2004) — *Nota de abertura*. In BEYER, Robert T. — *Textos fundamentais da física moderna*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, vol. 3, p. v-xxvii.
- GIOVANELLA, Luca *et al.* (2013) — *Nothing new under the nuclear sun: towards 80 years of theranostics in nuclear medicine*. «European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging», vol. 41, p. 199-201. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00259-013-2609-2>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- HASEGAWA, Tomoyuki; MURAYAMA, Hideo (2013) — *Hal Oscar Anger, D.Sc. (hon.) (1920-2005): a pionner in nuclear medicine instrumentation*. «Radiological Physics and Technology», vol. 7, p. 1-4. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1007/s12194-013-0252-z>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE FRANCISCO GENTIL. Departamento de Radioterapia, *org.* (1995) — *Centenário dos raios X (1985-1995), comemorações da Universidade Nova de Lisboa e Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil: ciclo de conferências e mesas redondas*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil.
- INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE FRANCISCO GENTIL. Departamento de Radioterapia, *org.* [1998] — *Centenário da descoberta do rádio (1898-1998): comemorações do 75.º aniversário do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil: ciclo de conferências e mesas redondas*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil.
- MARCO, Margherita Silvia (2015) — *Towards and epistemology of medical imaging*. Lisboa: Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento.
- MORRIS, Peter J.; SCATLIFE, James H. (2014) — *From Röntgen to Magnetic Resonance Imaging*. «North Carolina Medical Journal», vol. 75, n.º 2, p. 111-113. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24663131>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- PORTER, Roy (1999) — *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity from Antiquity to the present*. [London]: Fontana Press.
- REISER, Stanley Joel (1999) — *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SLATER, James M. (2012) — *From x-rays to ion beams: A short history of radiation therapy*. In LINZ, Ute, *ed.* — *Ion beam therapy: fundamentals, technology, clinical applications*. Heidelberg: Springer. Disponível em <[http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-21414-1\\_1](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-21414-1_1)>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- SELLÉS, Manuel; SOLÍS, Carlos (2005) — *Historia de la ciencia*. Barcelona: Espasa.

- SOURNIA, Jean-Charles (1992) — *História da medicina*. [Lisboa]: Instituto Piaget.
- THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE HISTORY OF RADIOLOGY (2011) — *ISHRAD*. Disponível em <<http://ishrad.org/>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].
- WATSON, B. W., ed. (1979) — *Medical imaging techniques*. London: Peter Peregrinus.
- WIDDER, Joachim (2014) — *The origins of radotherapy: Discovery of biological effects of X-rays by Freund in 1897, Kienböck's crucial experiments in 1900, and still it is the dose*. «Radiotherapy and Oncology», vol. 112, p. 150-152. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167814014002680>>. [Consulta realizada em 28/09/2016].

# A AMBULÂNCIA DA CRUZ VERMELHA EM MOÇAMBIQUE (1916-1918)

HELENA DA SILVA\*

Socorrer os militares em tempo de guerra, em colaboração com os serviços militares de saúde, foi sempre uma das funções definida nos estatutos da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha, que em 1887 sucedeu à anterior «Comissão Portuguesa de Socorros a Feridos em tempo de Guerra», criada em 1865<sup>1</sup>. Seguindo este princípio, a Cruz Vermelha Portuguesa colaborou com as forças militares em Moçambique nos cuidados aos soldados feridos e doentes. Uma das várias acções desenvolvidas pela instituição prendeu-se com a criação de uma ambulância da parte da Delegação de Lourenço Marques<sup>2</sup>. Convém salientar que uma ambulância, no contexto da Grande Guerra, não era mais do que um hospital de campanha, que como tinha grande mobilidade podia acompanhar a progressão das tropas no terreno, como aliás iremos constatar.

Em Maio de 1916, Adriano Moreira Feio<sup>3</sup> foi nomeado Comissário da Delegação de Lourenço Marques e incumbido de organizar a ambulância que acompanharia as

---

\* Investigadora FCT (IF/00631/2014/CP1221/CT0004) no Instituto de História Contemporânea (FCSH-NOVA) com um projeto de investigação sobre os cuidados de saúde durante e após a Grande Guerra. Membro associado do *Groupe de Recherches Identités et Cultures* (GRIC-Université du Havre). helenarfdasilva@yahoo.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> MARQUES, 2000: 23-24; *Cruz Vermelha Portuguesa*, 1926: 31-32, 38.

<sup>2</sup> Existiu uma outra ambulância da Cruz Vermelha Portuguesa, organizada pela sede de Lisboa. A Cruz Vermelha teve ainda um papel no desembarque e na hospitalização dos soldados em Lourenço Marques, onde um grupo de damas enfermeiras servia no Hospital 5 de Outubro. Sobre isto consulte-se SILVA, 2016.

<sup>3</sup> Nasceu em 1852 em Soure, distrito de Coimbra. Como empregado público teve uma vida associativa e benemérita importante, nomeadamente como fundador da ambulância voluntária dos Incêndios em Lisboa, fundador da Associação

tropas portuguesas. Esta Delegação tinha sido criada em Outubro de 1914 quando foi também eleita uma direcção provisória para organizar o envio de uma formação de saúde para o território moçambicano, acompanhando assim a expedição portuguesa. Contudo, a Delegação apenas iniciou funções em Março de 1916, devido a uma controvérsia com a sua denominação. O presidente da Delegação de Lourenço Marques era então Pedro Luiz Bellegarde da Silva, o primeiro secretário era José Fernandes Ferreira e o tesoureiro era Adriano Moreira Feio<sup>4</sup>.

Partindo da análise de um conjunto de fontes existentes no Arquivo da Cruz Vermelha Portuguesa (ACVP) em Lisboa, no Arquivo Histórico Ultramarino (AHU) e no Arquivo Histórico Militar (PT-AHM), pretendemos conhecer melhor esta ambulância da Cruz Vermelha Portuguesa, estudando os seus movimentos no território moçambicano durante a Grande Guerra. Além disso, tentaremos identificar quem esteve ao serviço desta estrutura, nomeadamente quem dispensava os cuidados de saúde. As fontes disponíveis permitem-nos também efectuar uma análise dos indivíduos que deram entrada na ambulância, incluindo os motivos para a admissão, entre outros dados. Por último, procuraremos conhecer algumas das dificuldades enfrentadas e soluções encontradas para compreender um pouco melhor como funcionou esta ambulância e avaliar o contributo da Cruz Vermelha no esforço de guerra.

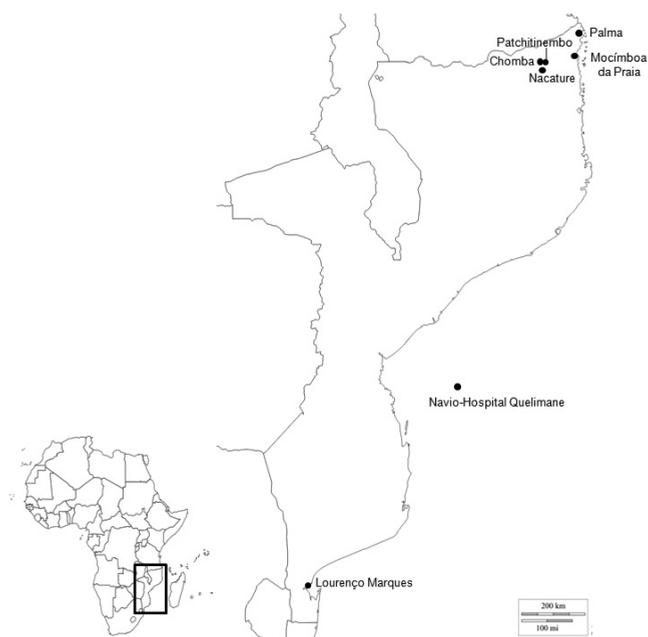
## LOCAIS DE PASSAGEM

Como referimos, uma ambulância não era mais do que uma equipa móvel de saúde, que se podia deslocar no terreno, acompanhando os avanços e recuos das tropas. Quando um local era escolhido para se estabelecer, havia a possibilidade de recorrer a instalações hospitalares já existentes ou de construir novas, consoante as necessidades. No caso da ambulância da Delegação da Cruz Vermelha de Lourenço Marques, entre Outubro de 1916 e Julho de 1918, esta esteve sediada em seis locais diferentes.

---

Comercial de Lourenço Marques e das lojas maçónicas de Moçambique. Residiu em Lourenço Marques, desde os finais do século XIX. ACVP – *Pasta 1.ª Guerra Mundial — África*.

<sup>4</sup> *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 17-18.



**Fig. 1.** A ambulância da Cruz Vermelha em Moçambique  
 Fonte: ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial — África* (mapa da autora)

A primeira base desta ambulância foi o Navio-Hospital Quelimane<sup>5</sup>, entre 25 de Outubro e 16 de Dezembro de 1916. A primeira data corresponde à tomada de serviço do médico Aurélio Ricardo Belo<sup>6</sup>, chefe da ambulância, e do restante pessoal que o acompanhava e, a segunda, à data de desembarque do Quelimane na Baía de Palma<sup>7</sup>. Desde finais de Março de 1916 e inícios de 1917 que a base portuguesa das operações militares, que se encontrava em Palma, à qual se junta a ambulância da Cruz Vermelha. A partir de 18 de Dezembro de 1916, Ricardo Belo dirige o Hospital de Palma, começando os serviços da ambulância a funcionar ali ainda nesse mês, substituindo assim a Ambulância de Lisboa que regressa à capital<sup>8</sup>. Sabemos que o chefe desta última, o Dr. Artur Machado, doou à nova ambulância um conjunto de medicamentos que o seu sucessor considerou como uma «dádiva valiosíssima»<sup>9</sup>. Quanto

<sup>5</sup> Este foi um dos navios alemães (Kronprinz) estacionado nos portos portugueses, apreendido a 23 de Fevereiro de 1916. Inicialmente funcionou como Navio-Hospital e, desde 1918, como transporte de passageiros e mercadorias. CARVALHO, 2015: 68.

<sup>6</sup> Nascido em 1877, no Fundão (Castelo Branco), médico-cirurgião pela Escola-Médica de Lisboa, casado, alistou-se como médico voluntário a 12 de Maio de 1915 na Cruz Vermelha, tendo servido em Angola e depois em Moçambique, ao serviço do 1.º Grupo da Companhia de Saúde. ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>7</sup> *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 18-19; AHU — 02.04.19.971; ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>8</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>9</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

às instalações do Hospital de Palma, estas incluíam seis pavilhões de construção local, tipo palhota e cerca de 200 camas<sup>10</sup>. Existia ainda uma casa mortuária, nas traseiras da farmácia, que foi destruída por um temporal em Abril de 1917<sup>11</sup>.

A ambulância permaneceu em Palma até Abril de 1917, passando então para Mocímboa da Praia, a 80 quilómetros a sul de Palma, seguindo a mudança da base das operações militares<sup>12</sup>. Neste caso, as instalações hospitalares foram montadas de raiz pelo pessoal da ambulância da Cruz Vermelha, a partir de 22 de Abril, estando a funcionar em pleno um mês depois, mas revelando-se desde logo insuficientes para o número de doentes<sup>13</sup>. A ambulância permaneceu em Mocímboa da Praia até Setembro de 1917, quando seguiu novamente as operações militares em direcção a Chomba, a cerca de 140 quilómetros do litoral. A 10 de Setembro iniciou-se a deslocação da ambulância, tendo Manuel dos Santos Malta, o ajudante do Comissário Moreira Feio, partido a 25 de Setembro. Uma vez mais, foi necessário construir palhotas para a ambulância, estando já em funcionamento no início de Outubro, apesar de Ricardo Belo chegar apenas em Novembro<sup>14</sup>. Desta vez a partida foi causada pelo avanço dos alemães em direcção a Chomba e a consequente retirada das tropas. A ambulância recebeu ordens para partir, com toda a urgência, para Patchitinembo, a dez quilómetros a leste<sup>15</sup>. Em Patchitinembo, a ambulância funcionou como Hospital de Sangue, devido à fusão com o Hospital Militar de Chomba, ficando sob a direcção do médico Calvet de Magalhães<sup>16</sup>.

Em Dezembro, a formação da Cruz Vermelha partia novamente para Nacature, onde se instalaria até Julho de 1918. Nesse mês, a ambulância da Cruz Vermelha ter-se-á deslocado novamente tendo em conta o pedido aprovado de camiões e carros ao exército<sup>17</sup>. Infelizmente, não sabemos qual o destino da ambulância ou até se esta terá sido desmantelada.

## 1. TRABALHAR NA AMBULÂNCIA

O pessoal ao serviço desta ambulância varia ao longo do período em análise, sendo que alguns homens permanecem poucos meses, enquanto outros, vários anos. Alguns eram civis ao serviço da Cruz Vermelha e outros militares. Apesar do número de homens ao serviço da ambulância variar, estes eram cerca de dezasseis europeus e uma cinquentena de indígenas. Como vimos, entre Outubro de 1916 e Abril de 1918, o chefe da ambulância foi o alferes médico Aurélio Ricardo Belo, posteriormente

---

<sup>10</sup> *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919b: 154.

<sup>11</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>12</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>13</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>14</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>15</sup> ARAÚJO, 2015: 82; ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>16</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>17</sup> AHU — 02.04.19.962.

tenente médico do 1.º Grupo da Companhia de Saúde. Este foi substituído a 17 de Abril de 1918 pelo tenente médico miliciano do 2.º Grupo da Companhia de Saúde Jorge Barros Capinha<sup>18</sup>.

Para além do director ou chefe da ambulância, não parecem ter existido outros clínicos, excepto num curto período. Apesar de em Dezembro de 1917, Ricardo Belo ter pedido dois médicos, apenas surgem referências ao tenente médico miliciano Francisco José Gonçalves Rebelo como clínico auxiliar em Janeiro de 1918, desaparecendo da lista do pessoal da ambulância logo no mês seguinte<sup>19</sup>.

Desde finais de Setembro de 1916, Manuel dos Santos Malta, civil, era o ajudante do Comissário Moreira Feio, efectuando desde então o serviço da secretaria durante todo o período em análise<sup>20</sup>. Isto significa que tratava de toda a correspondência, do registo de entradas e saídas dos doentes e ainda do registo de géneros. O Dr. Belo elogiou-o pelos seus serviços, em várias ocasiões, nomeadamente quando Santos Malta chegou a dar injecções, dietas e medicamentos, para fazer face à falta de pessoal de enfermagem<sup>21</sup>. Santos Malta partia regularmente em diligência para Lourenço Marques sendo, desde Outubro de 1917, substituído na sua ausência pelo amanuense José Maria Grácio. Este era inicialmente 1.º cabo, tendo sido promovido a 2.º sargento em 28 de Fevereiro de 1918<sup>22</sup>.

Existia também um ajudante de farmácia, Artur dos Santos, mencionado desde Fevereiro de 1917, quando esteve doente. Em Janeiro de 1918 este 2.º Sargento da Cruz Vermelha era encarregado da farmácia, tendo partido para Lourenço Marques com Ricardo Belo em Abril de 1918. Desde 19 de Dezembro de 1917, António Gonçalves desempenhava a função de barbeiro e fiel da arrecadação e, por vezes, surge também como ajudante de enfermaria. Havia ainda o fiel de depósito e encarregado de esterilização da água, António Francisco, que em Maio de 1917 foi também presente à Junta de Saúde.

Além destes homens, a ambulância contava com dois a cinco enfermeiros, três a quatro ajudantes de enfermaria e dois serventes de enfermaria, sendo um deles o indígena Inhanica em Nacature. Este pessoal de enfermagem varia ao longo do tempo, respondendo por um lado à necessidade do serviço e, por outro, à necessidade de pessoal, isto é, para substituir os elementos doentes, o que acontecia regularmente. Por exemplo, o enfermeiro Paixão, que já estava ao serviço da ambulância no Navio-Hospital Quelimane, foi hospitalizado e evacuado em Fevereiro de 1917, acabando por falecer em meados desse mesmo ano. O enfermeiro Emílio Semedo foi também hospitalizado

<sup>18</sup> Este médico terá passado antes por Angola. PT-AHM — 1/35/1401/9. ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; AHU — 02.04.19.920.

<sup>19</sup> AHU — 02.04.19.937; AHU — 02.04.19.920.

<sup>20</sup> *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 18; ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>21</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>22</sup> AHU — 02.04.19.920.

em Fevereiro desse ano e acabou por ser dispensado dois meses depois. Nesse mesmo período, dois outros soldados praticantes de enfermagem e dois cozinheiros adoeceram, o que levou à contratação do indígena Alifa para preparar as refeições para o pessoal da ambulância<sup>23</sup>. Como sabemos, durante a Primeira Guerra Mundial, o número de homens doentes em Moçambique foi elevado, afectando também os profissionais de saúde, incluindo o próprio Dr. Belo, que também adoeceu em várias ocasiões.

Sabemos que os indígenas eram uma presença constante na ambulância, em número variado, sendo cerca de 50 no Navio-Hospital Quelimane. Estes deviam auxiliar na limpeza do navio e recebiam tabaco e roupa da parte da Cruz Vermelha<sup>24</sup>. Em Junho de 1917 foram contratados mais quinze serventes indígenas mas o chefe da ambulância pedia ainda mais cinquenta, provavelmente para substituir os que teriam sido dispensados. Em Nacature, estes eram pouco mais de 40 homens, equiparados a soldados da Cruz Vermelha e com funções de machileiros, maqueiros e serventes<sup>25</sup>. Infelizmente as informações sobre estes homens são escassas.

Em contrapartida, as informações sobre os enfermeiros são mais vastas. Sabemos que estes homens eram enviados directamente de Lisboa, alguns deles adoecendo com febres e disenteria logo à chegada<sup>26</sup>. Mas sobretudo, que exerciam como enfermeiros na capital. É o caso do segundo sargento enfermeiro Alberto de Figueiredo da Silva, que pediu licença à Direcção dos Hospitais de Lisboa para embarcar para Moçambique, onde esteve ao serviço desta ambulância entre Junho e Setembro de 1917. Regressou à metrópole depois de passar pela Junta de Saúde em Lourenço Marques, devido a anemia palustre<sup>27</sup>.

Podemos assim constatar que alguns homens estiveram ao serviço da ambulância por um período relativamente longo. Por exemplo, entre 26 de Fevereiro de 1917 e Abril de 1918, o enfermeiro Lucílio Augusto Guimarães esteve ao serviço e entre Setembro de 1917 e Abril de 1918 o enfermeiro Frederico Mendes Gonçalves. Já Silvestre da Rocha, ajudante de enfermagem e fiel do depósito esteve entre Maio de 1917 e Abril de 1918 ao serviço da ambulância e António Joaquim Santana entre Abril de 1917 e pelo menos até Junho de 1918 como servente de enfermagem<sup>28</sup>. Apesar destes casos, o quadro do pessoal de enfermagem foi mais frequentemente alterado do que o do restante pessoal.

---

<sup>23</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>24</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; AHU — 02.04.19.1072.

<sup>25</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; AHU — 02.04.19.920.

<sup>26</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

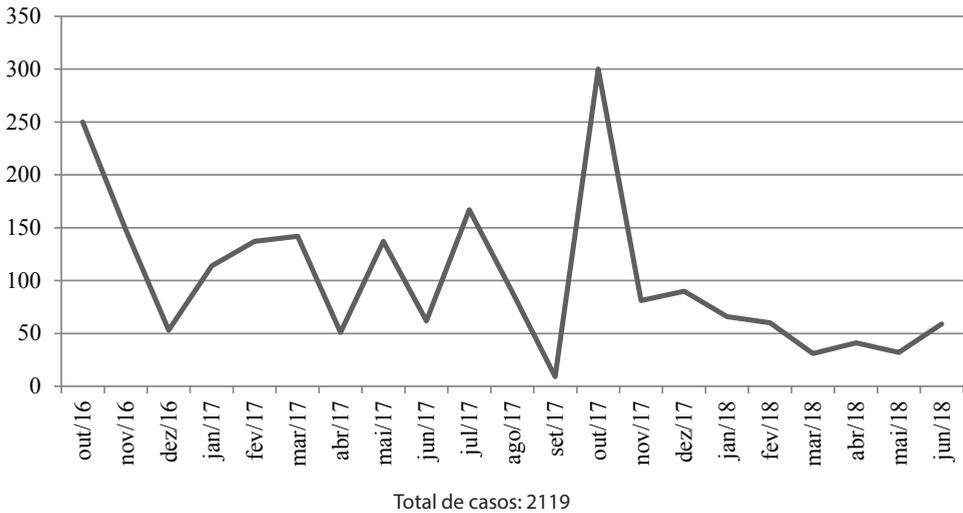
<sup>27</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>28</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; AHU — 02.04.19.920.

## 2. SER SOCORRIDO NA AMBULÂNCIA

Através do cruzamento de várias fontes podemos realizar uma análise estatística dos pacientes admitidos na ambulância da Cruz Vermelha em Moçambique, nas diferentes localidades onde esta esteve instalada e assim conhecer um pouco melhor a importância desta estrutura no contexto da Grande Guerra. Entre 25 de Outubro de 1916 e 30 de Junho de 1918 deram entrada 2119 indivíduos. Como demonstrado no Gráfico 1, em Outubro de 1917 foi atingido o número máximo de admissões, com 300 pacientes em Chomba, que parece coincidir com um «pico» de malária. O valor mais baixo encontra-se no mês anterior com apenas nove entradas, o que não é surpreendente visto que os dados se referem a apenas 15 dias (entre 1 e 15 de Setembro) antes da partida de Mocímboa da Praia. Depois deste «pico» de Outubro, as admissões mantêm-se relativamente estáveis e em número reduzido em relação aos meses anteriores. Isto é, em Nacature o movimento na ambulância foi bastante mais calmo do que em Palma, Mocímboa da Praia ou ainda Chomba.

Gráfico 1. Admissões na ambulância da Cruz Vermelha (1916-1918)



Fonte: ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; AHU — 02.04.19.903; *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 26

**Quadro 1.** Admissões na ambulância da Cruz Vermelha por categoria (1916-1918)

Meses	Oficiais			Praças de pré					Civis	Outros	Total	
	Capitães	Tenentes	Alferes	Total Oficiais	Sargentos	Cabos	Soldados	Outras Praças				Total Praças
Out-16		6	2	242	12	22	200		234	8	484	
Nov-16	1		1	2	22	19	83		124	22	148	
Dez-16			1	1	7	12	53		72	9	82	
Jan-17				0	8	19	83	2	112	2	114	
Fev-17	1			1	10	25	85	1	121	15	137	
Mar-17			1	1	21	18	88	2	129	14	144	
Abr-17				0	7	14	24	1	46	10	56	
Mai-17		1	3	4	30	45	38	1	114	19	137	
Jun-17	2	2	2	6	11	13	22	2	48	8	62	
Jul-17		1		1	10	18	133	2	163	3	167	
Ago-17				0	10	16	53	3	82	7	89	
Set-17				0			9		9		9	
Out-17				0	27	37	230	5	299	1	300	
Nov-17				0		6	34	1	41		41	
Dez-17				0					0		0	
Jan-18	1		1	2	6	9	47		62	2	66	
Fev-18			2	2	8	10	35	1	54	4	60	
Mar-18			4	4	4	1	21	1	27		31	
Abr-18			1	1	8	4	28		40		41	
Mai-18				0	4	4	23		31	1	32	
Jun-18			3	3	5	7	42	2	56		59	
Total	5	10	21	36	210	299	1331	24	1864	95	30	2025

Fonte: ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*;  
*Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 26

Quanto ao posto que estes pacientes ocupavam quando admitidos na ambulância, conhecemos os dados para 2025 entradas, isto é, 95,6% dos casos. Assim, como consta do Quadro 1, entre 25 de Outubro de 1916 e 30 de Junho de 1918 foram admitidos 36 oficiais, 1864 praças, 95 civis, e 30 «outros». Como os efectivos eram maioritariamente praças, não é de estranhar esta proporção. Quanto aos oficiais, contabilizamos 5 capitães, 10 tenentes e 21 alferes. Relativamente às praças, 210 eram sargentos, 299 cabos, 1331 soldados e 24 outras praças. Os dados relativos aos civis admitidos são reduzidos, o que não nos permite aprofundar esta análise. Uma hipótese é que estes fossem civis em serviço na Cruz Vermelha. Desconhecemos também qual a proporção dos indígenas nestes números. Se estes beneficiaram de cuidados de saúde na ambulância da Cruz Vermelha, podem eventualmente ser os 30 «outros» admitidos. Contudo, este número é reduzido em termos do total de indígenas recrutados pelo exército português<sup>29</sup>.

Segundo os cálculos do próprio Dr. Belo, entre Dezembro de 1916 e o mesmo mês do ano seguinte, o número médio de pacientes oscilava entre 5,1 (em Mocímboia da Praia, em Setembro de 1917) e 94,3 (em Palma, em Março de 1917). Já a média de

<sup>29</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 26.

dias de hospitalização variava de 4,1 dias (em Patchitinembo, em Novembro de 1917) e 22,1 (em Palma, em Abril de 1917)<sup>30</sup>. Convém salientar a longa permanência dos indivíduos na ambulância segundo esta última média, ficando ainda por explicar as razões para tal facto. No sul de Moçambique existiam os Depósitos de Convalescentes de Goba e de Xefina para onde eram reencaminhados os militares em licença e/ou que necessitavam de repouso, sendo que dali muitos deles regressaram à Metrópole quando eram considerados como incapazes pela Junta de Inspeção<sup>31</sup>.

As causas para a entrada destes indivíduos na ambulância no período em estudo são conhecidas em 76,1% dos casos. Dos 1613 diagnósticos conhecidos, entre Outubro de 1916 e Dezembro de 1917, destaca-se a diversidade de patologias com mais de 80 registos<sup>32</sup>. Apesar da diversidade, destacam-se as febres intermitentes, um dos sinais de paludismo, em cerca de um terço dos casos, seguindo-se a disenteria, resultado da ingestão de água ou alimentos impróprios para o consumo. Um sexto das enfermidades resultava de uma anemia palustre, seguindo-se depois outros tipos de febres, sarna, diarreias, reumatismo, astenia ou fraqueza.

**Quadro 2.** Resumo simplificado das causas nosológicas (10/1916 – 12/1917)

Causa	N	%
Anemia palustre	272	16,9
Astenia	26	1,6
Diarreias	38	2,4
Disenteria	283	17,5
Febres (várias)	128	7,9
Febres intermitentes	500	31,0
Feridas armas ou animais	44	2,7
Indeterminada	6	0,4
Outras causas	241	14,9
Reumatismo	35	2,2
Sarna	40	2,5
Total	1613	100

Fonte: AHU – 02.04.19.903

Como indica o Quadro 2, apenas 2,7% das entradas ficaram a dever-se a feridas resultantes de armas ou animais, um número relativamente limitado, provavelmente porque a ambulância não estava no centro dos conflitos militares. Por outro lado, este

<sup>30</sup> AHU — 02.04.19.903.

<sup>31</sup> AHU — 02.04.19.937.

<sup>32</sup> Uma das grandes dificuldades em analisar os quadros nosológicos e necrológicos relativos à Primeira Guerra Mundial prende-se com a falta de uniformização na denominação das patologias.

número reforça, uma vez mais, a ideia de que a maioria dos homens que necessitavam de cuidados médicos em Moçambique estavam doentes e não feridos em resultado do conflito bélico, como tem vindo a ser afirmado por diversos autores<sup>33</sup>.

Quanto ao número de óbitos, apenas detemos dados entre Dezembro de 1916 e Dezembro de 1917. Neste espaço de tempo, faleceram 81 indivíduos na ambulância da Cruz Vermelha, ou seja, um número relativamente reduzido, oscilando entre um falecimento assinalado em vários meses e 33 óbitos em Julho de 1917. As causas necrológicas são conhecidas na totalidade dos casos como apresentado no Quadro 3. A disenteria foi a causa principal para um quarto das mortes, seguindo-se o tifo-malária (17,3%), a febre perniciosa cardíaca (16%) e ainda o acesso pernicioso (quadro mais grave da malária, 12,3%). Seguem-se diferentes tipos de febres e outras moléstias, sendo que apenas um homem morreu devido a feridas causadas por arma de fogo (1,2%)<sup>34</sup>.

**Quadro 3.** Causas necrológicas (12/1916 – 12/1917)

Causa	N	%
Acesso pernicioso	10	12,3
Anemia palustre aguda	2	2,5
Cachexia palustre	1	1,2
Disenteria	20	24,7
Febre biliosa hemoglobinúrica	2	2,5
Febre perniciosa abdominal	1	1,2
Febre perniciosa cardíaca	13	16,0
Febre perniciosa cerebral	1	1,2
Febre perniciosa comatosa	3	3,7
Febre perniciosa delirante	7	8,6
Febre perniciosa epileptiforme	1	1,2
Febre remitente biliosa	2	2,5
Feridas por arma de fogo	1	1,2
Infeção purulenta	1	1,2
Queimaduras	1	1,2
Submersão por delírio palustre	1	1,2
Tifo-malária	14	17,3
Total	81	100

Fonte: AHU — 02.04.19.903

Estes quadros nosológicos e necrológicos não são mais do que o reflexo do desaire das expedições portuguesas em Moçambique durante a Grande Guerra. Ao

<sup>33</sup> AFONSO & GOMES, 2013: 148-149, 428-435; ARRIFES, 2004; PORTELA, 2015.

<sup>34</sup> AHU — 02.04.19.903.

desconhecimento do terreno e das condições que os portugueses teriam de enfrentar, aliou-se a falta de preparação logística das quatro expedições, bem como a falta de preparação física dos militares, o que se traduziu por um mau desempenho das forças militares em Moçambique<sup>35</sup>. Esta situação teve também repercussões no funcionamento da ambulância da Cruz Vermelha, sentindo-se um conjunto de dificuldades comuns às expedições (falta de instalações, de higiene, de água, de alimentos, entre outros).

### 3. DIFICULDADES E SOLUÇÕES ENCONTRADAS

Uma das dificuldades da ambulância da Cruz Vermelha em Moçambique está ligada ao pessoal de saúde, nomeadamente ao seu número limitado, como já aqui mencionámos. Esta situação foi ainda agravada pelo facto de muitos adoecerem, incluindo o próprio Dr. Belo. Em vários momentos, este pediu mais homens para substituir os que estavam doentes, mas nem sempre obteve uma resposta positiva, chegando a utilizar palavras como «crise» e «desanimo» para descrever a situação<sup>36</sup>. Muitas das vezes, as substituições faziam-se de forma informal, como quando o secretário Santos Malta efectuou cuidados de enfermagem, apesar de não ter qualquer formação nesta área. A situação agravava-se quando o número de admissões era elevado e as instalações insuficientes, como em Maio de 1917, em Mocímboa da Praia. Apesar da utilização das barracas do depósito e dos enfermeiros, os pacientes continuavam a aguardar por uma cama, reflectindo-se numa carga de serviço extraordinária<sup>37</sup>.

Desde a sua chegada ao Navio-Hospital Quelimane, Ricardo Belo criticou a burocracia e a falta de organização do serviço. Criticava ainda a falta de material básico, recorrendo à Delegação da Cruz Vermelha em Lourenço Marques com diversos pedidos. A título de exemplo, requisitou 50 metros de lona para fazer cinco machilas para transporte de pacientes. Como a questão da higiene era uma preocupação constante, e para se assegurar que as vestes dos indígenas andavam sempre limpas, o Ricardo Belo deu-lhes dinheiro para comprarem novos trajés<sup>38</sup>.

Os problemas de abastecimento sentiram-se, em várias ocasiões, também com a falta de víveres e de água. Em Nacature, o abastecimento da ambulância em alimentos chegou a ser feito com recurso aos mercados locais<sup>39</sup>. Quanto ao fornecimento de água, em Palma, utilizou-se uma nascente local para assim recuperar água durante a noite. Aliás, a ambulância tinha o seu próprio serviço de esterilização da água que consistia na ebulição, esterilização e filtragem da mesma<sup>40</sup>.

<sup>35</sup> AFONSO, 2015: 157-158.

<sup>36</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>37</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 25.

<sup>38</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

<sup>39</sup> ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*; AHU — 02.04.19.962.

<sup>40</sup> *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 1919a: 25.

O problema mais comum nas diferentes localidades onde a ambulância esteve sediada estava relacionado com as instalações. Por vezes estas eram rudimentares, o que obrigava a proceder a um conjunto de melhoramentos consequentes como no caso de Palma onde foram colocadas redes anti-mosquitos e ainda demolidas palhotas pois desrespeitavam as regras de profilaxia. Noutros casos, foram consertadas camas como em Mocímboa da Praia. Mas na maioria dos locais, as instalações tiveram de ser construídas de raiz, levando o pessoal da ambulância a desbravar terreno, demolir palhotas, cortar madeiras para montar novas palhotas ou barracas. Foi o que se passou em Chomba e em Mocímboa da Praia onde aqui o próprio chefe da ambulância colaborou e assim montaram as diferentes dependências (farmácia, cozinha, casa da esterilização da água, secretaria) e vedaram o local com arame farpado para evitar ataques de leões. Tudo isto representava um conjunto elevado de despesas, estando a caixa vazia em vários momentos, mesmo tendo o Governo Português financiado uma parte dos custos<sup>41</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Delegação da Cruz Vermelha Portuguesa em Lourenço Marques organizou uma ambulância que esteve no terreno entre 1916 e 1918. Apesar desta denominação, a estrutura funcionou como um hospital de campanha, em instalações temporárias compostas por barracas ou palhotas. A localização desta estrutura foi decidida pelas forças militares tendo acompanhado os seus movimentos no terreno. Assim, nos dois últimos anos do conflito a ambulância esteve em seis locais diferentes, sendo que foi em Nacature que permaneceu mais tempo.

Apesar do carácter temporário, o número de admissões foi considerável, revelando que o serviço era intenso, faltando por vezes espaço para mais pacientes tal como pessoal para dispensar os cuidados médicos e de saúde básicos. Verificamos que eram sobretudo as doenças que levavam os soldados a recorrer à ambulância e não propriamente feridas resultantes do conflito bélico. O próprio pessoal da ambulância não ficou ao abrigo desta situação, sendo também ele afectado por diversas moléstias.

A taxa de mortalidade nesta estrutura era relativamente reduzida, destacando-se os óbitos por moléstias e não propriamente resultante dos combates. Apesar das dificuldades e limitações, esta estrutura dispensou cuidados de saúde complementares aos serviços das forças militares portuguesas, dando assim o seu contributo para o esforço de guerra neste território africano.

---

<sup>41</sup> O Exército fornecia uma parte da alimentação, do pessoal e do material para a Ambulância da Cruz Vermelha. ACVP — *Pasta 1.ª Guerra Mundial África*.

## FONTES

### Arquivo da Cruz Vermelha Portuguesa

ACPV — *Pasta 1.ª Guerra Mundial de África.*

### Arquivo Histórico Militar

PT-AHM – 1/35/1401/9.

### Arquivo Histórico Ultramarino

AHU 02.04.19.903.

AHU 02.04.19.920.

AHU 02.04.19.937.

AHU 02.04.19.962.

AHU 02.04.19.971.

AHU 02.04.19.1072.

*BOLETIM Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha* (1919a). 1.º trimestre, III série, 3.º volume.  
Lisboa: Casa Portuguesa.

*BOLETIM Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha* (1919b). 2.º trimestre, III série, 3.º volume.  
Lisboa: Casa Portuguesa.

*CRUZ Vermelha Portuguesa 1865 a 1925* (1926). Lisboa: Centro Tipográfico Colonial.

## BIBLIOGRAFIA

AFONSO, Aniceto (2015) — *Grande Guerra — A Campanha Portuguesa em África*. In TELO, António José, coord. — *Actas do Colóquio Internacional «A Grande Guerra — Um Século Depois»*. Porto: Academia Militar; Fronteira do Caos, p. 153-161.

AFONSO, Aniceto; GOMES Carlos de Matos, coord. (2013) — *Portugal e a Grande Guerra 1914-1918*. Vila do Conde: Verso da História.

ARAÚJO, Teresa, org. (2015) — *Moçambique na I Guerra Mundial, Diário de um alferes-médico Joaquim Alves Correia de Araújo 1917-1918*. Vila Nova de Famalicão: Húmus.

ARRIFES, Marco Fortunato (2004) — *A Primeira Grande Guerra na África Portuguesa: Angola e Moçambique: 1914-1918*. Lisboa: Cosmos e Instituto da Defesa Nacional.

CARVALHO, Manuel (2015) — *A Guerra que Portugal quis esquecer*. Porto: Porto Editora.

MARQUES, Rafael (2000) — *Cruz Vermelha Portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.

PORTELA, Margarida (2015) — *A Grande Guerra e a medicina em África: Na senda de novas questões e à procura de novas conclusões*. In AFONSO, Carlos Filipe; BORGES, Vítor Lourenço, coord. — *Portugal e as Campanhas de África: da imposição de soberania à Grande Guerra*. Lisboa: Instituto de Estudos Superiores Militares, p. 281-306.

SILVA, Helena da (2016) — *A Cruz Vermelha Portuguesa em Moçambique na Primeira Guerra Mundial, Esboço histórico*. «Revista CEPIHS», n.º 6. Vila Nova de Famalicão: Húmus, p. 415-441.



**VII**  
A TRANSFORMAÇÃO  
DOS ESPAÇOS  
COMO POTENCIADORES  
DA SAÚDE E BEM-ESTAR



# MOBILIÁRIO ASSISTENCIAL NOS HOSPITAIS MILITARES EM PORTUGAL DO ÚLTIMO QUARTEL DO SÉCULO XVIII AO SÉCULO XIX

AUGUSTO MOUTINHO BORGES\*

Data do período da Aclamação da Casa de Bragança como reis de Portugal (1640-1668), a construção em rede dos Hospitais Reais Militares, que se estabeleceram ao longo da raia seca, principalmente nas áreas identificadas como sendo as cinco principais entradas de Portugal<sup>1</sup>, nomeadamente Entre Douro e Minho, a brecha de Chaves, Riba Côa, Zebreira (linha do Tejo) e o Alentejo, especificamente na área geográfica de Elvas. Desde este período até aos primórdios do século XIX, há poucas alterações quanto à localização nas praças de guerra dos Hospitais Reais Militares para tratamento aos enfermos e doentes militares. Estamos perante uma situação pouco variável quanto à evolução do pensamento geoestratégico para a defesa do reino, o que fez com que os relatórios que chegaram até nós, do Marquês de Alorna (Pedro José de Almeida Portugal, 1754-1813), de 1790<sup>2</sup>, e do Príncipe de Waldeck (Frederico Carlos Augusto de Waldeck e Pymont, 1743-1812), de 1798<sup>3</sup>, sejam coincidentes quanto à localização anterior ao domínio filipino (1580-1640) e que vinham já do pensamento estratégico do rei D. João IV (1604-1656).

---

\* Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias da Universidade de Lisboa (CLEPUL), Cátedra Infante Dom Henrique da Universidade Aberta (CIDH-UAb). Academia Portuguesa da História, Comissão Portuguesa de História Militar. amoutinho.borges@sapo.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

<sup>1</sup> BORGES, 2006a: 73-86.

<sup>2</sup> ANTT — 1790, Doc. n.º 130, 90 fl.

<sup>3</sup> GUEDES, 1992.

Analisemos então o Relatório das Praças a Norte do reino, de 1790, para termos uma ideia do estado logístico na área da Saúde Militar em Portugal, e da sua evolução no caso específico da Praça de Almeida e de Penamacor<sup>4</sup>, como estudo de caso, desde esta data até à Primeira Invasão Francesa, ocorrida em 1807:

## RELATÓRIO DO MARQUÊS DE ALORNA, 1790<sup>5</sup>

*No que respeita aos Hospitais. Quanto aos Hospitais acha-se no Maço n.º 3 a Relação do Estado de cada um deles e das suas faltas, com resumo competente. Julgo que todos aqueles Hospitais Militares deveriam ser estabelecidos num pé uniforme regulando-se destes por pessoa hábil e já conhecida pelas suas bases sobre este tão importante objecto.*

**Penamacor.** *Edifício para quartel, vizinho à Porta chamado dos Carros onde está um chafariz chamado Poço do Carvalho, (fl. 55v). Existe na vila um edifício, parece que serviria muito bem para hospital como já tem sido e o qual pertence igualmente a sua Majestade (fl. 56).*

**Almeida.** *E quanto aos edifícios militares da Praça, como são Quartéis e Hospitais, não se deveria proceder a edificação deles sem que primeiro haja de Sua Majestade determinado (fl. 81v).*

*Pelo que pertence ao Hospital (fl. 57) Militar situa-se este debaixo da direcção de um médico que me dizem ser hábil e entendido; e quatro religiosos de S. João de Deus tem a seu cargo a Direcção do cuidado dos enfermos fazendo-se o curativo pelos Cirurgiões-Mores dos Regimentos com o auxílio dos seus ajudantes. Porém o edifício não somente é suficiente para o número dos doentes que os três Regimentos da guarnição podem chegar a ter, mas está em total ruína; Como também precisa de camas e roupas para os mesmos, loiça e mais pertences de um hospital bem regulado como se vê de relação justa.*

*O meu parecer é que o Hospital não pode estar em bom pé sem que sua Majestade o mande reedificar e prover do necessário, mas pelo que toca ao seu Regime, segundo as Ordens do Marechal de Campo, David Colder aqui juntas e o detalhe do regime do médico director aqui também junto me parece digno da aprovação de S. Majestade.*

*A despesa corre por um oficial da Vedoria extinta por nome José Alexandre Freire da Fonseca com o título de fiel do mesmo Hospital, pelo qual recebe 200 Rs por dia além de 6000 Rs mensais de soldo. No tempo que o governou as Armas desta Província o Tenente General Francisco Maclen, obteve permissão da Corte para haver um fiel no dito hospital que corresse com a sua despesa, na ideia de*

<sup>4</sup> BORGES, 2009c: 79-96.

<sup>5</sup> Sobre o mesmo assunto ver OEYNHAUSEN, 1790.

*ser feita com maior exactidão, o que se tem confirmado pelo General da Província actual (fl. 57v).*

**Miranda do Douro.** *O Hospital Militar é regido por dois religiosos da Ordem (fl. 61v) de S. João de Deus segundo o Regime junto mas falta-lhe o necessário para o número de doentes que podem haver nesta guarnição como consta da Relação junta. Um Ajudante de Cirurgia do Regimento de Infantaria de Bragança tem só a seu cargo seis doentes e o médico da cidade recusa assistir-lhe não tendo posse de partido algum (fl. 62).*

*O referido Hospital está estabelecido em duas moradas de casas pequenas das quais uma pertence a S. Majestade e a outra está alugada; ambas estão em tal estado que um socorro bem pronto ameaça vir a tema e arriscar as vidas dos enfermos.*

*Naquele mesmo terreno das duas moradas se poderia formar sua maior despesa um Hospital suficiente para a guarnição de um regimento, separando-se o que já existe e construindo-se o que falta sobre um plano regular.*

**Bragança.** *O Hospital está em muito bom estado e igual boa ordem devido ao cuidado do governador e do Padre Prior dele Fr. Agostinho de St.º António.*

*Os doentes são bem tratados como se manifesta pela cópia do regimento aqui junto a S. Majestade. Porém os fundos destinados para a sua manutenção não são nem regulados nem mesmo suficientes e maioritariamente querendo-se aqui conservar a guarnição que de presente existe (fl. 63v).*

*O Religioso e Prior Fr. Agostinho de St.º António Ferreira que dirige o Hospital Militar de Bragança me pareceu também homem muito capaz e muito propenso à sua obrigação (fl. 87v).*

**Chaves.** *O Hospital Militar é situado na borda do Rio Tâmega, o que fez menos saudável; a sua direcção está encarregada a um Pior e três religiosos da Ordem de S. João de Deus, que tem todo o devido cuidado, e o religioso Prior Fr. José da Natividade, é religioso de um grande merecimento e estimado de todos os militares, pela sua humanidade e caridade com que trata todos os doentes. O seu Regime, me parece muito bom, segundo o que se vê do detalhe a que a S. Majestade, não faltando coisa alguma de roupas ou camas e achando-se com efeito bem provido destas, precisando somente de algumas coisas que para o cómodo dos doentes se faz necessário como vai explicado (fl. 65v).*

*A limpeza, e quando seja conscernante ao tanto dos doentes é muito bom. A casa seria capaz se houvessem mais enfermarias do que uma, e nesta são curados indistintamente todos os doentes com grande prejuízo destes em razão de se confundirem de todas as moléstias (fl. 67).*

*Facilmente se poderão multiplicar com a precisa suficiêcia fabricando-se enfermarias para a parte do quintal.*

*Do mesmo hospital, sobre um e outro destes objectos vão representações junto. Maior do súbdito Prior, Cirurgiões-Mores da guarnição contem ao lado o motivo da despesa e menção própria que será de uma utilidade bem grande à Real fazenda e ao bom serviço de S. Majestade se pode ter lugar uma troca entre o Convento de S. Francisco situado no Forte já mencionado e o referente Hospital porque uns e outros ficarão com excelente modo e a comunidade dos Religiosos apossados de uma notável igreja ao hospital, visto que os doentes somente ouvem missa no Oratório interior da enfermaria (fl. 67v).*

*Não devo omitir nesta ocasião de mencionar o Prior do Hospital Militar de Chaves Fr. José da Natividade que é por mais de trinta anos que se emprega neste mesmo, e que tem dado provas da sua inteira economia e inteligência na direcção que tem tido de vários hospitais e ultimamente no de Chaves, que ainda continua a dirigir e que talvez pode-se estabelecer com uma boa forma regular fundada na boa ordem económica em todos os hospitais militares das Províncias setentrionais do reino (fl. 87).*

**Valença do Minho.** *O Hospital Militar não está em mau estado (fl. 23v). O edifício do Hospital é novo e está em bom estado com quatro enfermarias e os quartos precisos para os seus expedientes e somente se lhe deveria renovar a administração que por estar na entrada da Porta principal serve de grande incomodo aos doentes e mais habitantes e a relação junto a Vossa majestade. Denoto o estado das roupas, etc., sem faltas, e juntamente o Regimento que nele se observa. Presentemente é administrado por um Prior Religioso de S. João de Deus e outros dois padres que conservam tudo em boa ordem como observais.*

*Tem um Fiel que corre com as despesas na referida relação se vê a que fez a Real Fazenda nestes últimos três anos (fl. 76).*

**Viana do Castelo.** *Consiste a guarnição num regimento de Infantaria e um Destacamento de Artilharia e uma Companhia de Pé do Castelo e do Regimento de Monção (fl. 18). O Hospital é o mesmo da Misericórdia desta Vila com enfermarias separadas para a tropa por um ajuste que há pelo qual a Real Fazenda paga 190 Rs por dia de cada praça doente, e me consta que são (fl. 20) ali bem tratados, mas para a Disciplina não me parece a melhor coisa por estarem fora da inspecção do Regimento. Muito bem tratados sim, e talvez demasiadamente bem, de que se segue gestão os soldados tanto de ali estarem, que lhes é violento o saírem para fora, e como do grande número de doentes resulta utilidade ao mesmo hospital, os não despedem com facilidade, tanto assim que me confessarão as feições daquele Hospital que em havendo menos de dezasseis Praças de doentes nele, que perda a Misericórdia, e que de maior número se aumentava o lucro (fl. 20v).*

**Porto.** *O Hospital é o mesmo da Misericórdia a que sua Majestade paga 200 Rs por cada doente que não são ali bem tratados, nem debaixo da inspecção militar;*

*nesta consideração a meu parecer seria de se procurar outro método de estabelecer um hospital militar para a tropa (fl. 28v).*

*Também a documentação sobre a Praça de Almeida nos elucida sobre o seu estado de conservação, nomeadamente de mobiliário necessário para o bom funcionamento dos mesmos<sup>6</sup>, 150 camas e que são precisas para os banhos tépidos, de que se faz uso frequente em diversas moléstias no mesmo hospital Canoas de pão, ou de lata, para maior comodidade dos enfermos.*

## RELATÓRIO DO MÉDICO DA PRAÇA DE ALMEIDA, 1790<sup>7</sup>

*Exm<sup>o</sup> Senhor*

*Representa a Vossa Excelência o Doutor Médico do Hospital Militar desta Praça de Almeida, que para o curativo dos seus enfermos no mesmo Hospital, é necessário prolongar o mesmo pelo Baluarte de S. Francisco até à Igreja do Convento, por não haver nas actuais enfermarias espaço suficiente para acomodação dos mesmos enfermos, menos para maior número, quando as epidemias, ou outras coisas o aumentarem: que são indispensáveis, e necessariamente estarem prontas cento e cinquenta camas para os ditos enfermos, preparadas de tudo o necessário, atendendo ao maior número de Tropa, que se tem aumentado como o Regimento de Penamacor, e o Destacamento de Artilharia; pois ainda hoje se não conservam prontas cem camas preparadas, que se determinaram estar sempre existentes, por determinação régia quando somente esta Praça era guarnecida dos dois Regimentos, um de Infantaria, e outro da Cavalaria: que para se precaver produção de novas moléstias e contagiosas no dito hospital, pela corrupção do ar das Enfermarias dele, são necessários os ventiladores, ou fogões adoptados e postos em quase todos os Hospitais da Europa: Que são precisas para os banhos tépidos, de que se faz uso frequente em diversas moléstias no mesmo hospital, Canoas de pão, ou de lata, para maior comodidade dos enfermos: que para a boa e perene assistência dos mesmos enfermos militares, são necessários seis Religiosos incluídos e um Sacerdote para mais pronta administração dos sacramentos: que para breve expedição e exibição dos remédios aos ditos enfermos se necessita de uma casa para Botica dentro do mesmo hospital que ultimamente necessita esta praça de um cemitério extramuros dela, para sepultura das pessoas que nela falecerem; para se precaver o contágio e produção de moléstias perniciosas, que por muitas vezes têm feito aqui irreparáveis danos e estragos, originando-se muitas epidemias desta causa; o que tem sido atendido por todas as nações da Europa, abolindo a prática de sepulturas nas Igrejas, estabelecendo os necessários Cemitérios. Suplica a Vossa Excelência as*

<sup>6</sup> BORGES, 2008a: 139-148. A que faz alusão o Marquês de Fronteira.

<sup>7</sup> AHM — 3Div-16Sc-Cx14-n.º 11.

*providências necessárias sobre estes importantes objectos, que são da atenção de Vossa Excelência.*

## **PROVÍNCIA DA BEIRA — HOSPITAL REAL MILITAR DA PRAÇA DE ALMEIDA<sup>8</sup>**

*Relação das camas que actualmente existem com alguma capacidade de poderem servir; e do que falta para continuar o curativo dos militares enfermos, que guarnecem a mesma Praça, pelo número de 150 camas, que devem existir para estes, para os Religiosos e familiares.*

*Acham-se 80 tarimbas ou barras compostas de dois bancos de madeira e três tábuas cada uma. Há 150 que deve haver. Faltam 70.*

*Acham-se 74 enxergões de estopa de 8 varas cada um, que a favor de cosidos e remendados vão suprimindo.*

*Há 150 que deve haver. Faltam 76.*

*Acham-se 87 chumaços ou travesseiros de vara e meia cada um e os mais deles incapazes.*

*Há 150 que deve haver. Faltam 63.*

*Acham-se 130 lençóis de pano de linho, de 5 varas cada um, todos já usados pela actualidade em que andam servindo.*

*E para as 150 camas, a razão de 4 cada uma, 600 os que deve haver. Acham 470.*

*Acham-se 426 mantas de lã, capazes de serviço, ainda que usadas.*

*E posso dizer que para as 150 camas, se forem preciso outro igual número de mantas, segundo as ordens: a desordem do País, pelos rigorosos frios dele, nas estações próximas, e do Inverno, carece pelo menos de 4 cada cama, e assim são precisas 600.*

*Ao que faltam 84 por se terem incapacitado pelo largo tempo do seu uso.*

*Almeida 8 de Março de 1790*

*José Alexandre Freire da Fonseca*

*Fiel Administrador deste Hospital*

*O número de enfermos, que em diversas estações do ano, pelo período de treze anos, a que tenho assistido até o presente, é diariamente de 80-100. Em tempo de epidemias tem chegado a 120, 130 e 150. Havendo outras causas influentes para maior número de enfermos, estando sempre prontas 150 camas preparadas de tudo o necessário, então se podem dar as providências necessárias.*

*António Álvares Teixeira*

*Médico do Hospital Militar*

---

<sup>8</sup> BORGES, 2006b: 595-625.

Pela análise documental, constatamos que há uma evolução preparatória da logística respeitante à saúde, desde a Guerra contra Espanha de 1662 até às Invasões Francesas, em 1807. Em primeiro lugar, ficou a Corte a saber o estado do reino, emanando, posteriormente, informações e decisões relativamente à preparação para eventuais embates. Fez-se uma redistribuição de bens e de materiais pelos Hospitais mais carenciados, assim como se adaptaram novas estruturas edificadas para servirem de equipamentos militares. Disso temos prova do que se fez na Praça de Almeida, adaptando um convento de freiras Clarissas para Hospital Militar, tal como fora solicitado pelo Médico local e o mapa francês de 1805 o refere, sabendo que foi seu projetista o Engenheiro Militar Sargento-Mor Luis Miguel Jacob (1726-1771)<sup>9</sup>.

A assistência aos doentes e enfermos militares teve, a partir de 1790, um novo objectivo que foi, tal como nos refere o relatório da Praça de Almeida para a orgânica do seu Hospital Militar, destinado aos militares, aos religiosos e aos seus familiares, aparecendo-nos esta tónica como um novo elemento a ter em conta, contrariamente ao que anteriormente se vinha a realizar<sup>10</sup>. Consideramos importante esta referência documental, pois pela primeira vez esta é descrita como a família militar, apesar de no presente o conceito de família militar estar directamente relacionado com os laços de sangue, subtraindo-lhe a assistência aos religiosos.

Apesar de todo esforço desenvolvido em torno desta questão, sabemos hoje que Portugal não estava preparado para o embate militarizado que se antevia na sequência dos objetivos imperialistas franceses, motivo pelo qual, e mesmo assim, de imediato se tratou de marcarmos a nossa posição no eixo dos potentados europeus ao enviarmos, em 1797, para a Campanha do Rossilhão (1792-1795) um corpo expedicionário que nos esgotou recursos económicos e humanos, os quais foram, anos mais tarde, tão necessários ao empreendimento defensivo de Portugal.

Não estranhamos que, como consequência directa das diversas resoluções que têm vindo a ser referenciadas, tenha sido criado, em 1797, o Hospital da Marinha, como elemento fracturante da logística assistencial militar, elemento essencial ao pensamento ideológico das especialidades que se vinham alicerçando no saber técnico-científico do Exército português. Entendemos pois que a criação desta unidade assistencial para os embarcados é fruto e reflexo do pensamento estratégico, que procurava dar respostas à actividade da logística assistencial do Exército e da Marinha. Foi com o Hospital da Marinha que se deu uma nova viragem no pensamento assistencial, pois a construção deste edifício, para os fins a que se destinava no apoio sanitário, projectava-se como modelo para além do território nacional, servindo de elo catalisador para os técnicos

---

<sup>9</sup> BORGES, 2009a: 247-301.

<sup>10</sup> BORGES, 2011: 84-85.

que tinham aqui uma raiz estruturante, da forma como agir perante a assistência no vasto império.

Já vimos que, até ao início das campanhas napoleónicas em Portugal, a estrutura assistencial se desenvolvia nas Praças de Guerra ao longo da raia, que vinham desde a Restauração<sup>11</sup>, onde a complexidade arquitectónica e urbana implantava os edifícios em locais estrategicamente referenciados. Em trabalhos anteriores<sup>12</sup>, publicámos o modelo que obedecia à localização e à construção dos Hospitais Reais Militares, os quais se mantiveram praticamente inalteráveis até ao eclodir das Invasões Francesas. Construía-se os hospitais perto de um baluarte e de uma porta ou poterna, sendo constituído por uma lógica tripartida de edifício assistencial, cerca e campo santo<sup>13</sup>. No entanto, ressalta-nos um ou outro aspecto fundamental quanto à orgânica interna, distribuição dos espaços e corpo residente dos assistentes, entre os quais se separa inequivocamente a parte orgânica administrativa, sendo esta concebida por seculares<sup>14</sup>. Podemos analisar que, a partir do século XVIII, as enfermarias continuam a ser, normalmente, duas em cada hospital, passando, no entanto, a serem localizadas num só plano, como em Almeida e Olivença, em oposição à enfermaria baixa e enfermaria alta, que até então eram prática comum em Portugal, e das quais o exemplo edificado se manteve ao longo do tempo no Real Hospital Militar de Penamacor<sup>15</sup>.

Continuamos a assistir à existência de um corpus arquitectónico destinado aos frades hospitaleiros, os quais tinham por função a responsabilidade da enfermagem e da prática espiritual. Por outro lado, vemos surgir uma nova dependência adstrita aos Hospitais Militares destinada às cirurgias, não sendo alheia a introdução das aulas e formação de Cirurgia e Anatomia nas Praças de Guerra de Almeida, Chaves, Elvas, Lagos e Lisboa, que vinham a ser fundadas desde 1782. Estas aulas formaram tecnicamente um contingente de elementos que se encontravam nas Praças acantonadas ao longo da raia e que, tendo como epicentro a Universidade de Coimbra, faziam chegar os conhecimentos, que circulavam pela Europa, sobre as matérias que mais interessavam à assistência dos feridos e doentes militares, para uma boa e melhor dotação dos técnicos que exerciam as suas funções nesses mesmos hospitais.

Analisando o ofício, já referido, do médico administrador do Hospital Real Militar da Praça de Almeida, de 1790, podemos observar que tudo aquilo que lá se refere faz parte das teorizações endógenas do que melhor se produzia na época na Europa, para bem do assistido. É evidente que algumas destas observações são repuxadas na obra,

---

<sup>11</sup> BORGES, 2006c: 53-54.

<sup>12</sup> BORGES, 2009b.

<sup>13</sup> BORGES, 2008b.

<sup>14</sup> BORGES, 2013.

<sup>15</sup> BORGES, 2006d: 67-70.

de 1756, do Doutor António Ribeiro Sanches (1699-1783), *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*<sup>16</sup>.

Constatamos que desde 1790 se vinha a operar em Portugal um conjunto de ações, que tinham como principal objetivo reorganizar a logística, especificamente na área da Saúde Militar, dando como elementos concretos dessa preocupação o relatório do Marquês de Alorna, que dedica grande parte das suas observações aos hospitais militares<sup>17</sup>. Aqui ficamos a saber quais os funcionários e o estado do hospital militar, bem como a sua importância para a criação do *Regulamento* de 1797, que procurava esquematizar as necessidades fundamentais ao bom governo dum Hospital Militar e, posteriormente, o *Regulamento* de 1805, que nos dá uma ideia clara e evidente da preocupação do monarca perante os ventos belicosos que estavam a chegar a Portugal.

Pelo exposto, os tratamentos aos feridos e doentes no advento da Primeira Invasão Francesa, estava bem alicerçado<sup>18</sup>. Já em 1802, e na evolução técnica do pensamento nacional, o velho Hospital da Corte, localizado no Convento-Hospital de S. João de Deus, na Rua das Janelas Verdes à Pampulha<sup>19</sup>, e aí instalado após o terramoto de 1755, foi transferido para o Hospital de Xabregas, em 28 de Fevereiro de 1802 até 1836<sup>20</sup>, porque o velho edifício não se adaptava às necessidades e aos pensamentos a que já aludimos, quer por falta de espaço, quer por condições arquitectónicas ou de implantação urbana. Exigia-se uma nova construção de raiz para os fins assistenciais. Temos, então, um novo conceito vigente para os tratamentos aos enfermos militares. Começava a estruturar-se com um objectivo claro, onde a técnica, a arquitectura e a organização jurídica se complementavam perante as necessidades que temos vindo a aludir.

Portugal estava, assim, tecnicamente preparado para fazer frente a um embate militarizado, onde as novas técnicas da arte da guerra poderiam ser compreendidas; isto é, a par dos hospitais permanentes, foi pensada uma estrutura complementar como sendo os Hospitais Militares de Campanha, localizados onde era necessário permanecer uma guarnição armada, de forma a combater qualquer foco infeccioso proveniente da existência de combates e da concentração de grande número de homens armados.

Simultaneamente a esta complexidade organizativa, havia também contratos com as Misericórdias, as quais prestavam apoio aos enfermos militares, mediante o pagamento de uma quantia pré-estabelecida, o que livrava a Corte de ter uma grande ocupação de homens, de técnicos e de especialistas em Saúde Militar. Por outro lado,

---

<sup>16</sup> SANCHES, 1756: 138-139.

<sup>17</sup> BORGES, 2015: 115-125. Veja-se o caso concreto da Praça de Penamacor, com listagem pormenorizada dos engenheiros e médicos militar que estiveram neste hospital.

<sup>18</sup> BORGES, 2008c: 305-321.

<sup>19</sup> BORGES, 2016.

<sup>20</sup> REIS, 2004.

catalisava o saber técnico das obras da Misericórdia para seu próprio serviço, o que nos faz aludir à existência de protocolos, desde 1640 até às Invasões Francesas com incidência nas Beiras<sup>21</sup>, da prestação de serviços de cuidados sanitários à família militar, tornando exemplar este modelo assistencial, perante o Exército Português que defendia o reino de outros exércitos melhor preparados e, substancialmente, melhor equipados.

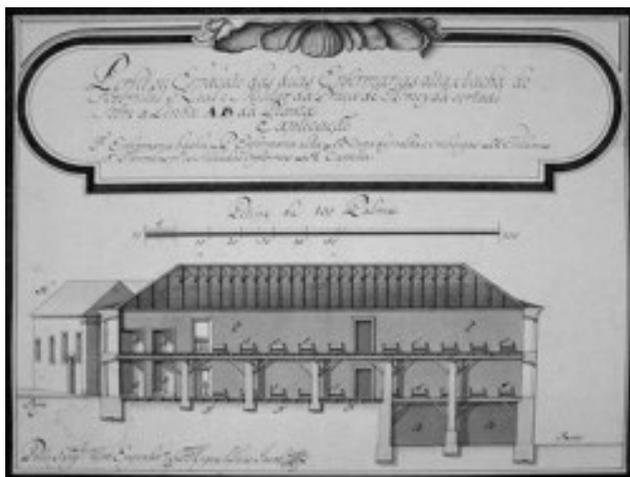


Fig. 1. Planta para um Hospital Militar em Almeida (perfil), onde se assinalam as tarimbas nas enfermarias baixa e alta, séc. XVIII

Fonte: GEDEM

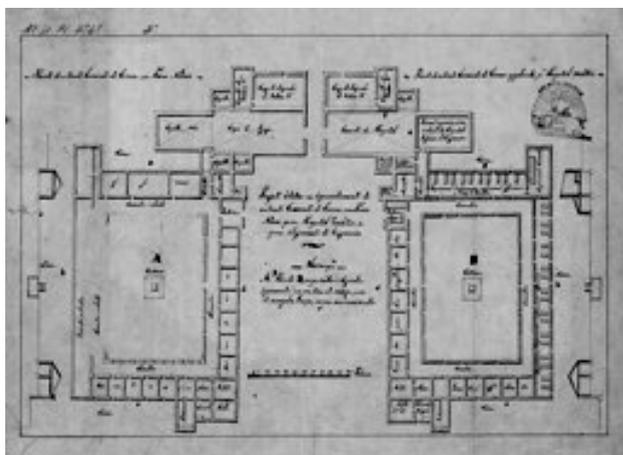


Fig. 2. Planta para um Hospital Militar em Torres Vedras, onde se assinalam as tarimbas nas enfermarias, séc. XIX

Fonte: GEDEM

<sup>21</sup> BORGES, 2007: 561-583.

## FONTES

### Arquivo Histórico Militar

AHM — Almeida. *Estado das Enfermarias e necessidades das mesmas*, 3DIV-16SC-Cx14-n.º 11.

### Arquivo Nacional da Torre do Tombo

ANTT — *Relação das Tropas Setentrionais e das Praças do Reino*, 90 folhas, C(asas) de F(ronteira) e A(lorna) — Doc. n.º 130. Inventário, Casas de Fronteira e Alorna (Marquês de Alorna).

## BIBLIOGRAFIA

- BORGES, Augusto Moutinho (2006a) — *Os Reais Hospitais Militares de S. João de Deus e a defesa do Alentejo*. «Revista Almansor», n.º 5. Montemor-o-Novo: Câmara Municipal, p. 73-86.
- \_\_\_\_ (2006b) — *Os Irmãos Hospitais de S. João de Deus e a assistência aos feridos de guerra em Portugal, séculos XVII-XVIII*. In *Actas XIV Colóquio de História Militar* Lisboa: Comissão Portuguesa História Militar, p. 595-625.
- \_\_\_\_ (2006c) — *Os Irmãos Hospitais de S. João de Deus e os Hospitais Militares em Portugal, Séculos XVII-XIX*. In GARCIA, Marín — *Catálogo Reais Hospitais Militares de S. João de Deus na fronteira Luso-Espanhola, séculos XVII-XVIII*. Montemor-o-Novo: Câmara Municipal, p. 53-54.
- \_\_\_\_ (2006d) — *Novos dados sobre o Real Hospital Militar de S. João de Deus na Praça de Penamacor*. «Revista Jornadas de História da Medicina da Beira Interior», n.º 17. Castelo Branco: Cadernos de Cultura, p. 67-70.
- \_\_\_\_ (2007) — *Os Reais Hospitais Militares de S. João de Deus na Beira: Da Restauração ao Liberalismo*. In *Actas XVI Colóquio de História Militar*. Lisboa: Comissão Portuguesa História Militar, p. 561-583. 2 vol.
- \_\_\_\_ (2008a) — *Os Reais Hospitais Militares em Portugal no século XVII. O Hospital Militar de S. João de Deus da Praça de Almeida e Penamacor*. «Revista Arqueologia e História», vol. 56-57. Lisboa: Associação dos Arqueólogos Portugueses, p. 139-148.
- \_\_\_\_ (2008b) — *Reais Hospitais Militares em Portugal administrados e Fundados pelos Irmãos Hospitais de S. João de Deus, 1645-1834*. Lisboa: Faculdade de Ciência Médicas de Lisboa da Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento (Prémio Defesa Nacional 2007).
- \_\_\_\_ (2008c) — *Tratamento aos feridos e doentes militares nas Campanhas Peninsulares: 1807-1808*. In *Actas XVII Colóquio de História Militar*. Lisboa: Comissão Portuguesa História Militar, p. 305-321.
- \_\_\_\_ (2009a) — *Miguel Luís Jacob, um Engenheiro Militar na Praça de Almeida, 1759-1771*. In *Actas I Jornadas de Memória Militar*. Lisboa: Comissão Portuguesa História Militar, p. 247-301.
- \_\_\_\_ (2009b) — *Reais Hospitais Militares em Portugal, 1640-1834*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- \_\_\_\_ (2009c) — *O Real Hospital Militar de Penamacor: Espaço e Memória*. In *800 Anos do Foral de Penamacor*. Penamacor: Câmara Municipal, p. 79-96.
- \_\_\_\_ (2011) — *Reais Hospitais Militares em Portugal, 1640-1834: seu contributo para a saúde pública*. «Revista Segurança e Defesa», n.º 17. Lisboa: Diário de Bordo, p. 84-85.
- \_\_\_\_ (2013) — *Enfermeiros e Enfermeiras ao Serviço do Exército de Portugal, 1445-1814*. «Revista da Academia Internacional de Cultura Portuguesa». Lisboa: Academia Internacional de Cultura Portuguesa.
- \_\_\_\_ (2015) — *Penamacor Militar: da Restauração à República*. Penamacor. Câmara Municipal.
- \_\_\_\_ coord. (2016) — *Hospital-Convento de S. João de Deus: Centro Clínico da GNR: História e Património*. Lisboa: Palavras Táctéis.

- GUEDES, Lívio da Costa (1992) — *A viagem de Christian, Príncipe de Waldeck, ao Alentejo e ao Algarve descrita pelo Barão von Wiederhold, 1798*. «Boletim Arquivo Histórico Militar», vol. 60. Lisboa: Arquivo Histórico Militar.
- REIS, Carlos Vieira (2004) — *História da Medicina Militar Portuguesa*. Lisboa: Estado-Maior do Exército, vol. 2.
- SANCHES, António Ribeiro (1756) — *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*. Coimbra: Imprensa da Universidade.

# THE CHALLENGE OF LIVING IN BELGRADE 1918-1941: HOUSING, DISEASE AND MALNOURISHMENT\*

NIKOLA SAMARDŽIĆ\*\*

VLADIMIR ABRAMOVIĆ\*\*\*

MAJA VASILJEVIĆ\*\*\*\*

HARIS DAJČ\*\*\*\*\*

After the end of the First World War, Belgrade became the capital of the new state — Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes/Yugoslavia. This enticed a great immigration wave of the surrounding rural population, but also the influx of educated and professionally trained people (clerks, administrative staff, soldiers, officers, businessmen etc.), as it was demanded by Belgrade's new status of political, administrative, economic and military centre of the new state. This great immigration wave — the population doubled in the first ten years after the war — worsened the already existent problem of inadequate housing.

Belgrade was one of the few European capitals that was on the frontline, and consequently it suffered enormous damage during the First World War. According to contemporary data, between 25% and 33% of the existing pre-war residences were destroyed in the 1914-1918 period<sup>1</sup>.

---

\* This paper has been written within the framework of the scholarly project *Modernization of the Western Balkans* (N.° 177009), financed by the Ministry of Education, Science and Technological Development of Republic of Serbia.

\*\* University of Belgrade, Faculty of Philosophy. nsamardz@f.bg.ac.rs.

\*\*\* University of Belgrade, Faculty of Philosophy. vabramov@f.bg.ac.rs.

\*\*\*\* University of Belgrade, Faculty of Philosophy. maja.vasiljevic@f.bg.ac.rs.

\*\*\*\*\* University of Belgrade, Faculty of Philosophy. hdajc@f.bg.ac.rs.

<sup>1</sup> VUKSANOVIĆ-MACURA, 2010: 151–173.

Therefore, after the end of the war, Belgrade experienced a huge influx of immigration. The capital's population was 112,000 in 1919 and 314,000 in 1939<sup>2</sup>. This was not only witnessed in Belgrade, however. All other major urban centers of the newly established Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes were subjected to a similar reality. It could be argued that this was actually a pan-European trend, considering that all other major cities of the Continent were subjected to a similar immigration influx<sup>3</sup>. In Belgrade, the disparity between the number of immigrants and the quantity of available apartments led to situations where newcomers were lodged in staircases, hallways, vestibules and even tents. These developments led to an abrupt increase of the building activity. During the following decade, two peaks can be observed: the first one happened between 1926–1928, while the second encompassed the 6 January Dictatorship of the King Alexander 1930–1932<sup>4</sup>. During these intervals, 13.21% (1927) and 12.5% (1932) more buildings have been constructed (Table 1)<sup>5</sup>.

**Table 1.** Construction of dwellings and population growth ratio in Belgrade 1919-1932<sup>6</sup>

Year	Constructed buildings	Ground floor only	The new buildings have apartments		Population
			Small	Large	
1919-20	100	61	118	125	
1921	172	99	250	177	111.740
1922	388	166	199	567	131.510
1923	405	157	879	798	145.462
1924	270	127	606	460	159.420
1925	236	108	409	271	173.375
1926	428	189	909	525	187.330
1927	612	215	1.040	1.029	201.285
1928	521	201	1.052	624	215.240
1929	280	109	542	400	229.195
1930	273	123	639	349	242.000
1931	531	244	910	796	260.000
Total	4.216	1.799	8.153	6.121	

<sup>2</sup> VUKSANOVIĆ-MACURA & MACURA, 2015: 9.

<sup>3</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

<sup>4</sup> Royal dictatorship started on January 6<sup>th</sup> 1929, when King Aleksandar I Karadjordjević dissolved the National Assembly, banned all political parties, trade unions, political rallies, introduced censorship, proclaimed ideology of the «integral Yugoslavism» and the country changed its name from Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes to the Kingdom of Yugoslavia. See further: PETRANOVIĆ, 1988.

<sup>5</sup> HERENDA, 1931: 402–407.

<sup>6</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

In Table 1 we can note two different aspects: first and foremost, the number of multi-storey buildings considerably surpassed the number of ground-floor buildings; secondly, there is parity between the number of large and small apartments. This will be further explored in this paper.

Although in the decade following the Great War there was significant increase in building activity, the number of newly built apartments were not sufficient for the high demand<sup>7</sup>. There was more than one method to try and solve this issue: a number of investors, contractors and rentiers decided to adapt courtyard areas, constructing improvised, and as a rule, unsanitary residences<sup>8</sup>. Another method originated from the citizens own initiative: they constructed houses illegally, mostly outside of the city premises. Therefore, numerous shanty towns filled with hovels and shacks sprung up. They had picturesque names, such as Yataghan-mala, Handgun-mala (*mala* or *mahala* was an old Arabic term for 'settlement' and it entered the Balkan languages via Ottoman Turkish), Prokop, Marinko's Pond, settlement Petar Mrkonjić (*Nom de guerre* of former Serbian king Peter Karadjordjević) among others<sup>9</sup>.

There are several interpretations of the origin of these names. Contemporary newspaper articles claimed that the name «Yataghan-mala» stems from the practice of residents who essentially usurped the state land overnight, «with yataghans». The second interpretation comes from the residents themselves, who claimed that an old yataghan was dug out when foundation was laid for one of the first houses<sup>10</sup>. Also, it is possible that these names were in place to remind us of how these settlements were constructed — illegally and overnight — that is, «with gun and knife». Practice of constructing shanty towns was a frantic and often violent activity, originating violent altercations between the builders themselves, and between builders and police. According to contemporary law, the city's authorities could not demolish a structure that had a roof, without proper court warrant. Obtaining warrants that granted permission to demolish involved arduous paperwork, therefore the police would generally allow the owners of roofed hovels to maintain their homes. Builders, on the other hand, attempted to finish the construction in a single night — often by constructing four pillars that could support a roof, and then improvising walls by hanging curtains, carpets or gluing cardboard. As already mentioned, such process often involved violence, as it is reflected in the contemporary expression: «Building by the gun and knife»<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> See a review of these settlements with pictures and plans of locations in Belgrade in: VUKSANOVIĆ-MACURA & MACURA, 2015. Many of them were Roma settlements too.

<sup>8</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

<sup>9</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

<sup>10</sup> VUKSANOVIĆ-MACURA, 2010: 151–173.

<sup>11</sup> VUKSANOVIĆ-MACURA, 2010: 151–173.

These settlements of hovels and shanties provide poor, unhygienic living conditions (Image 1). They lacked sanitation (sewers) and electricity, which additionally worsened the hygienic and health circumstances. According to findings of a contemporary inspection, 90% of the «houses» could have been demolished instantly. The situation was not better in Belgrade's downtown. On the contrary, the situation was quite identical, regardless of the new buildings and improvised abodes. For example, one of the alleys in the heart of the city (Kuzmanovićev pasaž) was filled with unsanitary dwellings (Image 2)<sup>12</sup>. This area was only partly residential, as there were also workshops and food facilities scattered without any plan. One of the characteristics of this alley was the complete lack of sanitation, i.e. toilets were located in the yard. The question of emptying and maintenance of cesspits had not been resolved, so it is particularly distressing to consider this particular scenario after downpours or protracted periods of summer heat<sup>13</sup>.

These abodes, like the already discussed shanty towns, were constructed in absolutely unhygienic conditions — according to research conducted by «Belgrade Municipal Gazette» (*Beogradske opštinske novine*) in 1931, improvised dwellings in the city centre were characterized in the following way: «without daylight, underground», «made of planks, erected in a former manure hole, dark and fetid», «roof leaks, floor rotten» (Images 3, 4)<sup>14</sup>. Although not all apartments were in such a disastrous state,<sup>15</sup> the number of unsanitary apartments significantly exceeded those that were suitable for housing. Even apartments in multi-story buildings made from materials of higher quality did not meet hygienic and sanitary conditions. The reason for this was the desire of investors and contractors to achieve the highest possible profit, so the buildings were constructed chaotically, without paying attention to sanitary and hygienic aspects; with large number of rooms with no access to daylight or ventilation<sup>16</sup>.

The important question was the price of rent, and to discuss this we first need to take a closer look into the financial capacity of Belgrade residents. The following lists shows the only Belgraders who had any stable income, because the remaining 46% were dependent persons, pupils, students, soldiers, convicts etc.<sup>17</sup>. On average, a family of four members needed to have a minimum income of 1800-1900 dinars. About 50% of Belgrade's 59 700 families had monthly income of less than 1800 dinars<sup>18</sup>.

---

<sup>12</sup> MILUTINOVIĆ, 1934: 446–448.

<sup>13</sup> VUKSANOVIĆ-MACURA, 2012: 77–86.

<sup>14</sup> ARANĐELOVIĆ, 1933: 447–448; DORĐEVIĆ, 1933: 453–455.

<sup>15</sup> VIDAKOVIĆ, 1933: 497–509.

<sup>16</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

<sup>17</sup> VIDAKOVIĆ, 1933: 497–509.

<sup>18</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

*Group of economically poor citizens**Officials and servants of all kinds — 24.697**Pensioners of all kinds — 5.302**Artisans of all kinds — 4.803**Farmers, small innkeepers and other small entrepreneurs — 2.453**Qualified workers — 45.926**Unqualified workers — 7.185**Apprentices — 4.093**Various servants (professional housewives, maids etc) — 9.779**Total: 104.238**Group of economically rich citizens**Retailers, industrialists, entrepreneurs and independent owners of various companies (hotels, large workshops, contractors and building works etc.) — 6.182**Doctors, lawyers, senior bureaucrats, private teachers, various liberal professions and residents of undetermined occupations («miscellaneous») — 2.183**Rentiers — 2.501**Total: 10.868*

It was estimated that the rent of small apartments (and those were the most sought after) was between 30% and 50% of average monthly income. The reason for this expensiveness can be seen in Table 1. There was a hyper production of large apartments that, in general, were inaccessible to Belgraders and remained unrented for a long time. However, there were not enough small apartments while there was a great demand for them, which raised the price of their rent<sup>19</sup>. Therefore, rents in Belgrade were among the highest in Europe<sup>20</sup> and as some calculations show, small apartments were even more expensive than large, if we consider the ratio between their price and cubic volume<sup>21</sup>.

## 1. HYGIENIC AND HEALTH CONDITIONS

Considering the processed data, it is evident that health and hygienic conditions in majority of Belgrade's apartments was terrible. The already mentioned popular small apartments (consisting of a single room and a kitchen) were generally overcrowded. On average, a family with four members lived in a space ranging between 6 and 8 m<sup>2</sup>; i.e. 10 to 15 m<sup>3</sup> of air. The lack of space was one of the main reasons behind the quick propagation of diseases. Research indicates that 85% of those diagnosed with tuberculosis

<sup>19</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

<sup>20</sup> VIDAKOVIĆ, 1932; ARANĐELOVIĆ, 1933: 447–448.

<sup>21</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

slept in the same room with a healthy person<sup>22</sup>. Two-fifths of that number slept in the same bed as children<sup>23</sup>. Consequently, child mortality was extremely high — 220 out of 1000 born<sup>24</sup>. Belgrade had one of the highest child mortality rates in the world at the time (Image 5)<sup>25</sup>.

**Table 2.** Comparison chart of mortality from tuberculosis and the average length of life of Belgraders by profession<sup>26</sup>

N.º	Profession	The percentage of deaths from tuberculosis of all deaths	The average length of life in years
	I		
1	Mechanics	42%	30,0
2	Carpenters	44%	33,4
3	Machinists and stokers	49%	47,0
4	Railway men, sailors, tram drivers, postmen	50,3%	48,7
5	Waiters	56%	27,0
6	Tailors	55%	29,0
7	Smiths	75,1%	36,0
8	Wheelwrights	75%	44,0
9	Plumbers	66%	30,5
10	Timber men	73%	42,0
11	Dyers	50%	30,5
12	Barbers	54,5%	42,0
13	Chauffeurs	75%	30,0
14	Cobblers	95,9%	35,2
15	Printmakers	78,9%	37,5
16	Maids	48,8%	21,6
	II		
17	State and municipal clerks	40,9%	47,0
18	Private clerks	52,1%	44,6
19	Lawyers, doctors, engineers and other liberal professions	20%	53,5
20	Traders	19,9%	56,0
21	Bankers and industrialists	17,3%	58,0

In 1930, Belgrade's anti-tuberculosis dispensary established that, among 4665 surveyed apartments, 54% were unusable, while 46% were in usable condition<sup>27</sup>. In total, tuberculosis was the cause of death of every fourth citizen of Belgrade<sup>28</sup>. We

<sup>22</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

<sup>23</sup> ĐORĐEVIĆ, 1933: 453–455.

<sup>24</sup> GAJIĆ, 1935: 85–89.

<sup>25</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>26</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>27</sup> VIDA KOVIĆ, 1932; BULI, 1934: 68–85.

<sup>28</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

can see that people who lived in better conditions, with access to the best healthcare services, lived on average for 58 years. The worst-off were maids and servants, who on average lived only 21 years. If we compare this data with mortality rates in other countries, the conclusions are staggering: of 100 000 people in Denmark, 72 died from tuberculosis; in Canada this number was 88; in Netherlands 100; England 106; Germany 133; Norway 156. In Belgrade that number was 338, while the average of the Kingdom of SCS/Yugoslavia was 408<sup>29</sup>.

According to data collected by physiologists in the observed period, each citizen of Belgrade was infected with tuberculosis at least once from the moment of birth to the age of twenty. The illness was most lethal in the first three years, being the main cause of death among children (70%-80%) (Table 3). Those fortunate enough not to contract the disease at such an early age had a chance to survive, i.e. their immune system could prevail. There was a third group of people, who developed chronic tuberculosis; they usually succumbed to illness between age of twenty and thirty<sup>30</sup>.

**Table 3.** Infant mortality compared to live-born infants and overall mortality<sup>31</sup>

Year	Live born children	Stillborn children	Died in the first year of life	Died before the completion of the first year in ‰	Mortality of live births in %	General mortality	Infant mortality in ‰ of the general mortality
1927	3792	180	669	176	17.6	3564	22.8
1928	4179	148	652	156	15.6	3760	20.2
1929	4923	145	720	146	14.6	3436	20.9
1931	4130	134	597	144	14.4	3471	17.2
1932	4076	95	666	163	16.3	3396	19.6
1933	3754	169	524	139	13.9	3156	16.6

According to another statistic, 90% of school-aged children was infected with some form of tuberculosis, and of the children among these who were patients at Belgrade's state hospital, 43% had the disease<sup>32</sup>. What was the reason for such high levels of infection and mortality? Besides the already mentioned poor housing conditions, which made Belgrade a focal point of tuberculosis, the issue of inadequate and insufficient nutrition further contributed to this problem. Chronic hunger and malnutrition were fertile ground for the development and spread of the disease<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>30</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>31</sup> GAJIĆ, 1935: 85–89.

<sup>32</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>33</sup> HERENDA, 1935: 631–635.

## 2. SYPHILIS AND OTHER STDS

Besides tuberculosis, syphilis also had the status of endemic disease in Belgrade<sup>34</sup>. It was not transferred only by sexual contact. For example, unhygienic barber shops provided a high probability of infection<sup>35</sup>. Cobblers were among the most likely to contract the disease — over 90%. The reason lies in their working practice, because it was customary for them to share nails from a mutual box. They would take a handful of nails and put them in their mouths. If some nails remained after the work was done, they would be returned to the box. Nails would create small injuries on mucous membranes of the mouth and therefore facilitate the spreading of the infection. Similar practices were common among carpenters as well, being another professional occupation with high infection rates<sup>36</sup>.

The other way of spreading syphilis was in its classical form — by sexual contact. Recent research confirmed that sex work and syphilis spread rapidly during and after the years of the Great War<sup>37</sup>. According to contemporary researchers, the main culprit was prostitution, both public and secret. This is an interesting division: public prostitution was done by registered (though not legalized) prostitutes, who practiced it as an only means of income<sup>38</sup>. The other, hidden or secret prostitution, was considered the main vehicle of syphilis' dispersion. According to the Serbian data, illegal sex work was responsible for almost 80% of all infections<sup>39</sup>. This sort of sexual work was considered an *auxiliary* activity, a way of girls and women having a source of income<sup>40</sup>. Data from the institute for venereal diseases shows that 73% of female patients treated for gonorrhoea were married, while syphilis accounted for 37.4% of families treated for STD's in 1930 (which is an increase of 18% when compared to 1929)<sup>41</sup>.

## 3. NUTRITION

Residents of Belgrade suffered from chronic hunger and malnutrition. According to contemporary calculations, a grown man's daily needs were 4000 calories and 100

<sup>34</sup> Syphilis was a top international topic on the most important scientific events of that time. For example, on the 1<sup>st</sup> Congress of the Pan-Slavic Association of Dermatovenereologists in Warsaw (1929) and the 2<sup>nd</sup> Congress of the Pan-Slavic Association of Dermatovenereologists in Belgrade in 1931 under the presidency of Prof. Đorđe Đorđević (Head of Clinic for Skin and Venereal Diseases from 1922 to 1935), over 60% of papers were on syphilis (See: TSIAMIS *et al.*, 2016).

<sup>35</sup> VIDAKOVIĆ, 1931.

<sup>36</sup> VIDAKOVIĆ, 1931; PETROVIĆ, 1933: 570–573.

<sup>37</sup> The Clinic for Skin and Venereal Diseases was founded in Belgrade in 1922, but with no capacity for in-patient treatment (LALEVIĆ-VASIĆ & JOVANOVIĆ, 2010: 27). In 1926, the Serbian Health Authorities issued temporary measures for the prevention of venereal diseases; in 1931 and 1934 laws on eradication of endemic syphilis and on venereal diseases were passed (MILOVANOVIĆ, 1933; LALEVIĆ-VASIĆ & JOVANOVIĆ, 2010: 27); On Syphilis in the Balkans see: TSIAMIS *et al.*, 2016.

<sup>38</sup> VIDAKOVIĆ, 1931; PETROVIĆ, 1933: 570–573.

<sup>39</sup> TSIAMIS *et al.*, 2016: 7.

<sup>40</sup> VIDAKOVIĆ, 1931.

<sup>41</sup> VIDAKOVIĆ, 1931.

grams of protein. On average, daily intake was about 700 calories under the estimated necessary caloric requirements<sup>42</sup>. Belgrade residents did not only suffer from insufficient intake of calories; but also the quality of the food was often under satisfactory levels. Bread was the staple of the poorer resident's diet and was of terrible quality. According to the results of an official survey, 96% of bakeries in Belgrade did not meet basic hygienic conditions<sup>43</sup>. At that time, Belgrade had four industrial bakeries and about 300 small, privately owned bakeries. The bread was coated with a brush of questionable quality (in order to get dextrin glaze); it was covered with unclean sack cloths; 89% of workers slept in departments where dough was being kept, while the rest stayed in basements, attics and among shelves. The majority of these bakeries were built in dark and polluted rooms, often below the ground level. Bakeries operated night and day, employees worked 18 hours per day and were the worse paid among all workers in Belgrade<sup>44</sup>. These appalling conditions promoted tragic consequences: 37.6% of bakery workers suffered from various physical deformities and were extremely undernourished in addition, with caloric deficits between 1600 and 2000 calories per day. Therefore, the conclusion that bakery staff were «starving male slaves» was fully justified<sup>45</sup>.

**Table 4.** Nutrition of a Belgrade resident in the course of one year (for the year 1929)<sup>46</sup>

<b>Consumption of a single Belgrader</b>	<b>Minimum according to science</b>	<b>Chronic deficiency in nutrition of a single Belgrader</b>
Meat of all kinds 49 kg Vegetables 107 kg Milk 75 kg Sugar 18 kg Alcohol 77 kg	Meat of all kinds 80 kg Vegetables needed 270 kg Milk needed 200 kg Sugar needed 30 kg Alcohol needed ¾ nothing	Meat deficiency 31 kg Vegetables deficiency 163 kg Milk deficiency 125 kg Sugar deficiency 12 kg Harmful alcohol intake 77 kg

Milk supply in Belgrade was also an issue. The city was supplied by a chain of middlemen and milkmen who would buy the milk from farmers and then sell it from door to door. The system was problematic for several reasons: first of all, manufacturers themselves (farmers from Belgrade's vicinities) have inexpertly conducted the milking process, polluting the milk in unclean stables, with dirty hands and vessels<sup>47</sup>. The problem was exacerbated by middlemen who had the milk further watered down in order to increase their profit. The milk was diluted with water from taps and wells on the outskirts of Belgrade which were usually bacteriologically contaminated. A survey from the Central hygiene Bureau showed that out of 500 samples of milk sold on the

<sup>42</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

<sup>43</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

<sup>44</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

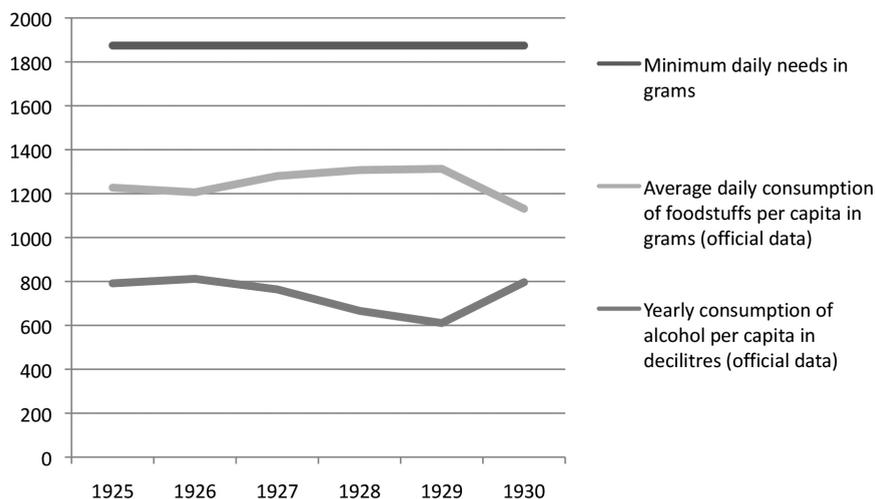
<sup>45</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>46</sup> VIDA KOVIĆ, 1931.

<sup>47</sup> VIDA KOVIĆ, 1932.

market, 275 were contaminated with *E. coli* bacteria and other germs<sup>48</sup>. It is clear that the milk that Belgradians were drinking was not only non-nutritive due to the small percentage of milk fat, but a health hazard due to its exposure to bacteria.

Graphic 1. Comparative statistics of nutrition and alcoholism in Belgrade<sup>49</sup>



Meat supply was a similar situation. A considerable part of the problem was the involvement of informal cartel traders and middlemen which consequently resulted in highly increased prices. The purchase price of meat was on average one-fifth of its selling price<sup>50</sup>. Bearing in mind the low purchasing capacity of the population, it was impossible for the average citizen to afford meat apart from very rare occasions. According to calculations for the 1919-1925 period, the average yearly consumption of meat amounted to 60 kilograms per citizen; while that from 1925 to 1931 amounted to 44 kilograms, or about 120 grams per day. Since it was considered that the daily needs of an adult man were 250 grams of meat, then the daily deficit was slightly over 50%<sup>51</sup>.

<sup>48</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

<sup>49</sup> VIDAKOVIĆ, 1931.

<sup>50</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

<sup>51</sup> VIDAKOVIĆ, 1932.

#### 4. UNSOLVABLE PROBLEM OF HOUSING AND DISEASES IN BELGRADE

After the Great War,

*the risk of diseases and epidemics increased by the fact that the city was destroyed during the war, in anyway poor urban infrastructure (water and sewage, lighting, etc.) was out of order. In such conditions it is almost impossible to practice preventive medicine, which is essential to the health of every human community. Treatment was also associated with material costs. Private doctors were not enough and, on the other hand, there were too many people who could not afford their services. Belgrade found how difficult health care reform and the fight against the power of «traditional» treatment is, how it is quackery and magic<sup>52</sup>.*

According to official statistics, 35% of physicians lost their lives in the Great War<sup>53</sup>.

To summarize his review on the health context in interwar period, the historian Ranka Gašić observed:

*After 1918 Belgrade's population grew quickly, and in only five years its number was four times bigger than before the Great War. The city was mostly populated by poor peasants and workers-to-be, who lived in appalling conditions. Given that the health standards were low even before the war, this fact also contributed to the worsening of sanitary conditions in the city. Doctors, nurses and health institutions were scarce before the war, and it was only after 1918 that the Ministry for health and social issues was established in the new founded Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes (later Yugoslavia). The General State Hospital in Belgrade could not meet the growing demand for health institutions; therefore, the City Council of Belgrade and the Nikola Spasić Foundation initiated in 1929 the founding of the Belgrade City Hospital.*

In 1929, the Municipality of the City of Belgrade formed the Department of Social and Health Care, with a special office that focused on sanitary facilities<sup>54</sup>. Despite the Medical Faculty of the University of Belgrade introducing, in 1920, innovative methods and employed some of the most modern attitudes to tackle health problems<sup>55</sup>, and the

<sup>52</sup> GAŠIĆ, 2012: 63; See also: SIMIĆ, 1936a; SIMIĆ, 1936b.

<sup>53</sup> LALEVIĆ-VASIĆ & JOVANOVIĆ, 2010: 26; See also: MILOVANOVIĆ, 1933.

<sup>54</sup> GAŠIĆ, 2010: 63, 75.

<sup>55</sup> For example, the dean of the Medical Faculty employed Andrija Štampar (1888–1958), an ambitious man familiar with the international health problems and tendencies, and later one of the founders of the World Health Organization and distinguished scholar and personality of social medicine from Croatia. From 1924 he was member of many

construction of many important official medical institutions<sup>56</sup>, the real and considerable health problems of Belgrade citizens increased.

In addition to cases of personal legacy of rich citizens of Belgrade<sup>57</sup>, we can agree with the opinion that cooperation between private and municipal initiatives resulted in some improvement of the housing conditions, but the «question of health, social care and general quality of life of the broad mass of the population appears as a completely new issue in Serbian and Yugoslav societies after World War», and «the country is far from able to respond to the task and in this regard, which was certainly very complex, so that this area has been left largely to private initiative»<sup>58</sup>. According to the research presented in this chapter, writings of contemporary scholars of interwar Belgrade in «Belgrade Municipal Gazzete», confirm that the period of the January 6<sup>th</sup> Dictatorship (1929–1934) of the King Alexander Karađorđević was a time of increased social and health crisis. It was also a period where the issue of the placing of the growing number of immigrants was not solved. With the absence of party, trade union and other activism in the public sphere of Belgrade, as a result of the dictatorship, the experts exhibited their opinion and expertise in official publications and studies, and by that they consciously or unconsciously searched for solutions by linking private and municipal initiatives. Upon the bloody completion of Dictatorship with the King's death, Belgrade was confronted with a number of foreign and internal policy problems in the late 1930s, and soon also with new wave of immigration. The only established network of medical institutions in Belgrade could not face the increased number of citizens, the expansion of the city and the illegal construction of unhealthy «wild settlements».

---

international health institutions such as the League of Nations Health Organization and received grants from the Rockefeller foundation.

<sup>56</sup> After the Great War, central clinic service introduced emergency transport of injured and contagious patients. Since 1923, it has organized as a station for rescue and ambulance. The Medical Department was reorganized in 1926, including a rescue team with increased staff and transport. In 1928, there was an increase of the number of clinics in the periphery and the division of medical services in regions, which separated preventive from curative medicine. (GAŠIĆ, 2012: 64–65).

<sup>57</sup> There were examples of charities: *Socijalna hronika. Novi stanovi za opštinsku sirotinju: Zadužbina Perse R. Milenković*. «Beogradske opštinske novine», n.º 6, 611–612; Information on the Spasić family fund and Belgrade City Hospital can be found in GAŠIĆ, 2010.

<sup>58</sup> GAŠIĆ, 2010: 75.



Fig. 1. Hovels of the urban poor



Fig. 2. Surveyed apartments/downtown hovels



Fig. 3. Surveyed apartments



Fig. 4. Surveyed apartments



Fig. 5. One of Belgrade's unhygienic rooms — a hotbed of tuberculosis

## BIBLIOGRAPHY

- ARANĐELOVIĆ, Đ (1933) – *O malim stanovima u Beogradu* [The issue of small apartments in Belgrade]. «Beogradske opštinske novine» [Belgrade Municipal Gazette], vol. 51, n.º 7–8, p. 447–448.
- BOROWY, Iris; GRUNER, Wolf D, ed. (2005) – *Facing Illness in Troubled Times: Health in Europe in the Interwar Years, 1918–1939*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- BULI, M (1934) – *Javna higijena* [Public hygiene]. «Beogradske opštinske novine», vol. 25, n.º 1–3, p. 68–85.
- DORĐEVIĆ, M (1933) – *Značaj malih radničkih stanova za antituberkuloznu profilaksu* [The significance of small worker's apartments for antituberculosis prophylaxis]. «Beogradske opštinske novine», vol. 51, n.º 7–8, p. 453–455.
- GAJIĆ, M (1935) – *Smrtnost odojčadi u Beogradu* [Mortality of infants in Belgrade]. «Beogradske opštinske novine», vol. 53, n.º 2, p. 85–89.
- GAŠIĆ, Ranka (2009) – *Urbanizacija međuratnog Beograda-primer naselja 'Kotež Neimar'* [Urbanisation of interwar Belgrade – the example of settlement Kotež Neimar]. «Istorija 20. Veka» [History of 20<sup>th</sup> century], n.º 27, p. 53–66.
- \_\_\_\_ (2010) – *Problemi teritorijalnog širenja Beograda između dva svetska rata*. [The problems of territorial expansion of Belgrade between World Wars]. «Istorija 20. Veka», n.º 3, p. 57–68.
- \_\_\_\_ (2012) – *Osnivanje Gradske bolnice u Beogradu 1935* [The Founding of the Belgrade City Hospital in 1935]. «Istorija 20. Veka», n.º 1, p. 63–76.
- HERENDA, A. B. (1931) – *Koliko i kako se zidalo u Beogradu od od 1919 god. do danas* [How much and how the construction was done in Belgrade from 1919 till present]. «Beogradske opštinske novine», vol. 51, n.º 6, p. 402–407.

- \_\_\_\_ (1934) — *Osnovne potrebe, prihodi i ishrana Beograđana* [Basic needs, income and nutrition of Belgraders]. «Beogradske opštinske novine», vol. 52, n.º 9, p. 631–635.
- LALEVIĆ-VASIĆ, Bosiljka; JOVANOVIĆ, Marina (2010) – *History of Dermatology and Venereology in Serbia-part IV/3: Dermatovenereology in Serbia from 1919–1945*. «Serbian Journal of Dermatology and Venereology», vol. 2, n.º 1, p. 111–116.
- MILOVANOVIĆ, V., ed. (1933) – *Medicinski godišnjak Kraljevine Jugoslavije* [Annual Medical Report of the Kingdom of Yugoslavia]. Beograd Jugoreklam K.D.
- MILUTINOVIĆ, S (1934) – *Pitanje samačkih stanova* [The issue of bachelor apartments]. «Beogradske opštinske novine», vol. 25, n.º 6, p. 446–448.
- PETRANOVIĆ, Branko (1988) — *Istorija Jugoslavije* [History of Yugoslavia]. Belgrade: Nolit, 1 vol.
- PETROVIĆ, B. R. (1933) – *Problemi suzbijanja sifilisa u Beogradu* [The problems of combating syphilis in Belgrade]. «Beogradske opštinske novine», vol. 21, n.º 9, p. 570–573.
- SIMIĆ, Tihomir (1936a) – *Nekoliko važnijih sanitetsko-higijenskih problema Beogradske opštine* [Several major medical and hygiene problems of Belgrade municipality]. «Beogradske opštinske novine», n.º 6-7, p. 562–565.
- \_\_\_\_ (1936b) – *Sanitetsko higijenski problemi Beograda II* [Medical hygiene problems of Belgrade]. «Beogradske opštinske novine», n.º 10-11, p. 694–703.
- SOCIJALNA HRONIKA. *Novi stanovi za opštinsku sirotinju: Zadužbina Perse R. Milenković* [New apartments for municipal poor: Endowment of Persa R. Milenković]. «Beogradske opštinske novine», n.º 6, p. 611–612.
- TSIAMIS, Costas; VRIONI, Georgia; POULAKOU-REBELAKOU, Effi e; GENNIMATA, Vasiliki; MURDJEVA, Mariana A; TSAKRIS, Athanasios (2016) – *Medical and Social Aspects of Syphilis in the Balkans from the mid-19th Century to the Interwar*. «Folia Medica», vol. 58, n.º 1, p. 5–11.
- VIDAKOVIĆ, S. Ž. (1931) – *Tuberkuloza i sifilis sa gledišta socijalne politike* [Tuberculosis and syphilis from the standpoint of social policy]. Beograd: S. B. Cvijanović.
- \_\_\_\_ (1932) – *Naši socijalni problemi* [Our social problems]. Beograd: Izdavačka knjižarnica Gece Kona.
- \_\_\_\_ (1933) – *Jedan sudbonosan problem: rezultati ankete o radničkim stanovima* [A fateful problem: results of the workers' apartment survey]. «Beogradske opštinske novine», vol. 51, n.º 7–8, p. 497–509.
- VUKSANOVIĆ-MACURA, Zlata M. (2010) – *Jatagan-mala — nastanak, razvoj i nestanak jednog od najpoznatijih beogradskih sirotinjskih naselja* [Yataghan-mala — the origins, development and disappearance of the best known Belgrade slum]. «Godišnjak Grada Beograda», n.º 57, p. 151–173.
- \_\_\_\_ (2012) – *Rentijerski stanovi za siromašne Beograđane, 1919–1941* [Rentier's apartments for poor Belgraders 1919–1941]. «Zbornik Muzeja primenjene umetnosti», n.º 8, p. 77–86.
- VUKSANOVIĆ-MACURA, Zlata; MACURA, Vladimir (2015) — *Живот на ивици: Становање београдских Рома 1918-1941* [Living on the edge: Housing of Belgrade Roma 1918-1941]. Belgrade: Serbian Academy of Sciences and Arts.

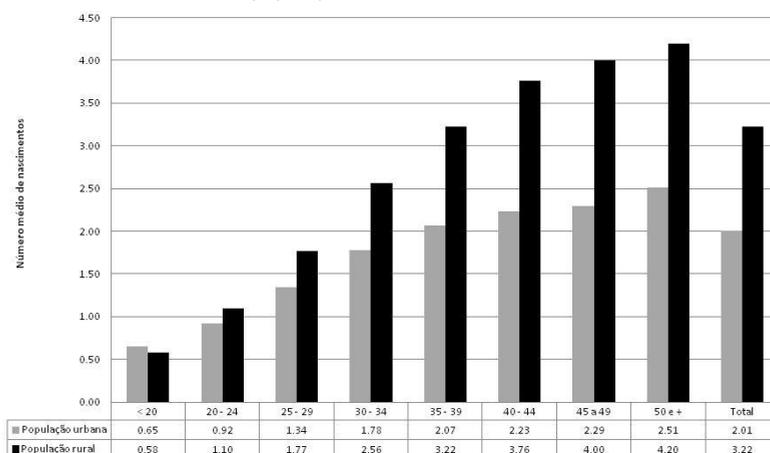
# AS CIDADES COMO ESPAÇOS DE TRANSFORMAÇÃO DA NATALIDADE NA ÉPOCA CONTEMPORÂNEA: INFLUÊNCIA DA MOBILIDADE GEOGRÁFICA NA REGULAÇÃO DA CAPACIDADE REPRODUTIVA DAS POPULAÇÕES

RUI LEANDRO MAIA\*

## 1. MIGRAÇÕES, NUPCIALIDADE E REPRODUÇÃO EM MEIO URBANO

A observação, para 1960, demonstra comportamentos de fecundidade diferenciados no País entre meio urbano, 2,01 filhos, e meio rural, 3,22 filhos, com associação a idades das mulheres ao primeiro casamento<sup>1</sup> (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Número médio de filhos nascidos por mulher casada, população urbana e população rural, Censo de 1960



Fonte: LIVI BACCI, 1971: 111 (adaptado)

\* Researcher at UFP Energy, Environment and Health Research Unit (FP-ENAS), Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. rlmaia@ufp.edu.pt.

<sup>1</sup> LIVI BACCI, 1971.

Até que ponto a redução dos nascimentos se associou mais à nupcialidade e às migrações do que à contraceção?

As migrações influenciaram a diminuição da reprodução nos espaços urbanos?

A idade média dos migrantes ao primeiro casamento é superior à dos nativos<sup>2</sup>, como consequência das condições de vida nas cidades e da ligação com os familiares presentes nos espaços de origem<sup>3</sup>.

Existe, por outro lado, «segmentação» homogâmica do mercado matrimonial pela origem geográfica<sup>4</sup>.

A associação entre origem geográfica e comportamentos reprodutivos remete para as seguintes hipóteses:

**(i) Socialização.** Os migrantes refletem preferências de reprodução dominantes no ambiente de infância, existindo, embora, tendência de aproximação de comportamentos na geração subsequente à fixação ao espaço de acolhimento<sup>5</sup>. Apesar de associações entre reprodução e condições socioeconómicas — com os detentores de maiores rendimentos a terem menos filhos — não existe linearidade porque os detentores de menores rendimentos são, sobretudo, de origem rural e portadores de uma socialização de infância diferente. As mulheres oriundas de meios rurais, na cidade de Detroit, apresentam maior capacidade reprodutiva do que as nativas, podendo as diferenças advir de não disporem de idênticas condições socioeconómicas. Dados referentes aos EUA indicam que a relação contrária entre maior número de nascimentos e menor rendimento disponível se extingue quando se considera apenas a população nativa das cidades<sup>6</sup>. A aquisição de um padrão de reprodução consentâneo com o dominante nas cidades tende a ocorrer no tempo<sup>7</sup> e as diferenças socioeconómicas, migrantes-nativos, esbatem-se entre gerações, permanecendo no entanto em níveis superiores a capacidade reprodutiva dos primeiros<sup>8</sup>. A primeira geração de italo-americanos manteve comportamentos reprodutivos específicos que diminuíram e se tornaram semelhantes à dos nativos na segunda geração<sup>9</sup>. Foram encontrados resultados próximos nos mexicano-americanos<sup>10</sup> e, para os EUA, não se encontram evidências

---

<sup>2</sup> DUPAQUIER, 1981; PERRENOUD, 1994: 12-15.

<sup>3</sup> ANDERSON, 1971; GARDEN, 1975.

<sup>4</sup> MAIA, 2003; LYNCH, 1996: 203-223; PERRENOUD, 1994: 12-15; ORIS, 2000: 391-413; ORIS, 2003: 187-215.

<sup>5</sup> Esta hipótese, que analisa, para áreas urbanas, os efeitos das diferenças socioeconómicas na reprodução, está nos trabalhos de GOLDBERG, 1959: 214-222; GOLDBERG, 1960: 23-36.

<sup>6</sup> FREEDMAN & SLESINGER, 1961: 161-173.

<sup>7</sup> DUNCAN, 1965: 240-249.

<sup>8</sup> MCGIRR & HIRSCHMAN, 1979: 27-35.

<sup>9</sup> ROSENWAITE, 1973: 271-280.

<sup>10</sup> STEPHEN & BEAN, 1992: 67-88.

de mudanças nos comportamentos reprodutivos para a maioria dos imigrantes que mantêm diferenciação de padrões face aos nativos<sup>11</sup>.

**(ii) Adaptação.** Os migrantes assemelham-se no tempo aos padrões de reprodução das sociedades de acolhimento. Os migrantes rurais apresentaram, para Porto Rico, idêntica capacidade reprodutiva do que a população urbana nativa<sup>12</sup>. Semelhantes foram os comportamentos identificados na Tailândia, especialmente em Bangkok, que apresenta níveis de fertilidade inferiores aos autóctones<sup>13</sup>. A migração rural-urbana, para a Coreia, traduz menor capacidade reprodutiva face à dos nativos<sup>14</sup>. No México demonstrou-se que se processa uma adaptação rural-urbana<sup>15</sup>, o mesmo não se verificando na República dos Camarões, porventura pela tardia TD. Parece existir suporte para a verificação da hipótese da adaptação no contexto africano, em seis países, de que a capacidade reprodutiva dos migrantes diminuiu em todos e se manteve baixa no longo prazo entre a maioria deles. O declínio da fertilidade dos migrantes pode ser atribuído a uma melhoria de qualidade de vida e a um aumento do uso de contraceptivos<sup>16</sup>. Foram feitas descobertas anteriores, pelo estudo da fertilidade, de migrantes rurais em treze países africanos<sup>17</sup>, no Brasil<sup>18</sup> ou na Nova Guiné<sup>19</sup> todas traduzindo o impacto das migrações na reprodução.

Esta hipótese parece viável entre intervalos genésicos, embora, no limite, não se tenda a assistir à padronização de comportamentos, numa mesma geração, como sugerem abordagens realizadas para Portugal: os migrantes de primeira geração mudam comportamentos mas distanciam-se do padrão dos nativos<sup>20</sup>.

Em estudo, para o Paquistão, sobre o primeiro intervalo intergenésico para mulheres casadas testam-se os efeitos do nível de educação, da duração do casamento, da residência urbana ou rural e do uso corrente da contraceção sobre o espaçamento entre os nascimentos do primeiro e do segundo filhos e conclui-se que o uso da contraceção parece não explicar o comportamento das mulheres e que as residentes nos espaços urbanos têm os segundos filhos quatro meses, em média, após as residentes nos espaços rurais<sup>21</sup>. As diferenças são notadas, para

<sup>11</sup> KAHN, 1994: 501-519.

<sup>12</sup> MYERS & MORRIS, 1966: 85-96.

<sup>13</sup> GOLDSTEIN, 1973: 225-241.

<sup>14</sup> FARBER & LEE, 1984: 339-345.

<sup>15</sup> LEE & POL, 1993: 3-26.

<sup>16</sup> BROCKERHOFF & YANG, 1994: 19-43.

<sup>17</sup> BROCKERHOFF, 1995: 347-358.

<sup>18</sup> HERVITZ, 1985: 293-317.

<sup>19</sup> UMEZAKI & OHTSUKA, 1998: 411-422.

<sup>20</sup> MAIA, 2003.

<sup>21</sup> RAAJPOOT, 1996: 69-82.

a Jordânia, tendendo a esbater-se nos intervalos genésicos entre demais filhos<sup>22</sup>. A capacidade reprodutiva nas cidades é menor do que nos campos, embora alguns estudos demonstrem que as probabilidades de nascimento de um segundo filho em menor tempo são maiores nas cidades. As diferenças estarão relacionadas com a influência que, nas cidades, os migrantes exercem ao manterem inalterado o padrão de reprodução dos espaços de origem<sup>23</sup>, o que, ao verificar-se, reforça mais a hipótese de socialização do que a hipótese de adaptação.

**(iii) Seleção.** Os comportamentos reprodutivos dos migrantes tendem a ser mais semelhantes aos padronizados nas sociedades de acolhimento<sup>24</sup>, em virtude da adoção de uma certa seletividade ou ajustamento<sup>25</sup>.

Para San Juan, Porto Rico, os migrantes apresentaram níveis mais baixos de fertilidade do que a população rural e do que os nativos urbanos<sup>26</sup>. A sua maior taxa de atividade e o nível de escolaridade mais elevado explicam diferenças. O casamento e a reprodução precoces, nas áreas rurais, podem ser vistos como obstáculos para a mobilidade ascendente, motivando o adiamento do casamento e da reprodução e o incremento de estudos superiores e a migração para a capital. Os migrantes, na cidade, apresentam comportamentos diferenciados de nupcialidade e de reprodução, que acentuam em situações em que a constituição das famílias se assume pela homogamia com base nos espaços de origem<sup>27</sup>. Outros trabalhos discutem a questão da seletividade migrante<sup>28</sup>. A análise longitudinal mostrou, para a França, que a migração para a cidade conduz à redução da fecundidade, enquanto a migração para os meios rurais a aumenta<sup>29</sup>.

**(iv) Rutura.** Os migrantes apresentam níveis baixos de reprodução devido a fatores perturbadores associados a condições de vida desfavoráveis.

A capacidade reprodutiva, na Tailândia, não era muito diferente da dos nativos<sup>30</sup>, embora o mesmo não se passe em relação à dos migrantes recentes, há menos de cinco anos, que é menor, em consequência da rutura resultante da separação conjugal, tendo o padrão de abaixamento continuidade, ao longo do ciclo de fecundidade, pela sua inserção no modo de vida urbano<sup>31</sup>. Parece demonstrar-se

<sup>22</sup> ABDULLAH, 1983.

<sup>23</sup> RAAJPOOT, 1996: 69-82.

<sup>24</sup> MYERS & MORRIS, 1966: 85-96.

<sup>25</sup> GOLDSTEIN, 1973: 225-241.

<sup>26</sup> MACISCO & BOUVIER, 1970: 51-70.

<sup>27</sup> MAIA, 2003.

<sup>28</sup> GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1981: 265-281.

<sup>29</sup> COURGEAU, 1989: 123-146.

<sup>30</sup> GOLDSTEIN, 1973: 225-241.

<sup>31</sup> GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1981: 265-281.

a existência de uma fertilidade muito baixa dos migrantes durante os primeiros anos de fixação na cidade em vários países africanos, resultante da separação de cônjuges e do alongamento dos intervalos de nascimentos dos filhos<sup>32</sup>.

Um estudo sobre a formação da família e casa própria, na Alemanha Ocidental e na Holanda, demonstrou a existência de um aumento das taxas de primeiro parto logo após os casais se mudarem para a casa própria. Parece não haver dúvidas quanto ao paralelismo entre desenvolvimento urbano e baixos índices de reprodução<sup>33</sup>.

A adoção pelas classes mais baixas provenientes dos meios rurais permitiu, por sua vez, uma homogeneização de comportamentos nos meios urbanos, não no sentido de se tornarem equivalentes às classes médias e altas, mas por permitirem a estas, que no passado tinham menos filhos, poderem aumentar a reprodução<sup>34</sup>. Os migrantes são dinamizadores de padrões de comportamentos, sem os filiar-mos à determinação da adoção de contraceptivos. Sujeitos a constrangimentos, repensam a estratégia de reprodução e criam rutura com o padrão caracterizador das sociedades de origem.

Faz sentido que se observem os intervalos protogenésicos, a partir do oitavo mês do casamento, e intergenésicos, entre o primeiro e o segundo filhos.

Se admitirmos que a condição de migrante representa a adoção de comportamentos diferenciados face aos autóctones, admitimos, como adiante se explora, distanciamentos ou aproximações pelos perfis de famílias segundo origens geográficas dos cônjuges.

## 2. FONTES E PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

São utilizados registos do Bonfim, paróquia da cidade do Porto, entre 1940 e 1969, para os casamentos, e, entre 1940 e 1999, para os batismos, em famílias que puderam fechar o ciclo reprodutivo<sup>35</sup>.

São fixadas tipologias de famílias segundo as origens geográficas dos residentes na cidade:

- Os dois cônjuges naturais da cidade do Porto, Tipo 1;
- Os dois cônjuges naturais de fora, Tipo 2;
- O homem natural de fora e a mulher natural do Porto, Tipo 3;
- O homem natural do Porto e a mulher natural de fora, Tipo 4.

<sup>32</sup> BROCKERHOFF, 1995: 347-358.

<sup>33</sup> MULDER & WAGNER, 2001: 137-164.

<sup>34</sup> MICHEL, 1983.

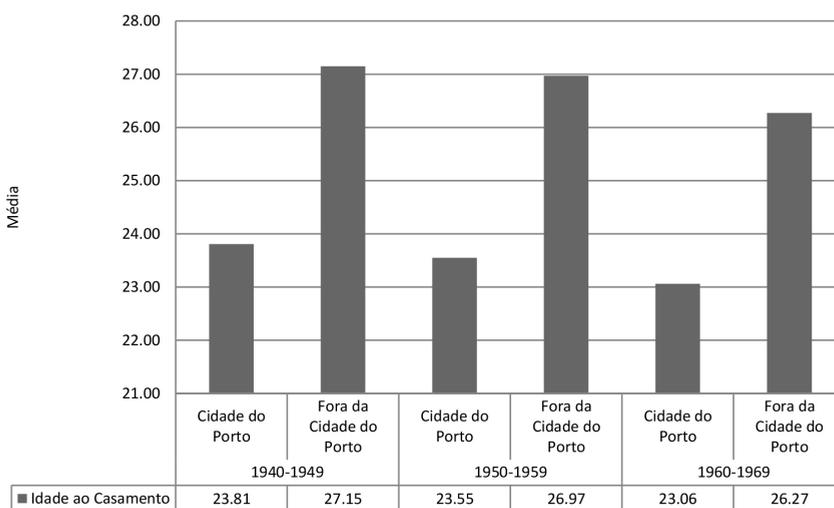
<sup>35</sup> O processo de escolha dos indivíduos fez-se por amostragem sistemática com reconstituição de famílias a partir dos registos de casamento: dos livros de casamento, entre 1940 e 1969, foram retirados um em cada três e, das fichas abertas, foram registados os batizados realizados na paróquia entre 1940 e 1999. Quer isto dizer que os casais que contraíram matrimónio em 1969, último ano de abertura de ficha de família, foram ainda acompanhados por trinta anos, ou seja, até 1999, garante de fechamento do ciclo reprodutivo das mulheres observadas.

A origem geográfica constitui a variável independente pela qual se testa a hipótese da existência de diferenças significativas dos comportamentos observados<sup>36</sup>.

### 3. RESULTADOS

Regista-se um decréscimo da idade média ao primeiro casamento que mantém praticamente a distância entre naturais e migrantes (Gráfico 2).

Gráfico 2. Idade ao Casamento das mulheres por origem geográfica e por décadas



Fonte: Registos Paroquiais de Casamento do Bonfim 1940-1969

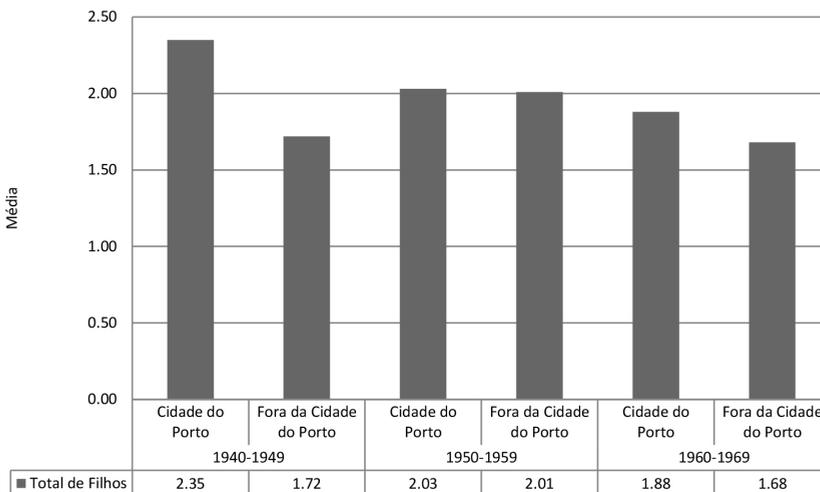
A associação estatística das origens geográficas das mulheres evidencia diferenças significativas ( $p < ,05$ ). Sempre regulares na relação entre naturais da cidade do Porto, que casam mais cedo, e migrantes, que casam mais tarde.

Na década de 1940-49 esse retardamento repercute-se na diferença do número médio de filhos por mulher em período fértil.

O número médio de filhos das mulheres migrantes é inferior ao das naturais (Gráfico 3). Evidente na década de 1940 ( $p < ,05$ ), quase similar na de 50, com retoma de distanciamento na de 60, porventura mais por razões de carestia de vida.

<sup>36</sup> Hipótese testada pelo recurso ao teste t e à análise de variância e a associação complementar do teste de Tukey e de associação de valores em subconjuntos homogéneos, (Vd. PESTANA & GAGEIRO, 1998).

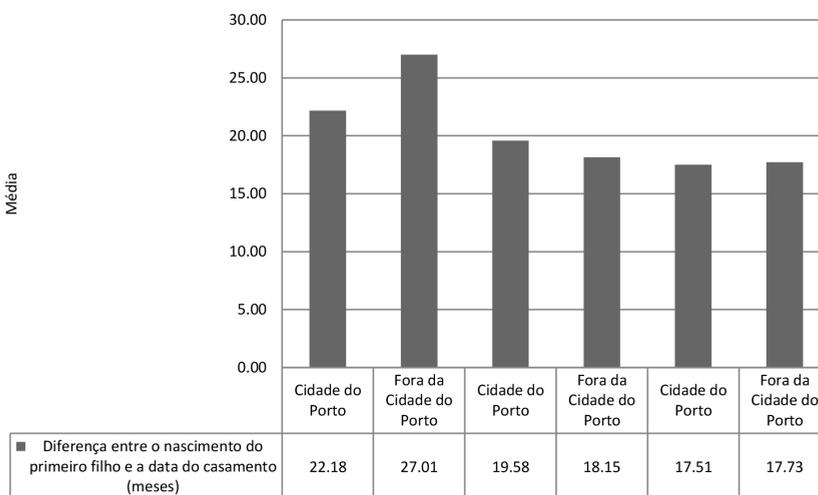
**Gráfico 3.** Média de total de filhos segundo origem geográfica das mulheres, por décadas



Fonte: Registos Paroquiais de Casamento do Bonfim 1940-1999

A observação do intervalo protogenésico não traduz regularidade de comportamentos, mas deixa perceber, por referência a 1940-49, que, para as mulheres migrantes, sendo superior o tempo médio de nascimento do primeiro filho, mais se evidencia o casamento como variável reguladora da reprodução (Gráfico 4).

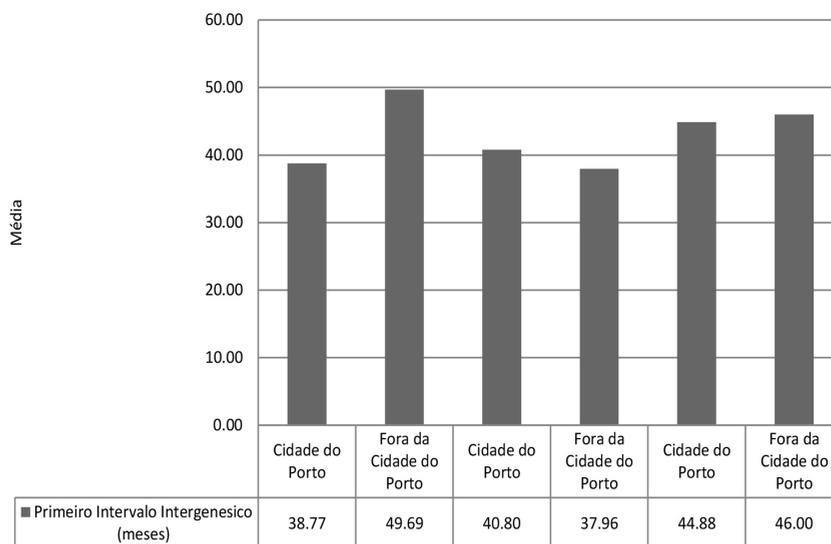
**Gráfico 4.** Intervalo protogenésico por origem geográfica das mulheres e por décadas



Fonte: Registos Paroquiais de Casamento do Bonfim 1940-1999

A mesma tendência é visível na diferença entre os primeiro e segundo filhos (Gráfico 5).

**Gráfico 5.** Primeiro intervalo intergenésico por origem geográfica das mulheres e por décadas



Fonte: Registos Paroquiais de Casamento do Bonfim 1940-1999

#### 4. DISCUSSÃO

São de sublinhar algumas evidências:

- A idade média ao casamento das mulheres migrantes é superior à das naturais da cidade<sup>37</sup>.
- Nenhuma hipótese identificativa de diferenciação de processos reprodutivos das mulheres migrantes em meio urbano parece, por si, ter sustento, embora aspetos de cada uma delas possam ser considerados.

A hipótese da socialização é verificável, porquanto, não existem, apesar do registo da década de 1940, diferenças significativas nos valores médios dos intervalos genésicos, sendo de considerar que o número médio de filhos advirá da diminuição da capacidade reprodutiva global que o retardamento da idade ao casamento impõe às mulheres migrantes.

Também a hipótese da adaptação parece verosímil: o meio urbano impõe condições a quem nele se fixa. Trata-se de equacionar a reprodução segundo a realidade do meio, muito marcada pelo exercício de funções específicas e pela ausência de suporte

<sup>37</sup> DUPAQUIER, 1981; PERRENOUD, 1994: 12-15. ANDERSON, 1971; GARDEN, 1975; MAIA, 2003.

familiar que dê acompanhamento aos filhos destas mulheres migrantes cujos intervalos genésicos são similares aos das mulheres naturais da cidade.

A hipótese da seleção parecer ter correspondência, porque, nomeadamente, se sabe, para o período em análise, que existem tendências de reprodução diferenciada entre espaços: a migração para a cidade modela comportamentos com impacto na reprodução global destas mulheres, desde logo, pelo casamento que lhes atrasa o início do processo reprodutivo e potencia a maior capacidade reprodutiva das mulheres naturais que, em muitos casos, beneficiam do trabalho das primeiras cuja razão de instalação nas cidades é de virem servir como criadas<sup>38</sup>.

A hipótese da rutura terá cabimento pela verificada menor capacidade reprodutiva destas mulheres e pelo facto de a sua fixação na cidade ter mais que ver com fatores repulsivos do que com oportunidades. Mas também com as ligações familiares que as prendem às comunidades de origem que, para além de sentimentais, são de apoio à subsistência dos familiares que aí permanecem<sup>39</sup>.

A discussão não nega as hipóteses apresentadas. A complexidade do problema traduz-se numa diferenciação comportamental, pela idade média ao primeiro casamento mais elevada das mulheres migrantes em relação às mulheres naturais do espaço em observação.

## BIBLIOGRAFIA

- ABDULLAH, A. (1983) — *A study of Birth Intervals in Jordan*. «Scientific Reports», n.º 46.
- ANDERSON, M. (1971) — *Family Structure in Nineteenth Century Lancashire*. London: Cambridge University Press.
- BROCKERHOFF, M (1995) — *Fertility and family-planning in Africa cities: the impact of female migration*. «Journal of Biosocial Science», vol. 27, n.º 3, p. 347-358.
- BROCKERHOFF, M.; YANG, X. S. (1994) — *Impact of migration on fertility in Sub-Saharan Africa*. «Social Biology», vol. 41, n.º 1-2, p. 19-43.
- COURGEAU, D. (1989) — *Family formation and urbanization*. «Population: An English Selection», vol. 44, n.º 1, p. 123-146.
- DUNCAN, O. D. (1965) — *Farm background and differential fertility*. «Demography», vol. 2, p. 240-249.
- DUPAQUIER, J. (1981) — *Pour la Démographie Historique*. Paris: P.U.F.
- FARBER, S. C.; LEE, B. S. (1984) — *Fertility adaptation on rural-to-urban migrant woman: a method of estimation applied to Korean women*. «Demography», vol. 21, n.º 3, p. 339-345.
- FREEDMAN, R.; SLESINGER, P. (1961) — *Fertility differentials for the indigenous non-farm population of the United State*. «Population Studies», vol. 15, n.º 2, p. 161-173.
- GARDEN, M. (1975) — *Lyon et les Lyonnais au XVIII Siècle*. Paris: Flammarion.
- GOLDBERG, D. (1959) — *The fertility of two-generation urbanites*. «Population Studies», vol. 12, n.º 3, p. 214-222.

<sup>38</sup> MAIA, 2003; GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1981: 265-281; MURPHY & SULLIVAN, 1985: 230-243; COURGEAU, 1989: 123-146.

<sup>39</sup> MAIA, 2003.

- \_\_\_\_ (1960) — *Another look at the Indianapolis fertility data*. «Milbank Memorial Fund Quarterly», vol. 38, n.º 1, p. 23-36.
- GOLDSTEIN, S. (1973) — *Interrelations between migration and fertility in Thailand*. «Demography», vol. 10, n.º 2, p. 225-241.
- GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, A. (1981) — *The impact of migration on fertility: an own children analysis for Thailand*. «Population Studies», vol. 35, n.º 2, p. 265-281.
- HERVITZ, Hugo M. (1985) — *Selectivity, Adaptation, or Disruption? A Comparison of Alternative Hypotheses on the Effects on Fertility: The Case of Brazil*. «International Migration Review», vol. 19, n.º 2, p. 293-317.
- KAHN, R. (1994) — *Immigrant and native fertility during 1980's: adaptation and expectations for the future*. «International Migration Review», vol. 28, n.º 3, p. 501-519.
- LEE, S.; POL, G. (1993) — *The influence of rural-urban migration on migrant's fertility in Korea, Mexico and Cameroon*. «Population Research and Policy Review», vol. 12, n.º 1, p. 3-26.
- LIVI BACCI, M. (1971) — *A century of Portuguese Fertility*. Princeton: Princeton University Press.
- LYNCH, L. (1996) — *Geographical Mobility and Urban Life: Comparative Perspectives on American and European Demographic Trends in the Past*. In BIDEAU *et al.*, ed. — *Les Systèmes Démographiques du Passé*. Lyon: Programme Rhône Alpes de Recherches en Sciences Humaines, pp. 203-223.
- MACISCO, J.; BOUVIER, F. (1970) — *The effect of labor force participation on the relation between migration status and fertility in San Juan, Puerto Rico*. «Milbank Memorial Fund Quarterly», vol. 48, n.º 1, p. 51-70.
- MAIA, R. (2003) — *O sentido das diferenças. Migrantes e naturais: observação de percursos de vida no Bonfim*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- MCGIRR, J.; HIRSCHMAN, C. (1979) — *The two-generations urbanite hypothesis revisited*. «Demography», vol. 16, n.º 1, p. 27-35.
- MICHEL, A. (1983) — *Sociologia da família e do casamento*. Porto: Rés-Editora.
- MULDER, H.; WAGNER, M. de, (2001) — *The connection between family formation and first-time home ownership in the context of West Germany and the Netherlands*. «European Journal of Population», vol. 17, n.º 2, p. 137-164.
- MURPHY, M.; SULLIVAN, O. (1985) — *Housing tenure and family formation in contemporary Britain*. «European Sociological Review», vol. 1, n.º 3, p. 230-243.
- MYERS, C.; MORRIS, W. (1966) — *Migration and fertility in Puerto Rico*. «Population Studies», vol. 20, n.º 1, p. 85-96.
- ORIS, M. (2000) — *The age at marriage of migrants during the industrial revolution in the region of Liège*. «The History of the Family. An International Quarterly», vol. 5, n.º 4, p. 391-413.
- \_\_\_\_ (2003) — *The history of migration as a chapter in the history of the European rural family: An overview*. «History of the Family», vol. 8, n.º 2, p. 187-215.
- PERRENOUD, A. (1994) — *Le role de la mobilité dans les systèmes de Régulation Démographique*. In *Contribution to the Entretiens Jacques Cartier*. La Plagne: 12-15 Les Systèmes Démographiques Européens.
- PESTANA, M; GAGEIRO, J. (1998) — *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- RAAJPOOT, A. (1996) — *An investigation into the Spacing of Births among a Sample of Ever-Married Women*. «The Social Science Journal», vol. 33, n.º 1, p. 69-82.
- ROSENWAITE, I. (1973) — *Two generations of Italians in America: their fertility experience*. «International Migration Review» vol. 7, n.º 3, p. 271-280.
- STEPHEN, H.; BEAN, D. (1992) — *Assimilation, disruption and the fertility of Mexican-origin women in the United States*. «International Migration Review», vol. 26, n.º 1, p. 67-88.

UMEZAKI, M.; OHTSUKA, R. (1998) — *Impact of rural-urban migration of fertility: a population ecology analysis in the Kombio, Papua, New Guinea*. «Journal of Biosocial Science», vol. 30, n.º 3, p. 411-422.

## ANEXOS

Quadro 1. Comportamentos segundo tipologias de família

Décadas	Tipologia de Família		Idade ao Casamento	Total de Filhos	Intervalo protogenésico	1.º intervalo intergenésico
1940-49	T 1	n =	355	208	208	128
		$\bar{x}$	23,7	2,4	23,3	39,1
		D.P.	6,7	1,8	38,0	32,4
	T 2	n =	155	55	55	26
		$\bar{x}$	28,0	1,6	16,9	54,6
		D.P.	8,5	0,8	30,2	43,0
	T 3	n =	162	87	87	52
		$\bar{x}$	24,1	2,2	19,7	35,5
		D.P.	5,9	1,6	26,1	25,8
	T 4	n =	135	65	65	28
		$\bar{x}$	26,6	1,8	29,2	41,2
		D.P.	7,6	1,2	41,8	29,6
1950-59	T 1	n =	337	226	226	130
		$\bar{x}$	23,7	2,2	17,9	41,1
		D.P.	6,0	1,4	33,9	37,8
	T 2	n =	159	79	79	35
		$\bar{x}$	26,8	1,8	18,6	33,6
		D.P.	7,8	1,2	22,7	24,9
	T 3	n =	163	97	97	51
		$\bar{x}$	23,2	1,8	19,6	38,3
		D.P.	5,2	1,1	27,2	25,0
	T 4	n =	143	80	80	45
		$\bar{x}$	27,3	2,3	17,2	43,8
		D.P.	8,3	1,6	49,2	30,0
1960-69	T 1	n =	293	193	193	106
		$\bar{x}$	22,7	2,0	16,8	47,2
		D.P.	5,5	1,2	31,6	35,9
	T 2	n =	167	81	81	37
		$\bar{x}$	26,7	1,6	16,6	52,3
		D.P.	7,8	0,8	31,1	39,5
	T 3	n =	117	62	62	33
		$\bar{x}$	24,1	1,8	10,7	39,9
		D.P.	7,4	0,8	36,1	24,5
	T 4	n =	143	83	83	44
		$\bar{x}$	26,5	1,8	13,8	42,7
		D.P.	7,5	1,0	25,5	35,8

Quadro 2. Comportamentos segundo origens geográficas das mulheres

Décadas	Tipologia de Família		Idade ao Casamento	Total de Filhos	Intervalo protogenésico	1.º intervalo intergenésico
1940-49	Cidade	n =	526	304	304	186
		$\bar{x}$	23,8	2,4	22,2	38,8
		D.P.	6,4	1,8	34,6	31,4
	Fora da Cidade	n =	304	134	134	59
		$\bar{x}$	27,2	1,7	27,0	49,7
		D.P.	8,0	1,1	46,7	38,4
1950-59	Cidade	n =	528	351	351	192
		$\bar{x}$	23,6	2,0	19,6	40,8
		D.P.	5,7	1,3	32,9	34,5
	Fora da Cidade	n =	326	183	183	89
		$\bar{x}$	27,0	2,0	18,2	38,0
		D.P.	7,9	1,4	38,9	27,6
1960-69	Cidade	n =	452	296	296	160
		$\bar{x}$	23,1	1,9	17,5	44,9
		D.P.	5,9	1,1	34,1	35,2
	Fora da Cidade	n =	351	205	205	96
		$\bar{x}$	26,3	1,7	17,7	46,0
		D.P.	7,4	0,9	28,0	36,0

# CIDADE TERMAL, CIDADE (I)MORTAL?

JORGE MANGORRINHA\*

## 1. TERMALISMO E TERRITÓRIO

Uma cidade com recursos de água mineral natural é uma cidade que incorpora o culto da água, do banho e da convivialidade. Estes deram origem a estruturas com um significado fundamental para essa relação secular, desde a Antiguidade Clássica, a partir da qual os estudos e a evolução do conhecimento acompanharam as práticas. A grande expansão da balneoterapia dá-se, porém, durante o século XIX, motivada pela confluência de diversos factores de carácter social e científico. O avanço generalizado no conhecimento relacionado com as modernas teorias hidroterápicas trouxe progresso para as termas europeias. O termalismo viveu a sua época de ouro, reflectindo-se no território, e a legislação portuguesa deu um impulso decisivo para que algumas estâncias, em Portugal, no final do século, atingissem um lugar próprio e reconhecido, nos anos seguintes.

Remotamente, os mais antigos vestígios do culto da água localizam-se na actual cidade paquistanesa (indiana antes de 1947) de Mohenjo-daro (anteriores ao ano 2000 a. C.), com estruturas arquitectónicas precursoras: uma piscina é envolta de um conjunto de salas abobadadas, que antecedem uma galeria dupla de compartimentos de banhos privados. Depois, os cartagineses e os gregos souberam também aproveitar os benefícios dessas águas. O grego Heródoto, no ano de 450 a. C., estabeleceu certos

---

\* Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Departamento de Turismo, Campo Grande, 376, 1749-024 Lisboa. [jorge.mangorrinha@ulusofona.pt](mailto:jorge.mangorrinha@ulusofona.pt). Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

princípios fundamentais da cura balneária: falava dos 21 dias de terapia, da selecção das águas segundo as épocas, maneira de administrar os banhos, etc.. Hipócrates de Cós (400 a. C.), no seu Tratado *Dos Ares, Águas e Lugares*, alude às águas minerais, considerando a água como remédio terapêutico de primeira ordem, mas estabelecendo certas contra-indicações no seu uso, e dando importância aos territórios, como lugares, onde eram ministradas.

A civilização grega teve uma veneração especial pelas nascentes, exprimindo o seu reconhecimento por meio de dádivas a ninfas e deuses protectores. Mas também a maioria dos seus centros médicos utilizavam a prática hidroterapêutica, inspirada no empirismo e na observação e com referências espirituais a Asclépio, o Deus grego da medicina, que deu nome aos balneários da época, os *asclepias*, quase sempre lugares de peregrinação para muitos doentes, que eram tratados por sacerdotes. Ao culto da água, os gregos associaram o exercício físico — criando, para tal, os ginásios — e igualmente rituais de nascimento, casamento e morte. As pinturas decorativas sobre ânforas da antiga Grécia revelam a existência de artefactos primitivos similares a duches. Esta civilização principiou a especialização das ditas «águas medicinais». Petron (século VI a. C.) aconselha a sudação produzida pelo banho termal para o mesmo fim. É ainda o filósofo e médico grego Oribase (século IV da era cretinaiana e médico do imperador Flavius Claudius Julianus), já no tempo da dominação romana, que é o autor de uma primeira classificação das águas minerais, que perduraria muitos séculos como referência.

As cidades sob o império romano conformaram a estrutura social desta civilização: centralizavam o comércio e o controlo da população por parte de quem detinha o poder. O desenho urbano das cidades respeitava, na generalidade, pautas reguladoras, de forma a alcançar-se o funcionamento dos serviços públicos e militares. A cidade era composta, na generalidade, por uma classe ociosa, cujo tempo livre era decorrente de uma estrutura familiar extensa e protectora, e por uma classe de trabalhadores com uma forte componente de escravos e uma estrutura produtiva orientada ao consumo. A esta tipificação social, a administração do Estado romano criou diversas instituições de ocupação e controlo dos cidadãos, pelo impacto que uma classe ociosa poderia ter na sociedade e na política. Dessas instituições, destacaram-se os banhos públicos, pela sua importância social e urbana, edifícios comunitários tal como as basílicas e os *fora*. Estes banhos tinham diversas funções, como, por exemplo, as higiénicas, comerciais, culturais e terapêuticas. Para resolver as questões higiénicas mais prementes, existiam nas cidades numerosas latrinas, já que apenas alguns privilegiados contavam no seu *domus* com água corrente e sistema próprio de banhos e latrinas. O facto de os cidadãos de Roma dependerem do Estado, que lhes impunha o bem-estar físico, levou a que as termas fossem consideradas como serviços públicos gratuitos e abertos a todos. O Império Romano formava um corpo com milhares de cidades autónomas, mas a vida

era praticamente idêntica fosse no ocidente ou na parte oriental do Império. À parte das construções realizadas para a glória do Império, os maiores complexos foram edifícios para acolherem termas, também designadas pelos imperadores como «palácios do povo». Para fazer face aos banhos públicos, esta civilização criaria também as *balnea*, que se distinguiam dos primeiros pela sua menor dimensão e localização. Quase sempre eram erigidas em sítios disponíveis na malha urbana. O banho era envolto em divertimento e prazer, pelo que havia, por vezes, dependências destinadas à conversação, leitura e exercício físico, como lojas e galeria de quadros, parques e piscinas de natação, jogos de bola; tudo, enfim, que pudesse entreter uma civilização tão rica e dada ao luxo. Os edifícios com *palaestra* eram uma interpretação romana da *palaestra* grega, mas mais modestos, sendo uma dependência das termas.

Na interpretação da cidade romana, não se devem dissociar as profundas reformas dos sistemas de abastecimento de água. A construção e a ampliação dos aquedutos, assim como os evidentes progressos que experimentou a engenharia hidráulica, estiveram na base de uma maior liberdade de expressão arquitectónica, que implicou um incremento considerável das áreas termais e, conseqüentemente, a necessidade de recolher mais metros cúbicos de água.

Na Idade Média, a cultura do banho transformou-se em função das mudanças políticas, religiosas e filosóficas. De uma maneira geral, distinguiu-se entre o banho das regiões setentrionais e os da bacia mediterrânea. No norte da Europa, onde a influência romana e muçulmana foi mínima ou não existiu, desenvolveu-se um tipo de banho mais ascético e pessoal — a sauna —, enquanto que, no sul, se conservou a tradição romana, mas com menor esplendor, centrando-se o culto na função higiénica. Os banhos romanos são mantidos durante algum tempo na Alta Idade Média ocidental, até nos mosteiros, mas são cada vez mais reservados aos doentes. Uma grande parte das cidades mediterrâneas manteve-os, mas convertidos em estabelecimentos que, geridos directamente pelo seu proprietário, não tinham qualquer significado espacial. Influências árabes e judias foram a causa, desde o século XII, da proliferação de banhos públicos no período medieval. O banho (no sentido lato) desempenhou um papel limitado e muito especial. Para além das preocupações termais, estufas e banhos misturavam as suas práticas com as das tabernas, bordéis e casas de jogo. Os banhos públicos e as estufas foram sobretudo locais de prazeres absolutamente específicos, e não tanto de higiene, até porque estes povos desenvolveram novos costumes e uma reacção progressiva contra o banho em comunidade, muito influenciada pela moral religiosa. O alastramento da lepra por toda a Europa, dos séculos XI a XIII, levou à criação, por parte de reis, nobres e eclesiásticos, de numerosos hospitais destinados aos leprosos — as gafarias —, que proliferaram e que se localizaram muitos deles junto às emergências de água termal.

A cultura islâmica juntou as doutrinas naturistas das escolas de Atenas e de Alexandria com os vestígios da ciência bizantina que lhe coube por herança. Entre os Muçulmanos, o banho não só foi preceito de higiene e terapêutica como também foi preceito religioso. Além da ablução religiosa, o banho de imersão, chuveiro e jorro era um dos prazeres da sociedade. No quadro urbano, o *hammam* foi um lugar de convergência preferencial do quotidiano, com constante deambulação entre o *hammam* e a medina. Uma grande parte das cidades islâmicas surgiu de fundações romanas. Este facto levou à preservação de costumes da vida romana, designadamente os banhos públicos, que se adaptaram gradualmente à doutrina do Corão e às influências culturais orientais. Em comparação com a monumentalidade das termas, o banho islâmico é produto de uma concepção mais introspectiva da vida e da religião, e nas suas diferentes nuances temporais e geográficas, apresenta uma dimensão urbana quase oculta.

A partir do Renascimento e sobretudo a partir do século XVIII, os espaços passam a ser áreas associadas à assistência, mas também à vilegiatura, ao *Grand Tour*, ao jogo e ao lazer, dotadas de condições de alojamento que atraíram a burguesia e a aristocracia, passando a ser territórios de origem das primeiras formas organizadas e agenciadas, no século XIX. O termalismo passou a envolver o «ir a águas» simultaneamente como procura curativa e veraneio. Os últimos dois séculos, sobretudo, conferiram a estes locais um acontecimento social, a que muitas vezes o «tomar as águas» tem sido um pretexto. Aos conteúdos sociais próprios destes territórios, concretizados em usos diversos (balnear, hoteleiro, recreativo, lúdico e cultural), correspondem formas e espaços comuns, dotados de bens imóveis e móveis, que formam uma unidade contínua, claramente identificável e com interesse suficiente na sua totalidade.

## 2. O CICLO DE VIDA DE UMA CIDADE TERMAL

A avaliação do ciclo de vida de uma cidade é um raciocínio relativamente novo. Ela é geralmente realizada através de levantamentos estatísticos de desenvolvimento e modernização urbanos e métodos de monitorização das mudanças positivas e negativas.

Tal como o ciclo de vida de um produto ou de um destino turístico, o ciclo de vida da cidade é uma ferramenta de análise importante, tendo em vista a realização programada de planos de ordenamento do território, planos operacionais, entre outros, na medida em que delinear estratégias pressupõe conhecer a sua evolução e em que estágio de desenvolvimento se encontra para assim sugerir as acções, medidas e/ou iniciativas a promover.

Esta problemática também se associa às escalas.

Há alguns anos, dizia-se que a globalização iria destruir as diferenças locais, homogeneizando o espaço e a sociedade. Hoje, o debate não se coloca mais nestes termos. Tanto as peculiaridades locais, como a própria globalização económica,

passaram a valorizar as diferenças dos lugares, fazendo desta distinção um atractivo para o capital económico.

Uma cidade é sonhada, projectada, construída e vivenciada. Na sua evolução, ora se parece transformar de uma forma vertiginosa, ora parece permanecer quase imutável na sua morfologia e na sua identidade — são os tempos da cidade.

No nosso caso de estudo, sabemos como as cidades e estâncias termais, com as suas características próprias, são espaços intrinsecamente de terapia e lazer, e algumas delas ganharam outras funções e outros desempenhos estratégicos. Na sua essência, o sistema formado pelos recursos naturais e valores patrimoniais constitui um traço estruturante da paisagem e da ambiência destas cidades.

Desde logo, a salvaguarda nas melhores condições do perímetro de protecção termal relativamente às captações de água subterrânea. A determinação, delimitação e fixação dos perímetros de protecção a montante da captação dependem das características hidrogeológicas e constituem actos de natureza complexa. Impõe-se que nesses perímetros sejam tomadas as mais exigentes medidas de prevenção e protecção, eliminando ou evitando possíveis focos de poluição. Caso contrário, é posto em causa o futuro da actividade termal, dado que a poluição de um aquífero é, por vezes, irreversível ou de regeneração difícil.

O aquífero é, portanto, parte essencial do ecossistema da cidade termal, cujo modelo de desenvolvimento se suporta num recurso essencial — a água. A esta juntam-se os edifícios induzidos pelo termalismo (balneários, *buvettes*, hotéis, casinos, pavilhões nascente e de engarrafamento, jardins e parques arbóreos para a prática desportiva e para o lazer). O desenho destas terras de águas é o suporte de um estilo de vida exclusivo, cujos ícones são a sua manifestação maior e cenários de representação de uma imagética associada às práticas de terapia e de lazer.

Ela é a cidade que acima do solo deve aproximar-se de «Hygeia», a cidade da saúde, de Richardson (1876), e no subsolo preservar a riqueza aquífera, tal como «Isaura», a cidade dos 1000 poços, do texto *Cidade Invisível*, de Calvino (1972).

O tempo das cidades é algo a que também podemos associar as suas identidades, mesmo com a perda momentânea da sua função mais distintiva. Por exemplo, a cidade inglesa de Bath sobreviveu exportando a sua imagem de cidade termal, quando as suas termas fecharam por inquinação das águas (1976), até à abertura do novo balneário termal (2006). E isto foi possível, porque manteve a sua imagética urbana e turística associada a essa identidade, mesmo sem ter, nesse largo período, um balneário em funcionamento. O tempo aqui, associado a esta imagética, parece que não parou.

A cidade termal é, pois, um sistema dinâmico impulsionado por forças positivas e negativas, aberto a conflitos e cooperações internas e externas e composto por subsistemas. O seu futuro é sempre pensado na incerteza do que nos espera. O visionismo configura um mundo instável, flutuante, descontínuo e inesperado. Estruturas organizadas ou

caóticas do presente podem esperar diferentes oportunidades, beneficiando da ordem ou do caos herdados. Essas oportunidades conduzem a estratégias e acções, para antecipar comportamentos futuros, fortalecer a competitividade, regenerar a cidade, continuar-lhe o ciclo de vida.

A cidade como lugar de residência ou destino turístico é uma resultante de ciclos e impulsos de desenvolvimento, desde o período pré-industrial ao pós-industrial. Presentemente, a cidade tradicional confronta-se com a evolução tecnológica digital. Mesmo uma cidade termal, que tem raiz num recurso natural e em equipamentos induzidos pelo termalismo, não se pode alhear das características sistémicas e complexas, porque são estas que conferem uma mudança de maior alcance na sua estrutura. Esta mudança pode e deve ampliá-la de conteúdos e formas de relacionamento na cidade, por parte dos utentes, tendo em vista duas ordens de razões:

- a) o papel crescente adquirido pelas novas tecnologias;
- b) as novas experiências e o incremento de políticas de gestão urbana, com base no saber e no clima organizacional, de forma que se dê um esforço constante para transformar as vantagens comparadas em vantagens competitivas.

No caso concreto de uma cidade em busca da sua identidade termal, como é o das Caldas da Rainha, potenciar o seu centro urbano como parque de saúde, integrando aspectos patrimoniais, de cultura e de Natureza, é apostar nas identidades plurais e práticas novas de apropriação material e simbólica do espaço e do tempo. A diversidade cultural, a multiplicidade de usos urbanos e a difusão de tecnologias de comunicação rasgam as fronteiras do quotidiano dos lugares. Para além do Estado e do mercado de troca de bens e serviços, há novas dimensões de pensar a construção de referências para a vida em sociedade. É nesse sentido que a retoma do papel da cidadania como instância política é necessária e inadiável.

As cidades são um palco de tensões, de desafios, de planeamento, de acção política e de cidadania. Hoje, em Portugal e fora dele. E tal como disse Fernando Pessoa, há quase um século, no número único do «Portugal Futurista» (1917) «A Europa [...] quer o Poeta que busque a imortalidade ardentemente».

Nas cidades termais, em que a água quente amorna os corpos, há poesia no tempo e no espaço. Há sedução, entre os corpos e as ambiências. Uma cidade que respira sedução, deve manter-se viva. Essa cidade da água — sempre em risco pelos perigos ambientais —, afinal, durará o que tiver que durar enquanto cidade termal, pode vir a ser uma outra coisa e voltar a sê-lo, numa constante sedução entre o corpo e a água e entre o tempo e o espaço.

O risco pode ter causas naturais, tecnológicas ou humanas; pode ser decorrente de um processo dinâmico ou de um acontecimento pontual. Daí que esta temática deve incorporar a montante as problemáticas do planeamento estratégico e territorial,

da conservação do património termal e do questionamento de um modelo urbano, a partir das quais se pode definir um conjunto de encaminhamentos que configurem os cenários mais optimistas e levem a uma actuação neste domínio de alargamento da cadeia de valor para o sector e para os territórios respectivos.

### 3. CIDADE DE SAÚDE? CIDADE DE TURISMO?

Nesta como noutras tipologias de cidades, o entendimento correcto da vocação do território no quadro do mercado leva a que se dê o foco às questões que lhe dão condições competitivas, o contínuo aperfeiçoamento, a busca da qualidade e a busca da satisfação do utilizador.

Inúmeros desafios se colocam ao desenvolvimento futuro destas cidades, quanto à compatibilização entre lugar de prestação de saúde, turístico, preservação de património, ordenamento e ambiente. Estes são, aliás, aspectos que parecem colocar-se com maior acuidade aos poderes públicos e aos empresários, que devem ver este território como completo e criado estruturalmente para um cenário idílico, que é reforçadamente utilizado durante o período em que decorre a terapia por via da utilização das águas e as terapias auxiliares a coadjuvantes da crenoterapia e da hidrologia médica. O papel inovador do microcosmo termal só se manterá se adoptar estratégias exemplares de mudança e de progresso, designadamente na articulação entre o ordenamento do território e o turismo, como binómio e sinónimo de bem-estar social, cultural e material. «Para “construir território”, para agir e pensar em seu nome, é necessário que os actores (territoriais) possam encontrar-se, dialogar em conjunto, construir sinergias, e finalmente, participar na realização de um projecto comum de interesse geral: um projecto de território»<sup>1</sup>, escreveu Fabienne Goux-Baudiment, para o qual deve sempre haver critérios para além das previsões a 5, 10, 20 anos, em relação à sua evolução.

A cidade, afinal, durará o que tiver que durar. Ser imortal não é apenas viver para sempre, mas essencialmente não morrer aos olhos dos que conosco se cruzam.

### BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, Álvaro de [Heterónimo de Fernando Pessoa] (1917) — *Ultimatum*. «Portugal Futurista», n.º 1 (único). [S.l.: s.n.].
- COSTA, Leonildo de Mendonça e. *dir.* (1892) — «Gazeta dos Caminhos de Ferro», n.º 23 do 5.º ano, n.º 119. [S.l.: s.n.].
- GOUX-BAUDIMENT, Fabienne (2001) — *Quand les Territoires Pensent leur Future*. La Tour-d'Aigues: L'Aube Éditions.
- MOLLINA, Sergio (2003) — *O pós-turismo*. São Paulo: Aleph.

---

<sup>1</sup> GOUX-BAUDIMENT, 2001: 27.



# ENTRE A VIDA E A MORTE: A IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS CEMITERIAIS PARA O ESTUDO DE MOLÉSTIAS NO CEMITÉRIO MUNICIPAL DE LOURES (1890-1900)

ANA PAULA DE SOUSA ASSUNÇÃO\*

A literatura na pena de Júlio Diniz e na sua obra *A Morgadinha dos Canaviais* (1862) consagrou a importância da introdução do cemitério público no discurso do quotidiano.

A legislação de 1835, 21 de setembro e 8 de outubro, do Ministro Rodrigo da Fonseca Magalhães, mandando estabelecer cemitérios públicos em todas as povoações para nele se enterrarem os mortos, iniciou um longo processo de mudança de comportamentos relativamente à salubridade e higiene, saúde das populações. Contudo, foi um processo longo e lento, perdendo-se anos de cumprimento de avisados alertas.

Nada se fez pacificamente e não apenas no Minho porque, como refere Joaquim José da Silva Mendes Leal, «em Loures, a matéria dos cemitérios não foi pacífica»<sup>1</sup>.

A revolução da Maria da Fonte (1846) foi um dos episódios marcantes da história política de Portugal, no século XIX.

A legislação do higienismo, que pretendia impor um conjunto de comportamentos e atitudes com o objetivo de melhorar os hábitos da população, para contrariar contágios,

---

\* Doutoranda em Turismo, Universidade de Lisboa, Investigadora do CLEPUL, Historiadora e Museóloga. paulasou-sagosto@hotmail.com.

<sup>1</sup> AML — *Atas da Reunião da Câmara Municipal de Loures*, 1890. Livro de Atas de Reuniões da Câmara Municipal de Loures, 1890.

sem alterar a ordem social, inicia um combate, no campo da saúde e da enfermidade, metáfora usual, como Sontag bem destacou<sup>2</sup>.

## A SOCIEDADE DA CONSERVAÇÃO

Somos uma sociedade da conservação, de busca da eternidade: Cemitério, do grego Koimeterion, lugar para dormir. O «sono é parente da morte», diz o ditado. O morto, adormecido, envia-nos à aliança entre Thanatos e Hypnos, os irmãos gémeos que, no mito grego, o transportavam, segurando-o, um pela cabeça, o outro pelos pés.

O dormir em paz, sem sobressaltos nem violências. Trata-se, pois, da consagrada fórmula do «requiescat in pace».

Esta recusa da morte, da finitude, esta necessidade fantasmática de a iludir, inscreve-se naquilo a que se chamou «a sociedade de conservação»<sup>3</sup>, o que muitos epitáfios traduzem como «não morreste, ainda te amamos», como se se tivesse ausentado.

## CONCEITOS DO MODERNO SANITARISMO

No conceito de «autoridades sanitárias», incluía-se o governador civil — art.º 52.º — e o administrador de concelho — art.º 53.º —, uma disposição que já vinha, de resto, do *Código Administrativo*, de 1844 e da reforma sanitária, de 1868. Com relevância para a história da legislação sobre Saúde e Higiene, refira-se que ao governador civil competia, entre outras funções, conceder licenças para a laboração dos estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos, e determinar a sua cessação, nos termos regulamentares respetivos — art.º 52.º, n.º 7.º.

O administrador concelhio, por sua vez, intervinha nos processos relativos aos referidos estabelecimentos, concedendo as licenças que eram da sua competência e «obrigando ao cumprimento das condições sanitárias impostas a esses estabelecimentos» — art.º n.º 53.º, n.º 18.º.

Ao delegado de saúde (médico, com formação em saúde pública) que tinha a direção técnica dos serviços sanitários do distrito — art.º 76.º —, competia, entre outras, a função de:

- «Informar» os processos de licenciamento dos «estabelecimentos insalubres, incommodos ou perigosos»;
- «Fiscalizar a hygiene» industrial e do trabalho operário;
- «Investigar o estado da hygiene infantil, as condições sanitarias da população operaria industrial ou agricola e das classes desvalidas» [sic], assim como dos meios tendentes a melhorá-las — n.ºs 10.º e 11.º.

---

<sup>2</sup> SONTAG, 1989.

<sup>3</sup> URBAIN, 1978.

A nível concelhio, havia o subdelegado de saúde — art.º 74.º—, lugar a desempenhar pelo facultativo municipal, sob nomeação do Governo — art.º 81.º. «Todas as câmaras municipais, com exceção das de Lisboa e Porto, deviam ter pelo menos um facultativo de partido» — art.º 65.º —, a quem competia a assistência médico-cirúrgica da respetiva população — uma figura que, de resto, tinha já uma longa tradição histórica entre nós.

Com Ricardo Jorge e a sua reforma sanitária de 1899-1901 consagrava-se o conceito de Estado higienista, o qual como Pierre Rosanvallon observou, «representou uma viragem básica nas relações entre a sociedade e o Estado»<sup>4</sup>.

Com o triunfo do sanitarismo oitocentista estreitam-se as fronteiras entre o público e o privado. A higiene social (ou saúde pública) passa a fazer parte do discurso do poder, passando a integrar novas preocupações como a construção da cidade, o urbanismo e o respetivo planeamento.

Por sua vez, os médicos passam não só a influenciar as políticas sociais como a protagonizá-las.

É forçoso considerar nesta matéria o nome de Ricardo Jorge (1858-1939) que se formou na Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1879, e onde de resto seria docente (regendo as cadeiras de Anatomia, Histologia e Fisiologia Experimental). O seu livro *Higiene social aplicada à Nação Portuguesa* (1884), teve impacto na época, ao dar uma nova perspetiva de abordagem das questões de saúde pública em Portugal.

Um seu outro trabalho notável é o ensaio sobre *Demografia e higiene da cidade do Porto* (1899).

A atuação que teve durante o surto de peste bubónica, nesse mesmo ano, foi reconhecida a nível nacional e internacional. Nomeado inspetor-geral dos Serviços Sanitários do Reino e lente de higiene na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, o seu nome fica, para a história da saúde em Portugal, ligado a dois importantes acontecimentos: a organização geral dos Serviços de Saúde Pública<sup>5</sup>, Governo de José Luciano de Castro e o *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública*<sup>6</sup> no período de Hintze Ribeiro.

A criação, resultante desta reforma, da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e do Instituto Central de Higiene, mais tarde, Instituto Superior de Higiene, iria desempenhar um importante papel na educação, formação e investigação em saúde pública.

Vale a pena, entretanto, referir o Decreto de 28 de dezembro de 1899, que se presume ser da autoria de Ricardo Jorge (ou por ele inspirado), explicitamente influenciado no exemplo de Inglaterra.

---

<sup>4</sup> PEREIRA, 1999. 50.

<sup>5</sup> Decreto de 28 de dezembro de 1899.

<sup>6</sup> Decreto de 24 de dezembro de 1901.

A preocupação essencial era então a proteção e a melhoria da «saúde comunitária» (e não propriamente a «saúde do indivíduo»), incluindo a «higiene da indústria e do trabalho».

Pelas palavras de Ricardo Jorge<sup>7</sup> entende-se à dificuldade na introdução plena do conceito equivalente de higiene social a saúde pública, aproveitando todas as oportunidades de epidemias para relembrar questões importantes de modernidade de pensamento, de abordagem da ciência, conforme ventos da Europa:

*Apesar destes e doutros levantados protestos, manter-se-ia o ridículo e pernicioso «statu quo», se a cólera-mórbus não invadissem Portugal, causando uma considerável mortandade; só o aguilhão das epidemias — mas uma vez provado — é que nos força a sonhar com reformas higiénicas. A dos cemitérios incubou uma bagatela de uns 50 anos, mas enfim, graças à boa providência que nos protege, lá se soltou do apoucado ventre da mãe-governança<sup>8</sup>.*

## OS PROBLEMAS URBANOS E AS MOLÉSTIAS

Em 1842, surge o primeiro código administrativo com orientações específicas em que havia a defesa da saúde pública, incluindo trabalhadores e alunos das escolas e colégios. Contudo, a salubridade pública e as constantes marchas da sociedade vão tornar-se imperativas, sobrepondo-se a outras matérias, em nome de específicas normas de polícia sanitária.

Continuaram a suceder-se disposições de vigilância e intervenção na saúde da população.

No século XIX, o povo vivia em más condições, trabalhava de sol a sol, tinha escassez alimentar, não comia carne por falta de dinheiro e a bebida era frequente. As casas eram locais obscuros em higiene e com má ventilação, tal como nas casas mais ricas, problemas que os médicos registavam como comuns para a propagação de doenças, como a tuberculose, acrescentando a má alimentação e a mentalidade contrária ou pouco esclarecida.

Os problemas urbanos eram, assim, considerados como fatores inimigos da saúde da comunidade.

Os centros urbanos concentravam mais população e a restante excluía-se de serviços de água e infraestruturas de saneamento, construindo habitações degradantes e, por vezes, em vilas e pátios, alugadas e de baixo custo, perto das fábricas.

---

<sup>7</sup> RICARDO JORGE, 1885: 142.

<sup>8</sup> GRAÇA, 2000.



## A ESPECIAL CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS EM LOURES

Em Loures pode-se considerar, como hipótese inicial de trabalho, de que agora damos a notícia, que existiu uma especial conjugação de esforços em nome do conceito novo, «o da saúde da comunidade», aquele que abrange todos e a todos deve dar responsabilidade.

O caso de estudo é a criação do Cemitério Municipal de Loures.

A equipa de Anselmo Braamcamp Freire (1849-1921), de Joaquim José da Silva Mendes Leal (1821-191), e de António Carvalho de Figueiredo (1853-1917), são o ponto de partida para abordar o Cemitério Municipal de Loures e o registo de moléstias e epidemias, doenças existentes na Freguesia de Loures.



Fig. 2. Os principais responsáveis pela saúde em Loures, 1893

Como refere Joaquim José da Silva Mendes Leal, «Em 1836 sendo proibido no reino enterros nas igrejas; em Loures, somente em 1848 o foi, dividindo o grande Adro em duas partes, sendo para cemitério desde a parede final ao nascente até meio onde se vê a porta travessa da igreja, e para este terreno então mudaram a cruz do adro. Depois de cinquenta e dois anos, em 1890, foi feito em um alto na distância de cinquenta metros da igreja o novo cemitério (segundo a lei) — e aí o primeiro enterramento foi em 15 de novembro de 1890 de uma defunta; — assentamento n.º 154 do livro d'óbitos de 1890- sendo o último coval no cemitério do adro o n.º 153»<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> LEAL, 1901: 127.



Fig. 3. Mapa do primeiro Cemitério de Loures (1848), no adro da Igreja Matriz de Loures, ainda como concelho dos Olivais

O Cemitério Municipal de Loures criado em 1890, após a votação de Anselmo Braamcamp Freire como presidente da Câmara Municipal de Loures, um jovem concelho de 4 anos de existência, conta com uma eminente personagem política e cultural, municipalista arrojado<sup>11</sup>, um político defensor dos direitos dos habitantes de Loures no acesso aos tratamentos no Hospital de S. José, pelos muitos contributos dados à cidade e contrariando as pesadas contribuições no acesso ao hospital central; com Joaquim da Silva Mendes Leal, com uma longa história de trabalho no Hospital de S. José, no campo das rendas e cumprimentos das capelas e misericórdia, confrarias e doenças, homem rigoroso e conhecedor das legislações e das aplicações, no estrito cumprimento de medidas das regras de higiene no processo de inumação, foi a personagem indicada para se conjugar com António Carvalho de Figueiredo, subdelegado de saúde em Loures, já com experiência em Cascais e Sintra, um ilustre médico da terra — Barro — que tinha sempre tempo para ver mais alguém, um bacteriologista da melhor escola de Ricardo Jorge, Câmara Pestana. Um convicto republicano.

<sup>11</sup> A realização do Primeiro Congresso Municipalista (1908) teve na pessoa de Anselmo Braamcamp Freire a sua fonte de inspiração e práticas exemplares.

E com esta tripla conjugação de perspectivas, se inicia um longo caminho, no sentido de preservar a saúde, um bem individual que permite trabalhar, mas que também deve contribuir para o estado geral de saúde do concelho e freguesia de Loures.

## **O CEMITÉRIO MUNICIPAL DE LOURES: OS LIVROS DE ENTERRAMENTOS**

Em 1890, Loures (concelho) possuía, conforme Censo de População, 20 681 pessoas, distribuídas por quinze grandes freguesias que viriam posteriormente a ser reorganizadas; e, no particular do cemitério de Loures, abrangendo Ponte de Lousa, Frielas, parte de Caneças (Campo de Caneças, Vale Nogueira), cerca de 5 083 residentes<sup>12</sup>.

Como refere a ata da Câmara Municipal de Loures de 1893, a Lei de 6 de agosto de 1892 exigiu a concentração de cemitérios paroquiais em municipais e, nesse sentido, é criado um pelouro e um responsável; neste caso, o vice-presidente, Joaquim José da Silva Mendes Leal. Este procedeu a uma profunda organização, destacando erros com elevados prejuízos na identificação de corpos, no pagamento das covatas (terreno de enterramento) que párocos e igrejas pretendiam que fossem feitas para a fábrica das mesmas, sem que tivessem qualquer trabalho; denunciou a falta de atenção ao papel crucial dos coveiros, último contacto com o morto e os vivos, ao amortilhar e deitar do caixão ou mortalha à cova; este edil aproveitou para criar o papel de vigilante do cemitério, matéria que não foi bem compreendida, à data.

Mas, como respondeu Mendes Leal, «Quem peleja em favor do interesse geral dos povos honra-se nessa luta», a reformulação de serviços foi demorada; o mapa de experiência comprovou que em 13 cemitérios foi introduzido o regulamento das normas, do regulamento de 10 de maio de 1864 mas, sobretudo, porque ao adaptar aos restantes 13 cemitérios, a elaboração de um mapa nosológico e necrológica, por sexos e idades, para poder satisfazer anualmente o solicitado pela repartição geral de estatísticas ordenado por lei, tudo foi cumprido. Ordenou, ainda que, para evitar dúvidas futuras, fosse seguido e idênticos os números postos no livro de registo e no local onde o finado esteja sepultado, e seguindo sempre, até aos cinco anos, e que as sepulturas fossem então abertas.

Mandou construir também, em cada cemitério, pelo menos, «uma pequena e simples casa de cinco e meio metros de comprimento por três e meio de largo, interiormente, com um altar ou oratório na frente que se fecha com meias portas para, com elas abertas, servir de capela para as encomendações religiosas, e deposito dos corpos que por chegarem depois do sol posto só podem ser inhumados no dia seguinte

---

<sup>12</sup> AA.VV., 1986: 147.

e que com as portas do altar fechadas e as devidas precauções, possa ali exercer-se qualquer averiguação cadavérica ou autopsia que por acaso se ordene»<sup>13</sup>.

## Cemitério Municipal do Concelho de Loures

Idade			Estados	Profissões	Morada na ocasião do óbito	Causa da morte	Data do falecimento		Onde sepultado	Observações
Anos	Meses	Dias					Ano	Mês		
1	-	10	-	-	Pinheiro de Loures	Infante crônico	14	Junho	Cova 4 <sup>o</sup> 1	M <sup>o</sup> de Loures / Maria - Brindes
70			viuvo	Trabalhador	Juvenino	Reinvenção de sangue	16	Junho	Cova 2 <sup>o</sup> 2	M <sup>o</sup> de Loures / Maria - Brindes
73	-	-	Cecata	Francisca	Barro de Loures	Prossarite de msa	23	11 Junho	Cova 4 <sup>o</sup> 3	M <sup>o</sup> de Loures / Maria - Brindes
-	4	3								
-	4	3			Aguinteira	Diarrhea	27	28 Junho	Cova - 4	M <sup>o</sup> de Loures / Maria - Brindes
-	1	-			Lameiros	Pachitismo	28	12 Junho	Cova - 5	M <sup>o</sup> de Loures / Maria - Brindes
1	-	-			Aguinteira	Pachitismo	2	12 Junho	Cova - 6	M <sup>o</sup> de Loures / Maria - Brindes

Fig. 4. Exemplo de folha de registo do livro de inumações, Cemitério Municipal de Loures (1890)

Nessa mesma ata, 7 de dezembro de 1893, é referido um ofício do Governo Civil expedido pela 1.<sup>a</sup> repartição, recomendando a esta câmara que «providenciasse a forma que evitem os abusos praticados pelas lavadeiras de se servirem na lavagem de roupas de matérias corrosivas — Resolveu a Câmara se estude a maneira prática de obstar a esse abuso.»

O primeiro *Regulamento* dos cemitérios em Loures, proposto por Joaquim José da Silva Mendes Leal, e aprovado por unanimidade, segue princípios já aplicados em Lisboa e modelos de construção como o cemitério de Père Lachaise, por influência direta do Cemitério dos Prazeres de Lisboa. Exibe um profundo conhecimento das leis e das distâncias, das condições de solos, sentido de ventos, profundidades, arvoredos e localização.

Trata-se de um documento valioso, não apenas no pensamento que exhibe mas, particularmente pelo rigor com que anuncia a entrada em funcionamento de uma

<sup>13</sup> AML – Ata da reunião da Câmara Municipal de Loures, 1893.

política de higiene e preocupações de combate a moléstias diagnosticadas como mal público.

## UMA DÉCADA DE ANÁLISES DE INFORMAÇÃO SOBRE MOLÉSTIAS, SALUBRIDADE, PROFISSÕES, IDADES

### 1.º livro, 1890-1893; 2.º livro, 1893-1903 — Cemitério Municipal de Loures

Os livros de inumação evoluem na estruturação e tratamento de informação, demonstrando não apenas um princípio de organização do conhecimento e registo do morto, este entendido como uma fonte preciosa de informação sobre a sua localidade, família, qualidade de habitação, profissão, estado civil, um rigor de informação que, com o atestado médico, permite ao finado um descanso final.

São dados valiosos sobre as condições das casas, apontada como uma das causas de epidemias, os trabalhos e, acima de tudo, a geografia, o local, a terra onde a ocorrência e a confirmação da razão do óbito, permite organizar a informação sobre o estado da saúde do concelho e os respetivos alertas sobre condições de saúde pública.

A leitura dos livros de atas deste período inicial da vida do concelho de Loures, e a aplicação de princípios de higiene e a sua conjugação com os livros de inumação, constituem uma fonte de informação quanto às medidas para os vivos como tratamento dos que morrendo, continuavam a merecer atenção dos vivos.

António Carvalho de Figueiredo é um destacado médico que após a sua formação, continuou a investigação<sup>14</sup> e a ser um exemplar médico local e, sobretudo, levando muito a sério a questão do contágio.

A notícia do jornal «Diário Ilustrado», de 2 de maio de 1894, é exemplo da atenção dada à periferia — os Saloios — que embora necessários à cidade com serviços como a limpeza e lavagem de roupa e fornecimento de bens alimentares, pão, leite, queijos, hortaliças, água, também viviam em condições insalubres com o Trancão à porta, e portanto, alvo de atenção.

---

<sup>14</sup> O primeiro trabalho português sobre o agente da doença do sono foi realizado por António de Carvalho Figueiredo, em 1889, com base em um doente internado no Hospital de São José, em Lisboa, que veio a falecer em menos de um mês; sendo possível estudar, *post-mortem*, culturas de microrganismos. Figueiredo encontrou dois tipos de bacilos. Esses resultados não foram considerados significativos, mas contribuíram para a suspeição de que a doença seria de natureza microbiana, uma grande mais-valia científica. (CAGIGAL & LEPIERRE, 1897: 470-472).



**Da autopsia que foi feita ao cadaver de Manuel Ronca, que falleceu em Loures, reconheceu-se que a morte fora ocasionada por uma pneumonia. As visceras foram enviadas para o instituto bacteriologico.**

Fig. 5. Notícia do «Diário ilustrado», 2 de maio de 1894

Esta seleção da notícia comprova, igualmente, a existência da casa de autópsias mandada construir por Mendes Leal e a intervenção e diagnóstico de Carvalho de Figueiredo e atesta a preocupação que a matéria da doença, pneumonia, assumia neste final de século XIX na comunicação social.



Fig. 6. As lavadeiras de Loures

## Saloios

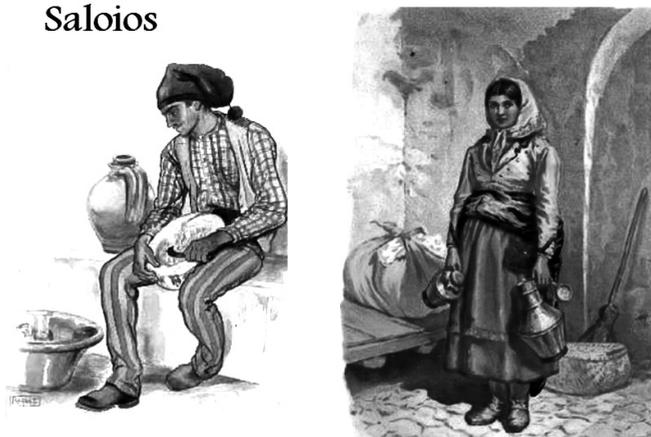


Fig. 7. Os Saloios, figuras incontornáveis da cidade de Lisboa

## METODOLOGIA DE ANÁLISE — MOLÉSTIAS — RAZÕES DE ÓBITO — GEOGRAFIA DE DOENÇAS, LOCAIS

Procedeu-se a uma leitura por campos de informação prioritária — idade, moléstia, descrição das condições de salubridade de casa, profissões, locais.

Esta recolha de informação, ao longo de uma década (1890-1900), permitiu a construção de um gráfico com sinal de tendência e de óbitos-adultos e crianças.

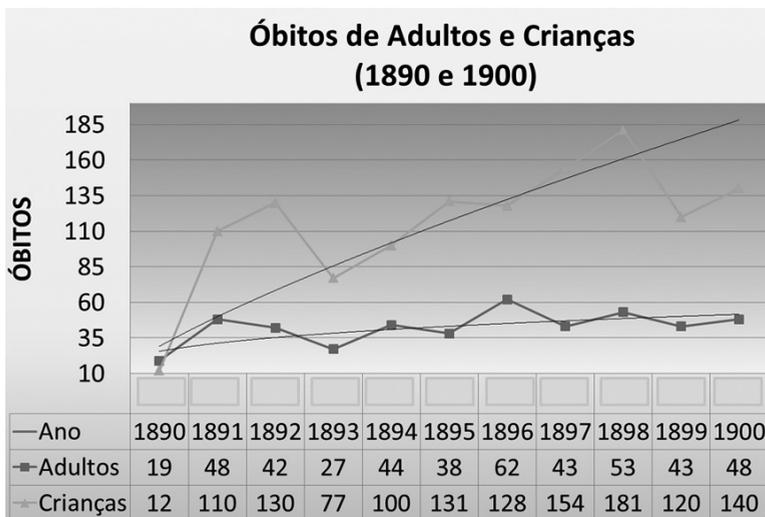


Fig. 8. Gráfico de óbitos de adultos e crianças, (1890-1900), Cemitério Municipal de Loures

A razão de morte foi observada em uma década, tanto para adultos como para crianças.

<b>Principais causas de morte <i>adultos</i> (1890 a 1900)</b>	
Amolecimento senil	Diarreia crónica
Apoplexia cerebral	Febres intermitentes palustres
Bronquite intestinal	Hemorragia cerebral
Cachexia senil	Insuficiência mitral
Cancro do estomago	Lesão orgânica do coração
Cirro no peito	Nefrite
Cancro do intestino	Oclusão intestinal
Cancro do útero	Pneumonia
Congestão cerebral	Suicídio
Congestão pulmonar	Tuberculose

**Fig. 9.** Quadro das principais causas de morte, adultos (1890-1900), segundo livros de inumações, Cemitério Municipal de Loures

<b>Principais causas de morte <i>crianças</i> (1890 a 1900)</b>	
Abortamento	Indeterminado
Asfixia por submersão casual	Meningite
Atrophia	Raquitismo
Asfixia à nascença	Sapinhos
Asfixia por submersão	Sarampo
Asfixia por sufocação	Tétano
Convulsões	Tísica pulmonar
Debilidade congénita	Tosse convulsa
Diarreia	Tuberculose
Febre intermitente palustres	Ulceras
Gastroenterite	Variola

**Fig. 10.** Quadro das principais causas de morte, crianças (1890-1900), segundo livros de inumações, Cemitério Municipal de Loures

Os livros de inumação foram sendo aperfeiçoados, contendo o segundo livro estudado ainda mais informações, por se ter dado cada vez maior atenção ao fator local e condições de habitabilidade. O óbito foi considerado como um momento de resumo de vida.

A finalizar este estudo, de uma década inicial de funcionamento de Cemitério Municipal de Loures, pode-se afirmar que o cemitério como património «in situ» e os seus documentos de inumação e registo de enterramento se constituem como elementos de extraordinária importância no campo da saúde e na geografia das doenças e moléstias que existiam no final do século XIX em Loures, os arredores de Lisboa.

## FONTES

### Arquivo Municipal de Loures

AML — *Atas da Reunião de Câmara Municipal de Loures*, 1890-1893.

AML — *Livros de inumações e enterramentos do Cemitério Municipal de Loures*, 1890-1900.

CÂMARA MUNICIPAL DE LOURES. Departamento do Ambiente — *1.º Livro 1890-1893, 2.º Livro de 1893-1903*.

## BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1986) — *Loures, Tradição e Mudança*. Loures: Câmara Municipal de Loures, vol. II.

AMARAL, Isabel (2012) — *Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904*. «História, Ciências, Saúde — Manguinhos», vol. 19, n.º 4, out.-dez. 2012. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.1275-1300. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n4/ahop0512.pdf>>. [Consulta realizada em 12/06/2016].

CAGIGAL, António; LEPIERRE, Charles (1897) — *A doença do somno e o seu bacillo*. «Coimbra Médica», vol. 17, n.º 30, p. 465-474.

CORREIA, Fernando (1938) — *Portugal sanitário: subsídios para o seu estudo*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde Pública.

GRAÇA, Luís (2000) — *História da saúde no trabalho. A Reforma da Saúde Pública no virar do Século XIX*. Disponível em <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos16.html>>. [Consulta realizada em 12/07/2016].

JORGE, Ricardo Almeida (1885) — *Higiene social aplicada à nação portuguesa: conferências feitas no Porto pelo Professor Ricardo d'Almeida Jorge*. Porto: Civilização.

LEAL, Joaquim José da Silva Mendes (1901) — *A admirável Igreja Matriz de Loures*. Lisboa: J.J.S.M.L.

ORTIGÃO, Ramalho (1874) — *As farpas. O país e a sociedade portuguesa*. Lisboa: Livraria Clássica, t. 7.

PEREIRA, Miriam Halpern (1999) — *As origens do Estado-Providência em Portugal. As novas fronteiras entre público e privado*. [Lisboa]: Colibri.

SILVA, Augusto Vieira da (1968) — *Evolução administrativa do Termo de Lisboa, Dispersos*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, vol. II.

SONTAG, Susan (1989) — *A doença como metáfora e a Sida e as suas metáforas*. Lisboa: Quetzal.

URBAIN, Jean Didier (1978) — *La société de conservation*. Paris: Payot.

## AGRADECIMENTOS

Câmara Municipal de Loures, Departamento de Ambiente, Divisão de Ambiente e Saúde Pública, Engenheiro Pedro Amorim, Dr. Rui Máximo, Engenheira Odete Lourenço.

# QUINHENTOS ANOS DE MARCOS HISTÓRICOS DE SAÚDE MENTAL NOS AÇORES E NA MADEIRA

AIRES GAMEIRO\*

## 1. ANTES DO SÉCULO XIX

O Hospital de Todos os Santos, Lisboa, a partir de 1504, começou a acolher alguns destes doentes. Com a destruição deste hospital pelo terramoto de 1755, foram transferidos para o Hospital de S. José, instalado no Colégio dos Jesuítas, onde ficaram alojados em péssimas condições até que o Marechal Saldanha os visitou e ordenou a sua transferência em 1848 para o convento dos Padres de S. Vicente de Paulo, chamado de Rilhafoles, o qual em 1911 tomou o nome de Miguel Bombarda e foi fechado em 2011.

A primeira referência aos alienados no Funchal data de 1493. Refere as diligências junto do Senado Municipal do Funchal para a construção de um *tronco ou casa de alienados* que não seria mais do que um cepo ou tronco em calabouço onde ficavam sempre amarrados ou nos períodos de maior agitação. O *Elucidário Madeirense* que dá esta informação na entrada «Manicómio Câmara Pestana», inclina-se para o facto de não ter havido resposta do Governo de Lisboa, nem do Grão-Mestre da Ordem de Cristo, e tão-pouco se sabe qual teria sido o local indicado para essa casa. Nem se conhece onde seriam detidos os doentes mentais nessa data. Grande número dos afectados de alcoolismo e de outras perturbações vagabundava pelas ruas, ao passo que os mais perigosos permaneciam nos calabouços.

---

\* Aires.Gameiro@isjd.pt. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

A Santa Casa da Misericórdia e outros pequenos hospitais podem ter acolhido algum mendigo doente mental «menos problemático: demente pacífico e deficiente da mente, vulgo, idiota, imbecil ou tontinho», principalmente na Misericórdia após a sua criação em 1511, mas não se dispõe de documentação que o prove.

Pelos anos de 1515-1520, foi construído o Hospital «Novo» da Santa Casa da Misericórdia, por ordenação da Carta Régia de D. Manuel I, de 25 de Maio de 1507. Nele foram incorporados os hospitais existentes, de Santa Catarina, de S. Paulo (da capela de S. Paulo, 1454, transferido para Santa Maria Maior, em 1484), de Santa Isabel ou Hospital «Velho» de Nossa Senhora do Calhau. Não dispomos de informação sobre a assistência a alienados ou doentes mentais identificados nesses pequenos hospitais nem no que ficou conhecido como «novo».

E continuamos a não dispor de notícias deles ao longo dos séculos XVII e XVIII. Nos inícios do século XVIII, começaram as diligências para transferir a Misericórdia e o seu Hospital de Santa Isabel, de Santa Maria Maior para local mais central, junto da Sé, mudança realizada nos inícios de 1800. Ao seu lado, veio a ser construído o Recolhimento das Órfãs e a Enfermaria Britânica, onde funcionou a nova Escola Médico-Cirúrgica de 1837 a 1910.

Relativamente aos Açores as condições destes doentes seriam análogas às da Madeira, mas não conseguimos dados até ao século XIX, não se excluindo que alguns alienados pobres e menos problemáticos tenham sido acolhidos nas Misericórdias de Ponta Delgada, Ribeira Grande e outras.

## 2. OS ALIENADOS NA MADEIRA E AÇORES NO SÉCULO XIX

### Contexto Nacional

Os alienados do Hospital de S. José passaram em 1848 para o manicómio instalado no Convento de Rilhafoles, ocupado pela Congregação da Missão de São Vicente de Paulo de 1717-1834; e de 1835 a 1848 pelo Real Colégio Militar. Rilhafoles foi dotado do Balneário de banhos terapêuticos em 1853 por D. Maria II, e de Pavilhão de Segurança em 1892, ano da nomeação do director, o Dr. Miguel Bombarda, vítima de morte violenta em 1910. O manicómio Conde Ferreira no Porto, inaugurado em 1883, foi doado pelo seu fundador à Misericórdia do Porto; e o italiano Bento Menni, Irmão de S. João de Deus, fundou a Casa de Saúde do Telhal, em 1893, e a da Idanha, em 1894, registando-as em seu nome. Todos estes centros iam ficando superlotados e sem capacidade de resposta apesar dos contínuos aumentos das suas instalações. A lei de 1889, proposta em 1888 pelo conselheiro do reino José Luciano de Castro, previa seis manicómios para o país, sendo um deles em S. Miguel com 200 camas, decidido pelo decreto de 2 de Março de 1895. Já António Maria de Sena, seis anos após a inauguração do Hospital Conde Ferreira, 1883, de que era director, no seu estudo

*Os alienados em Portugal* (1888), defendia e propunha a construção de mais quatro manicómios que nem chegariam para os 8.000 alienados estimados para cerca de 5 milhões de habitantes. Número excessivo que incluiria muitos vadios e pobres das ruas, deixando de fora muitas vítimas da degenerescência da raça e do alcoolismo crescente, os quais desde a estimativa de Sena, em 1883, pela primeira vez em Portugal, eram considerados perturbados mentais com o síndrome alcoólico.

## Madeira

No *Regimento* de 1816-1819 do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Funchal, há referências à assistência de órfãos, pobres e presos, mas não se explicita qualquer assistência aos alienados. Regista-se, contudo, uma cautela com «os doentes perigosos», sem se indicar quais seriam os perigos oferecidos, insinuando-se que seriam perigos de contágio e morte. Na lista das enfermarias do *Regulamento de 1834*, especifica: S. *Joaquim* para as febres; *Visitação* para as moléstias crónicas; feridos para S. *Amaro*; os de mal venéreo para S. *Roque*; e os militares para S. *Sebastião*. Há uma enfermaria para as mulheres, *Nossa Senhora do Socorro*, e para as de mal venéreo, *Santa Maria Madalena*. Por fim, anota mais duas enfermarias para incuráveis, homens, S. *Lázaro*; e para mulheres, *Senhora da Misericórdia*. E ainda a de S. *Patrício* ou Enfermaria dos Ingleses e a dos «Partos occultos», S. *João Nepomuceno*. Não aparece nenhuma enfermaria atribuída ao acolhimento dos alienados ou loucos.

No *Regimento de 1834* continua a não haver referências à hospitalização ou assistência de loucos. É preciso esperar pelo *Regulamento de 1844*, em que os loucos começam a ser internados no Hospital [da Misericórdia, Santa Isabel]: «há alguns quartos seguros para loucos, os quais devem ser separados das outras enfermarias», mas não esclarece de onde são transferidos. Parece que, até essa data, como dissemos, só poderiam estar na rua, em palheiros, em troncos improvisados e nos calabouços da polícia. Eram duas celas de contenção, uma de homens e outra de mulheres, onde esperavam até haver um barco que os levasse para Rilhafoles, quando houvesse vagas, o que raramente acontecia. Neste mesmo ano foi debatida a criação de um asilo de mendicidade contra a qual o secretário da Junta, Manuel de Santana e Vasconcelos, se pronunciou na reunião de 7 de Junho de 1844, pelos abusos de falsos mendigos e por isso era favorável à recolha de doentes, entre outros, loucos, porque estes eram em número fixo<sup>1</sup>.

O Dr. Miguel Bombarda, no verão de 1898, no seu regresso de Ponta Delgada, passou pelo Funchal e visitou, no dia 22 de Agosto de 1898, essas duas celas de contenção dos alienados existentes no Hospital da Misericórdia semelhantes aos calabouços da polícia. Escreveu nesse dia uma carta sobre o assunto para *Medicina Contemporânea*

<sup>1</sup> GOMES, 2016: 197.

publicada no seu n.º 36, e de cujas críticas se fizeram eco dois jornais<sup>2</sup>. As condições dos alienados nesses quartos de segurança no Hospital Santa Isabel da Misericórdia deixavam muito a desejar e faziam crescer na sociedade madeirense, civil e religiosa, a preocupação de remediar essa situação. Já em 1897 «pensou-se que se poderia estabelecer uma enfermaria para alienados no mesmo edifício» do *Lazareto* dos doentes infecciosos, construído na Foz da Ribeira de S. Gonçalo, mas a ideia não foi concretizada.

## Açores

A partir da segunda metade do século XIX alguns alienados eram assistidos na Misericórdia de Ponta Delgada e toma particular relevo na última década do século o papel do Dr. Miguel Bombarda na situação dos alienados nos Açores e na Madeira. Deslocou-se a Ponta Delgada em 1898, a convite da Junta Geral. Este alienista já em 1896 tinha trocado correspondência em 1892-1894, com o Dr. Gil Mont'Alverne de Sequeira, investigador e autor do livro *Os alienados nos Açores. Ensaio de Estatística* (1898), que fez a estimativa de cerca de 500 alienados nos Açores; e com a Junta Geral de Ponta Delgada. Na carta enviada de Rilhafolles de 7 de Dezembro de 1896 a Mont'Alverne de Sequeira, propunha um manicómio para 500 doentes para todo o arquipélago e tece as seguintes considerações:

*O systema único que hoje se pode adoptar [...] é o de colónias. São installações com pavilhões inteiramente separados, mesmo disseminados n'uma vasta área de terreno, e destinados ás diferentes categorias de doentes. Recommendo [...] o livro do Dr. Albrecht Paetz — Die Kolonisierung der Geisteskranken [...] a colónia de Alt-Scherbitz...*

No Verão, em Agosto de 1898, visitou os Açores e passou pelo Funchal. O Dr. Miguel Bombarda colaborou no planeamento do manicómio dos Açores por participação presencial nesse mês de Agosto, em reunião da Comissão da Junta Geral de Ponta Delgada a convite desta. Sobre os preparativos desta vinda para participar na elaboração do projecto, a acta do dia 26 de Julho de 1898 das sessões da Junta de Geral de Ponta Delgada diz o seguinte:

*pelo meio dia reunidos numa das salas do Governo Civil os Procuradores à Junta Geral — Senhores Doutor Francisco Pereira Lopes de Bettencourt Athaide, vice-Presidente, servindo de Presidente, Victorianno Sequeira, José da Silva Cabral, João de Mello Abreu, João Pedro Borges, Doutor João Soares Albergaria, João d'Oliveira Raposo».*

<sup>2</sup> «Diário Popular», (29 Set. 1898); *Os alienados nas Ilhas*. «Portugal, Madeira e Açores. Folha Noticiosa», n.º 666, (12 Set. 1898), 1-2.

*«Houve a seguinte correspondência Offício do illustre Deputado, o Senhor Conselheiro Poças Falcão participando que a licença para o Senhor Doutor Miguel Bombarda se ausentar das suas funções officiaes e vir a esta ilha em serviço do distrito lhe será concedida pelo Governo conforme o mesmo deputado a solicitara. Offício do Doutor Miguel Bombarda participando que acede ao convite da comissão distrital para prestar os seus serviços na elaboração no projecto de manicómio mas que só pode partir no paquete Funchal do próximo mês d'agosto.*

A presença do Dr. Miguel Bombarda produziu efeitos duplos, gratidão da Junta Geral e polémica com outros intervenientes. A Junta Geral, no quadro de autonomia de 2 de Março de 1895, agora responsável pelos alienados, ia finalmente encontrar uma solução para as condições desumanas nos anexos do hospital da Misericórdia, situado após a extinção das ordens religiosas em 1834 no convento de S. Francisco no mesmo campo.

Numa outra reunião da Junta Geral no fim de Agosto de 1898, Eugénio Pacheco refere que as opiniões do Dr. Miguel Bombarda o ocupara longamente

*redundando em louvores e encómios ao projeto do manicómio por seguir escrupulosamente as indicações das maiores autoridades nesta especialidade como sejam o Doutor Miguel Bombarda Director do hospital de Rilhafoles.*

Numa palavra, no final do século XIX, na Madeira ainda só havia críticas à situação dos alienados; enquanto nos Açores começava a estar esboçado o projecto do seu manicómio.

### **3. ALIENADOS NA MADEIRA E NOS AÇORES, 1900-1928**

Tanto o manicómio Conde Ferreira, no Porto, como as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha, Sintra, aumentaram rapidamente para fazer face ao número de doentes pobres. Enquanto Rilhafoles foi cenário do assassinato do seu director em 1910, e em 1911 tomou o nome de manicómio Miguel Bombarda, as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha, assistiam, cada uma, cerca de uma centena de doentes, quando passaram em 1910 pela ameaça maçónica republicana de serem confiscadas, e os Irmãos de S. João de Deus e as Irmãs Hospitaleiras, espanhóis e portugueses, serem expulsos do país. Afonso Costa deslocou-se, para isso, a ambas logo no dia 15 de Outubro de 1910, mas sendo propriedades de um italiano, este de Roma diligenciou junto do embaixador italiano o respeito pelas suas propriedades e abortou o inventário ao mandar içar a bandeira italiana na Casa de Saúde da Idanha quando já se estava prestes a iniciar o seu confisco. A partir de 1911 o governo republicano nomeou director clínico do Telhal o Dr. Luís Cebola, o qual, no seguimento dos planos de Bento Menni, desenvolveu nela um modelo notável de colónia de alienados e ergoterapia.

Perante a situação deplorável dos alienados, a Madeira e Açores deram, de 1903 a 1928, duas respostas necessárias, mas precárias, provisórias e deficientes, algo semelhantes, que viriam a ter também semelhante desfecho como vamos ver.

Na Madeira, dadas as condições desumanas dos alienados no Funchal, surgiram em 1903 as diligências do Bispo D. Manuel Agostinho Barreto para resolver o problema com uma casa de saúde dos Irmãos de S. João de Deus. Entretanto enviava alguns doentes para a Casa de Saúde do Telhal. Paralelamente, como que em concorrência, o benemérito Visconde de Caçongo promoveu a criação de uma comissão *ad hoc* para resolver a situação com um manicómio da iniciativa da Comissão. Esta comissão apressou o projecto do Manicómio Câmara Pestana comprando a Quinta do Rochedo em S. Gonçalo e fazendo pressão nas sessões da Junta Geral para esta apoiar o projecto, e apelando a ofertas do público para levar a cabo o empreendimento.

Mesmo sem apoio da Junta Geral a comissão adaptou a Quinta do Rochedo e abriu o manicómio em 1906 como sua propriedade a doar oportunamente à Junta Geral, a qual não aceitou que a comissão ficasse com poderes de fiscalizar o estabelecimento. Entretanto o Bispo teve a promessa de doação da proprietária da Quinta do Trapiche no alto de Santo António, aos Irmãos, para um manicómio. Dois Irmãos vieram em 1908 para a receber e ficaram surpreendidos por a dona ter voltado atrás por pressões das forças maçónicas, que a terão avisado que não queriam «jesuitismos» na Madeira.

O Manicómio Câmara Pestana crescia a par das repetidas queixas do público pelo seu mau funcionamento, levando o presidente da Junta Geral do Funchal, Vasco Gonçalves Marques, e o Director, Dr. João de Almada, ano após ano, a lamentar e fazer esforços para o melhorar. As queixas, as doenças e mortalidade aumentavam, a água era insuficiente e a alimentação pobre. O Presidente, após visitar o Telhal e a Idanha, fez diligências em 1920 para entregar a gestão e enfermagem do Manicómio Câmara Pestana aos Irmãos de S. João de Deus. A convicção de que as diligências iam resultar, levou Vasco Gonçalves Marques a mandar vir do Telhal ao Funchal os Irmãos Elias Pereira de Almeida e Manuel Maria Gonçalves para iniciar o processo de transferência. Teve, porém, a decepção amarga de não conseguir devido ao facto de numa reunião tumultuosa da Junta Geral, em 28 de Maio de 1920 — da qual publicámos a acta no nosso livro da história da casa<sup>3</sup> — a facção maçónica se opôr tenazmente a essa proposta advogando mais algum tempo para resolver os graves problemas do manicómio que continuou a funcionar mais quatro anos em condições precárias e degradantes.

Em Ponta Delgada, como ficou assinalado acima, o Manicómio dos Açores começou a ser planeado no meio de carências e polémicas. As demoras do processo levaram, porém, o Presidente da Junta Geral, Dr. Aristides Mota, em 1903, a criar o chamado «Hospital Provisório de Alienados» no Papa Terra, S. Gonçalo, para onde foram transferidos os

---

<sup>3</sup> GAMEIRO & GONÇALVES, 2014: 62-75.

homens, ficando ainda as mulheres no anexo da Misericórdia. Era uma solução também precária, como no Funchal, que se foi arrastando em condições insatisfatórias permanentes e desumanas como as do anexo na Misericórdia. Melhor solução viria só em 1928.

Numa palavra, as soluções, o «Manicómio Câmara Pestana», no Funchal, e o «Manicómio Provisório Papa Terra» em S. Gonçalo, Ponta Delgada, iam recebendo duras críticas pelas condições em que os doentes aí eram maltratados. Clamava-se por respostas mais humanas e técnicas.

O Manicómio Câmara Pestana (1906-1925) funcionou durante 19 anos, acabando ingloriamente em 1925 após a tentativa referida acima, vetada pela facção maçónica liderada pelo governador civil, Vasco Cipriano da Silva, de resolver as suas grandes deficiências com a gestão dos Irmãos de S. João de Deus em Maio de 1920. A situação deficiente manteve-se até que a Junta Geral pediu para os homens serem transferidos para a Casa de Saúde do Trapiche, em 1924, e o manicómio ser vendido em 1925 em hasta pública às Irmãs Hospitaleiras, mudando o nome para Casa de Saúde Câmara Pestana para as mulheres, mantendo-se o nome Câmara Pestana por a fundação ser em homenagem a este grande bacteriologista.

O «Manicómio Provisório Papa Terra» arrastou-se mais uns anos até que um dos quatro pavilhões programados na Quinta de Nossa Senhora do Egipto, na Fajã de Baixo, estivesse pronto em 1928, ano em que foi fundada a Casa de Saúde S. Miguel dos Irmãos de S. João de Deus para os homens serem para aí transferidos. Também neste caso as mulheres tiveram que esperar no anexo precário da Misericórdia até outro edifício estar pronto na Quinta do Egipto em 1943. Torna-se significativo como estiveram envolvidos dois grandes alienistas, Miguel Bombarda, no dos Açores; e Júlio de Matos no de Câmara Pestana, Funchal; e a arquitectura de ambos se inspirou na do Conde Ferreira.

A Ordem de S. João de Deus, a pedido das Juntas Gerais distritais, deu respostas adequadas à assistência aos alienados, agora chamados pacientes mentais; na Madeira por insistência do Dr. João de Almada, a partir de 1922; e nos Açores, em Angra do Heroísmo, a partir de 1927; e em 1928 em Ponta Delgada. No Funchal a resposta foi a Casa de Saúde S. João de Deus-Funchal, com início em 1922 e inauguração em 1924, quando a Junta Geral concretizou o pedido que levou à transferência dos homens de Câmara Pestana.

A segunda resposta à Junta do Distrito de Angra do Heroísmo foi concretizada com a Casa de Saúde S. Rafael, nesta cidade em 1927 e 1928, por iniciativa do benemérito Dr. Joaquim Bartolomeu Flores. Pressionou a Junta Geral a pedir aos Irmãos de S. João de Deus para assistirem os doentes em situação precária do Hospital da Misericórdia de Angra e de outros do distrito da Horta. Transferiram-se primeiro só os homens, ficando as mulheres a aguardar que estivessem realizadas as condições de uma secção preparada para elas em 1946. A Casa de Saúde S. Rafael desenvolveu-se e perfez 90 anos em 2017.

A terceira resposta aos pedidos da Junta Geral de Ponta Delgada aos Irmãos foi concretizada em 1928, com a Casa de Saúde S. Miguel, nome escolhido em vez de «Manicómio dos Açores», e propriedade da Junta Geral até 1982, confiada à Ordem Hospitaleira, ao serviço da população de S. Miguel e Santa Maria, e não, de todos os Açores como estava previsto quando foi planeada. Passou para propriedade da Ordem Hospitaleira por escritura de cessão assinada em 20 de Maio de 1983.

#### 4. DE 1928 A 2016

Notemos que após o encerramento do Miguel Bombarda (2011), Lorvão e Arnes (2012), as camas do sector público passaram de 1386 (2000) a 874 (2012); ao passo que as do sector social da Igreja, Irmãos e Irmãs, incluindo as seis casas de saúde mental da Madeira e dos Açores, atingiram 5500, contando as 250 do Conde Ferreira (Misericórdia do Porto). Os dados de registo das cúrias provinciais fornecidos ao autor contam, para os Irmãos, 1944 camas de saúde mental, mais 69 na Gelfa e 21 em Melgaço geridas por eles; e, para as Irmãs, 2963; o que perfaz no total 5157 do sector social da Igreja, enquanto a DGS atribui 874 camas de saúde mental (2012) aos serviços estatais.

Em relação à Madeira, na Quinta do Trapiche, as casas da quinta e as dos colonos foram adaptadas de 1922 a 1924 e a quinta recebeu o nome de *Casa de Saúde do Trapiche* e logo de *Casa de Saúde S. João de Deus*, e foi inaugurada em 10 de Agosto de 1924 com 40 doentes, 38 transferidos do Manicómio Câmara. A sua capacidade aumentou com a construção de vários edifícios: o pavilhão de S. José em 1928 para cerca de 100 doentes; e por 1932-1935 os edifícios centrais e a capela. O aumento rápido dos doentes exigiu o pavilhão de S. João de Deus em 1938 para agudos, e o de Santo António em 1950-1954 para cerca de 100 tranquilos. Os 122 doentes em 1930 aumentaram para 194 em 1940, 361 em 1950 e 405 em 1960, atingindo nesta década cerca de 500, o pico mais alto da sua história. Hoje a Casa de Saúde de S. João de Deus-Funchal tem cerca de 300 pacientes em 12 unidades: uma de agudos e outra de alcoologia, esta desde 1979, ambas requalificadas; 4 de reabilitação psicossocial, sendo uma na cidade; ao passo que a Casa de Saúde Câmara Pestana dispõe de 350 camas de psiquiatria para mulheres, de psicogeriatría/gerontopsiquiatria, deficiência intelectual de duração curta, média e longa; unidades residenciais de reabilitação psicossocial de apoio médio e moderado; consultas.

Em relação aos Açores, a *Casa de Saúde S. Rafael*, 1927, em Angra do Heroísmo, desenvolveu-se progressivamente para receber os homens dos dois distritos, Angra e Horta; e em 1946 recebeu as mulheres que tinham ficado no hospital da Misericórdia em condições deficientes, sendo a sua secção feminina comprada em 1966 pelas Irmãs Hospitaleiras e lhe dado o nome de *Casa de Saúde do Santo Espírito*. A Casa de Saúde S. Rafael publica desde 1955 «O Irresponsável», jornal ergoterápico de humor, que durante largos anos foi dirigido pelos doentes. Actualmente a Casa tem 62 camas de psicogeriatría,

9 de alcoologia, 47 de reabilitação psicossocial, uma unidade num bairro e 40 lugares em unidade socio-ocupacional, além de consulta externa de psiquiatria e psicologia.

A *Casa de Saúde do Santo Espírito* dispõe hoje de 160 camas para cuidados de psiquiatria, psicogeriatría/gerontopsiquiatria e deficiência intelectual; consultas de psiquiatria, psicologia, alcoologia; área de dia, reabilitação psicossocial e residência de apoio moderado.

A *Casa Saúde S. Miguel*, 1928, Ponta Delgada, foi propriedade da Junta Geral e do Governo Regional dos Açores, até 1983, em que passou a propriedade da Ordem Hospitaleira, como dissemos acima. A partir de 1943 acolheu as mulheres vindas do anexo da Misericórdia, sendo esta secção feminina entregue às Irmãs Hospitaleiras e transferindo para ela as mulheres da secção feminina da Casa de Saúde de S. Miguel. Actualmente, dispõe de 190 camas nas valências de psiquiatria, psicogeriatría, reabilitação psicossocial, alcoologia e toxicoddependências e duas residências na comunidade.

*Evolução dos tratamentos.* Em todas estas seis casas de saúde se praticaram desde os seus inícios sensivelmente os mesmos tratamentos, actualizados em cada época.

Nas últimas décadas do século XIX vivia-se um misto de progressos científicos em psicopatologia e métodos de tratamento, a par de correntes de incurabilidade degenerescente dos alienados, muitos deles mergulhados na pobreza e na miséria. A corrente de degenerescência mental ou incurabilidade propunha o seu internamento para a vida em colónias com cuidados de higiene, alimentação, calmantes e ocupações diversificadas nos serviços e agro-pecuária. Os tratamentos evoluíram de acordo com as boas práticas correntes nas casas da Ordem Hospitaleira e do modelo criado por S. Bento Menni em Espanha, Portugal e México. Tratamentos à base de medidas de higiene, alimentação saudável, ocupações utilitárias e de lazer, hidroterapia e calmantes, morfina, escopolamina e brometos, foram associados a práticas de humanização e pastoral da saúde no respeito cristão pela dignidade dos doentes. A partir dos anos 40 do século XX foram introduzidos os convulsivantes, sistocardil, cardiozol, eletrochoque e insulino-terapia; e, posteriormente, os psicofármacos: clorpromazina, serpasil, antidepressivos e neurolépticos, sempre associados à ergoterapia e ocupações ao ar livre. Não consta que a malarioterapia tenha sido utilizada nem as leucotomias. Nos anos 50 e 60 foram sendo introduzidos novos psicofármacos e neurolépticos de acordo com as investigações e práticas correntes. Nos anos 80 deu-se a inovação de abordagens de humanização, ocupações terapêuticas, psicoterapia social e comunitária, e uso dos psicofármacos de efeito prolongado. Nos anos 90 iniciou-se a reabilitação psicossocial e estruturação de unidades internas e residências na comunidade. No presente introduziram-se as práticas de cuidados continuados integrados em saúde mental e a respectiva adaptação arquitectónica das unidades.

## BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, Henrique (2002) — *Alienados. Assistência — Notas históricas*. Apresentadas nas comemorações dos 75 anos da CSSM e facilitadas pelo autor (inéditas). [S.l.: s.n.].
- ALMEIDA, Pe. Henrique de (1987) — *Resumo Histórico da Casa de Saúde de S. Rafael*. Angra do Heroísmo: Edição da Casa de Saúde de S. Rafael.
- ANDRADE, Sara Morais Saraiva de (2010) — *Hospitais do Sagrado Coração de Jesus*. In FRANCO, José Eduardo, dir. — *Dicionário histórico das Ordens, Institutos Religiosos e outras formas de vida consagrada católica em Portugal*. 1.ª ed. Lisboa: Gradiva, p. 440-447.
- BOMBARDA, Miguel (1899) — *Açores Médico*. Lisboa: Typographia de Adolpho de Mendonça.
- FILIPE, Pe. Nuno (1980) — *Irmãos de S. João de Deus 50.º Aniversário da Restauração de Províncias Portuguesa da Ordem Hospitaleira, 1928-1978*. Telhal: Ed. Hospitalidade.
- GAMEIRO, Aires (1985) — *A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus nos Açores*. [S.l.: s.n.], p. 301-321. Separata da Revista «Atlântida».
- \_\_\_\_ (2000) — *Alcoolismo nos Açores e na Madeira. Padrões de Consumo em 1999 e 2000. Linhas de Prevenção*, Lisboa: Ed. Hospitalidade.
- \_\_\_\_ (2011) — *Papel do Dr. Miguel Bombarda no planeamento do Manicómio dos Açores no dobrar dos séculos XIX-XX*. In PEREIRA, Ana Leonor e; PITA, João Rui, eds. — *II Jornadas de História de Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: Grupo de História e Sociologia da Ciência-CEIS20, p. 57-63.
- \_\_\_\_ (2016a) — *Casa de Saúde de S. João de Deus*. In CINTRA, Pedro e PESSOA GIL, Nuno, coord. — *História dos Serviços de Saúde Mental*. Lisboa: Edições Parsifal, vol. II, p. 423-480.
- \_\_\_\_ (2016b) — *Casa de Saúde de S. Rafael*. In CINTRA, Pedro; PESSOA GIL, Nuno, coord. — *História dos Serviços de Saúde Mental*. Lisboa: Edições Parsifal, vol. II, p. 487-530.
- \_\_\_\_ (2016c) — *Casa de Saúde de S. João de Deus*. In CINTRA, Pedro; PESSOA GIL, Nuno, coord. — *História dos Serviços de Saúde Mental*. Lisboa: Edições Parsifal, vol. II, p. 531-588.
- \_\_\_\_ [s.d.] — *História da Casa de Saúde de S. Miguel nos Açores. A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e os doentes mentais. Antecedentes, Inícios e Desenvolvimentos, 1890-2015*. [S.l.: s.n.]. No prelo.
- GAMEIRO, Aires; GONÇALVES, Manuel Maria (2014) — *História da Casa de Saúde de S. João de Deus na Madeira. Dos antecedentes a 1960*. Lisboa: Esfera do Caos, vol. I.
- GAMEIRO, Aires; BORGES, Augusto Moutinho; DORQUETE, José Nunes; ANDRADE, Sara (2010) — *Hospitais*. In FRANCO, José Eduardo, dir. — *Dicionário histórico das Ordens e Instituições Religiosas e outras formas de vida consagrada católica em Portugal*. Lisboa: Gradiva, p. 173-187.
- GAMEIRO, Pe. João (1943) — *Os Irmãos Hospitais de S. João de Deus em Portugal. Memória escrita por ocasião do cinquentenário da Fundação da Casa de Saúde do Telhal, 1606-1834 e 1893-1943*, Telhal: [s.n.].
- GOMES, José Vieira (2016) — *A política assistencial da Junta Geral do Distrito do Funchal (1836-1892)*. In *Junta Geral do Distrito do Funchal (1836-1976): Administração e história*. Funchal: Secretaria Regional da Economia, Turismo e Cultura, vol. I.
- MEDEIROS, José Maria de (1953) — *Casa de Saúde de S. Miguel*. «Revista Hospitalidade», n.º 70, tomo IX, p. 260-264.
- MONT'ALVERNE DE SEQUEIRA, Gil (1898) — *Os alienados nos Açores, Ensaio de Estatística, Publicação feita por ordem da Junta Geral do distrito de Ponta Delgada*. Ponta Delgada: Typ. Elzevieriana.
- MOTA, Nuno (2016) — *Loucura e periferia: o Manicómio Câmara Pestana (1906-1925)*. In *Junta Geral do Distrito do Funchal (1836-1976): Administração e história*. Edição: Secretaria Regional da Economia, Turismo e Cultura, p. 219-263, vol. I.
- TOMÁS, Francisco Caetano (2002) — *S. Rafael... um coração que bate*. Lisboa: Hospitalidade.

# A ERGOTERAPIA NOS HOSPITAIS DE ALIENADOS EM PORTUGAL (1848-1910): MITO OU REALIDADE?

SÉRGIO TENREIRO GOMES\*

## 1. DE LOUCOS A ALIENADOS

O fenómeno da loucura esteve sempre presente em todas as sociedades, desde os tempos bíblicos até à atualidade, sendo transversal a todas as classes sociais, embora com maior visibilidade nos grupos mais desfavorecidos<sup>1</sup>.

Já as antigas civilizações do Egito e da Mesopotâmia conheciam esta realidade, sobre a qual, mais tarde, os Gregos e Romanos se vão debruçar. O pressuposto de que é no cérebro que se situa o centro da vida psíquica é já defendido por Platão e Galeno, constituindo ponto de partida para as primeiras explorações anatómicas que começam a surgir a partir do século XVII<sup>2</sup>. Apesar da existência de tratamentos que se baseavam sobretudo na teoria dos humores e em processos de choque, poucos acreditavam que a loucura se apresentava como passível de cura.

Após a Idade Média, onde a situação dos loucos pouco foi tida em conta, o Renascimento vai permitir e impulsionar importantes desenvolvimentos no domínio da fisiologia, anatomia e diagnóstico. Também a denominada «medicina da alma» vai lentamente ganhando o seu espaço no seio das ciências médicas<sup>3</sup>.

---

\* Hospital de Santa Maria; Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. sergiotenreiro@gmail.com.

<sup>1</sup> CARDOSO, 2008: 58-59.

<sup>2</sup> PINA, 1972: 6-8.

<sup>3</sup> CARDOSO, 2008: 62-77.

Os historiadores da psiquiatria são unânimes a afirmar que é no final do século XVIII, início do século XIX que se dá o nascimento da psiquiatria moderna, pela mão de psiquiatras franceses como Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol. A revolução operada no fenómeno da alienação mental só pode ser compreendida à luz do movimento Iluminista que reforça a possibilidade de cura do alienado, que se vai traduzir na procura de fundamentos terapêuticos nos manicómios existentes<sup>4</sup>.

A medicina conhece novos paradigmas, sustentados pelo uso da razão, que lhe vão conferir capacidades de reformular terapêuticas anteriormente utilizadas. A psiquiatria acompanha este movimento, consubstanciada nos ideais de uma nova geração de físicos dos manicómios<sup>5</sup>.

Encontramos assim uma rutura com a tradição medieval em torno do alienado. Agora a alienação mental é verdadeiramente passível de cura e, pelo menos em teoria, o destino do alienado muda.

Também Pinel defendia, em 1801, que o manicómio tinha como principal função devolver os alienados à sociedade, sendo Esquirol, seu discípulo, o responsável pela implementação prática de alguns dos seus pressupostos. Outros nomes como Johann Reil, Ernest Horn, Benjamin Rush ou William Battie vão fundamentar o contributo terapêutico do manicómio cujas bases assentam em dois princípios fundamentais: o ambiente e a relação médico-doente<sup>6</sup>.

No que diz respeito à variável que anteriormente designámos por ambiente consistia, por um lado, na criação de uma rotina diária que encorajasse o estabelecimento de limites e a concentração, fomentando um sentido de autocontrolo nos doentes. Assim, os alienados seriam sujeitos a uma vida com regras e disciplina que os obrigava a refletir sobre as mudanças na sua própria vida, encontrando desta forma um poderoso aliado na restauração da razão perdida. É também dado grande ênfase às condições físicas e ao ambiente onde os manicómios se encontravam inseridos<sup>7</sup>.

Por outro lado, a relação médico-doente, muitas vezes também denominada de «terapia moral», embora não constituísse um procedimento novo, ganha novo alento com o nascimento da psiquiatria moderna através da sistematização de técnicas há muito conhecidas nos manicómios. Deste modo, os novos físicos perceberam a importância de ganhar a confiança dos doentes, tomando consciência dos efeitos terapêuticos de uma expressão de preocupação por parte do médico<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> SHORTER, 2001: 20-21.

<sup>5</sup> SHORTER, 2001: 21-22.

<sup>6</sup> SHORTER, 2001: 24-30.

<sup>7</sup> SHORTER, 2001: 30-32.

<sup>8</sup> SHORTER, 2001: 33-34.

## 2. O CASO DE PORTUGAL

A assistência aos loucos em Portugal no início da Idade Moderna era assegurada pelo Hospital Real de Todos os Santos. Após o terramoto de 1755, que reduziu a ruínas grande parte da cidade de Lisboa, estes doentes foram temporariamente acolhidos nas Cabanas do Rossio e nas Cocheiras do Conde de Castelo Melhor. Mais tarde são transferidos para o Hospital Nacional e Real de São José, onde ocupavam inicialmente duas enfermarias: as mulheres encontravam-se na enfermaria de Santa Eufémia (n.º 19) e os homens na enfermaria de São Teotónio (n.º 13)<sup>9</sup>.

O serviço clínico era assegurado por médicos pouco experientes, fruto de um preconceito social fortemente arraigado. Deste modo, os médicos escolhidos para exercerem funções nas enfermarias dos loucos dispunham de um vínculo muito precário junto do hospital, o que reduzia a possibilidade da não-aceitação do cargo<sup>10</sup>.

Joaquim Bizarro, no desempenho das suas funções e em harmonia com o progresso da ciência no campo das patologias da mente que se fazia sentir um pouco por toda a Europa, reflete sobre a necessidade do estabelecimento de um hospital para alienados e nos moldes em que tal deveria ser feito.

A opção pela construção de raiz de um novo edifício é considerada a ideal pois permitiria melhores resultados terapêuticos. Por outro lado, quando considera como hipótese o ajustamento de uma qualquer construção para estas novas funções, nota que as obras de adaptação para que tal seja viável seriam muito elevadas e não seria possível alcançar a excelência terapêutica<sup>11</sup>.

As suas preocupações vão centrar-se no plano económico, quer ao nível da obtenção de fundos para a construção (ou adaptação) do estabelecimento, quer para a manutenção do mesmo. Argumentando que o Tesouro Público não se encontra capacitado para custear o projeto, vai solicitar a generosidade dos Portugueses, considerando também que os Municípios deveriam ser chamadas a contribuir<sup>12</sup>.

Este apelo parece produzir efeitos poucos anos mais tarde quando António Sampaio deixa em testamento uma importante soma que colocou ao serviço dos alienados. Seu filho aumenta esse legado perfazendo 20 contos, que foi colocado à disposição da Comissão Administrativa da Santa Casa da Misericórdia e do Hospital de São José<sup>13</sup>.

Cresce na consciência social a necessidade da criação de uma instituição exclusivamente vocacionada para o acolhimento e tratamento dos alienados.

Será o Duque de Saldanha, à data Ministro do Reino, que, após visitar as enfermarias de alienados do Hospital de São José em 1848, vai desencadear o processo de

<sup>9</sup> CINTRA, 2012: 18-19.

<sup>10</sup> CARDOSO, 2008: 78-79.

<sup>11</sup> BIZARRO, 1838: 257.

<sup>12</sup> BIZARRO, 1838: 258-259.

<sup>13</sup> CENTENÁRIO DO HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA, 1948: 42.

transferência dos mesmos para o Convento de Rilhafoles, após deslocação do Colégio Militar que aí tinha as suas instalações<sup>14</sup>.

### **3. O HOSPITAL DE RILHAFOLES**

Após a sua abertura, em dezembro de 1848, Portugal passou a dispor de um hospital cuja função residia unicamente na assistência aos alienados. No entanto, a sua incapacidade para acolher o grande número de pessoas com patologia mental teve como consequência a frequente sobrelotação da unidade hospitalar. Este problema, aliado às características específicas da população que habitava o edifício bem como ao facto de este não possuir as condições estruturais e logísticas ideais, está na base de uma rápida degradação dos espaços e consequentemente, de um agravamento das condições assistenciais a estes doentes.

Quando em 1892 Miguel Bombarda assume a direção do hospital, o cenário que encontra é em muito semelhante ao que havia existido no Hospital de São José<sup>15</sup>.

Ao entrarmos na última década do século XIX, os alienados em Rilhafoles eram distribuídos por três unidades distintas entre si (o convento, o hospício das Recolhidas e as barracas), cujo denominador comum eram as más condições arquitetónicas e sanitárias. O Hospital, que havia sido concebido para albergar cerca de 300 doentes, contava com uma população superior a 500 indivíduos, com importantes consequências na dinâmica terapêutica<sup>16</sup>.

Deparando-se com uma situação de tal modo deplorável, Bombarda propõe uma profunda reforma na dinâmica hospitalar. As medidas a implementar teriam como objetivo restaurar a dignidade dos doentes internados, promovendo meios de tratamento adequados que há muito haviam sido abandonados em Rilhafoles.

Apesar das dificuldades encontradas, vai ser responsável por variadas reformas ao nível das instalações, da mentalidade dos funcionários, das condições sanitárias e de higiene, dos cuidados hoteleiros, no ensino da psiquiatria bem como na implementação de planos terapêuticos adequados<sup>17</sup>.

### **4. O HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA**

O hospital Conde de Ferreira constitui-se como a segunda instituição nacional dotada especificamente para acolher alienados de ambos os sexos e abriu portas a 24 de março de 1883.

---

<sup>14</sup> CENTENÁRIO DO HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA, 1948: 42-46.

<sup>15</sup> Veja-se PEREIRA & PITA, 2006.

<sup>16</sup> BOMBARDA, 1894: 9.

<sup>17</sup> BOMBARDA, 1894: 5.

Nasce da vontade de Joaquim Ferreira dos Santos que no seu testamento consigna uma importante soma para a construção de um hospital de alienados na cidade do Porto, que viria a ficar a cargo da Santa Casa da Misericórdia local.

O seu primeiro diretor, António Maria de Sena, como se pode observar no primeiro regulamento da instituição, pretendeu instituir na nova unidade hospitalar uma filosofia centrada no respeito pelo alienado, na adoção de meios terapêuticos adequados bem como no incentivo à investigação no âmbito das ciências da mente<sup>18</sup>.

A sobrelotação do hospital cedo se começa a observar e a procura de soluções para esta realidade é constante. António Maria de Sena é o principal responsável pela Lei de 1889, popularmente conhecida como Lei Sena, que preconizava a criação de diversas colónias agrícolas no país, onde os doentes incuráveis tranquilos poderiam permanecer, libertando consequentemente vagas nos hospitais de alienados para o acolhimento de doentes curáveis. No entanto tal desígnio nunca iria ser colocado em prática nos moldes em que foi concebido.

Com a morte de Sena, sucede-lhe Júlio de Matos, que vai dirigir a instituição até 1911, quando é requisitado pelo governo da República para dirigir o agora denominado Manicómio Bombarda (antigo Hospital de Rilhafoles) e as linhas mestras da sua atuação são muito semelhantes às do seu antecessor.

## 5. PRINCÍPIOS DA ERGOTERAPIA

Desde o início do século XIX, com a nova filosofia encetada por Pinel, que o trabalho ganha destaque nas opções terapêuticas que os alienistas tinham ao seu dispor. A instituição de uma vida regrada, na qual o trabalho desempenhava um importante papel, deveria funcionar como um motor organizacional no quotidiano dos alienados, podendo assim operar alterações comportamentais significativas<sup>19</sup>.

Tendo em conta que neste período poucos eram os meios empregados no processo terapêutico dos alienados, a ocupação estruturada pelo trabalho adquiriu um papel de relevo no seio das instituições que acolhiam doentes mentais um pouco por toda a Europa.

A evolução da psiquiatria na época contemporânea introduziu grandes mudanças nos fundamentos inerentes ao tratamento da doença mental alicerçadas nos psicofármacos e nas teorias psicoeducativas. No entanto a ergoterapia, ou seja, a ocupação estruturada dos doentes através do trabalho a ser responsável por um importante contributo no processo terapêutico. Apesar deste pressuposto não ser de todo consensual entre a comunidade científica, continua a acreditar-se na existência de um importante papel da ocupação estruturada na manutenção do equilíbrio psíquico das pessoas com

<sup>18</sup> Para um conhecimento cabal do regulamento que vigorou no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira veja-se SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1883.

<sup>19</sup> PINEL, 2011: 184.

problemas mentais, tendo em conta que o internamento de um doente não o destituiu de todas as suas capacidades produtivas<sup>20</sup>.

## 6. A ERGOTERAPIA NOS HOSPITAIS DE ALIENADOS EM PORTUGAL

A implementação da ergoterapia no Hospital de Rilhafoles foi uma preocupação que encontrou desde logo tradução no relatório que analisava as Condições do Convento de Rilhafoles para a sua adaptação a hospital de alienados. Deste modo, observam-se referências à elevada quantidade de terrenos disponíveis para o cultivo, proporcionando assim a possibilidade de atividades ergoterápicas baseadas na agricultura<sup>21</sup>.

Do ponto de vista económico, a dotação orçamental do Hospital de Rilhafoles seria da responsabilidade do Hospital de São José (50%), enquanto Misericórdias e Confrarias nacionais deveriam contribuir com o restante. Verificamos deste modo que numa fase inicial não era considerado como significativo o produto do trabalho dos alienados para o orçamento do hospital<sup>22</sup>.

Refira-se ainda que o *regulamento* de 1851 preconizava que 1/3 do trabalho dos alienados se destinava à dotação de um fundo de socorro dos mesmos, assumindo-se assim a existência de proveitos económicos provenientes da ergoterapia.

Francisco Pulido Valente refere-nos que, durante a sua administração, 2/3 dos alienados desenvolviam tarefas regularmente nas várias oficinas e em outras ocupações (alfaiate, costura, sapataria, quinta, limpezas e refeitório)<sup>23</sup>.

É também relatado que alguns alienados prestavam serviço fora do hospital nomeadamente no transporte de víveres para a cozinha, obras diversas e no cultivo do jardim botânico da Escola Médico-Cirúrgica. Pulido faz notar o comportamento adequado destes alienados. É de crer que estes doentes fossem criteriosamente escolhidos e se encontrassem estabilizados da sua doença, sendo assim compreensíveis as afirmações de Pulido quando diz que os alienados se encontravam «sempre tranquilos e obedientes, prestando-se aos trabalhos fóra do Hospital com tanta docilidade e até contentamento, que todos ao vê-los duvidam se são doentes, ou trabalhadores»<sup>24</sup>. A importância da ocupação dos alienados encontra-se cabalmente expressa quando Pulido afirma que «a tranquillidade do asylo está sempre na razão directa do maior emprego e ocupações diárias a que voluntariamente se presta o alienado»<sup>25</sup>.

<sup>20</sup> CORDO, 2009: 221-223.

<sup>21</sup> BEIRÃO, 1849: 319.

<sup>22</sup> *Regulamento do Hospital d'Alienados...*, 1851: 12-16.

<sup>23</sup> PULIDO, 1852: 20-25.

<sup>24</sup> PULIDO, 1852: 24.

<sup>25</sup> PULIDO, 1852: 26.

Aquando da direção de Miguel Bombarda, muitos foram os esforços por ele patrocinados no sentido de se adquirirem mais terrenos para cultivo referindo que deste modo seria possível aumentar o número de doentes a trabalhar bem como os proveitos económicos que daí poderiam advir<sup>26</sup>.

Não deixa de ser interessante percebermos que nem sempre a utilidade da ergoterapia era percebida pelos próprios doentes na medida em que, com alguma frequência, estes se recusavam a trabalhar. Miguel Bombarda viu-se assim obrigado a criar um plano de incentivos onde fornecia tabaco aos doentes do sexo masculino e doces às doentes do sexo feminino<sup>27</sup>.

A maioria dos doentes que se encontravam em programas de ergoterapia no hospital de Rilhafoles desenvolvia as suas atividades na quinta. Tal facto encontra justificação nas características da própria população internada pois deve-se ter em consideração que muitos dos utentes provinham de meios rurais sendo possível um maior aproveitamento das competências pré-existentes. Por outro lado, do ponto de vista logístico, estamos perante a atividade que mais facilmente poderia acolher um maior número de alienados, não existindo a necessidade de alocar um número elevado de recursos humanos.

Ao longo dos vários relatórios que Bombarda faz publicar no jornal «Medicina Contemporânea» encontramos sempre presente uma dupla justificação para a implementação de atividades de âmbito ergoterápico, não sendo sempre possível perceber no seu discurso a qual das componentes, terapêutica ou económica, o autor confere maior importância.

Gráfico 1. Doentes que exerciam algum tipo de atividade no Hospital de Rilhafoles, em termos percentuais



Fonte: Relatórios acerca do funcionamento do Hospital de Rilhafoles publicados entre 1892 e 1909 no jornal «Medicina Contemporânea»

<sup>26</sup> OLIVEIRA, 1983: 18.

<sup>27</sup> BOMBARDA, 1894: 50.

No gráfico anterior podemos encontrar, em termos percentuais, o número de alienados que exerciam algum tipo de atividade ergoterápica no Hospital de Rilhafoles, sendo os dados recolhidos referentes ao período em que Miguel Bombarda dirigiu a instituição. Verificamos que ao longo dos anos o número de alienados integrados em ocupações estruturadas vai diminuindo. A justificação para estes dados parece residir no fato de a área disponível para a agricultura ter diminuído progressivamente para dar lugar a novos edifícios que permitiriam acolher um número cada vez maior de alienados. O edifício em forma de poste telefónico bem como o pavilhão de segurança foram erguidos em terrenos onde outrora se encontravam terrenos de cultivo. Assim sendo e tendo em conta que a maioria das atividades decorriam no espaço da quinta, estes dados não nos causam perplexidade.

A ergoterapia no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira sempre desempenhou um importante papel na ocupação dos doentes, justificando-se assim o frequente investimento em diversas oficinas que foram surgindo ao longo do período cronológico.

Paralelamente à quinta e às suas estruturas anexas, existiam oficinas de vassouraria, de sapateiro e inclusive uma tipografia.

À semelhança de Rilhafoles era também na quinta que muitos dos alienados vão encontrar ocupação. Associada à quinta encontramos a criação de gado que, embora de modo mais residual, constituía fonte de ocupação para os alienados.

Analisando os relatórios publicados pela Santa Casa de Misericórdia do Porto é possível encontrarmos diretivas que procuram aumentar o investimento na suinicultura no entanto o argumento que justifica esta decisão é de carácter económico não sendo feita qualquer menção à utilidade terapêutica de tal decisão.

As oficinas de vassouraria e sapateiro acolhiam apenas um pequeno número de alienados e sua importância não é vincada nas fontes analisadas.

Já no que diz respeito à oficina de tipografia esta parece ter sido motivo de orgulho para a comunidade hospitalar e fruto de um avultado investimento em tecnologia. Quando se encontrava a funcionar em pleno era responsável pela impressão de muitos formulários e de publicações não só do hospital de alienados mas também de outras instituições que se encontravam a cargo da Santa Casa da Misericórdia do Porto<sup>28</sup>. A especificidade deste trabalho, bem como a necessidade de competências técnicas inviabilizava que um grande número de alienados desempenhasse funções nesta oficina.

## 7. REPRESENTATIVIDADE ECONÓMICA DA ERGOTERAPIA

No Hospital de Rilhafoles, analisando o discurso de vários diretores da instituição durante o período cronológico investigado encontramos argumentos a favor da importância económica do trabalho dos doentes quando Miguel Bombarda nos refere

---

<sup>28</sup> SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO, 1890: 279.

que o artigo 72 do regulamento do hospital não era cumprido «dada a situação de pobreza da fazenda hospitalar»<sup>29</sup>. Assim, o dinheiro que deveria ser canalizado para o fundo de beneficência de alienados era utilizado nas despesas correntes do hospital.

O mesmo autor refere-nos que «mais de um quarto da despeza total de Rilhafoles é por eles (pensionistas) paga.» Tal afirmação faz crer numa elevada importância do rendimento que se obtinha dos pensionistas acolhidos no hospital não sendo conferida importância semelhante à função económica da ergoterapia<sup>30</sup>.

É possível também inferirmos que, perante um número tão reduzido de alienados, o produto resultante do seu trabalho, tendo em conta a natureza do mesmo não pode representar um importante contributo no orçamento global da instituição.

No entanto não descarta a importância económica quando refere que «é sobretudo como meio de tratamento que se deve dar todo o desenvolvimento ao trabalho dos doentes» conferindo maior relevância aos fundamentos terapêuticos da ergoterapia em comparação com as vantagens económicas<sup>31</sup>.

A dupla importância da ergoterapia é constantemente afirmada por Miguel Bombarda quando procura persuadir o governo a adquirir terrenos contíguos ao Hospital de Rilhafoles para deste modo poder aumentar a área de produção da quinta do hospital. O seu discurso refere-nos que:

*a importância da quinta do hospital de Rilhafoles vem, não somente do seu rendimento actual, mas também e principalmente de que constitui a mais evidente demonstração da produtividade do trabalho dos alienados. Encontram-se vantagens de toda a ordem para os doentes que com o trabalho agrícola vivem a vida mais sossegada e menos monotona, quando d'elle não tiram a cura*<sup>32</sup>.

No que diz respeito ao Hospital de alienados do Conde de Ferreira, quando analisamos os relatórios económicos disponíveis é fácil percebermos que a representatividade económica da ergoterapia se reveste de um carácter meramente residual.

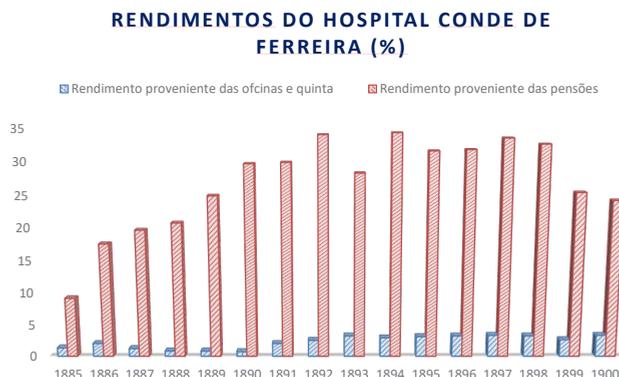
---

<sup>29</sup> BOMBARDA, 1894: 48.

<sup>30</sup> BOMBARDA, 1894: 45.

<sup>31</sup> BOMBARDA, 1894: 44.

<sup>32</sup> BOMBARDA, 1894: 46.

**Gráfico 2.** Rendimentos do Hospital Conde de Ferreira, em termos percentuais

Fonte: Relatórios de atividades da Santa Casa da Misericórdia do Porto entre 1885 e 1900

O gráfico anterior mostra-nos que o rendimento proveniente das oficinas e da quinta, onde muitos alienados desenvolviam trabalhos, é muito reduzido, não chegando sequer a 5% do orçamento global da instituição. Já o rendimento dos valores pagos pelos pensionistas é considerável atingindo muitas vezes um valor superior a 30% da dotação orçamental do hospital.

Nestes dados não encontramos inscritos os valores que o hospital não despendeu ao recorrer ao trabalho dos alienados nos serviços de limpeza e de logística hospitalar que permitiram à instituição diminuir os gastos com eventuais contratações de empregados para as ditas funções.

## 8. CONCLUSÃO

Ao longo desta investigação entendemos que o discurso dos protagonistas se centra, sobretudo, na componente terapêutica do trabalho estruturado. Tal ocorrência em muito se deverá ao reduzido leque de opções no plano terapêutico associado ao facto de os diretores das instituições desempenharem também eles funções clínicas no seio das instituições.

Não nos deparamos, contudo, com uma desvalorização total da componente económica desta terapia, em especial no discurso de Miguel Bombarda. Assim, encontramos lado a lado justificações de carácter económico e terapêutico ambas a concorrerem para uma melhoria da dinâmica e do quotidiano destes hospitais.

As estatísticas mostram que no Hospital Conde de Ferreira o benefício económico que a ergoterapia representava era residual o que, em nosso entender, contribui para uma preponderância dos argumentos terapêuticos face às vantagens económicas que a ergoterapia poderia oferecer.

Dadas as semelhanças entre ambas as instituições e tendo em conta que a percentagem de alienados a desempenharem atividades ergoterápicas nem sempre foi elevada, é de crer que também no Hospital de Rilhafoles o rendimento proveniente das oficinas e da quinta fosse pouco representativo na dotação orçamental da instituição.

## BIBLIOGRAFIA

- BEIRÃO, Caetano da Silva (1849) — 2.º relatório acerca do modo de adaptar o edifício de Rilhafoles para hospital de alienados. «Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa», t. III. Lisboa: [s.n.].
- BIZARRO, Joaquim Abranches (1838) — *Estatística médica das enfermarias d'alienados de ambos os sexos no Hospital de S. José de Lisboa nos dois annos desde 6 de Julho de 1835 a 5 de Julho de 1836 (1.º anno), e desde 6 de Julho de 1836 a 5 de Julho de 1837 (2.º anno)*. «Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa», t. V. Lisboa: [s.n.].
- BOMBARDA, Miguel (1894) — *O hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*. Lisboa: Livraria Rodrigues.
- CARDOSO, Carlos Mota (2008) — *Nódoas na alma — a medicina e a loucura*. Porto: Gradiva.
- CENTENÁRIO do Hospital Miguel Bombarda, (1948) — Lisboa: Edições Hospital Miguel Bombarda.
- CINTRA, Pedro (2012) — *Miguel Bombarda — Preservar a memória*. Lisboa: Casa das Letras.
- CORDO, Margarida (2009) — *A Ergoterapia e a Reabilitação Psico-social*. In GUEDES, Natália Correia, coord. — *Museu São João de Deus — Psiquiatria e História*. Lisboa: Editorial Hospitalidade.
- OLIVEIRA, J. F. Reis de (1983) — *Rilhafoles e a acção do Professor Miguel Bombarda*, Lisboa: Ramos, Afonso & Moita.
- PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui (2006) — *Miguel Bombarda (1851-1910): Uma força da natureza*. In PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui, coord. — *Miguel Bombarda (1851-1910) e singularidades de uma época*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- PINA, Luis de (1972) — *Quadros breves da evolução Psiquiátrica em Portugal*. Separata da Revista «Arquivos de História da Medicina Portuguesa». Porto: [s.n.].
- PINEL, Philippe (2011) — *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*. Lisboa: Edições Colibri, Primeira edição em 1802.
- PULIDO, Francisco Martins (1852) — *Relatorio sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- REGULAMENTO do Hospital d'Alienados estabelecido no edifício de Rilhafoles (1851) — Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO (1883) — *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde Ferreira*. Porto: Imprensa Real.
- \_\_\_\_ (1890) — *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Porto: Typographia de António José da Silva Teixeira.
- SHORTER, Edward (2001) — *Uma História da Psiquiatria — da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi Editores.



**VIII**  
LITERATURA,  
FILOSOFIA E SAÚDE



# SAÚDE E ENFERMIDADE EM UM MANUSCRITO JESUÍTICO INÉDITO: O *PARAGUAY NATURAL ILUSTRADO*, DO PADRE JESUÍTA JOSÉ SÁNCHEZ LABRADOR (1771-1776)

ELIANE CRISTINA DECKMANN FLECK\*

## 1. SOBRE O AUTOR E A OBRA<sup>1</sup>

José Sánchez Labrador nasceu em La Guardia, na província de Toledo, no dia 19 de setembro de 1717 [ou 1714] e morreu em Ravena, em 10 de outubro de 1798. Ingressou na Companhia de Jesus em 5 de outubro de 1731, de acordo com Ruiz Moreno (1948), ou em 19 de setembro de 1732, segundo Sainz Ollero *et al.* (1989)<sup>2</sup>, dedicando-se aos estudos de Gramática e Humanidades. Iniciou seus estudos de Filosofia no Noviciado de San Luis de Sevilha, interrompendo-os para viajar ao Rio da Prata em 1733, acompanhando o Padre Procurador Antonio Machoni. De 1734 a 1739, estudou Filosofia e Teologia na Universidade de Córdoba, concluindo sua formação no verão de 1739<sup>3</sup>. De acordo com seus biógrafos, entre os anos de 1741 e

---

\* Doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul — PUCRS, Professora Titular do Curso de Graduação e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). ecdfleck@terra.com.br.

<sup>1</sup> Este artigo retoma análises já desenvolvidas e divulgadas anteriormente em FLECK, 2014; FLECK *et al.*, 2015 e FLECK, 2016, trazendo contribuição significativa aos estudos sobre enfermidades e práticas curativas da América platina, no século XVIII, ao abordar a *Parte Primeira* do *Paraguay Natural Ilustrado*, que, além de se manter inédita, não recebeu qualquer análise por historiadores até o presente momento.

<sup>2</sup> Héctor e Helios Sainz Ollero, Francisco Cardona e Miguel de Castro Ontañón (1989) recorreram aos *Catálogos* de 1735, 1739, 1744 e 1748 e à obra de Hugo (STORNI, 1980) para afirmar que seu ingresso na Companhia se deu em 19 de setembro de 1732, quando José contava, portanto, com 15 ou 18 anos (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 102).

<sup>3</sup> «En los años siguientes no conocemos las actividades del recién ordenado sacerdote, aunque por las referencias de sus libros debió de estar, al menos en Buenos Aires y Montevideo» (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 102).

1746, atuou como professor na mesma cidade, dedicando-se, concomitantemente, aos estudos de História Natural<sup>4</sup>.

Assim, como muitos outros padres e irmãos jesuítas que o precederam nas terras de missão americanas, Sánchez Labrador não se dedicou, exclusivamente, à conversão dos indígenas, mas também ao estudo da fauna e da flora americana que observou nas diversas regiões da Província Jesuítica do Paraguai em que atuou como missionário. De acordo com alguns de seus biógrafos, entre 1747 e 1757, o padre jesuíta atuou junto às reduções de *San Francisco Xavier*, *Santa Maria la Mayor*, *La Cruz*, *Santo Thomé* e *San José*<sup>5</sup>. A partir de 1757, passou a atuar em *Apóstoles* (Santos Apóstolos ou Apóstolos São Pedro e São Pablo), tendo como companheiros os padres Lorenzo Ovando e Segismundo Asperger, este último, reconhecido por sua atuação como médico e boticário. Sabe-se que, dois anos depois, lecionou Teologia no Colégio de Assunção, e que no ano seguinte (1760), missionou entre índios Mbayás e Guaranis, que, mais tarde, formariam a redução de *Nuestra Señora de Belén*, e entre os índios Guanas, com os quais criou a redução de *San Juan Nepomuceno*.

Em 14 de agosto de 1767, logo após seu regresso de uma viagem às missões de índios Chiquitos<sup>6</sup>, Sánchez Labrador foi informado do decreto da expulsão dos jesuítas da Espanha e de suas colônias. Em 1768, chegou à Itália, se estabelecendo em Ravena, onde foi Superior de uma das casas que a Companhia de Jesus possuía na cidade. Manteve-se neste desterro por 30 anos, período durante o qual se dedicou a escrever<sup>7</sup>. Entre suas principais obras estão *Paraguay Católico*, publicado em 1910, *Paraguay Cultivado* e *Paraguay Natural Ilustrado*.

Escrita pelo padre jesuíta José Sánchez Labrador, entre os anos de 1771 e 1776, durante seu exílio em Ravena, na Itália<sup>8</sup>, *Paraguay Natural* é composta por quatro Partes

<sup>4</sup> Dentre as inúmeras ocupações que José Sánchez Labrador exerceu antes de atuar como missionário estão as de professor de Gramática no Colégio Máximo de Córdoba, professor de Filosofia na Universidade de Córdoba e professor de Teologia no Colégio Máximo de Buenos Aires. Sobre seu interesse em História Natural, seus trabalhos «demuestran su aprendizaje como naturalista y el interés que le produjo desde un primer momento la naturaleza americana, pero la mayor parte de sus experiencias y hallazgos iba a realizarlos en las áreas misioneras» (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 102).

<sup>5</sup> Sánchez Labrador faz referência também às reduções de *Yapeyu*, *Trinidad*, *Jesús*, *Loreto*, *San Ignacio Mini*, *San Ignacio Guazu*, *San Cosme* e *San Damián* e *San Lorenzo*, mas não informa se as conheceu pessoalmente.

<sup>6</sup> Sobre esta última viagem realizada pelo jesuíta em território americano, Furlong (FURLONG, 1948) e Sainz Ollero *et al.*, (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989) afirmam que Sánchez Labrador teria sido o primeiro a fazer o caminho que ligava as reduções de Guaranis às de Chiquitos. Iniciada em dezembro de 1766 e concluída em agosto de 1767, da qual teria resultado um diário e um mapa, entregues a Francisco Bucareli y Ursúa, governador de Buenos Aires à época da expulsão da Companhia de Jesus.

<sup>7</sup> Como bem observado por Sainz Ollero *et al.*, «La fecha de edición de este conjunto se sitúa aproximadamente entre 1771-76, cuando estaba exilado en Italia. [...] lo detallado de sus descripciones, unido a ciertas citas que se encuentran en el texto referentes a interrupciones en el escribir derivadas de los problemas surgidos en la convivencia diaria con los indios, indican que el padre Sánchez Labrador debió de salvar parte de sus manuscritos originales, lo cual le permitió reconstruir posteriormente descripciones e historias tan detalladas y prolíficas» (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 211-212).

<sup>8</sup> Para alguns jesuítas, como o padre José Sánchez Labrador, «la expulsión» tuvo paradójicamente una repercusión positiva sobre su formación científica [...] esta generación de jesuítas que, obligados a abandonar su labor misionera, se dedicaron a ordenar sus datos y a comunicar sus hallazgos y conocimientos a la luz de los avances científicos de

ou Tomos e 127 ilustrações feitas pelo próprio autor<sup>9</sup>, e não foi ainda integralmente publicada. O ineditismo da obra encontra justificativa em uma série de fatores, dentre os quais podemos destacar o número de volumes que a compõem<sup>10</sup>, a lentidão dos trâmites burocráticos de censura editorial (civis e eclesiásticos) e os custos de impressão em Setecentos. Não se deve desconsiderar, também, que em 1776, ano de sua conclusão, a Companhia de Jesus ainda não havia sido restaurada, o que viria a ocorrer somente em 1814, o que, certamente, contribuiu para que a obra se mantivesse desconhecida dos pesquisadores por tantos anos.

A obra já mereceu alguns estudos, todos eles realizados a partir da consulta ao manuscrito original que se encontra no Arquivo Romano da Companhia de Jesus (ARSI), tais como os de Guillermo Furlong, *Naturalistas Argentinos durante la dominacion Hispânica* (Buenos Aires: Editorial Huarpes, 1948); de Aníbal Ruiz Moreno, *La Medicina en «el Paraguay Natural» (1771-1776) del P. José Sánchez Labrador S. J.*: Exposición comentada del texto original (Tucumán: Universidad Nacional de Tucuman, 1948), e o de Sainz Ollero, Héctor; Sainz Ollero, Hélio; Francisco Suárez Cardona; Miguel Vázquez de Castro Ontañón, *José Sánchez Labrador y los naturalistas jesuitas del Río de la Plata* (Madrid: Mopu, 1989). Estes, no entanto, limitaram-se a fazer publicações parciais de certos tomos, livros e capítulos da obra, sendo que, na maioria das vezes, não indicaram as referências completas dos excertos selecionados.

Quanto à organização da obra, é importante ressaltar que o autor continuamente corrige e reescreve trechos ou frases completas; risca certas palavras; adiciona palavras e trechos ao texto; além de chamar a atenção e remeter a outras partes da própria obra ou a outras de suas produções, como o *Paraguai Católico* e o *Paraguai Cultivado*. Quando sente necessidade, o jesuíta faz adições ao texto, recorrendo a um símbolo muito semelhante a uma «Cruz de Malta», com o qual indica onde cada trecho deveria

---

la época. [...] reelaboró su obra en Rávena a la luz de la bibliografía que tuvo ocasión de consultar en esta ciudad italiana. Consideramos que esta riqueza de referencias, provocada por su contacto con la ciencia europea del momento y los autores clásicos, constituye un aspecto fundamental de su obra, que destaca por su erudición y enciclopedismo. [...] Conocía la obra química de Robert Boyle, había leído a autores clásicos como Hipócrates, Aristóteles, Plínio, Galeno y Dioscórides, algunos árabes como Avicena y contaba con las principales obras médicas de los siglos XVI y XVII, como las de Aldrovandi, Mattioli, Vesalio, Ramazzini, Pisón [...] » (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 194-204).

<sup>9</sup> Trata-se de «dibujos a pluma de alta calidad en los que se resaltan, en ocasiones exageradamente, los caracteres morfológicos de mayor importancia taxonómica. [...] Tanto por su volumen como por la calidad de los mencionados dibujos esta contribución iconográfica se interpreta como de alto valor» (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 193). Os autores acrescentam que se são indiscutivelmente «una aportación muy importante, sobre todo considerando que la gran mayoría de estas plantas no han contado con descripciones válidas (linneanas) hasta un siglo después [...]» e as lâminas nos ajudam na sua identificação na atualidade (SAINZ OLLERO *et al.*, 1989: 182).

<sup>10</sup> A obra *Paraguay Natural Ilustrado* conta com 100 ilustrações feitas pelo próprio autor e divide-se em quatro Partes. A primeira possui 558 páginas e divide-se em três Livros: *Diversidade de terras e corpos terrestres; Água e várias coisas a ela pertencentes; e Ar, ventos, estações do ano, clima destes países e enfermidades mais comuns*. A segunda Parte conta com 500 páginas e trata, especificamente, da Botânica. A terceira se divide nos seguintes livros: *Animais quadrúpedes* (166 páginas); *as Aves* (127 páginas); e *os Peixes* (128 páginas). A quarta e última Parte da obra, que possui 373 páginas, conta com os livros: *Os Animais anfíbios; os Animais répteis; e os Insetos*.

ser colocado, sendo que estas complementações se fazem presentes nas margens das páginas, nos rodapés e até em outras folhas que são marcadas com a página em que o trecho deveria ser acrescentado. Estas correções ou adições feitas no texto do *Paraguay Natural Ilustrado* indicam não só o rigor e o cuidado do autor em relação às informações divulgadas na obra, mas parecem apontar para a comprovação de que a obra foi feita em momentos distintos, tendo sido iniciada na América e concluída na Europa.

Em algumas páginas, constata-se a interferência de terceiros no manuscrito original, através da adição de números, linhas ou anotações. Isto pode ser encontrado principalmente nos Índices dos Tomos III e IV, nos quais estão assinaladas não somente os números das páginas dos capítulos de acordo com Sanchez Labrador, mas, também, de acordo com a numeração do arquivo em que o manuscrito se encontra depositado. Em relação às notas de rodapé, observamos e transcrevemos rigorosamente os textos inseridos pelo autor, mas nesta edição, diferentemente de Sánchez Labrador, que reinicia sua numeração a cada nova página do manuscrito original, optamos por uma numeração contínua das notas. Em relação a elas, observou-se que o jesuíta as corrige; muda a ordem de sua numeração; risca e rasura o texto de algumas; acrescenta outras, alterando, assim, a ordem numérica das notas nas páginas; deixa algumas em branco; coloca o número da mesma nota em locais diferentes do texto; insere notas e não as numera no texto; coloca duas vezes a mesma nota no rodapé; pulando, também, a numeração de algumas delas.

Quanto aos desenhos feitos por Sánchez Labrador, estes são, normalmente, colocados em folhas separadas do texto, havendo a inserção de um desenho por folha, na qual, por vezes, o autor inseriu o número da página da obra à qual ele se refere. No caso do Tomo II, Livro VI, as imagens são inseridas no corpo do texto. Já no Tomo III, estão ao final de cada um dos três livros que o compõem, enquanto que no Tomo IV, são inseridas ao final dos três livros. No caso destes dois Tomos, o III e o IV, os desenhos não recebem numeração, razão pela qual não podemos afirmar corretamente a que livro, capítulo ou página cada um deles se refere.

No *Paraguay Natural*, mais do que «relatar al mundo los éxitos y los sacrificios de los jesuitas como misioneros» se propôs a «ofrecer nuevos conocimientos relacionados con el saber natural»<sup>11</sup>. Por sua condição de autor erudito, o jesuíta Sánchez Labrador produziu uma obra em que fica evidente a necessidade de um comentário autorizado da parte de quem é suficientemente «sábio» ou «profundo»<sup>12</sup> e sua adesão à teoria humoralista hipocrático-galênica, em consonância com sua condição de europeu e de religioso. Entretanto, não são as recorrentes remissões e evocações aos conhecimentos de autoridades reconhecidas que nos chamam a atenção no *Paraguay Natural*, mas as

---

<sup>11</sup> JUSTO, 2011: 163.

<sup>12</sup> CERTEAU, 1982: 82.

menções que Labrador faz às contribuições de outros sujeitos, no caso, os indígenas, a quem denomina de «inteligentes» e «sábios» em algumas situações.

Neste sentido, é importante ressaltar a posição privilegiada ocupada pelos jesuítas missionários na produção e divulgação do conhecimento científico e etnográfico americano, pois, como bem observado por alguns estudiosos, eles cumpriram «una importante función en la búsqueda de información», pois se encontravam fisicamente na América, «conviviendo con los indígenas y en un medio ambiente lleno de objetos naturales ‘novedosos’ y por lo tanto esperando su catalogación»<sup>13</sup>.

## 2. SOBRE AS ENFERMIDADES MAIS COMUNS E RECOMENDAÇÕES PARA MANTER A SAÚDE

Neste artigo, me detenho, especificamente, no segundo subcapítulo do Capítulo IX do último Livro do Primeiro Tomo, por enfocarem tanto as enfermidades mais comuns na Província Jesuítica do Paraguai na primeira metade do século XVIII, quanto os procedimentos terapêuticos recomendados para sua cura ou para a manutenção da saúde. A *Primera Parte*, ou Tomo I, possui 558 páginas, sendo a maior de todas, e divide-se em três Livros: Diversidade de terras e corpos terrestres [com 28 capítulos]; Água e várias coisas a ela pertencentes [com 10 capítulos]; e Ar, ventos, estações do ano, clima destes países e enfermidades mais comuns [com 10 capítulos].

Do terceiro e último livro deste Primeiro Tomo, destaco o segundo subcapítulo do Capítulo IX, que trata, exclusivamente, das enfermidades mais comuns na Província Jesuítica do Paraguai, as quais, segundo Sánchez Labrador, decorriam do clima quente e úmido de algumas regiões do Paraguai, que se encontravam no que ele denominou de «Zona Tórrida», e que causaria alterações nos humores do corpo humano.

Os «forasteiros» seriam os mais suscetíveis às doenças, principalmente, dos males do fígado e de *esponjamento* da carne, devido a uma diminuição ou obstrução da transpiração decorrente do «engrossamento dos humores». O jesuíta recomendava que tanto os forasteiros, quanto os espanhóis que viviam no Paraguai deveriam proteger cuidadosamente os poros do corpo, cobrindo os pés durante a noite, para que a temperatura corporal não se alterasse, provocando a enfermidade. Já «Los Indios viven mas sanos, y sus accidentes rara vez son agudos, y executivos».

Essa preocupação de Sánchez Labrador com a falta de transpiração, e o desequilíbrio dos humores, se relaciona com o fato de o jesuíta compreender as doenças e também as terapêuticas com base nos pressupostos da Teoria humoralista hipocrático-galênica, ainda vigente no período em que o autor escreveu a obra, e para a qual as enfermidades eram causadas justamente pelo excesso ou ausência de algum dos humores: «Se a saúde assentava no equilíbrio, a doença era, em primeiro lugar, desequilíbrio, devido

---

<sup>13</sup> DEL VALLE, 2009: 52.

ao excesso de um dos elementos constituintes do corpo, ou a um excesso de calor, de frio, de secura ou de humidade»<sup>14</sup>. Como as doenças eram, normalmente, causadas pelo excesso desses humores, as práticas medicinais relacionadas com esta teoria tinham como objetivo a expulsão dos *maus humores* através do sangue, das fezes, da urina, da *transpiração*, do vômito e de demais formas de excreção. Por esta razão, eram largamente utilizadas na Europa as práticas terapêuticas de purgar, fazer sangrias, causar vômitos e provocar urina. Por essa razão, Sánchez Labrador entendia como muito preocupante o impedimento da transpiração no corpo humano, pois seria através dela que o corpo se livraria dos *maus humores* e, caso fosse obstruída, esses humores poderiam se acumular no corpo e causar doenças:

*si la transpiración, o copiosa en sudor, o menos sensible está libre, no molesta a la salud: pero si se impide, y el cuerpo no se desfoga por los poros, se experimenta pesadez, la qual indica materia, que en breve se dara a conocer en una enfermedad fuerte*<sup>15</sup>.

No terceiro livro do Tomo I da obra, o jesuíta faz, também, uma série de recomendações para os que viviam no Paraguai, tais como a de não consumir nada nem muito quente e nem muito frio, uma vez que as coisas quentes em excesso causariam, segundo ele, «caimiento, desmayos, afeminan los cuerpos, que quedan en una laxitud deplorable, sin color, ni fuerzas, por la dissipación abundante de los espíritus vitales»<sup>16</sup>. Já a preocupação com o consumo das coisas frias seria porque elas causariam «entorpecimiento de los miembros, obstrucciones, reprimiendo hacía adentro la materia, que debía transpirarse»<sup>17</sup>. Também recomenda que a prática de exercícios deveria ser feita logo cedo pela manhã ou no final da tarde, para que as pessoas não tomassem muito sol e, também, para que o ar do Paraguai não aumentasse ou causasse ardor nos «espíritos vitais» e nos humores do corpo. De qualquer modo, o autor diz que trabalhos e exercícios extremos não seriam positivos para a saúde, ao mesmo tempo em que deixar de dormir também não faria bem, principalmente, para a cabeça.

O autor fala ainda sobre a importância do aproveitamento das frutas existentes no Paraguai, que deveriam ser ingeridas principalmente pela manhã, pois fariam muito bem para a saúde. Mas faz críticas ao consumo de *aguardiente* e de *ponche*, dizendo que causavam problemas àqueles que os ingerissem em excesso:

<sup>14</sup> MICHEAU, 1985: 46.

<sup>15</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 532.

<sup>16</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 533.

<sup>17</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 533.

*que la bebida del Aguardiente [...] les acarrea muchos males, usada con nimiedad, y frecuencia. Su uso ca siempre acompañado de tristes, y desgraciados efectos: porque sutiliza, y extenua el cuerpo; disminuye, y quita las fuerzas; entorpece, y ofusca el cerebro*<sup>18</sup>.

Apesar de destacar os males da bebida e de deixar claro que estavam mais suscetíveis às doenças aqueles que se entregavam aos deleites de *Baco* e *Vênus*, o jesuíta também condena as abstinências, por afirmar que ficar muito tempo sem comer, dormir e beber também acarretaria grandes prejuízos à saúde, especialmente, para os que teriam problemas com a bÍlis. Ao falar sobre a ingestão de vinho, Sánchez Labrador afirma que o francês seria melhor do que o produzido na Espanha, e que deveria ser ingerido em quantidade, pois «Cometen un grande error contra sus vidas los que le beben en mayor abundancia delo que conviene en estos temples calientes»<sup>19</sup>.

O jesuíta também escreveu sobre as doenças de verão, as doenças de inverno e as epidemias e viroses. Sobre as doenças de verão, ele afirma que são causadas pelo clima mais seco desse período e que seriam menos prejudiciais e mais fáceis de curar do que as de inverno, que eram causadas pelo frio e pela umidade. Entre as enfermidades de verão estariam as «Dolores de costado, los tabardillos, y calenturas ardientes [...]», além das doenças que teriam relação direta com o tempo seco como «males de ojos, disenterias, herpes, fuegos, o sarpullidos, comezón por todo el cuerpo, vahídos de cabeza, [etc.] males, que provienen de lo sangre requemada»<sup>20</sup>. As doenças de inverno estariam, de acordo com o autor, estreitamente relacionadas com a umidade e as chuvas dessa estação e causariam, além dos problemas de cicatrização por causa da umidade, males como «calenturas pútridas, y abundancia de flemas dela cabeza, y vientre, fluxiones, caída dela ternilla del estomago ensiforme, fluxos blancos del vientre, hydropesías, y hernias. Sobretudo opilaciones del higado, y flaquezas del estomago, pasmos, y otros afectos delos nervíos»<sup>21</sup>. Em relação às viroses e às epidemias, Sánchez Labrador diz que, de anos em anos, assolavam os indígenas, matando muitos deles no Paraguai, mas que, mesmo assim, não eram tão terríveis na Província Jesuítica do Paraguai quanto eram na Europa, pois, segundo ele, os índios seriam mais saudáveis do que os espanhóis e os forasteiros. A melhor forma de prevenir as epidemias e as viroses seria orientar os indígenas a evitarem o contágio, se afastando dos que estavam doentes, pois, uma vez enfermos, era muito difícil de tratá-los.

Ao final desse subcapítulo sobre as enfermidades mais comuns do Paraguai, Sánchez Labrador menciona os autores nos quais se baseou para fundamentar algumas

<sup>18</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 534.

<sup>19</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 535.

<sup>20</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 536

<sup>21</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 536.

das afirmações e recomendações feitas, apontando ainda para a apropriação e para a circulação de saberes e de certas obras. Dentre eles, se destacam, em especial, os jesuítas Pedro Montenegro e Juan de Esteyneffer e o Frei Augustin Farfán, e os autores não jesuítas Jacobo Boncio<sup>22</sup> e Guilherme Piso<sup>23</sup>: «En el discurso de esta ilustración dela Naturaleza del Paraguay se escriben muchos remedios, que suministran los tres reynos Mineral, vegetativo, y sensitivo en estas dilatadissimas regiones, valéndonos delas noticias, que dan los Auctores referidos, y otros Libros»<sup>24</sup>.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o exposto, é correto afirmar que os registros feitos por Labrador levaram em conta, tanto as obras que consultou na biblioteca do noviciado de San Luis de Sevilha e, posteriormente, na do Colégio de Córdoba, quanto o diálogo que estabeleceu com outros homens de ciência — durante seu exílio em Ravena, na Itália — período durante o qual se dedicou à sistematização das informações levantadas na América e à escrita do *Paraguay Católico*, do *Paraguay Cultivado* e do *Paraguay Natural*.

Por outro lado, Sánchez Labrador estabeleceu contínuas relações e comparações entre as enfermidades e práticas curativas indígenas e as europeias, contestando certas concepções médicas e contrapondo-as às observações, às informações que coletou e as experiências que realizou durante o período de sua atuação como missionário junto aos indígenas da região platina. Sua narrativa parece, portanto, sobrepor e mesclar as experiências que, como missionário e naturalista vivenciou na América, àquelas próprias de seu período de formação na Europa e, ainda, às que posteriormente viveu durante o exílio na Itália.

Como procuramos demonstrar neste texto, *Paraguay Natural Ilustrado* constitui-se, inequivocamente, em obra de referência para a reconstituição do ambiente intelectual em que irmãos e padres jesuítas se encontravam inseridos tanto na América, quanto na Europa após o decreto de expulsão dos monarcas ibéricos, para a compreensão dos efeitos da experiência americana nas concepções relativas à Botânica, à Medicina e à Farmácia dos missionários da Companhia de Jesus, e, ainda, para a identificação e avaliação da contribuição dos saberes dos grupos indígenas americanos na escrita de *Historias Naturales e Materias Medicas* divulgadas no século XVIII.

<sup>22</sup> Jacobo Boncio (?-?) atuou como médico da Companhia Holandesa em Java.

<sup>23</sup> O médico e naturalista holandês Guilherme Piso (1611-1678) atuou em uma expedição ao Brasil, entre os anos de 1637 e 1644, tendo atuado como médico particular do conde Maurício de Nassau (1604-1679), governador da colônia holandesa instalada no Nordeste do Brasil, no período de 1636 a 1644. Escreveu, juntamente com George Marcgraf, a obra *Historia Naturalis Brasiliae* (1648), primeira publicação científica sobre a geografia e natureza do Brasil (PICKEL, 2008).

<sup>24</sup> SÁNCHEZ LABRADOR, 1771: Tomo I, Livro III, Cap. IX: 537.

## FONTES

SÁNCHEZ LABRADOR, José (1771-1776) — *Paraguay Natural. Ilustrado. Noticias del país, con la explicación de phenomenos físicos generales y particulares: usos útiles, que de sus producciones pueden hacer varias artes*. Ravenna. (Manuscrito). Archivo Histórico de la Compañía de Jesús (ARSI), Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- CERTEAU, Michel de (1982) — *A escrita da história*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- DEL VALLE, Ivone (2009) — *Escribiendo desde los márgenes: colonialismo y jesuitas em el siglo XVIII*. México: Siglo XXI.
- FLECK, Eliane Cristina Deckmann (2014) — *Entre a caridade e a ciência: a prática missionária e científica da Companhia de Jesus (América platina, séculos XVII e XVIII)*. São Leopoldo, RS: Oikos Editora.
- FLECK, Eliane Cristina Deckmann (2015) — *As artes de curar em um manuscrito jesuíta inédito do Setecentos: um estudo do Paraguay Natural Ilustrado do padre José Sánchez Labrador (1771-1776)*. São Leopoldo, RS: Oikos Editora.
- FLECK, Eliane Cristina Deckmann e; JOAQUIM, Mariana Alliatti e; BIEHL, Maico (2016) — *En orden a sus virtudes y facultades medicinales: um estudo sobre o Paraguay Natural Ilustrado de José Sánchez Labrador SJ*. «Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana», vol. 6, n.º 2, p. 01-43.
- FURLONG, Guillermo (1948) — *Naturalistas Argentinos durante la dominación Hispánica*. Buenos Aires: Editorial Huapes.
- JUSTO, María de la Soledad (2011) — *Paraguay y los debates jesuíticos sobre la inferioridad de la naturaleza americana*. In: WILDE, Guillermo, ed. — *Saberes de la conversión. Jesuítas, indígenas e Imperios coloniales en las fronteras de la Cristandad*. Buenos Aires: Editorial Sb, p. 155-174.
- MICHEAU, Françoise (1985) — *A idade do ouro da medicina árabe*. In LE GOFF, J., *apres — As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, p. 57-77.
- MORENO, Aníbal Ruiz (1948) — *La Medicina en «el Paraguay Natural» (1771-1776) del P. José Sánchez Labrador S. J.: Exposición comentada del texto original*. Tucuman: Universidad Nacional de Tucuman.
- PICKEL, D. Bento Jose (2008) — *Flora do Nordeste do Brasil segundo Piso e Marcgrave: no século XVII*. Recife: EDUFRPE.
- SAINZ OLLERO, Hector; SAINZ OLLERO, Helios; CARDONA, F. S.; ONTAÑÓN, M. V. de C. (1989) — *José Sánchez Labrador y los naturalistas jesuitas del Río de la Plata*. Madrid: Mopu.
- STORNI, Hugo (1980) — *Catálogo de los jesuítas de la Provincia del Paraguay*. Roma: Institutum Historicum Societatis Iesu.



# O CORPO EM EXCESSO: UMA LEITURA DE A FARSA

VANDA FIGUEIREDO\*

*A realidade é o nada temeroso.*

Raul Brandão

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em abril de 1888, num artigo para a «Gazeta de Notícias» sobre a Europa, Eça de Queirós escreve o seguinte:

*A situação da Europa é medonha. Sob as crises que a sacodem, já a máquina se desconjunta. Nada pode suster o incomparável desastre. Este fim de século é um fim de Mundo! E com efeito, com efeito! se, a este prolongado e triste brado, o homem repara mais atentamente na Europa — ela aparece-lhe como uma sala de hospital, onde arquejam e se agitam nos seus catres, esteiros ou largos, os grandes enfermos da civilização<sup>1</sup>.*

O retrato é claro: a crise caracteriza o continente europeu do fim de século: crise social, moral, crise na indústria, na agricultura, na política...<sup>2</sup>

Uma das principais causas da decadência é apontada noutro texto do autor português, por interposta presença de Fradique Mendes: a «extrema democratização da ciência,

---

\* Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho, onde desenvolve um projeto de doutoramento financiado pela FCT. É igualmente investigadora no Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa (CLEPUL). v.santosfigueiredo@gmail.com.

<sup>1</sup> QUEIRÓS, 2000: 143.

<sup>2</sup> QUEIRÓS, 2000: 145.

o seu universal e ilimitado derramamento», bem como a «universal modernização que reduz todos os costumes, crenças, ideias, gostos, modos, os mais ingênitos e mais originalmente próprios, a um tipo de uniforme (representado pelo ‘sujeito utilitário e sério’ de sobrecasaca preta)»<sup>3</sup>.

Em suma: trata-se da crise da sociedade burguesa moderna massificada, urbana e industrial, regida pelos fundamentos do sistema iluminista-positivista: a ciência, o progresso, a técnica, a razão, a verdade, entre outros.

Por conseguinte, Eça de Queirós manifesta o espírito desencantado do artista oitocentista, aproximando-se, assim, dos preceitos finisseculares. Efetivamente, numa clara intenção de romper com os valores da modernidade técnica e científica, simbolistas e decadentistas regem-se por princípios exclusivamente artísticos, recusando as normas sociais vigentes (é caso para lembrar o facto de os dois movimentos recuperarem a oposição, de raiz romântica, entre modernidade técnica/científica e modernidade artística).

Neste contexto, faz sentido atentar na afirmação de Raul Brandão: «Não sei nada, não sei nada, e saio deste mundo com a convicção de que *não é a razão nem a verdade que nos guiam: só a paixão e a quimera [...]*»<sup>4</sup>. Estas palavras revelam um ponto de vista fundamental: a atitude de desprezo pela *razão* e pela *verdade* e, em contrapartida, o enaltecimento da *paixão* e da *quimera*, o que significa o distanciamento de uma ideia de arte enquanto produto do rigor e da objetividade e, em contrapartida, a defesa da arte enquanto sentimento, fantasia e imaginação. Ou seja: Raul Brandão, à semelhança de outros escritores de *fin-de-siècle*, coloca a imaginação no lugar das normas universais impostas pela lógica racional, elevando-a à condição de *rainha das faculdades*<sup>5</sup>.

De facto, a imaginação possibilita a concretização do desejo de distanciamento da realidade — «cheia de intransigências mesquinhas, de ásperos ângulos, de mínimos e resistentes pormenores», como indica o narrador d’ *A Farsa* — e, conseqüentemente, de aproximação à «verdadeira existência [...] essa que nos parece quimérica. É, até, se me não engano, a única que existe»<sup>6</sup>. Essa existência criada através dos materiais imaginativos alojados no interior de cada ser, ainda no dizer de Raul Brandão:

*A vida somos nós que a construímos à custa de quimeras, de gritos, de ternura: o mundo pertence-nos: a árvore, a água, o que te rodeia de simples, de belo, de trágico, o que te faz viver e o que nos faz viver — tiraste-o de tua própria alma. A realidade*

<sup>3</sup> QUEIRÓS, 1999: 58; 83.

<sup>4</sup> BRANDÃO, 1998: 37; itálicos nossos.

<sup>5</sup> Usando uma expressão de Baudelaire (BAUDELAIRE, 2006: 158).

<sup>6</sup> BRANDÃO, 2001: 176.

*é o negrume, o abismo donde só sai o silêncio. O sol foste tu que o criaste — porque a realidade é a treva: a luz nasce aos borbotões de teu ser*<sup>7</sup>.

Cumprе salientar que a necessidade de alheamento do mundo exterior se traduz numa existência solitária, desencadeadora de uma atitude marcadamente intimista e, por sua vez, de personalidades narcísicas e autistas. Desconsiderando quaisquer imagens em seu redor, o artista fixa-se, qual Narciso, no seu reflexo. Ou, de outro modo, no seu *eu*.

## 2. O CORPO EM EXCESSO

*Sofro, assim, pelo que sou,  
Sofro por este chão que aos meus pés se me pegou,  
Sofro por não poder fugir,  
Sofro por ter prazer em me acusar e me exhibir!*  
José Régio

Chegamos, assim, ao ponto fulcral da presente reflexão. Vejamos em que medida, atentando, para isso, nos seguintes versos das *Metamorfoses* de Ovídio:

*Extasiado consigo mesmo, fica imóvel, incapaz de se mexer, o olhar fixo, qual estátua esculpida em mármore de Paros.  
Estendido no chão, contempla os seus olhos, astros gémeos,  
e os cabelos dignos de Baco, dignos até do próprio Apolo,  
as faces impúberes e o pescoço de marfim, e o esplendor dos lábios, e o rubor misturado com a alvura da neve.  
Olha maravilhado para tudo o que o torna maravilhoso*<sup>8</sup>.

Nesta representação do mito de Narciso, sobressai um aspeto que nos parece essencial: a fixação narcísica significa uma fixação no corpo.

Note-se que a relação entre o narcisismo e a corporalidade se torna ainda mais evidente quando o sujeito se vê confrontado com experiências corporais extremas (físicas ou psicológicas), como são a dor, a doença ou a morte. Isto por abalarem a sua sensação de grandeza, bem como a crença na imortalidade a ela associada, e por porem em causa a sua sobrevivência. Como escreve Gonçalo M. Tavares no *Atlas do Corpo e da Imaginação*, «A dor [é, tal como a morte, acrescentamos] o que mais nos empurra

<sup>7</sup> BRANDÃO, 1998: 192-193.

<sup>8</sup> Ov. *Met.* 3. 418-424.

para fora do mundo e para dentro do corpo»<sup>9</sup>. Deste modo, poder-se-á concluir: o *eu* em excesso é o mesmo que corpo em excesso.

Ora, segundo cremos, o corpo em excesso (e o excesso de corpo) caracteriza, precisamente, a produção brandoniana e, em particular, a obra em estudo. O corpo invade, por vezes tumultuosamente, as páginas d' *A Farsa*, onde ocupa um lugar de absoluto destaque. É exposto, sem quaisquer restrições, em imagens excêntricas e disformes, desconcertantes e perturbadoras.

Convém assinalar que esta forma, enfática e excecional, de mostrar o corpo contraria uma atitude prevalecente no Ocidente durante largas centúrias, a saber, uma atitude de resistência e de oposição em relação à corporalidade, manifesta numa tentativa de apagar o corpo, sobretudo quando ele lembra a fragilidade, a precariedade e a efemeridade humanas.

A mudança de paradigma começa a delinear-se a partir de meados do século XIX, designadamente quando se compreende, com Arthur Schopenhauer, que o indivíduo é muito mais do que uma «cabeça de anjo alado, sem corpo»<sup>10</sup>, ou seja, a sua existência não depende em exclusivo do entendimento, mas, em grande medida, das experiências percetiva e sensória. Por outras palavras: o corpo fundamenta a existência. Nele, o ser manifesta-se e (re)conhece-se na sua mesmidade. Daí Friedrich Nietzsche escrever «Todo eu sou corpo e nada mais»<sup>11</sup>, confirmando a ideia de corpo enquanto lugar do *eu*.

O reconhecimento da dimensão ontológica da corporalidade relaciona-se de modo claro com as renovadas noções de *persona* e de identidade. Senão, vejamos: destruída a crença no sujeito único e absoluto, rigorosamente delimitado e meramente vinculado ao conhecimento empírico-racionalista, descobre-se no seu lugar um sujeito múltiplo<sup>12</sup> em constante reconfiguração, porque vinculado a uma dimensão transcendente e sombria, orientada por impulsos volitivos involuntários e incontroláveis. (A este respeito, não esqueçamos a revelação freudiana do inconsciente, fundamental para demonstrar a inexistência de um indivíduo perfeitamente conhecedor e controlador de si próprio. Isto devido à sua impossibilidade de aceder aos conteúdos enigmáticos do impenetrável reino do inconsciente.)

Em suma: as perspetivas schopenhauriana e nietzschiana são determinantes para derrubar a noção de corpo-máquina, de forte cariz cartesiano: uma estrutura cuja organização e funcionamento são perfeitamente racionais, por obedecerem ao controlo do intelecto. Na verdade, ao corpo lógico-intelectual, objetivado pela consciência, os filósofos contrapõem o corpo passional, isto é, um conjunto de múltiplas forças vivas e inconscientes: pulsionais, sensitivas, instintivas, entre outras.

---

<sup>9</sup> TAVARES, 2013: 331.

<sup>10</sup> SCHOPENHAUER, [s.d.]: 132.

<sup>11</sup> NIETZSCHE, 2007: 50.

<sup>12</sup> Como assinala Friedrich Nietzsche (NIETZSCHE, 1995: 283).

A análise do texto de Raul Brandão deve, pois, ter por base este enquadramento. *A Farsa* parece-nos claramente sintomática do novo paradigma da corporalidade: nela, retiram-se os véus de sobre o corpo, assim revelado em todo o seu esplendor e em todas as suas formas. Daí a dor e a morte surgirem como personagens principais.

No tocante à tematização da dor e da morte na obra brandoniana — designadamente por meio de impressões corporais dolorosas e sombrias, funestas e repugnantes —, acreditamos poder lê-la à luz da obsessão decadentista pela exibição horrenda da corporeidade ferida e em declínio, que incomoda e angustia (em certa medida devido ao seu caráter inesperado).

É conveniente realçar o facto de esta propensão para o estranhamento se concretizar através da «transfiguração expressionista», segundo Seabra Pereira<sup>13</sup>, o que nos leva a crer na existência de uma proximidade entre o decadentismo e o expressionismo. Efetivamente, os dois movimentos caracterizam-se pela reflexão sobre a existência humana e, consecutivamente, pela trágica exposição da vertente corporal. Neste sentido, reformulemos o raciocínio acima apresentado: a presença da dor e da morte n' *A Farsa* deve entender-se no quadro decadentista e, além disso, no quadro expressionista.

## 2.1. O corpo: expressão da dor

*A minha Dor, vesti-a de brocado,  
Fi-la cantar um choro em melopeia,  
Ergui-lhe um trono de oiro imaculado,  
Ajoelhei de mãos postas e adorei-a.*  
José Régio

Nas palavras de João Barrento, a dor é um *fantasma* que «[nos] está na pele e nas vidas desde sempre», um espectro que «alguém [...] se encarrega sempre de [...] fechar no quarto dos fundos»<sup>14</sup>, tal como se faz na sociedade moderna. Ao invés, os artistas decadentistas e expressionistas, no anseio de porem em cena o ser humano em todas as suas dimensões, abrem as portas à dor.

Assim se compreende que o corpo em dor invada as páginas d' *A Farsa*, cuja ação decorre, precisamente, numa vila em *ruínas*, «toda lavada em lágrimas»<sup>15</sup>. O texto inicia-se com a exteriorização de uma sensação arrebatadoramente dolorosa através da transmutação de um corpo em grito. Um grito de dor, «lúgubre, aflitivo, raspado»,

<sup>13</sup> Como se lê na introdução d' *A Farsa* (BRANDÃO, 2001: 11).

<sup>14</sup> BARRENTO, 1999: 21.

<sup>15</sup> BRANDÃO, 2001: 51.

que sobressai no escuro e no silêncio da noite: «— Ai que ma levam! ai que ma levam!», pronuncia ruidosamente Anacleto, «sacudido de desespero»<sup>16</sup>.

A propósito, tomemos de empréstimo o comentário de Gonçalo M. Tavares: «O grito [é...] o *verbo grotesco*, o *verbo animalizado*: o grito, eis que afinal se pode também constituir como descritivo. O grito *descreve uma dor; relata uma dor*»<sup>17</sup>. É até uma das formas mais eficazes de a descrever ou relatar, sobretudo quando cruel e lancinante, ao ponto de provocar uma falha na linguagem. De facto, como pertinentemente explica David Le Breton, «A língua fragmenta-se por momentos perante os conteúdos afectivos, demasiado poderosos, que varrem tudo à sua passagem. A dor quebra a voz e torna-a irreconhecível, suscita o grito, o lamento, o gemido, as lágrimas ou o silêncio»<sup>18</sup>. Concluamos: o grito, o lamento, o gemido, as lágrimas e o silêncio constituem-se como manifestações corporais da dor.

Por isso, reagindo à morte da mulher, Anacleto «Agarrado ao esquite [...] berra, sacudido de desespero»; «soluça», numa «explosão de lágrimas». Ou, anos depois, confrontado com a traição, «tomba esvaído, e tal é a dor que chega a sentir-se o embate do desespero sob a capa inteiriça de pedra. [...] Não fala porque se lhe estrangulam na garganta todas as palavras; não grita porque não se lembra de gritar». Do mesmo modo, a nora de Candidinha vive «mergulhada numa dor donde não saem nem palavras nem gritos». Já Sofia, «Nem um rumor. Fartou-se de chorar, cansou-se de chorar [...]»; «Uma noite, [...] tomba esvaída, exausta, já sem gritos na boca [...]». E a Cega «nem se queixa. Passa os dias [...] indiferente como se tivesse atravessado o Inferno ou a houvesse petrificado a dor»; «emudecera. Fora tanta a desgraça que a transira. [...] Vive num túmulo — emoção emparedada na treva: [...]. Não grita, não pede — cala-se». Como a própria confessa: «— A minha história é uma história de lágrimas. Pouco mais tenho feito do que sofrer e chorar»<sup>19</sup>.

Além do choro e das manifestações sonoras (ou da ausência delas), as feridas corpóreas são exteriormente visíveis na fisionomia, no aspeto e na compleição físicos, entre outros traços morfológicos. Joana ilustra-o, como facilmente se verifica nos trechos abaixo:

*Lidou, cavou: a pele enrugou-se-lhe, as mãos puseram-se-lhe nodosas: e sempre os mesmos olhos límpidos e tristes numa carinha inocente. [...] Casaram-na... Olhou extasiada o homem e fez-se ainda mais pequenina. Toda a sua imensa fealdade [...] lembra uma fraga [...]. Negra e encardida como a terra pedregosa, revolvendo-a*

<sup>16</sup> BRANDÃO, 2001: 51; BRANDÃO, 2001: 52.

<sup>17</sup> TAVARES, 2013: 328.

<sup>18</sup> BRETON, [s.d.]: 235-6.

<sup>19</sup> BRANDÃO, 2001: 52, 53, 56, 81, 109, 134.

*continuou seus dias. [...] O homem batia-lhe, bebia, tratava-a com desprezo. E a Joana, mesquinha, sem uma queixa, mais denegrída, e, se possível, mais feia. [...]*

*Naquela alma espessa de trevas a humildade e a ternura nasciam como a água nasce nas rochas. Por isso a comparo com a serra — e nem dela posso separar esta imagem: a mesma aspereza, a mesma emoção que boia no coração dos fragedos escuros. Grandeza e fealdade: monótona, esfarrapada e denegrída como os montes, humilde e imensa. Como aquelas linhas negras e sucessivas ela inspirava comoção, assim feia, calada e rústica, vestida de estamemha escura, os braços cascosos, as mãos grosseiras de cavar e os olhos duma tristeza que desumana!*

*Anos depois Joana volta, bem apalpada pela desgraça. Está mais velha, seca e feia. Tem os cabelos todos brancos e o mesmo coração<sup>20</sup>.*

Chamamos a atenção para o facto de a fealdade, a tristeza do olhar, o envelhecimento, a rugosidade e o encardimento da pele serem formas de expressão da dor comuns a diversas personagens d'A Farsa. A dor é visível no rosto e na pele, relevando-se, essencialmente, na degradação corpórea.

Neste âmbito, sublinhemos a relevância do rosto. Para compreendermos a sua importância, prestemos atenção às afirmações de José Gil:

*não há relação de sentido que não reenvie, de perto ou de longe, a um rosto. Dito de outro modo: o que permite que um traço fisionómico signifique, é o rosto. Mais: o que permite que um gesto corporal seja imediatamente apreendido como significativo, é que o corpo de que emana forma um rosto<sup>21</sup>.*

Portanto: o rosto é, por excelência, o lugar da significação e da expressão; «o facto privilegiado da apresentação do ser», conforme o descreve Emmanuel Levinas<sup>22</sup>. Daí os olhos e a boca serem órgãos de expressão da dor, como os caracteriza Charles Baudelaire<sup>23</sup>. Neste sentido, debruçemo-nos sobre as seguintes passagens d'A Farsa: Sofia «Pôs-se uma rapariga só *olhos* e *boca* enorme — só *olhos* espantados para a desgraça». Quanto a Joana: «A sua figura parece mais pequena, *olhos* abertos, *boca* aberta — espanto e dor [...]»; «Quem [a] olha só lhe distingue amargura na *boca* e nos *olhos* cheios de lágrimas — amargura e espanto [...]»; «Está quase cega; seus *olhos* são duas lágrimas. Não admira: [...] chora desde pequenina. Veio à terra para sofrer»<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> BRANDÃO, 2001: 125, 126, 127.

<sup>21</sup> GIL, 1997: 164.

<sup>22</sup> LEVINAS, 2008: 197.

<sup>23</sup> BAUDELAIRE, 2006: 33.

<sup>24</sup> BRANDÃO, 2001: 134, 160, 161, 163 (itálicos nossos).

De não menos importância que a superfície facial é a pele, espaço extraordinário de comunicação e de inscrição de sentido<sup>25</sup> ou, por outras palavras, as de Paul Valéry, o que há de mais profundo no homem<sup>26</sup>. Por isso, no texto de Raul Brandão, a dor espelha-se na aspereza, na secura, na dureza e na rugosidade da pele: Sofia tem os «seus peitos [...] secos»; Joana tem as «mãos calosas», a «pele gretada e áspera como a crosta da terra»; Candidinha, «de pedra», «confund[e-se] com as fragas ásperas dos montes. [...] Com a mão afiada achega ao peito seco o xale esfarrapado, empedernida como se fora talhada no bloco granítico da serra»<sup>27</sup>.

Tendo por base os exemplos apresentados, realcemos um aspeto, segundo cremos, fulcral: as cicatrizes da dor veem-se, mormente, na metamorfose e na degenerescência corpóreas, porque a dor corrói as criaturas, transforma-as em farrapos<sup>28</sup>. Vejamos a intervenção do narrador brandoniano: «A vida amolgou-os [a Joana e ao irmão], a desgraça ressequiu-os. Têm rugas, cabelos brancos, pele áspera, mãos toscas: são dois trapos». E ainda: «Pareciam velhas ambas [Sofia e a Cega], e ambas se tinham posto grosseiras e feias — dessa fealdade áspera e negra da gente bruta da serra»<sup>29</sup>.

Em nosso entender, Joana surge como o modelo maior do desgaste corporal ou, melhor, da «fisionomia devastada pelo sofrimento, sulcada por todas as angústias», uma vez que tem os «cabelos brancos enrodilhados» e «a pieira aumenta-lhe»; é «um cangalho: as lágrimas esvaziaram-na, já não tem senão ossos — tanta emoção deitou que, como as fontes, extinguiu-se... ». É «uma velha carcaça, só ossos e piedade [...] [...] Está quase cega [...]»<sup>30</sup>.

## 2.2. O corpo: expressão da morte

*A morte roda na ponta dos pés e ninguém ouve seus passos.*

Raul Brandão

Comecemos por considerar o seguinte excerto:

*o processo de secularização, a moderna perda da fé [...] despoj [ou] a vida individual da sua imortalidade ou pelo menos da certeza da imortalidade. A vida individual voltou a ser mortal, [...] e o mundo passou a ser menos estável, menos permanente e, portanto, menos confiável do que o fora na era cristã. [...] o homem moderno*

<sup>25</sup> GIL, 1997: 181.

<sup>26</sup> VALÉRY, 1960: 215.

<sup>27</sup> BRANDÃO, 2001: 75, 60, 124, 193.

<sup>28</sup> BRANDÃO, 2001: 84.

<sup>29</sup> BRANDÃO, 2001: 127, 197.

<sup>30</sup> BRANDÃO, 2001: 160-163.

[...] *longe de crer que este mundo fosse potencialmente imortal, [...] não estava sequer seguro de que fosse real*<sup>31</sup>.

Destacamos, nas considerações de Hannah Arendt, a referência à rutura com a ordem divina (sistema prevalecente no mundo ocidental até ao século XVI), à qual se segue, como sabemos, um sistema marcadamente antropocêntrico, solidamente instituído no racionalismo e no cientificismo. Nesta conjuntura, em que se descobre o carácter progressivo do tempo e da história, o homem depara-se com a sua precariedade, efemeridade e finitude. Consequentemente, o corpo torna-se profundamente desprezado e maximamente ocultado, sobretudo no que nele remete para a condição mortal do ser humano.

Não obstante o esforço para ocultar a mortalidade, trata-se de um tema obsessivamente tratado nas criações artísticas da modernidade artística e, em particular, da modernidade portuguesa (como nas composições poéticas de Camilo Pessanha, António Nobre ou Mário de Sá-Carneiro, apenas para referirmos alguns exemplos). É, pois, neste contexto que deve entender-se a obra em análise, na qual a morte surge retratada em imagens sombrias e horrendas, bem ao gosto decadentista e expressionista. Comprovam-no as próximas transcrições:

*A Morte! A Morte durante um longo espaço parece que esquece uma geração, mas de repente intervém e faz um largo serviço: deita tudo abaixo.*

[...]

*Meses depois, também o diabo levou a Patrícia, inchada como uma pipa, sendo necessário fazer-lhe de propósito uma urna de mogno, para apodrecer com certa comodidade no seu jazigo de família.*

[...]

*Enterrada a Patrícia contemplam-se as velhas múmias e respiram com certa satisfação por terem escapado. Mas quase logo depois estoira a Teles de aneurisma e elas olham umas para as outras com terror. — De quem será a vez agora?...<sup>32</sup>*

E ainda a exposição da figura (socialmente intolerável) do cadáver:

*Dentro, numa sala, expõem num caixão o cadáver duma mulher magra, de cera, com flores baratas de papel na cabeça e no seio ressequido. [...] A morta continua a sorrir, com os dentes arreganhados e um lenço apertado no queixo, numa imobilidade pétrea<sup>33</sup>.*

<sup>31</sup> ARENDT, 2001: 389-390.

<sup>32</sup> BRANDÃO, 2001: 167, 168.

<sup>33</sup> BRANDÃO, 2001: 52.

Ou: «O cadáver apodrece, murcha entre as rosas de papel: lembra um passarinho num esquite enorme. Os olhos são duas manchas na palidez da face ressequida; os dentes arreganham-se-lhe por entre os lábios roxos...»; Candidinha «[...] volta e topa com o cadáver já rígido», um «cadáver inteiriçado pela morte»<sup>34</sup>.

No tocante à representação da morte, nomeadamente através da degradação corporal a ela associada, note-se a inequívoca relação o corpo grotesco. Acima de tudo pela ênfase concedida ao orifício bucal. Recordemos Mikhail Bakhtin:

*o papel essencial é entregue no corpo grotesco àquelas partes, e lugares, onde se ultrapassa, atravessa os seus próprios limites [...]. Depois do ventre e do membro viril, é a boca que tem o papel mais importante no corpo grotesco, pois ela devora o mundo [...]. Todas essas excrescências e orifícios caracterizam-se pelo facto de que são o lugar onde se ultrapassam as fronteiras entre dois corpos e entre o corpo e o mundo [...]. Por isso os principais acontecimentos que afetam o corpo grotesco, os atos do drama corporal — [...] o crescimento, a velhice, as doenças, a morte, a mutilação, o desmembramento, a absorção por outro corpo — efetuam-se nos limites do corpo e do mundo [...]; em todos esses acontecimentos do drama corporal, o começo e o fim da vida são indissoluvelmente imbrincados*<sup>35</sup>.

A propósito, observemos, igualmente, o realce dado ao esquite, e a forma como este signo privilegiado da morte aparece descrito: «os caixões esperam como bocas abertas» e «Em baixo está a loja atulhada de caixões, bocas e bocas à espera [...]»<sup>36</sup>. Portanto: o caixão, com a sua boca escancarada, assemelha-se a um corpo grotesco, imagem do fim da vida.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para terminar, voltemos a centra-nos na dimensão grotesca através destes fragmentos d'A *Farsa*:

*Véspera de S. Nicolau e toda a populaça na rua: uma mixórdia de grotesco e de caligens, de lama e gritos, de gestos confusos e de novos pastosos que se acastelam lá no alto e barram o céu de horizonte a horizonte em pesadas cortinas sobrepostas. [...] fisionomias e gestos surgem de repente como aparições e logo se somem no pez. É uma mescla de negrume e fogo, de braços que se agitam, de doida ventania e chuva cuspinhenta. [...] A turba avança, a praça trasborda: há milhares de bocas que gritam ao mesmo tempo. Aquele mar humano oscila, cresce, clama e*

<sup>34</sup> BRANDÃO, 2001: 56, 179, 181.

<sup>35</sup> BAKHTIN, 1987: 277.

<sup>36</sup> BRANDÃO, 2001: 63, 71.

*dispersa-se. Quando os archotes se apagam, fica só a noite e o ruído; avivam-se os fogaréus e voltam a entrever-se as faces, as bocarras abertas pelos risos estúpidos, rasgados de orelha a orelha.*

[...]

*[...] e a multidão que corre para um saque, desvairada, aos gritos, com os archotes em punho e as bocas escancaradas.*

[...]

*E à medida que vão passando aos urros, o quadro desfila a negro e vermelho, [...] boeiros que esguicham mais gente e que se afundam na treva, coisas disformes que pertencem à noite e farrapos engrandecidos e misturados de névoa [...] O burgo parece enorme, o milhar de pessoas que se agita uma enorme multidão desorientada e as nuvens crepes a rasto para o luto duma catástrofe universal.*

[...]

*[...] a turba que espera sempre, milhares de cabeças erguidas no ar, as bocas abertas como peixes diante da casa negra e cerrada<sup>37</sup>.*

Estas frases permitem-nos chegar a uma conclusão: Raul Brandão cria um cenário grotesco para nele pôr em cena o espetáculo carnavalesco da existência humana, espetáculo no qual a corporalidade, nomeadamente o corpo em dor e o corpo morto, representam o papel principal, simbolizando «o luto duma catástrofe universal»<sup>38</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- ARENDETT, Hannah (2001) — *A Condição Humana*. Lisboa: Relógio d'Água.
- BAKHTIN, Mikhail (1987) — *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo: HUCITEC/Editora da Universidade de Brasília.
- BARRENTO, João (1999) — *Dor. Um Fantasma do fim do século*. «Românicas», n.º 8. Lisboa: Edições Colibri, p. 21-8.
- BAUDELAIRE, Charles (2006) — *A Invenção da Modernidade (Sobre Arte, Literatura e Música)*. Lisboa: Relógio D'Água.
- BRANDÃO, Raul (1998) — *Memórias*. Lisboa: Relógio d'Água, t. I.
- \_\_\_\_ (2001) — *A Farsa*. Lisboa: Relógio d'Água.
- \_\_\_\_ (2004) — *Húmus*. Ribeirão: Edições Húmus.
- BRETON, David Le [s.d.] — *Do Silêncio*. Lisboa: Instituto Piaget.
- GIL, José (1997) — *Metamorfoses do Corpo*. Lisboa: Relógio D'Água.
- LEVINAS, Emmanuel (2008) — *Totalidade e Infinito*. Lisboa: Edições 70.
- NIETZSCHE, Friedrich (1995) — *La Volonté de Puissance*. Paris: Éditions Gallimar, vol. I.
- \_\_\_\_ (2007) — *Assim falava Zaratustra*. Lisboa: Guimarães Editores.
- OVÍDIO (2010) — *Metamorfoses*. Lisboa: Livros Cotovia.
- QUEIRÓS, Eça (1999) — *A Correspondência de Fradique Mendes*. Lisboa: Livros do Brasil.

<sup>37</sup> BRANDÃO, 2011: 77-78, 82, 83.

<sup>38</sup> BRANDÃO, 2001: 83.

- \_\_\_\_ (2000) — *Notas Contemporâneas*. Lisboa: Livros do Brasil.
- RÉGIO, José (2004) — *Poesia I*. [S.l.]: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- SCHOPENHAUER, Arthur [s.d.] — *O Mundo como Vontade e Representação*. Porto: Rés.
- TAVARES, Gonçalo M. (2013) — *Atlas do Corpo e da Imaginação*. Alfragide: Editorial Caminho.
- VALÉRY, Paul (1960) — *L'idée fixe*. In *Oeuvres complètes*. Paris: La Pléiade, Tome II.

# MELANCOLIA, HISTERIA E O CARÁCTER OPACO DO SER HUMANO EM SØREN KIERKEGAARD

SARA CARVALHAIS DE OLIVEIRA\*

Num texto da segunda parte de *Ou/Ou*, de Kierkegaard (denominado «O Equilíbrio entre o Estético e o Ético na Formação da Personalidade»), o Juiz Vilhelm, que nela toma a palavra, referindo-se ao modo de vida de um indivíduo designado como A, diz o seguinte: «Que é, então, a melancolia [«*Tungsind*»]? É a histeria do espírito». E, um pouco mais à frente:

*Mas mesmo o homem em cuja vida o movimento acontece do modo mais tranquilo e pacífico e oportuno conservará contudo sempre um pouco de melancolia; mas isso tem conexão com algo de longe mais profundo, com o pecado original, e está em que nenhum homem pode tornar-se transparente para si mesmo. Pelo contrário, os homens cuja alma não conhece de todo a melancolia são aqueles cuja alma não pressente qualquer metamorfose. [...] pois tu supões, e de facto como muitos médicos, que a melancolia reside no corpóreo, e o que é muito estranho é que os médicos, apesar de tudo, não a consigam remover. Só o espírito é que a pode remover, pois ela reside no espírito e, quando ele se encontra a si mesmo, então desvanecem-se todas as pequenas preocupações, as razões que, para muitos (de acordo com o seu ponto de vista) evocam melancolia, que não se consiga encontrar a si mesmo no mundo, que se tenha vindo ao mundo simultaneamente tarde e cedo demais, que não se*

---

\* CLEPUL — FLUL. saracarvalhais@gmail.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

*encontre o seu lugar na vida; pois aquele que se possui a si mesmo eternamente, ele não vem ao mundo nem cedo nem tarde demais, e aquele que se tem a si mesmo na sua validade eterna encontra certamente o seu significado nessa vida*<sup>1</sup>.

Partindo deste passo de *Ou/Ou*, procurar-se-á esclarecer, muito brevemente, alguns dos elementos nele presentes ou implicados: que sentido tem o acontecimento da melancolia para que Kierkegaard parece querer apontar; de que modo ela constitui uma forma de o indivíduo estar afastado, à distância de si mesmo (isto é, de que modo a melancolia é a «histeria do espírito», o que conduz à pergunta pelo género de doença que ela constitui); como é que ela se pode erradicar; como é que subjaz sempre da melancolia um resíduo, sendo ela a um tempo erradicável e não erradicável.

Quanto ao primeiro aspecto — que é que Kierkegaard quer dizer quando fala de melancolia — note-se que o Juiz Vilhelm aponta, à compreensão do seu (como que) interlocutor («como que», pois não se trata, na realidade, de um autêntico interlocutor, por motivos que não cabe agora analisar), o erro de considerar que a melancolia «reside no corpóreo». Apesar de haver vários étimos dinamarqueses que significam melancolia, Kierkegaard usa frequentemente o termo «Tungsind», cuja composição envolve expressamente a carga anímica do próprio fenómeno que quer designar (ou seja, a alma pesada, o lastro que carrega quem dela sofre). É também este o termo utilizado na passagem inicialmente citada. Isto poderia levar-nos a pensar que Kierkegaard teria em mente a melancolia no seu carácter mais evidente: a de quem sofre, de quem sente assim, de quem carrega consigo o peso infinito de existir. E, na realidade, também é assim. No entanto, se nos centrarmos na consideração da melancolia como algo que efectivamente se sente, de que afectivamente se sofre, não somos conduzidos a um dos pontos fulcrais do texto em questão, a saber, que há uma diferença entre a melancolia como doença psicofísica e a melancolia tomada no sentido preciso para o qual o Juiz chama a atenção. Ou seja, o Juiz põe de parte a interpretação da melancolia como uma doença psicofísica — não é essa a concepção sobre a qual ele se debruça — reconduzindo-a ao campo da espiritualidade do humano. Dizendo-o de uma forma rasteira, um comprimido não neutraliza a melancolia (note-se, no sentido em questão), ainda que, eventualmente, haja algum sentimento de mal-estar a ela associado, e isto, mais uma vez, porque a melancolia é um fenómeno associado ao ser espiritual que o indivíduo é.

Sendo assim, importa fazer uma alusão àquilo que se entende por espírito. Na compreensão kierkegaardiana, expressa pelo pseudónimo Anti-Climacus na obra *A Doença para a Morte*, a noção de espírito identifica aquilo que o ser humano mais propriamente é, corresponde à sua natureza, para dizê-lo de algum modo, ou, como

---

<sup>1</sup> KIERKEGAARD, 1997b: 183-184.

explicitamente o diz o autor, é o seu eu. Na algébrica formulação de *Anti-Climacus*: «O eu é uma relação que se relaciona a si própria, ou é, na relação, que a relação se relaciona a si própria»<sup>2</sup>. Esta formulação, de resto de difícil tradução, esconde todo um novelo de implicações que não cabe agora considerar. Reduzindo-a ao seu sentido mais óbvio, significa que a constituição do si próprio como tal consiste na relação que o si estabelece consigo mesmo, e não propriamente na relação que ele imediatamente é (a relação entre o físico e o psíquico, entre a alma e o corpo, justamente). E o espírito, embora envolva o acontecimento psicofísico do humano, não se esgota nele. O ser espírito do humano tem que ver, antes, com o facto de o homem ser um acontecimento de sentido (e não uma mera «coisa» psicofísica). Ora, é neste âmbito que se situam todas as considerações de Kierkegaard. De modo que, ao considerar o sujeito da perspectiva meramente psicofísica, se perde de vista o fundamental, o que nele há de mais radical.

Por conseguinte, é no humano como acontecimento de sentido que se inscreve, também, a melancolia, e não no acontecimento psicofísico do humano. Isto significa que a melancolia (assim entendida), longe de ser uma perturbação medicável, é uma doença que inere ao espírito do humano, ou ao ser humano enquanto espírito. Tenha-se em mente que Kierkegaard (ou o Juiz Vilhelm, para o caso não importa) admite uma distinção entre um modo essencial de ocorrência da melancolia e um modo residual da sua permanência na vida individual — o primeiro é erradicável e o segundo não. Embora ambos digam respeito ao ser espiritual do humano, uma e a outra formas localizam-se, do ponto de vista existencial, em regimes de sentido completamente divergentes, inconciliáveis e incomunicáveis, a saber: a melancolia no seu carácter essencial, no regime de sentido da «histeria de espírito»; no seu carácter residual, no regime de sentido da transparência.

Mais uma vez, não sendo possível desenvolver aquilo que está envolvido na compreensão de regime de sentido, é fundamental explicitar-se, mesmo que muito fugidamente, o que é que se quer dizer com a expressão. Regime de sentido designa, nomeadamente, o facto de a vida individual estar sempre dependente de um reconhecimento (habitualmente, tácito) daquilo que nela está em causa, do que a cumpre, e, como consequência disso, do que importa perseguir, de modo que o sujeito vive como que enquadrado, mergulhado na vida, em função de um conjunto de teses (sobre o que importa ou não importa na vida) que operam no ponto de vista (e do qual pode não ser — e, de facto, não costuma ser — consciente). Esta é uma indicação de teor exclusivamente formal, que admite uma enorme variação de conteúdos. O que importa vincar é que a vida está sempre dependente de um reconhecimento deste tipo, ainda quando, por estranho que pareça, se venha a reconhecer que o regime de sentido que se habita é inviável, inexecutável, absurdo, tendo o indivíduo a própria vida configurada

---

<sup>2</sup> KIERKEGAARD, 2006: 129.

como um mundo às avessas. Ora, ainda que haja uma imensa variabilidade material, os regimes de sentido possíveis para uma vida como a nossa são limitados: a melancolia, no seu modo essencial de ocorrência (como «histeria do espírito»), dirá respeito ao regime de sentido estético, do «eu humano», na expressão de Anti-Climacus; no seu carácter residual (como acontecimento de transparência), fará parte de um regime de sentido ético-religioso, do «eu teológico», também na expressão de Anti-Climacus.

Portanto, comece por explicitar-se brevemente o que se entende por estético e qual o significado da melancolia inscrita neste regime. Tal como o próprio nome o indica, o regime de sentido estético está dominado pela sensação, pelo corpóreo, pelo elemento «físico» do humano como composto «psicofísico». É esse um dos motivos pelos quais este também se pode chamar regime de sentido imediato. Uma das características deste regime de sentido é o modo como o sujeito que nele encontra inscrita a sua vida existe sob o domínio da disposição. Nele, a disposição — o modo como o sujeito se sente (ou seja, o elemento estético, precisamente) — configura a cada instante o seu panorama existencial, de tal modo que a forma como considera a vida, o olhar do indivíduo sobre a vida, o que diz sobre a «essência», as afirmações que profere sobre a sua «natureza» estão sempre e completamente na dependência do modo como o sujeito se sente, do efeito na disposição nele (a vida é boa, se o sujeito se sente bem e feliz; a vida é má, é negra, se se está triste) — quer dizer, a consideração que o indivíduo faz da vida ecoa sempre e fidelissimamente a disposição que, em cada caso, rege anonimamente aquela, pois o sujeito vive sob a sua batuta, está agarrado a ela. Ora, é exactamente isto que, no ponto de vista do Juiz Vilhelm, acontece com o indivíduo designado de A. E essa é, para o próprio A, a sua situação, pelo que pode dizer, em «Diapsalmata»: «Eu digo da minha mágoa o que os ingleses dizem da sua casa: a minha mágoa *is my castle*»<sup>3</sup>. O termo «Sorg», traduzido como mágoa, não é melancolia; no entanto, significa abatimento, peso anímico, e corresponde ao sentimento de alma dorida, todos eles momentos característicos da melancolia. Assim sendo, para efeitos da presente análise, tomar-se-ão as afirmações de A sobre a sua mágoa como aplicáveis à melancolia (que é, de resto, a disposição que domina, a par da do tédio, todas as suas anotações).

A melancolia é, como diz A, um castelo, o seu castelo. A imagem é muito elucidativa: evoca o carácter de isolamento da melancolia (e, na realidade, de qualquer disposição que impere sobre a vida de um indivíduo), e isto sob um duplo aspecto. Em primeiro lugar, ao sugerir que o sujeito da melancolia fica amuralhado em si mesmo, a sós com a sua melancolia, por assim dizer — de facto, o sujeito da melancolia (como de qualquer outra disposição que impere sobre a vida) tem o acesso à realidade mediado desta forma (e não de outra), não só de modo que tudo aquilo que é visto o é sob uma lente graduada pela melancolia, mas também no sentido de que o sujeito crê que é a sua

---

<sup>3</sup> KIERKEGAARD, 2011: 14.

melancolia que permite que ele veja a vida tal como ela «realmente é». E é este último traço que abre caminho para um segundo aspecto: a melancolia fecha o sujeito na consideração da vida para a qual (supostamente) lhe abre os olhos, de modo que o «castelo» da melancolia, além de isolar, se constitui como a posição a partir da qual se observa, alegadamente com a maior das acuidades, todo o território da existência. Por conseguinte, a melancolia como que fecha o indivíduo em si mesmo, por um lado, e, por outro lado, é sob o seu esporear que ele está convencido de saber a verdade acerca da própria vida, isto é, de ter uma autêntica representação do sentido da existência. Neste momento, não podemos ver os motivos pelos quais é assim. Diga-se apenas, e para esclarecer algo a que desde o início se tem vindo a fazer menção, que é exactamente neste carácter totalitário da melancolia que jaz o seu modo essencial de ocorrência. De acordo com o Juiz Vilhelm, esta forma de ocorrência da melancolia é «histeria do espírito». A expressão remete para a situação de exterioridade do indivíduo em relação a si mesmo — tal como se diz de uma pessoa histérica estar fora de si, também o melancólico está arredado de si próprio; consequentemente, o indivíduo melancólico, na compreensão do Juiz Vilhelm, vive na bizarra e contraditória circunstância de estar isolado, metido em si mesmo, fechado em si mesmo com a sua melancolia, amuralhado no interior dela, vivendo motivado por ela (ela é o seu «confidente íntimo» e «a mais fiel das amantes»<sup>4</sup>) e, ao mesmo tempo, de estar apartado de si, sem contacto com aquilo que de mais profundo há em si, isto é, com o espírito que há em si e que ele é (ainda que disso não saiba). De modo que o indivíduo melancólico, no sentido espiritual, está completamente metido na sua melancolia e, simultaneamente, fora de si — está muito próximo de si mesmo, mas é, na forma de proximidade que estabelece consigo, ao mesmo tempo opaco para si mesmo. Para exprimi-lo de um outro modo, ele vive a partir do coração da melancolia, mas não vive a partir do seu próprio coração.

Isto tem que ver com a eterna questão da consciência de si, que não pode ser aqui discutida: o indivíduo melancólico tem a percepção de si que é viabilizada pela sua melancolia, mas não tem, em sentido decisivo, consciência de si, justamente porque o espírito, que ele já é em si mesmo (a tal relação psicofísica que se relaciona a si mesma), ainda não é consciente de si num sentido determinante. Por conseguinte, a disposição da melancolia pode, dada a sua profundidade (ela é, afinal, o pressentimento da metamorfose), encaminhar-se no sentido da determinação espiritual da existência (que, como víamos inicialmente, é, na compreensão de Kierkegaard, aquela em que consiste o ser próprio do humano), não pode, todavia, conquistar essa determinação, pelo que mantém o indivíduo na opacidade correspondente ao distanciamento dessa situação (que o levaria a saber de si).

---

<sup>4</sup> KIERKEGAARD, 1997a: 29.

Ora, o Juiz Vilhelm não diagnostica meramente a situação de A, mas refere uma outra possibilidade de se encontrar na existência, uma possibilidade em que a melancolia assume um papel por completo secundário. A ser assim, a consideração da vida do indivíduo (ou seja, o regime de sentido em que se inscreve) deixa de estar dependente da melancolia, invadida, moldada por ela, por forma que o sujeito deixa de estar ancorado nela. Aquilo que está em causa é a constituição de um regime de sentido alternativo ao regime de sentido de A (o estético), é uma consideração da vida assente no regime de sentido ético-religioso ou que tem o «eu teológico» como eixo, para usar a formulação de Anti-Climacus em *A Doença para a Morte*: o si próprio que não só é espírito, no sentido imediato (como o é o indivíduo melancólico), mas que adquiriu a consciência de sê-lo, que tem consciência de si como espírito — que, por isso, e num sentido decisivo, caiu em si. Será apenas neste regime que o sujeito cumprirá realmente o seu destino, ao anular, no fundamental, a opacidade que é conatural à existência, e ao erradicar, no mesmo movimento, o carácter essencial (a natureza de carraça, dir-se-ia) da melancolia, ao estabelecer uma relação de transparência de si a si mesmo.

Naturalmente, isto supõe, em primeiro lugar, que a consciência só emerge no momento «teológico» do eu — o que não é nada claro, muito menos para o indivíduo essencialmente melancólico; além disso, não fica explicado o modo como ocorre a transformação de um regime de sentido em outro regime de sentido. Não podemos adentrar-nos neste ponto, mas podemos referir que isto só é possível porque a consciência de si (o «eu teológico») está comprometida com a transfiguração da compreensão de si do regime de sentido estético e pressupõe a referida metamorfose. A erradicação da melancolia, no sentido essencial, identifica-se com a remoção da obscuridade: em termos formais, esta destruição da obscuridade, ou o momento «teológico» do eu, identifica-se com ser-se «perante Deus», com o descansar na «potência que nos pôs», sendo desta categoria que, nos termos da obra de Kierkegaard, depende a constituição do si próprio como espírito — estar-se perante Deus é, assim, o que faz do indivíduo um ser consciente de si mesmo (é essa relação que corresponde ao movimento de constituição do indivíduo como espírito, ou seja, na sua identidade).

A constituição de transparência (ou da relação «perante Deus») supõe que o indivíduo, como síntese psicofísica, é, no plano ideal (psíquico), o mesmo que é no plano real, de modo que há unidade, do ponto de vista do sentido, entre a idealidade da vida e a condução dela (isto é, o sujeito vive como pensa). Mas isso era, justamente, o que estava impedido ao melancólico. E aqui há que introduzir mais um elemento característico da melancolia tomada na sua acepção essencial, e que foi até agora deixado de lado: o melancólico é aquele que tem sempre, de algum modo, a idealidade no exterior de si, e é esse o motivo pelo qual a vida dói; dito de outro modo, para o melancólico o ideal não é alcançável, não pode ser apropriado, e é essa a tese (ou uma das teses) que está pressuposta na sua consideração da vida (no seu regime de sentido).

Finalmente, ainda que o regime ético-religioso seja viável (algo que fica totalmente em aberto quanto à sua possibilidade), a melancolia não será, em qualquer caso, completamente erradicável, e isto devido ao pecado original, nos termos da antropologia kierkegaardiana: a melancolia é afastada para as margens da vida, para as «frangas» dela, mas não desaparece dela, podendo exercer algum tipo de influência sobre ela, porque à espécie humana inere uma falha ontológica insuperável. Ainda que não seja medularmente melancólico, o ser humano, porque não pode ser totalmente transparente para si mesmo, é algo melancólico, quer dizer, tem sempre, de algum modo, a determinação ideal fora de si, não a integra na perfeição, não é pura e simplesmente aquilo que pensa (ou seja, nunca executa cabalmente a ideia que tem para a sua própria vida, ainda que seja a ideia «certa», ou a ideia que torna a vida «viável»). Neste sentido — mas, note-se, apenas neste sentido — o homem é um ser intrinsecamente melancólico e, por esse motivo, sempre um pouco ambíguo, ou anda sempre adoentado.

## BIBLIOGRAFIA

- KIERKEGAARD, Søren (1997a) — *Søren Kierkegaards Skrifter*. København: Gads Forlag, vol. 2.  
 \_\_\_\_ (1997b) — *Søren Kierkegaards Skrifter*. København: Gads Forlag, vol. 3.  
 \_\_\_\_ (2006) — *Søren Kierkegaards Skrifter*. København: Gads Forlag, vol. 11.  
 \_\_\_\_ (2011) — *Adquirir a Sua Alma na Paciência dos Quatro Discursos Edificantes* (1843). Lisboa: Assírio & Alvim.



# O SILÊNCIO (DE MAINA MENDES) — A LITERATURA COMO PONTO DE RUTURA; CONCILIAÇÃO COM A DEFORMAÇÃO

SUSANA VIEIRA\*

*Que reles é a nossa lucidez de palradores serviçais quando nos não toma mais o silêncio da demanda do novo. [...] são-nos mais próprios o silêncio e a distância. E no tempo em que todos são chamados a ser meninos insaciados e tagarelas, isso muito se parece com a morte<sup>1</sup>.*

«Demanda do novo»... Que demanda poderá ser essa, quando projetada a história que a justifica num contexto minado pelo temor, pela oclusão do indivíduo? Talvez arrisquemos a sondagem de que *Maina Mendes* percorre um (contra)caminho diferente, no qual o silêncio, sinal de protesto expresso numa intencional autorreclusão, começa por subverter e prevaricar a cisão social que, desde sempre, separou homens e mulheres na cadeia castradora da pirâmide societária. Quando as palavras deixam de fazer sentido num ambiente despiciendo, o silêncio parece ser a única «sábua retirada». Mas a Maina, ao recusar-se veementemente continuar a ser submissa à Vontade dos outros, respondendo com um silêncio «cinza» num «tempo em que todos são chamados a ser meninos insaciados e tagarelas», é-lhe negado o mundo para o qual se fechara. Ao contrário de «isso» se parecer «com a morte», foi a forma que encontrou «para

---

\* IELT – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. susanatvieira@gmail.com.

<sup>1</sup> COSTA, 2001: 147.

existir». Desde a infância é Maina a folha de um mundo — feminino e marginal — que, embora aparentemente frágil, se realiza, mas fora do mundo.

## 1. A «PALAVRA FEMININA»: UM MANIFESTO DA LIBERDADE

Inscrevendo-se na década de todos os experimentalismos de «rutura» que inovaram a literatura contemporânea, Maria Velho da Costa contribuiu decisivamente para a formação da consciência de uma literatura portuguesa «feminina», uma literatura de mulheres feita por mulheres, a partir dos anos 60. A experiência da sua novidade linguística, que abortou estruturas tradicionais vigentes na ficção, parte da perspectiva do seu primeiro romance, *Maina Mendes*, editado pela primeira vez em 1969 e prefaciado por Eduardo Lourenço numa 2.<sup>a</sup> edição de 1977, tendo sido antecedido de *O Lugar Comum*, um livro de contos escrito em 66, no qual se sente uma certa afinidade com Agustina Bessa-Luís na reivindicação de um mundo no feminino.

Numa época funestamente oprimida, poucos foram os que, como Maria Velho da Costa, conseguiram que as suas palavras adquirissem autonomia fonética depois de se fechar o livro. *Maina Mendes* define-se através de uma escrita que, ao contrário de se despersonalizar, equilibra-se num pluralismo de vários discursos e vozes narrativos que reinventam o sentido da linguagem, na impossibilidade de se reencontrar um sentido para o mundo. Uma linguagem que, mais do que alertar as consciências para a situação da condição da mulher em sociedades retrógradas e masculinizadas por um regime ditatorial, elege a mulher como centro dramático e eixo da sua parábola existencial, testemunhando desse modo uma renovação nos padrões estéticos.

Maina assume a diferença de ser mulher com «direito divino» à palavra «absoluta» que reivindica, num «horizonte masculino», a que as mulheres cumpram os seus destinos. Procura atingir «o ponto zero a partir do qual poderá, mais tarde, inventar a fala, nem masculina, nem feminina, apenas autónoma e soberana, que os homens usufruem sem riscos e desde sempre, por direito divino».

Privando-se, por um lado, dos afetos matrimoniais e, por outro, dos quadros convencionais de educação, é marginalizada no seu papel de mãe e alienada no de louca. Todavia, o seu «silêncio» é metáfora da libertação da «domesticidade» da mulher na sua passividade maternal, sinónimo, a um tempo, de uma tradição ameaçadora que simbolizava as forças da estagnação, presa aos grilhões que impediam o avanço.

A metáfora da «liberdade» e da «solidão cósmica» exprimem-se em parágrafos tensos que «controlam» as «torrentes de ira antiga», vitoriosamente clamadas pela protagonista, que «resiste até que o seu silêncio se volva na tarde, sob os traços de Matilde, sorriso da silenciosa glória que a restitui inteira ao mundo onde, para existir, emudecera». Esse grito de liberdade, finalmente consumado, é constantemente evocado por uma voz masculina, a de seu filho, que, numa tónica melancólica e «apagada» de quem nunca se realizou plenamente, questiona a função catártica da linguagem, da

fala — no «diálogo» monologado, em estilo indireto livre, da terapia: «testarei a utilidade da fala, o poder dito catártico ou energético da fala e [...] dos seus onnipotentes interstícios e alicerces, os afectos humanos».

Assim, se a linguagem, que se conhece espartilhada nos convencionalismos tradicionais, se opõe a qualquer realização humana afetiva possível («a fala poderia então não mais ser por vezes que a barragem, o muramento para esse contacto com os outros»), nunca poderá construir a realidade; quando muido, defini-la nas suas componentes obstrutiva ou destrutiva: «Seria por saber [...] minha linguagem mortífera, que eu guardaria silêncio e humor moroso.» Atenta para o facto de que esta linguagem obsoleta não desvenda a realidade porque ambas são falsas e aparentes, nasce, pois, pela necessidade, uma nova linguagem, na voz de uma mulher: a da «revolução» do silêncio que, num «aplicado resguardo», rompe com uma ordem de inteligibilidade tradicional, consciente de que esta não tem lugar na presente incoerência do mundo, e cria postumamente uma nova realidade.

## 2. A RUTURA E A CONVERSÃO SILENTE E DISTANCIADA

Rompendo com a estrutura canónica do texto literário, *Maina Mendes* continua a ser uma peça singular que atravessou décadas sem nunca ter sido ultrapassada na sua originalidade textual. No decorrer da sua leitura é-nos dado a perceber a forma genial como a sua autora combina a um experimentalismo linguístico uma abordagem temática de natureza realista-naturalista: o ostracismo a que é votada a condição do ser humano, homem ou mulher, quando transgride a norma e se aliena do presente factual. Isto é, em concreto a história debruça-se sobre uma figura feminina e os condicionalismos que a limitavam numa época em que raramente se ouvia uma mulher soprar uma nota que se desarmonizasse com as demais da pauta; mas à medida que, por um lado, mergulhamos no texto e, por outro, tentamos sair do labirinto em que inadvertidamente, mas perversamente, nos enredamos e demoramos a nossa leitura interna, confrontamo-nos com os limos que, afinal, nos turvam a imediata visão superficial, de que assumimos a consciência da sua falta de transparência e a de estarmos no ponto primacial de um percurso que poucos se aventurarão a desbravar, embora, em abstrato, mas em profundidade, o texto cresça e transgrida os contornos dessa figura feminina, fundindo-se no entendimento do ser humano na sua globalidade. Esta peça, que numa reflexão cuidada se percebe tratar-se de um objeto inteiro e completo, tem, de facto, muitos aspetos reveladores sobre os quais, e reportando-se ao campo específico da literatura, se poderão levantar teorias suficientes a argumentar uma tese. A limitação gráfica de cumprimento com um definido e acordado número de caracteres não nos permite, porém, tal desenvolvimento, e, por essa razão, refletiremos apenas sobre um quarto do texto: o do resultado da alienação gerada por uma atitude

voluntária da protagonista, que depressa se traduziu numa diagnose conjeturada pela sociedade, a da loucura.

Tudo começa logo na primeira página do primeiro capítulo em cujas linhas nos apercebemos de que o que está na origem da alienação é a fúria calada, o que, avançando na nossa análise, nos leva ainda a interrogar sobre qual o móbil construtor e o disruptor: o Verbo e o Silêncio ou vice-versa?

*Os vidros das janelas estão opacos e desenha-se com a ponta do dedo um arco de correr e o pau de guiá-lo. [...] Maina Mendes, cujos dedos põem ainda entre si e o vidro [...] os círculos do barco a vapor e depois as lâminas de uma tesoura aberta. [...] Maina Mendes desenha a dedo fugas moventes na névoa que da boca seca cai ao vidro. Muitas crianças o fazem [...] mas nenhuma com tão pouca alegria e tão quieta ira. [...] desenhando no vidro com tal rancor, coisas que [...] não são do rapaz oculto na menina sã a desbravar, mas antes de uma fúria de fêmea e atilada<sup>2</sup>.*

O texto nasce na quietude circular; ganha asas ante a visão do outro — o rapaz que a autora, linhas à frente, momentaneamente traz para dentro do texto (um rapaz pobre, embora não humilde, e rude, que lhe lança um gesto ofensivo e da reação que nela desperta se ri) — que, no momento da perturbação, corta-lhe as asas; na ferida humilhada, Maina deita cinzas sobre as mesmas recuperando-as quase de imediato na tentativa de repetição do gesto ofensivo, em ato infantil de vingança — contra um objeto vítima que não o mesmo, o instigador (e aqui poderíamos recuperar a teoria da vítima que, em situação possível de contra-ataque, se transfigura em carrasco, talvez dimensionando uma perspetiva com proporções desmedidamente desequilibradas) — para, do mesmo modo intempestivo, um outro objeto com que se confronta — a bofetada da mãe — as arrancar novamente, perdendo-as para o silêncio. Maina-criança, ante uma aparentemente insignificante contrariedade da mãe a uma sua solicitude, e reagindo com o mesmo gesto ofensivo que viu o rapaz esboçar no ar, em vez de receber da progenitora o gesto magoado e calado da raiva, recebe o gesto físico da punição e, depois de um grito agudo, desmaia para o silêncio — entendendo ser essa a punição a aplicar ao que se lhe apresenta como sendo exterior.

Maina entrega-se ao gesto calculado do emudecimento. Calculado? Esta inclinação, entendida como afetada pelo médico que a observa, recondu-la socialmente ao epíteto de «louca». Procurava ela que a observassem, sem a entenderem, como uma louca? Não seria o seu gesto, pelo aludido até aqui, um mero ato de revolta? Revolta, uma atitude infantil? Bacon aludia que «o silêncio é a virtude dos loucos» e cientistas afirmam que «escutar» durante longo tempo o silêncio pode levar à loucura. Em que ficamos?

---

<sup>2</sup> COSTA, 2001: 23.

Observe-se o texto na sua dimensão sociocultural; Platão, de certa forma, nos agradecerá: reiterado por Carlos Reis, legitimaria o filósofo a atividade literária apenas se, em sua função, prestasse ela o devido serviço à comunidade, em busca da verdade. A literatura como instrumento de intervenção social. E este texto? A mudez contamina com o seu gesto a palavra para que o sujeito não se estranhe nem recue na própria insurreição, porque «Com o silêncio arrisca a anomalia, a impureza, a monstruosidade» (Derrida). Que não se afirme, porém, que seja este um texto instável. Não. A sua aparente desconstrução revela-nos a fragilidade em que se ancora a nossa instabilidade que, no limite, nos conduz ao reconhecimento da loucura que nos define: a tentativa de nos dissociarmos do estado forçado de dependência do cânone de relacionamento social.

Vergílio Ferreira faz-nos *Pensar* sobre o «que mais importante numa obra de arte é o que ela não diz. É o não dizer que hoje sobretudo se pode dizer. O fragmento ou o inacabado acentua a voz do imaginário, antes de ser a do perfeito silêncio. E o silêncio sem mais é hoje o nosso modo de falar. Ou seja, a forma única de a razão ter razão». É Maina, a mulher, esse «fragmento» de destino «inacabado» e mutilado porque lhe foi negado; e será com o gesto do seu silêncio que resgatará os dois polos (o feminino e o masculino) que, não se cruzando numa síntese conciliadora, se aniquilam títanicamente, anulando-se; no resgate revelará a essencialidade que o mundo perdeu no esgotamento da sua desrazão. Do mesmo modo que o seu gesto silenciado e quieto é imprevisível, o seu resultado afasta-se da intenção inicial, sobretudo a partir do momento em que o homem a assume, sem a entender, como louca. Contudo, para Maina, menos lhe perturba a consequência ou o significante do seu gesto; desfigura-a, mais e silenciosamente, o desentendimento do outro.

Assim, o questionamento que Maina provoca e desequilibra a ancestral convicção de que a comunicabilidade humana se distende num encadeamento de atos de linguagem; poderá, pois, a linguagem, no oposto do balizado até então, gerar o desentendimento que, prosseguindo, levará à dolorosa experiência da incomunicabilidade que raramente se deverá confundir com o silenciamento. Duas atitudes diferentes. Na incomunicabilidade afasta-se o outro de nós (o primeiro gesto ofensivo, como um primeiro amor que não se esquece e que nos demarca, do rapaz provocou nela o repúdio forçado em momento que não o desejava: era o outro que afundava, com o poder desse gesto por ela cobiçado, o abismo); no silenciamento é Maina quem voluntariamente solta o pensamento em si permitindo-lhe que atue livremente pelo gesto de refutação do outro.

### **3. O SILÊNCIO — A LOUCURA PERSEGUIDA — E O SEU CORPO DE VIDRO**

Este texto é o tecido que segura o pensamento de Maina com finos fios que se desalinham das expectativas, para a época, que urdiam para o mundo feminino uma planície deserta de inclinações demasiado inconformadas, demasiado declaradas. Uma

inclinação subjetiva feminina era entendida como uma psicose que, para próprio bem e da sociedade, depressa se rotulava de demência, da qual não se negligenciava a raiz que urgia erradicar. Não nos esqueçamos de que, ao perceber os limites da sua linguagem, emite ela o grito cujo caimento no abismo da desagregação interna recondu-la, conseqüentemente, à experiência dolorosa da consciência do desenquadramento: o objeto da realidade excede-se nos modos de ela o apreender. A rutura com essa realidade obriga-a a uma necessidade diferente: à mudez que, paradoxalmente, revela na pele a ambigüidade de poder ser tudo exceto concreto; é ela um poço escuro e sem fundo que se alarga à medida que se desce e mais se explora. A linguagem agrega-se a uma sociedade que, a um tempo, se revela anacrônica; o silêncio, sendo de dimensão polissêmica, perturba essa sociedade; e a loucura, fundadora do caos interno, enraíza e tentaculiza o seu conceito de alienação do sujeito no seio da mesma sociedade. O emudecimento será, pois, uma manifestação corporal que revelará uma verdade maior e inultrapassável.

Se quiséssemos entender este texto como um objeto a ser representado não haveria linguagem linear que o enformasse. A pluridiscursividade estilística que, numa tentativa de acompanhar o pensamento galopante, o caracteriza — deforma a linearidade racional conotando-nos, também a nós, como perseguidores da loucura do silêncio; do excesso nasce a sua necessidade. Mas mais plural que a linguagem, só o silêncio, entendido na sua magnânima polissemia. Corremos o risco e continuamos? Velho da Costa anteviu-o antes que o pensamento, esquivo e galopante, se perdesse na própria concepção labiríntica rumando contracorrentemente na esteira do nada; assim, irmanando-se com a sua verdade, ainda que arriscando dissolver no interior do texto qualquer propósito de estabilidade ou coerência, concebeu uma escrita descentrada e rendida a um processo líquido de produção de sentidos que transcendessem as intenções unilateralmente perceptíveis. E porquê?

Há a janela — o vidro que, em analogia, se associa ao silêncio, o que nasce a partir de um elemento natural, o fogo, e que pela mão que dele necessita cresce e modela-se — que os separa; nela, a tesoura desenhada; algum dos dois se lembrou de pegar na tesoura e usá-la para rasgar o silêncio? O silêncio que é uma perfeita e intocável campânula de vidro e que se torna sofrível quando nele se insufla a dor causada pelo desentendimento da linguagem que o estilhaça... Aqui, este o ponto — a ligação conflitual resultante de um despotismo e de uma subalternização — onde tudo começa: na dor e na ausência de coerência ante a necessidade de estendermos a imortalidade do mesmo. Talvez Maina tenha percebido muito cedo que a linguagem fixa e limita o pensamento; e que o silêncio o alarga ilimitando-o. O silêncio não obriga a um compromisso situacional. Porque é Maina uma mimese do indivíduo que, de natureza indomesticável, se vê coartado, nas faldas da sociedade, a convencionalismos. A linguagem, a mesma que fixa regras absurdas e pune-a por manifestar desejos

(im)+próprios (um desejo próprio é *a priori* considerado impróprio), mata-a. O silêncio recupera-a e ao objeto da sua consciência, o que também a aproxima em passos curtos do epíteto — o de louca — que sobre si e muito lentamente poussa, como um pano, de tecido leve a princípio, mas que, à medida que a trama se endossa, ele engrossa-se e, no momento de a cobrir totalmente, o peso não a deixa respirar.

Portanto: em época marcada pela anafada tranquilidade, Maina arranha-se no penhasco deformador da linguagem, procurando o osso do silêncio, e antecipando, contudo, o perigo da queda. Quedou-a a interrogação? Não! Antes perder-se no labirinto da loucura por onde o silenciamento anulador a encaminhou do que confrontar-se com um rio liso e sem sulcos que a envolveria num estrangulamento sinuoso e tormentoso. O estrangulamento é abafado e plano; o silenciamento, pelo contrário, é agrestemente vertical, rompe, fere e viola a necessidade do inquestionável.

E quando é este gesto, o do silêncio — apodado de ato de loucura — que comunica mais? Que comunica a verdade? O emudecimento transmite uma mensagem. A descodificação dessa mensagem (d)enunciada no texto depreende-se por circunstâncias extratextuais, relacionando-o com toda a matéria, uma espécie de redoma ideológico-social que distanciava o ser vivente do sobrevivente. Demarca-se este texto por gerar a contrariedade na rotina, aproximando-se corolariamente da desconstrução genológica. E como? Esse fenómeno do estrangulamento que adorna o texto muito curiosamente aproxima-nos, pela cumplicidade — que só se torna possível com o entendimento —, do afastamento de Maina em relação à sociedade, do mesmo modo que aquele provocado pelo seu discurso silenciado e assumido pela diferença que embandeira e que se singulariza por se posicionar nos pingentes da rejeição.

Se, de um modo diferente, transpusermos os limites formais do texto e rasgarmos cirurgicamente com a «tesoura» o tecido superficial, o que podemos descobrir? A tesoura, um elemento que surge no início do texto e que se repetirá, objeto esse que pelo seu redimensionamento ultrapassará a própria linguagem que a escreve: assinala-se, ainda que muito discretamente, como um elemento feminino que testemunha, mais que a presença, a força dessa presença — a feminina — que «rasga com brutalidade, sem golpe, só de uma avançada veloz». Elemento incisivo que corta, à semelhança da palavra cortada e aniquilada da mulher, a mesma que, pela força dos seus elementos, da sua presença obscurecida, atinge, dentro da poderosa dimensão do silêncio, a força que a distingue e cujo efeito — o tecido rasgado (o texto rompido pela desconstrução) — é a pele de mulher que ela, na sua loucura silenciada, fendeu fundindo-se com a liberdade da essência que a habita. Conciliando-se com a deformação consciente de ser o humano um objeto irrepresentável pela estrutura acabada da linguagem, na medida em que, numa inacabada tentativa de sequencialidade, (sub)emerge invadida pelo delírio (imaginário?):

*Eu ia procurar-te à fábrica. Não. Eu estou numa sala que sei que é dentro da fábrica [...] Nada urgente tudo isto e apenas um sonho que. [...] Then, o teu gabinete. É o teu gabinete, mas capitonné em cabedal, cor carneira cerosa, tachas amarelas. Um homem. Schulz, mas outro Schulz. Fat, greasy, grande, de óculos a fazer o olho de suíno, apertados. [...] Mas a matéria dos sonhos nos faz. [...] Quanto ao sonho, fizeste-o tu ou eu? Teu sonho ou meu sonho contigo<sup>3</sup>?*

#### **4. QUANDO ENFERMIDADE E IMORTALIDADE SE ENTRECruzAM SEM SE TOCAREM, EM PLANOS LITERÁRIOS PARALELOS**

Após esta exposição e puxando a linha temática e geral deste congresso: o que nos eterniza? A palavra que se diz e que, não a aceitando, pela obviedade da compreensão comum, não se ouve? Ou o silêncio que se diz e que se ouve e se retém com o sentido de o interpretar? Pode, nesta continuidade, o texto *Maina Mendes*, no seu núcleo discreto, e a literatura, na sua indiscreta generalidade, reinventar a imortalidade? Muito se poderia dizer ou silenciar, mas isso ficará para outro entendimento. Procurei que, por meio do silenciamento de alguns aspetos, entendessem a verdade sublime da obra.

Inconclui-se com um belíssimo, ainda que marginal — talvez por isso mesmo — pensamento de Clarice Lispector: «não tenha medo de meu silêncio... Sou um louco mas guiado dentro de mim por uma espécie de grande sábio». Que sábio, pergunta-se? A verdade? E que verdade é essa? Ao contrário do silêncio que é sempre polissémico — possui, e deixa-se possuir por vários entendimentos, é ambíguo —, a linguagem, dependendo dos contextos e dos seus objetivos, tanto pode ser muito franca e transparente, óbvia, como o seu contrário. E é precisamente esta dimensão polissémica da linguagem que Velho da Costa adota para refletir e melhor se aproximar do silêncio. Esqueçam-se eventuais referências a opções gráficas como pontilhados, linhas brancas, retas, iguais às de tantos autores surrealistas; evidenciem-se, pelo contrário, estruturas linguísticas que, combinadas entre si, nos revelam o silêncio. É uma competência literária estranha, essa, de se ler o silêncio. Contudo, pelas palavras que Velho da Costa emprega no texto, anula-se o excesso e entra-se na dimensão do silêncio: o que, não sendo vazio — porque o silêncio não é vazio — liberta o pensamento para se perder em si sem se sentir obstaculizado pela palavra que não o descreve. A linguagem não pode ser clara, porque Velho da Costa não descreve uma realidade objetiva; ela descreve a intersubjetividade, o pensamento que é tudo menos objetivo e esclarecedor.

---

<sup>3</sup> COSTA, 2001: 229-230.

## BIBLIOGRAFIA

COELHO, Nelly Novaes (1974) — *Literatura e Linguagem*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora.

COSTA, Maria Velho da (2001) — *Maina Mendes*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

FERREIRA, Vergílio (2003) — *Pensar*. Lisboa: Quetzal Editores.

LOPES, Óscar; MARINHO, Maria de Fátima, dir. (2002) — *História da Literatura Portuguesa: as Correntes Contemporâneas*. Lisboa: Alfa.

REIS, Carlos (1995) — *O Conhecimento da Literatura: Introdução aos Estudos Literários*. Coimbra: Livraria Almedina.

ROCHA, Clara (1985) — *Revistas Literárias do século XX em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

SARAIVA, A. J.; Lopes, Óscar (1996) — *História da Literatura Portuguesa*. Porto: Porto Editora.



# DA ESFERA DA AUTONOMIA À DA VIDA E DESTA À MORTE: SOBRE O PERCURSO DA DOENÇA EM *NAISSANCE DE LA CLINIQUE*, DE MICHEL FOUCAULT

MARIANA GOMES DA COSTA\*

Para os estudiosos da obra de Michel Foucault (1926-1984), um congresso de história das ciências da saúde constitui terreno de quase infindável fertilidade, mormente se nos reportarmos à primeira fase do pensamento de Foucault, geralmente associada aos anos 60 do século passado, mas desde logo iniciada com os escritos publicados na década anterior. Desta feita, podendo ter optado pela exploração dos primeiros passos da obra, patentes no pequeno livro que Foucault publicou, *Maladie Mentale et Personnalité* (1954) e que reeditaria, em 1962, alterando o título para *Maladie Mentale et Psychologie*; podendo ter elegido a magistral abordagem que à doença mental é feita em *Histoire de la Folie à l'Âge Classique* (1961), enveredámos antes por *Naissance de la Clinique — Une Archéologie du Regard Médicale*, na sua primeira edição, de 1963, texto que Foucault terá proposto, já ultimado, à colecção de história das ciências «Galien» (PUF), dirigida então por Georges Canguilhem. Livro quase marginal no *corpus* foucaultiano, algo desde logo atestado por uma recepção pobre e que o próprio Foucault viria a lamentar, gostaríamos de conseguir, por assim dizer, revitalizá-lo.

A meio caminho, cronológica e teoricamente, entre *Histoire de la folie* e *Les mots et les choses* (obra de 1966 que consagrou definitivamente o nome de Foucault), *Naissance de la Clinique* apresenta como que uma leitura alternativa do surgimento da medicina moderna, contemporânea, na viragem do século XVIII para o século XIX: a

---

\* Universidade de Lisboa. mariana.gcosta@gmail.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

medicina clínica, justificando o título do livro. É preciso, não obstante, esclarecer o uso de certo modo ambíguo que Foucault aqui faz do termo *clínica*, porquanto o mesmo serve para designar o paradigma médico de finais do século XVIII, anunciado por uma *proto-clínica* que se estende ao longo de todo o século XVIII e que dará depois lugar à *anátomo-clínica*, essa sim característica da contemporaneidade<sup>1</sup>.

Sem pretender alinhar com a historiografia tradicional nem tão-pouco esboçar uma história da medicina, aquilo que Foucault aqui procura *desenterrar*, de acordo com o método a que chama *arqueologia*, são as condições de possibilidade desta nova experiência médica. Tais condições de possibilidade devem ser indagadas a partir da relação entre o que é visto e o que é dito, ou o visível e o dizível, espacialização e verbalização; em suma: aquilo que o olhar médico alcança e o que pode, portanto, enunciar. Privilégio desde logo, aqui, do olhar sobre a linguagem. Privilégio, contudo, de que Foucault procura demarcar-se, ao afirmar a simultaneidade ou complementaridade entre o olhar e a linguagem, socorrendo-se de expressões como a de uma *estrutura falada do percebido* ou a do *olhar loquaz* do médico. «Se os cadáveres nos pareceram por vezes mudos», declarará, já no século XIX, o fisiologista François Broussais (1772-1838), «foi porque não soubemos interrogá-los»<sup>2</sup>. Correndo o risco de estar a retirá-la do seu contexto, cremos que esta frase de Broussais pode igualmente aludir à complementaridade entre olhar e linguagem, denotando uma concepção do corpo, vivo ou morto, como ser discursivo. Privilégio do olhar ainda, segundo julgamos, patente no facto de a ruptura que inaugura a medicina moderna provir da alteração das relações entre o que é visível e o que, pelo contrário, é invisível, mas que, num aparente paradoxo, dirige o olhar médico: o paradigma do *invisível visível* caracteriza esta medicina; o corpo vivo mantém invisível, recobre aquilo que o corpo morto e aberto pode dar a ver. É esse corpo morto, o interior desvelado, que o olho clínico persegue e é ele que os sentidos do médico conseguem alcançar à transparência da carne — daí a imagem do *véu*<sup>3</sup> e daí também a célebre ideia, quando se fala de *Naissance de la Clinique*, de que o olhar médico *cadaveriza* a vida.

O acesso do olhar ao interior do corpo, notemos, registou grandes avanços desde o limiar do século XX. Pelo recurso à tecnologia, a medicina pôde contornar o problema da invisibilidade munida de um conjunto de técnicas de diagnóstico (o raio X, a TAC, a ressonância magnética...) que constituem, por si sós, uma revolução sob cujos efeitos continuamos a viver — com tudo o que a dependência de tais ferramentas pode, a nosso ver, conter de problemático.

<sup>1</sup> FOUCAULT, 1963: IV, mas também MACHADO, 1988: II.

<sup>2</sup> *Apud* FOUCAULT, 1963: X, 192. «[...] "si les cadavres nous ont quelquefois paru muets, c'est que nous ignorions l'art de les interroger"».

<sup>3</sup> FOUCAULT, 1963: IX, 170.

Em *Naissance de la Clinique*, Foucault pretende também distanciar-se da vulgata historiográfica segundo a qual a passagem à modernidade da medicina assentou numa maior empiricidade, numa maior objectividade na análise dos corpos e da doença, no abandono de postulados teóricos obstrutivos. Refutando que a chave desta mudança seja a generalização da prática da autópsia, Foucault argumenta que a dissecação dos cadáveres, longe de ser proibida, era, à época, uma prática em pleno vigor. O que Foucault procura mostrar é que a *clínica*, que antecede a *anátomo-clínica* enquanto experiência médica moderna, não se norteava, no seu estudo sobre a doença, por critérios geográficos ou espaciais, mas tão somente pelo encadeamento temporal da série dos sintomas. São, por isso mesmo, duas figuras distintas do saber: a *clínica* do século XVIII, herdeira ainda da leitura da doença do século XVII, uma leitura que se estende desde o Renascimento a finais do século XVIII, e a anatomia patológica que em finais deste século XVIII vem romper com o anterior paradigma epistemológico. Note-se como esta leitura descontinuista da medicina, em que duas figuras do saber se vão adaptar uma à outra, fundindo-se no método *anátomo-clínico*, pode desde logo mostrar como Foucault não é um pensador do progresso histórico mas, pelo contrário, das rupturas que obrigam a revisões epistemológicas.

Urge que enveredemos pelo tema deste artigo: *Da esfera da autonomia à da vida e desta à morte: sobre o percurso da doença em Naissance de la Clinique*. Título que acabou por resultar numa armadilha que criámos, pleno de artifícios que atestam tanto a prevalência de certos postulados teóricos como a precipitação de uma escrita que tantas vezes, no seu entusiasmo, obstrui o pensamento. Trata-se, segundo o título, de analisar o percurso da doença em *Naissance de la Clinique*, estabelecendo para esse efeito uma espécie de cronologia: pressupomos que houve um tempo em que a doença foi autónoma, livre, para depois lhe ser coarctada tal liberdade, presa primeiro na teia da vida e depois ambas — doença e vida — capturadas pela morte; três fases, correspondendo a três leituras distintas do fenómeno patológico e que poderiam ser analisadas em termos de espaço, aqui sim denotando-se uma progressão: da concepção clássica (século XVII) de doença enquanto essência nosológica à de *corpo doente* que caracteriza o final do século XVIII em diante, o que há é uma progressiva assimilação do espaço de configuração da doença ao espaço da sua localização no organismo. Da essência nosológica ao corpo doente, o que vemos desenhar-se é um espaço comum: o espaço do interior orgânico.

Detenhamo-nos no primeiro destes momentos. A medicina clássica do século XVII, cuja tónica era predominantemente classificatória e ideal, entendia a doença a partir do modelo botânico: com vista a uma nosologia de tipo botânico, a doença era arrumada num *quadro* capaz de tornar sensível o domínio invisível da doença; quadro organizado por famílias, géneros, espécies, e as relações que aí se estabelecem:

subordinações, divisões, semelhanças; quadro estático, liso, sem segredo, nota Foucault<sup>4</sup>, que, sendo anterior às percepções, as dirigia a partir de um mundo plano, homogéneo, não métrico, onde as essências eram definidas por analogias que descobriam a sua ordem racional, isto é, a ordem geral da Natureza — o que nos ajuda a esclarecer um certo carácter dúbio do que no nosso título se afirmou: é que, ao distinguir entre uma esfera de autonomia da doença e outra, sucedendo-lhe, de vida, poderia parecer que a doença clássica era autónoma, mas que de algum modo carecia de existência. Não sendo este o caso, é preciso, sim, distinguir entre a Natureza como categoria fundamental de enquadramento dos seres vivos e a sua posterior ultrapassagem por uma categoria de vida que espelha um entendimento diferente do funcionamento dos seres vivos, assente agora num princípio interno, invisível, irreduzível à representação na consciência, instaurando um corte entre a ordem dos seres e a ordem da linguagem. No que ao século XVII diz respeito, por isso, a doença comunga, juntamente com a vida, da ordem da Natureza. Enquanto espécie natural, a doença brota, floresce e perece; a sua estrutura é, portanto, decalcada da estrutura de todos os seres vivos.

Na sua investida sobre o organismo no qual se introduz na forma de essência acabada, a doença não obedece senão a leis de simpatia, homologia ou mesmo de causalidade, no sentido do seu poder criador de outras enfermidades. Quer isto dizer, de facto, que o espaço da doença e o espaço do organismo não comunicam entre si: a doença move-se livremente pelo espaço anatómico, servindo-se dos órgãos como suportes sólidos.

Diz Foucault, logo nas primeiras páginas de *Naissance de la Clinique*:

*Paradoxalmente, nunca o espaço de configuração da doença foi mais livre, mais independente do seu espaço de localização do que na medicina classificatória, isto é, na forma de pensamento médico que, na cronologia, precedeu de perto o método anátomo-clínico e o tornou historicamente possível<sup>5</sup>.*

A despeito daquele quadro ideal sem brecha, sem nada oculto, a grande vantagem da doença clássica é, de facto, a sua invisibilidade, que lhe permite mover-se livremente no interior orgânico. Esta espacialização livre da doença rejeita, de resto, qualquer constrangimento: na medicina das espécies, o hospital é visto como um confinamento, *disciplinarização* da doença; esta é entregue a si própria, o lar e os cuidados da família constituindo a sua região privilegiada.

---

<sup>4</sup> FOUCAULT, 1963: I, 7.

<sup>5</sup> FOUCAULT, 1963: I, 2. «Paradoxalement, jamais l'espace de configuration de la maladie ne fut plus libre, plus indépendant de son espace de localisation que dans la médecine classificatrice, c'est-à-dire dans cette forme de pensée médicale qui, dans la chronologie, a précédé de peu la méthode anatomo-clinique, et l'a rendue, historiquement, possible».

À luz desta liberdade absoluta, cabe perguntar: como vão comunicar, então, o corpo essencial da doença e corpo real do doente? A sua comunicação efectua-se através do elemento da qualidade, enquanto elemento não espacial, não temporal, que diz respeito à combinação entre os traços essenciais da doença (por exemplo *secura* e *humidade*, *excitação* e *debilidade*) e as variações qualitativas que o temperamento individual do doente imprime à doença; trata-se de uma fina percepção das variantes ou diferenças que vai justificar, por parte do olhar médico, uma atenção renovada ao individual, na qual o *corpo doente* é já tido em conta. Mais do que relevar o paradoxo explícito de uma medicina que concebe a doença como essência mas que não pode deixar de atender às colorações singulares conferidas pelas características individuais dos doentes, o que queremos sublinhar é a passagem, aqui aberta, a um novo entendimento da doença: o «deslocamento realista», como lhe chama Foucault<sup>6</sup>, que rejeita a concepção metafísica da doença em prol de outra bem mais concreta, material, superando a superficialidade do espaço linguístico do quadro para descobrir a doença no interior profundo do corpo. Trata-se de uma questão de espaço mas também de mudança das formas de visibilidade: de um olhar de superfície (atentos aos sintomas) a um olhar em profundidade (focado nas lesões orgânicas).

Assim, de essência exterior que, de fora, se aloja no corpo — e que o olhar do médico tinha o dever de devolver à sua exterioridade, libertando-a do interior orgânico — a doença passará a ser vista como algo cujo desenvolvimento se dá a ver nessa esfera orgânica interna. Em termos de cronologia médica, o que acontece é que, ao cabo de um século XVIII caracterizado por uma clínica ainda inteiramente dominada pelo anterior contexto ideal — pese embora a chamada espacialização institucional da doença e o enquadramento que o hospital vem conferir ao tratamento das doenças e à aprendizagem da medicina —, uma clínica denotando ainda uma clara sobreposição do plano inteligível ao sensível, eis que tem início aquilo que Foucault designa como a idade de Bichat. Xavier Bichat (1771-1802), que Foucault torna a personagem principal desta sua história não da medicina mas *sobre* a medicina, é o pai da anatomia patológica, autor da teoria do tecido como espaço primário do organismo; com Bichat, o olhar médico desloca-se definitivamente para o interior orgânico, onde faz assentar a possibilidade de um discurso científico sobre a doença. Aos tecidos e aos sintomas — o espaço e o tempo, se quisermos —, a disciplina de Bichat juntará uma terceira dimensão: o volume patológico. A doença adquire contornos sólidos na lesão corporal visível que a anatomia patológica recorta e que opõe à essência invisível da doença clássica, acentuando agora a possibilidade de uma divisibilidade espacial do patológico. Citamos Foucault:

---

<sup>6</sup>FOUCAULT, 1963: VIII, 130. «[...] un décalage réaliste».

*Na experiência anátomo-clínica, o olho médico deve ver o mal expor-se e dispor-se diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre os seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce às suas profundezas. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que pode seguir-se passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente<sup>7</sup>.*

Recordemos: a doença nunca foi tão livre como na era clássica. Parece-nos que a possibilidade de um recorte das lesões corporais retira, de facto, liberdade à doença; a passagem a um paradigma já não ideal, no qual a doença perde o estatuto de entidade metafísica para se dar efectivamente a ver, adquirindo materialidade, acarreta, paradoxalmente, não apenas uma delimitação ou imposição de limites espaciais à doença como a sua subsunção às leis orgânicas. Por contraponto à anterior invisibilidade, a visibilidade da doença acaba por constituir um constrangimento à sua movimentação no interior do organismo. Duro revés para o estatuto da doença.

Retomamos Bichat para mostrar como foi possível ir mais longe: confrontado com a dificuldade de saber o que no corpo é marca da doença e o que resulta da morte, Bichat vai conseguir relativizar ou fragmentar o conceito de morte, descobrindo a morte, tal como fizera já com a doença, como uma presença pululante no corpo, passível de ser repartida no espaço e no tempo; não já ponto negativo absoluto, derradeiro, mas antes passível de observação. A dissecação dos cadáveres logo após a morte revela ao olhar médico a existência de mortes parciais, mortes múltiplas mas não simultâneas, sucessivas, detectando a falência sistémica do corpo nos seus vários momentos e ligações. Ultrapassando a doença enquanto chave de compreensão do corpo, a morte, que é o verdadeiro *a priori* histórico da medicina moderna, ou seja, aquilo que a torna possível enquanto ciência, será utilizada pela medicina como instrumento técnico-conceptual: os mecanismos próprios da morte e a rede orgânica que estabelecem permitem compreender tanto as sequências patológicas como as dependências orgânicas. Doença e vida só podem ser lidas à luz da morte: é à morte, enquanto aquilo mesmo que as nega, que

---

<sup>7</sup> FOUCAULT, 1963: VIII, 138. «Dans l'expérience anatomo-clinique, l'oeil médical doit voir le mal s'étaler et s'étager devant lui à la mesure qu'il pénètre lui-même dans le corps, qu'il s'avance parmi ses volumes, qu'il en contourne ou qu'il en soulève les masses, qu'il descend dans ses profondeurs. La maladie n'est plus un faisceau de caractères disséminés ici et là à la surface du corps et lies entre eux par des concomitances et des successions statistiquement observables; elle est un ensemble de formes et de déformations, de figures, d'accidents, d'éléments déplacés, détruits ou modifiés qui s'enchaînent les uns les autres selon une géographie qu'on peut suivre pas à pas. Ce n'est plus une espèce pathologique s'insérant dans le corps, là où c'est possible; c'est le corps lui-même devenant malade».

ambas vêm dizer a sua verdade. A morte é o cume de um triângulo em cuja base se alinham a doença e a vida.

Assim, é possível ao século XIX descobrir, examinando os cadáveres, uma doença regida por figuras e leis próprias que não são já aquelas que a representação clássica lhe havia atribuído mas que, fixando uma rede espacial para o desenvolvimento patológico, definem as suas regras e permitem antever as suas rotas. O que, como mostra Foucault, assemelha os fenómenos patológicos a processos vivos, mostrando a sua articulação com os processos fisiológicos e permitindo, pela primeira vez, identificar doença e vida na noção de *vida patológica*<sup>8</sup>.

Deste modo, da esfera da autonomia à esfera da vida, decorre, em primeiro lugar, que a doença só pôde caber no conceito de vida a partir do alargamento do espectro da vida, de molde a acolher no seu seio tanto o elemento fisiológico como o patológico. Dito de outro modo: o mal fez entrada na vida; fê-lo, contudo, não à maneira antiga, como algo que do exterior se aloja aí, mas, pelo contrário, como potência intrínseca. Potência? Potência não é o termo correcto, pois potência pressuporia a actualização, ou não, da doença. Bem pelo contrário, *Naissance de la Clinique* vai no sentido da inevitabilidade do cumprimento da doença na vida. Para tal, é fundamental ter em conta que Bichat, privilegiando a morte natural sobre a morte violenta, inclui na categoria de doença a noção de degeneração — entendida não já como queda face a um ponto de origem mas, numa definição positiva, alteração anatómica e funcional, patente tanto no aumento como numa desorganização da actividade dos tecidos que se revela autodestrutiva —, particularmente o desgaste tissular, *i.e.*, a ideia de que o mero funcionamento do organismo caminha, desde o nascimento, para a morte do indivíduo. É uma *trama única*, aquela que a morte forma com a vida e com a doença; mas — e é esta a novidade — aquele triângulo inverteu-se, para nos dar a ver a morte, situada num vértice profundo, *ponto enterrado*, a dirigir a existência da vida e da doença. O que nos leva à tese mais importante de Bichat lido por Foucault: «o homem não morre porque adoece, mas é porque pode morrer que o homem adoece»<sup>9</sup>. É isso mesmo que a nova acepção de degeneração vem mostrar: a necessidade da morte inerente à vida e, acoplada, a possibilidade mais geral da doença.

Detenhamo-nos para explicitar um pouco tudo isto: em *Naissance de la Clinique*, Foucault joga com aquilo a que escolhemos chamar dois níveis da relação da morte com doença e vida: um nível epistemológico, que analisámos atrás; e um nível ontológico, a que chegamos agora com esta sentença de Bichat. O tema da possibilidade, do poder-ser-para-a-morte — a trazer Heidegger para a discussão —, é o elemento-chave da relação da doença com a morte. Sucede que, nesta relação, os termos inverteram-se: a morte

<sup>8</sup> FOUCAULT, 1963: IX; 156.

<sup>9</sup> FOUCAULT, 1963: IX, 158. «Ce n'est pas parce qu'il est tombé malade que l'homme meurt; c'est fondamentalement parce qu'il peut mourir qu'il arrive à l'homme d'être malade».

deixou de ser um efeito da doença, para se tornar a sua causa. A seguinte passagem de *Naissance de la Clinique* mostra bem o nexos entre os dois níveis a que fazemos alusão:

*Mais acima, a morte apareceu como a condição deste olhar que recolhe, numa leitura das superfícies, o tempo dos acontecimentos patológicos; permitia à doença articular-se finalmente num discurso verdadeiro. Ela aparece agora como a fonte do próprio ser da doença, a possibilidade interna à vida, porém mais forte do que ela, que a faz gastar-se, desviar e, enfim, desaparecer. A morte é a doença tornada possível na vida<sup>10</sup>.*

A doença, pelo que vemos, deve tanto à vida quanto à morte. O que vem abalar e confundir ainda mais o seu estatuto: é que se, dando a doença a conhecer o laço profundo que existe entre vida e morte, poderíamos cair na tentação de a colocar entre parêntesis — afinal, ela pode ser apenas o intermediário entre as duas —, rapidamente percebemos que a doença, longe de poder continuar a ser entendida como acidente, é um elemento *sine qua non* daquela relação mais funda, não sendo nunca legítimo parentetizá-la. Bem pelo contrário, a doença, diz-nos Foucault, e cito-o de novo, «perdeu o seu velho estatuto de acidente para entrar na dimensão interior, constante e móvel da relação da vida com a morte»<sup>11</sup>.

Surgindo do lado do desvio, a doença é, assim, *desvio interior* da vida, movimento irreflectido desta numa direcção outra que não a do curso habitual, normal ou normativo. Quer dizer, a vida concorre para a sua própria morte e mune-se do patológico para esse efeito. Desvio da vida sobre si própria, a doença é ela própria uma vida que conduz, que *se* conduz à morte.

A doença revelar-se-á, contudo, *desvio de desvio*, na medida em que a sua marca sobre o organismo continua a revelar-se num carácter sempre individual. Desvio perpétuo de si próprio, o mórbido é, por isso, o que confere singularidade ao corpo vivo. Não há doença e depois morte iguais, afirma Foucault: elas são, por assim dizer, a diferença de si próprias. Assim, se o mórbido confere singularidade à vida é porque esta encontra aí, na morte que se anuncia, a sua mais diferenciada figura:

*O mórbido é a forma rarefeita da vida, no sentido em que a existência se esgota, se extenua no vazio da morte; mas igualmente no sentido em que ela ganha nele*

<sup>10</sup> FOUCAULT, 1963: IX, 158. «Plus haut, la mort était apparue comme la condition de ce regard qui recueille, en une lecture des surfaces, le temps des événements pathologiques; elle permettait à la maladie de s'articuler enfin dans un discours vrai. Maintenant elle apparaît comme la source de la maladie dans son être même, cette possibilité intérieure à la vie mais plus forte qu'elle, qui la fait s'user, se dévier et enfin disparaître. La mort, c'est la maladie rendue possible dans la vie».

<sup>11</sup> FOUCAULT, 1963: IX, 158. «[...] la maladie perd son vieux statut d'accident pour entrer dans la dimension intérieure, constante et mobile du rapport de la vie à la mort».

*o seu estranho volume, irreduzível às conformidades e aos hábitos, às necessidades recebidas; um volume singular que define a sua absoluta raridade*<sup>12</sup>.

Estamos quase a terminar, não sem antes notar que este acentuamento da importância da doença enquanto mediadora entre vida e morte contrasta com o seu destino epistemológico. A espacialização absoluta da experiência médica, isto é, a assimilação definitiva da doença ao espaço do organismo, resulta na perda de individualidade da doença, no desaparecimento do seu *ser*. Isso acontece, segundo Foucault, no início do século XIX, com os trabalhos de François Broussais e a descoberta da *irritabilidade* tissular como resposta à perturbação causada por agentes externos e internos. De novo Foucault:

*Então — e aí está a grande descoberta de 1816 — desaparece o ser da doença. Reacção orgânica a um agente irritante, o fenómeno patológico não pode mais pertencer a um mundo em que a doença, em sua estrutura particular, existiria de acordo com um tipo imperioso, que lhe seria prévio, e em que ela se recolheria, uma vez afastadas as variações individuais e todos os acidentes sem essência; insere-se numa trama orgânica em que as estruturas são espaciais, as determinações causais, os fenómenos anatómicos e fisiológicos. A doença nada mais é do que um movimento complexo dos tecidos em reacção a uma causa irritante: aí está toda a essência do patológico, pois já não há nem doenças essenciais nem a essências das doenças*<sup>13</sup>.

Não deixa de ser curioso que, como nota Foucault, a espacialização absoluta da experiência médica derive não da integração definitiva da anatomia normal e patológica na experiência clínica mas da tentativa de compreensão do fenómeno mórbido<sup>14</sup>, e que esta culmine na desessencialização da doença.

Antes de terminar, assumimos a falha: o título desta comunicação estabelece uma cronologia cujos marcos não é possível verificar no texto de Foucault, o qual, de resto, contradiz a sua ordem. Em *Naissance de la Clinique*, Foucault só refere a inclusão da doença na categoria da vida depois de ter aludido à possibilidade de conhecer a vida a

<sup>12</sup> FOUCAULT, 1963: IX, 176. «Le morbide, c'est la forme *rarifiée* de la vie ; en ce sens que l'existence s'épuise, s'exténue dans le vide de la mort ; mais en cet autre sens également, qu'elle y prend son volume étrange, irréductible aux conformités et aux habitudes, aux nécessités reçues ; un volume *singulier*, que définit son absolue rareté».

<sup>13</sup> FOUCAULT, 1963: X, 194. «Alors — et c'est là la grande découverte de 1816 — disparaît l'être de la maladie. Réaction organique a un agent irritant, la phénomène pathologique ne peu plus appartenir à un monde où la maladie, dans sa structure particulière, existerait conformément à un type impérieux, qui lui serait préalable, et en qui elle se recueillerait, une fois écartées les variations individuelles et tous les accidents sans essence; il est pris dans une trame organique où les structures sont spatiales, les déterminations causales, les phénomènes anatomiques et physiologiques. La maladie n'est plus qu'un certain mouvement complexe des tissus en réaction à une cause irritante: c'est là toute l'essence du pathologique, car il n'y a plus ni maladies essentielles, ni essences des maladies».

<sup>14</sup> FOUCAULT, 1963: X, 192.

partir dos movimentos da morte; é já munida da morte como grelha de leitura que a medicina passa a entender a doença como vida. Sem pois nos darmos conta, replicámos no título postulados teóricos dos quais não conseguimos despegar-nos, mormente a ideia de uma precedência da vida à morte. Nada mais contrário a Foucault, cuja teoria da finitude aponta no sentido de um positivo apenas fundável a partir do seu negativo, ou, o que é pior, de uma alteridade fundamental que invalida toda a tentativa de constituição identitária.

Notas finais, em jeito de sùmula: vimos que Bichat alargou o espectro da vida, de molde a fazer coabitar nela o positivo e o negativo. Em *Les mots et les choses*, no capítulo dedicado à passagem da história natural à biologia<sup>15</sup>, Foucault explicará que a obra de Bichat não constitui, por assim dizer, o acto isolado que *Naissance de la Clinique* quase fazia dela, ao conceder-lhe o protagonismo da ruptura: Bichat é herdeiro de uma noção de vida em cujo seio se digladiam o orgânico e o inorgânico, o vivo e o não-vivo, leia-se este último como aquilo que tolhe a vida. Ao tempo de Bichat, por isso, estamos já em face de uma ontologia que estabelece o confronto entre vida e morte como constitutivo de todo o ser vivo e só isso, diz Foucault, permitiu a Bichat estabelecer uma oposição fundamental entre vida e morte, e procurar a singularidade do vivo a partir da sua destruição.

A grande descoberta desta altura é a mesma que, parece-nos, está na base da passagem da medicina à sua modernidade e onde vão porventura beber, já no século XX, noções tão supostamente novas como a *Todestrieb* freudiana: a ideia de que a vida é esse equilíbrio entre pulsões vitais (*Eros*) e pulsões de morte (*Thanatos*). É isso que é atestado, e.g., pela revolução pasteuriana, com a descoberta da possibilidade de imunização a partir da introdução de uma forma atenuada do vírus, ou mesmo pelo actual recurso da gastroenterologia aos probióticos: ambos visam espoletar o conflito permanente de que a vida se alimenta.

## BIBLIOGRAFIA

- BICHAT, Xavier (1801) — *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*. Paris: Brosson, 3 vols.  
 \_\_\_\_ (1805) — *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. Paris: Brosson.  
 \_\_\_\_ (1827) — *Traité des Membranes*. Paris: Gabon.  
 BROUSSAIS, François (1808) — *Histoire des Phlegmasies ou Inflammations Chroniques*. Paris: [s.n.], 2 vols.  
 \_\_\_\_ (1816) — *Examen de la Doctrine Généralement Admise*. Paris: Gabon.  
 FOUCAULT, Michel (1963) — *Naissance de la Clinique — Une Archéologie du Regard Médicale*. Paris: Gallimard.  
 \_\_\_\_ (1966) — *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard.  
 MACHADO, Roberto (1988) — *Ciência e Saber — A Trajetória da Arqueologia de Foucault*. 2.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.

---

<sup>15</sup> Ver *Les mots et les choses*, 1966, cap. VII: *Les limites de la représentation*, III: *L'organisation des êtres*, em particular p. 243-245.

# SAÚDE, PRAZER E OS SEUS CONTRÁRIOS NA REPÚBLICA IX DE PLATÃO

SAMUEL CARVALHAIS DE OLIVEIRA\*

Este breve estudo tem o carácter fragmentário e unilateral que advém do facto de isolar um passo de *República IX* (583b-586c) do contexto a que pertence e dos vários aspectos envolvidos nesse contexto. Mas acontece também que ele não poderá considerar toda a constelação de problemas que são relevantes mesmo nesse passo. Trata-se de focar apenas aqueles aspectos que se julga serem mais importantes para a compreensão dos conceitos de saúde, doença, prazer, sofrimento, da articulação entre eles, etc.

Antes do mais, importa lançar um rápido olhar sobre o problema de fundo de 583bss. Em causa está a encenação de um «concurso» e a disputa de determinadas perspectivas pelo primeiro prémio, designadamente as perspectivas do φιλοκερδής, do φιλόσοφος e do φιλότιμος. Este «concurso» procura apurar qual é a natureza dos prazeres (ἡδοναί) e do próprio modo de vida (βίος) que caracterizam tais perspectivas, em particular: a) qual é o melhor ou o pior modo de vida, qual é aquele que é mais digno de ser vivido ou o contrário; e b) qual é o mais aprazível e desprovido de sofrimentos (cf. 581e6-582a2). Quer dizer: trata-se, por um lado, de perspectivas abrangentes (de βίοι) e, por outro, de prazeres/sofrimentos específicos de (ou inerentes a) cada uma dessas perspectivas, de tal forma que eles se definem não só pela determinação que é a sua, mas também pela pertença a esse quadro mais abrangente, que os engloba

---

\* Membro colaborador do Instituto de Estudos Filosóficos (IEF) da Universidade de Coimbra. samyoliveira16@hotmail.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945.

como momentos seus e que, nesse sentido, influi decisivamente na constituição que lhes é própria, designadamente na propriedade de serem «verdadeiros», «bons», «puros» ou, pelo contrário, desadequados, «deficientes», «maus», «falsos» ou, como Sócrates também diz, uma certa sombra ou imagem ilusória, sem efectiva realidade: «ἔσκιαγραφημένη τις» (cf. 583b5, 586b7ss.).

Mas, sendo assim, não é nada claro qual é o significado de tudo isto e quais são as suas implicações. Qual é a relação entre a identidade de um determinado βίος e este ou aquele momento de prazer/sofrimento? Em que medida se pode falar de prazeres/sofrimentos como algo ilusório ou real? E que é que tudo isto tem que ver com a saúde e com o seu contrário: a possibilidade da doença?

583c permite começar a lançar luz sobre estas questões. Em primeiro lugar, Sócrates vinca a oposição entre sofrimento (λύπη, λυπεῖσθαι) e prazer (ἡδονή, χαίρειν). Contudo, esta oposição está constituída de tal modo que consente uma terceira determinação — a ἡσυχία (o repouso ou a quietude) —, que se caracteriza por estar entre (μεταξύ, ἐν μέσῳ) as duas determinações opostas na forma de um μήτε/μήτε (i.e. na forma do não ser *nem* uma *nem* a outra).

A estrutura tripartida que assim é fixada por Sócrates — ἡδονή, λύπη e ἡσυχία — suscita a questão de saber qual é a articulação entre cada um dos termos em causa: que é que se passa quando dizemos que temos prazer ou sofrimento, como é que eles se constituem em nós, ou melhor, de que forma é que o χαίρειν emerge e dá lugar a algo diferente do λυπεῖσθαι e, inversamente, como é que o surgimento do λυπεῖσθαι se relaciona com o χαίρειν? Sócrates procura esclarecer este problema a partir de dois exemplos. Por um lado, aqueles que ficam doentes dão-se conta de que não há nada mais aprazível, doce (ἡδιον) do que a situação em que estavam antes de adoecer («πρὶν κάμνειν»), a saber, o ὑγιαίνειν: a condição saudável, o estar de boa saúde. Por outro lado, acontece também com aqueles que sofrem com uma dor lancinante dizerem que nada é mais aprazível (ἡδιον) do que a cessação do sofrimento (cf. 583c10-d5).

Os dois exemplos descrevem situações diferentes, mas ambos radicam num denominador comum: em ambos os casos compreende-se a constituição da saúde e do prazer (do que significa estar bem, em condições, num estado aprazível, etc.) à luz da supressão ou ausência do sofrimento, i.e.: estabelece-se uma identidade entre a saúde sc. o prazer (o que é ἡδιστον) e a cessação do sofrimento. Nesse sentido, a equação ἡδιστον = cessação-do-sofrimento, que está pressuposta nos exemplos referidos por Sócrates, forma algo como um «padrão» de reconhecimento da própria condição saudável: um «aferidor», se assim se pode dizer, com base no qual se «mede» o que é ἡδιστον sc. o que é a saúde e o que está aquém disso. E, assim, não é propriamente o χαίρειν sc. o ὑγιαίνειν, no sentido *positivo* do termo, mas antes «τὸ μὴ λυπεῖσθαι καὶ ἡ ἡσυχία τοῦ τοιούτου» que traduz o ponto de referência em relação ao qual o sofrimento ou a doença forma um desvio (cf. 583d6-9, 584a7ss.).

Ora, os exemplos de Sócrates acentuam como o estar sujeito ao sofrimento pode (como, na verdade, tende a) compreender a sua cessação — e tanto quer dizer: o retorno à condição que havia antes do sofrimento — como a aquisição do prazer e da saúde enquanto tais. Mas isto de tal modo que não se questiona se tal condição *pode ainda ser o ponto de partida* para um prazer ou uma saúde *ainda a adquirir*. Este é o aspecto fundamental: assume-se como condição ótima, superlativa — como ἡδιστον — a própria ἡσυχία e não algo que *poderá ter lugar para lá dela*: algo que já não é apenas λύπης ἀπαλλαγὴ (cessação do sofrimento), mas a determinação da ἡδονή *ela mesma*, na *sua própria identidade* e na *irredutibilidade que tem em relação à λύπη* ou, como Sócrates diz, a ἡδονή *em estado puro* («καθαρὰ ἡδονή») — cf. 584c1-2.

O que assim é descrito por Sócrates é um quadro possível, mas é de todo o modo um quadro que parece restringir-se aos exemplos citados. Só nesses casos e em casos análogos (i.e. só quando ficamos doentes ou sofremos de uma dor muito aguda) é que a saúde e o prazer são compreendidos como λύπης ἀπαλλαγὴ. Mas, vendo bem, a descrição de Sócrates aponta para algo que excede esses exemplos — aponta justamente para a *compreensão normal, comumente partilhada da noção de saúde e do significado de «condição saudável»*. Quer dizer, os exemplos referidos deixam transparecer uma tendência do nosso ponto de vista: a tendência para compreender a saúde não como um conceito *positivo*, mas a partir de um *modelo privativo*, isto é, a partir da ideia de ausência, supressão ou inexistência do sofrimento sc. da doença. Expressões quotidianas como «o que é preciso é ir tendo saúde...» permitem entrever como o padrão normal de compreensão da saúde é precisamente a λύπης ἀπαλλαγὴ. Para o exprimir com base numa noção (ou melhor, num dos aspectos dessa noção) que já encontramos formulada nos Antigos: a saúde tende a estar compreendida como *o silêncio do corpo*. Há saúde quando nada no nosso corpo (nenhum membro, nenhum órgão, etc.) chama a atenção para si, acusa a sua existência ou tem precisamente uma presença átona, imperceptível: «*silenciosa*». E há doença quando algo no nosso corpo deixa de ser «silencioso» e como que «grita» a sua presença através da dor ou do sofrimento — tudo isto de tal modo que a saúde tende propriamente a consistir na mera ausência ou anulação disso que perturba (ou causa «ruído», se assim se pode dizer)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Tudo isto não significa que não tenhamos qualquer noção do prazer e da saúde como determinações *positivas* (como algo que excede a mera ἡσυχία sc. a λύπης ἀπαλλαγὴ). O que isto significa é que a ἡσυχία (o «silêncio do corpo») tem justamente o carácter de um «padrão», i.e. de algo que, por um lado, constitui o quadro em que primariamente e o mais das vezes nos movemos e que, por outro, é compreendido como fornecendo já um acesso adequado às determinações em causa, às suas relações possíveis, etc. De sorte que o cabimento de «mais» (o excesso) em relação à própria ἡσυχία é entendido por referência a ela e corresponde, no fundo, a um desenvolvimento dela. Este breve esboço não permite dar conta da complexidade do problema, mas não podemos aqui discuti-lo em pormenor; a continuação dará mais algumas pistas a este respeito. Neste sentido, veja-se SNELL, 1955: 218. «der Arzt gesteht, wenn er ehrlich ist, daß er leidlich über einige Krankheiten Bescheid weiß, daß er aber schlechterdings nicht sagen kann, was Gesundheit ist, — es sei denn dies, daß der Körper das Böse läßt, und wenn er kurieren soll, bleibt ihm nichts, als Störungen zu beseitigen

Isto serve de base para perceber o que se desenha a partir de 584d. Sócrates estabelece a diferença entre o *alto* (τὸ ἄνω), o *baixo* (τὸ κάτω) e o *meio/intermédio* (τὸ μέσον). Esta estrutura tripartida envolve vários aspectos fundamentais.

Em primeiro lugar, o *alto*, o *baixo* e o *meio* diferem em muito da forma como tendemos a entender estas noções. Para nós o alto, o baixo e o meio constituem determinações regionais, localizadas entre muitas outras, e a que temos acesso sem grande dificuldade. O nosso olhar é um olhar aberto, já em contacto (ou susceptível de constituir facilmente um contacto) com essas determinações. O alto, o baixo e o meio (como também o «à frente», «atrás», etc.) são apresentações já incluídas no nosso olhar e na mobilidade que de raiz o define (i.e. na possibilidade que tem de adoptar outras perspectivas, ver o que vê a partir de um outros ângulos). Todavia, como já se verá melhor, não é neste sentido que Sócrates usa estas noções. Em causa não estão determinações parciais, imediatamente incluídas no acesso de que dispomos, mas sim *totalidades*, *horizontes globais de sentido* ou *formas de reconhecimento e organização da realidade no seu todo*. O que caracteriza esses horizontes é, por um lado, corresponderem a um determinado território, a uma totalidade de sentido com uma identidade própria, e, por outro, serem algo «fechado» e que, nesse sentido, consente justamente um exterior, i.e. outras organizações de sentido, com uma «atmosfera» e um significado próprios.

Em segundo lugar, a estrutura referida traduz uma articulação entre realidades marcadas por uma *diferença qualitativa*: uma diferença de estatuto, valor, grau de perfeição ou adequação, etc. Assim, o *alto* representa simbolicamente o que é mais importante, tem mais valor, é mais fundamental ou desempenha uma função de soberania, poder, etc.; o *baixo* traduz aquilo que é menos importante, tem menos valor ou ocupa uma posição de inferioridade; o *meio*, por fim, é a forma de realidade que tem simultaneamente mais valor ou importância do que a realidade correspondente ao *baixo* e menos valor (é menos decisiva, tem menos poder, etc.) do que o *alto*.

O que vimos permite entender melhor um outro aspecto desta estrutura tripartida, a saber: o facto de ela espelhar um «esquema de pensamento» que H. Fränkel identificou a partir de alguns fragmentos de Heraclito e que designou como «*esquema heraclitiano*»<sup>2</sup>. Assim, por exemplo, os frags. DK B 82 e 83 estabelecem a analogia nos termos da qual como o *macaco* é para o *homem* assim é o homem para a *divindade* (δαίμων). Tal como A é em relação a B, assim também B é face a (ou comparativamente com) C. A (o macaco) é portador de um defeito ou finitude que o faz ser inferior a B (ao homem),

---

und im übrigen darauf zu wirken, daß die Natur (was immer das ist) sich selber hilft. Aber wer möchte sich leichthin damit zufrieden geben, daß er das Wesentliche nur als Fehlen seines Gegenteils begreifen soll?».

<sup>2</sup> Cf. sobretudo FRÄNKEL, 1968: 252 ss. e FRÄNKEL, 1976: 434 ss. Tal não significa que Platão se refira explicitamente a este esquema, nem tão-pouco que os aspectos que acentua não possam ser considerados a partir de um outro ângulo. Mas, sendo assim, a consideração do esquema heraclitiano contribui para perceber mais nitidamente alguns desses aspectos.

que vem justamente corrigir esse defeito e desempenhar uma função de soberania face à realidade de A. Mas B (homem), por sua vez, caracteriza-se por não constituir o termo (a posição suprema) na ordem de importância, valor, qualidade do acesso, etc.; também ele padece de um defeito — um defeito análogo ao que afectava A — e que o faz ser inferior em relação a um C (ao δαίμων). Neste sentido, B é analogicamente idêntico a A, tem a mesma natureza que ele quando posto em relação com C, ou seja, desempenha as mesmas funções que A desempenhava para B. Assim, o ser humano está constituído de tal modo que é em certo sentido um macaco, quando visto à luz do ponto de vista divino. C corresponde, por fim, à posição superlativa: ao «lugar» que está acima de todas as outras determinações e assume uma soberania relativamente a elas.

Mas o esquema heraclítico implica ainda um outro aspecto importante. O que caracteriza a posição intermédia — a posição «natural» de cada um de nós — é ter um acesso tanto a A (à sua especificidade, à determinação que lhe pertence, etc.) quanto ao acrescento qualitativo introduzido pelo advento de B (i.e. à alegada superioridade posta pelo próprio B). Quer dizer: segundo o esquema heraclítico, A e B são determinações que se conhecem, que estão como que «à nossa frente» — e a relação entre A e B é também uma relação que se acompanha eficazmente. Mas passa-se o contrário com C e com o acrescento que ele produz em relação a B. Com efeito, C é algo que tende a ficar fora de acesso, que se desconhece ou para que se está, por assim dizer, «de costas voltadas». Deste modo, a esfera de B é ao mesmo tempo uma esfera *aberta* — aberta ao acompanhamento de si mesma e de A — e uma esfera *fechada*: fechada para o que constitui C (para a possibilidade do seu cabimento, para o horizonte que lhe corresponde, etc.).

Ora, isto significa várias coisas. Por um lado, significa que, para a perspectiva de B, o «corte» (a distância, o afastamento) entre B e C é *muito mais acentuado* do que aquele caracteriza a relação entre A e B. Pois se, no segundo caso, A e B, a articulação entre eles, etc., são algo a que se tem acesso, o que define o primeiro caso é que a notícia de C tende a estar elidida da perspectiva de B: tende pura e simplesmente a não figurar nela. Mas, se é assim, isso quer dizer, por outro lado, que as determinações que constituem o ponto de vista de B (o que para ele é σοφία, o que para ele é κάλλος, etc.) aparecem *ao próprio ponto de vista de B* como se tivesse um carácter *absoluto* e correspondessem a nada menos do que *o superlativo*. O apagamento de C (a não consideração da possibilidade do seu cabimento) faz que B assumia aos seus próprios olhos a natureza de um olhar canónico: um olhar que vê as coisas como elas devem ou têm de ser vistas, um olhar que não deixa escapar nada e que acede à realidade («mede-a», por assim dizer) a partir de um «padrão» absoluto.

Mas tudo isto tem implicado ainda um terceiro ponto. A abertura da possibilidade de C vem justamente *esvaziar* a pretensa canonicidade de B e converter as determinações de que se reveste em determinações *meramente relativas* à conformação do olhar de

B e ainda longe de um ponto de vista efectivamente capaz de ver as coisas *como são*. Ou seja: a σοφία, o κάλλος e as demais determinações constitutivas do olhar de B<sup>3</sup> perdem o seu valor e estatuto (perdem a capacidade de funcionarem como «padrão» de reconhecimento da realidade) — e passam a remeter para um *outro* ponto de vista, que constitui, esse sim, o *efectivo* «lugar» da σοφία, do κάλλος, etc., que no olhar de B estavam infundadamente pressupostos. O que significa — e este é o ponto fundamental — que, em última análise, B *só ilusoriamente* se acompanha a si mesmo: ao perder de vista o cabimento de C, B assume uma identidade que não lhe pertence e fica completamente cego para a natureza *meramente relativa* (i.e. para o valor não-absoluto, perfectível, ainda aquém do efectivo superlativo e constituído na remissão para ele) que de facto configura o seu ponto de vista.

Ora, o que dissemos sugere que é algo de equivalente que está em causa na estrutura tripartida apresentada por Sócrates: o *baixo* desempenha as funções do «macaco», o *alto* é análogo à «divindade» e o *meio* traduz a perspectiva que normalmente é a «nossa». Importa, no entanto, ver em que sentido(s) é ou não assim, que contornos é que a estrutura formal do esquema heraclitiano assume nas análises de Sócrates e que fenómenos lhe são postos a corresponder.

Em primeiro lugar, vinca-se como esta estrutura tripartida tem, por assim dizer, um carácter *dinâmico* e envolve a possibilidade de *equívocos*. Assim, como se diz em 584d6ss., se a perspectiva do *baixo* fosse levada ou transportada (φέρεσθαι) para o *meio*, o que apareceria a essa perspectiva é que ascendeu a um plano superior, foi elevada; se, para além disso, essa perspectiva, estando no *meio*, olhasse para o lugar de onde foi transportada, é justamente isso que se inculcaria com toda a evidência — que transitou para um plano superior. De facto, o *meio* corresponde a um *alto* em relação ao *baixo*. Mas o ponto reside em que tudo isto pode acontecer de tal modo que se percebe a transição do *baixo* para o *meio* como a instalação *no próprio alto enquanto tal*. Ou seja: o *meio* — o *alto* meramente relativo — pode aparecer com o rosto daquilo que República IX designa como «τὸ ἀληθῶς ἄνω»: o alto propriamente tal, o verdadeiro/autêntico alto, o alto absoluto (cf. 584d6-e6). Este é o aspecto fundamental: o fechamento do olhar na deslocação entre *baixo* e *meio* pode impedir o cabimento de uma *segunda deslocação possível* (que, desse modo, se mantém como que «atrás das costas»): a deslocação entre o *meio* e o ἀληθῶς ἄνω. De sorte que o *meio*, apesar de ser por definição algo aquém do *alto* (ou ser um *alto* meramente relativo), aparece *como se fosse já o alto por excelência*.

Mas que relação é que tudo isto tem com a questão do prazer e da saúde? Sócrates vinca que a fixação daquilo que corresponde ao prazer e à condição saudável pode estar afectada por algo como uma *cristalização no plano intermédio* — que, ao compreendê-lo

---

<sup>3</sup> Nesse sentido, também a compreensão do que é *prazer, sofrimento, saúde, doença*.

erradamente como sendo já o verdadeiro *alto*, acaba por *obstaculizar* a relação com ele (com o *alto mesmo*) sc. com aquilo que verdadeiramente é prazer (com o *prazer mesmo*) e verdadeiramente é saúde (com a *saúde mesmo*). Quer dizer, não se trata só de faltar mais: de o *meio* ser o *terminus a quo* possível de um incremento de prazer sc. de saúde. O «curto-circuito» em virtude do qual se toma o *meio* como sendo o *alto* — o mesmo é dizer: a cessação do sofrimento como sendo o prazer «em estado puro» — deixa efectivamente algo de fora, perde de vista o acrescento (o «mais») que é introduzido pelo ἀληθῶς ἄνω e tem, assim, um carácter meramente fragmentário. Mas o decisivo é que, ao fazer passar o *meio* pelo *alto*, *se absolutiza esse fragmento* e se perde completamente de vista o *efectivo «paradeiro» da saúde e do prazer* — e, nesse sentido, não se tem acesso à ἡδονή e à ὑγίεια: não se tem acesso a nada do que elas *realmente são*. Por outras palavras, ao desvirtuar-se o plano intermédio, perde-se o sentido da própria ἡδονή, da própria ὑγίεια; põe-se no lugar delas algo que elas não são, toma-se como ἡδονή e como ὑγίεια algo que não lhes corresponde ou, dito de outro modo, «aldraba-se» a determinação que lhes é própria.

A partir do que ficou dito, percebe-se melhor por que razão Sócrates descreve esta compreensão (a compreensão «encalhada» no *meio*, que faz aparecer a saúde e o prazer como λύπης ἀπαλλαγή, etc.) como uma charlatanaria ou intrujice (γοητεία τις), como algo que não passa de quimeras ou ilusões (φαντάσματα), de meras imagens (εἶδωλα), ou ainda como uma forma de «doença» (οὐδὲν ὑγιές) — cf. 584a7ss. e 586b7ss. Noutros termos: Sócrates chama a atenção para a possibilidade de toda a nossa compreensão do conceito de saúde/prazer ser uma compreensão a tal ponto defeituosa que aquilo que põe a valer como tal é na verdade uma *forma atravessada, cruzada com o seu contrário*: é uma saúde sc. um prazer meramente relativo, ou melhor, uma saúde sc. um prazer que é no fundo uma forma de doença sc. sofrimento, quando comparado com o autêntico *alto*, com o autêntico «paradeiro» do prazer e da condição saudável.

O que dissemos permite entender com maior nitidez o conceito de doença que está em causa no passo que aqui temos entre mãos. E pode-se lançar luz sobre ele nomeadamente a partir da expressão «οὐδὲν ὑγιές», da ambiguidade que comporta e da forma como, assim, acaba por aludir a fenómenos muito diferentes. No seu sentido literal, «οὐδὲν ὑγιές» designa o contrário da saúde: algo que não é saudável, mas tem uma condição enferma. Nesta acepção, «οὐδὲν ὑγιές» não implica forçosamente uma ruptura em relação à compreensão habitual dos conceitos de saúde e de doença e é, pelo menos até certo ponto, compatível com um modelo fundamentalmente avulso, casuístico, que, além do mais, não exclui a inteligibilidade dos conceitos em causa. Ou seja: em si mesmo, «οὐδὲν ὑγιές» pode exprimir apenas o facto de a doença ocorrer «aqui ou ali» e arrastar consigo a perda (mais ou menos parcial) da condição saudável — e isto de tal modo que alegadamente se continua muito bem a perceber aquilo a que tais conceitos correspondem: eles mantêm o seu carácter adequado, válido. Mas

«οὐδὲν ὑγιές» tem também um sentido *idiomático*, que faz apelo a uma noção mais radical de «doença» ou «enfermidade» – e é precisamente esse sentido que está em causa nas análises de *República IX*. Na sua acepção idiomática, «οὐδὲν ὑγιές» significa *não ter qualquer préstimo ou valor*, i.e.: designa algo que é *defeituoso, malformado, falso* (tanto no sentido de não-genuíno como no sentido moral: desonesto, mentiroso ou mesmo malevolente), *vazio, ilusório, absurdo*. Quer dizer: «οὐδὲν ὑγιές» exprime também a possibilidade de uma determinação envolver a tal ponto um desvio ou uma malformação que o conteúdo que lhe corresponde fica como que «contaminado» e se converte em algo de inane, absurdo, «podre», passando a reter o acesso que se tem a isso num horizonte justamente marcado por ineficácia. Por outras palavras: nesta acepção, «οὐδὲν ὑγιές» chama a atenção para a possibilidade de o defeito em causa dizer respeito à própria forma como uma determinação está constituída, ao seu próprio modo de ser ou à sua própria identidade — de tal modo que a «doença» deixa de ser relativa a algo de esparsa, disperso, e passa a corresponder a algo de *transversal*, que afecta a *raiz da determinação em causa*, arrancando-a a um plano de eficácia e a atirando-a para o plano oposto. Nesse sentido, é o próprio ser-assim da «coisa» sc. o acesso que se tem a ela que se acha radicalmente «embargado» e afectado por malformação.

Daqui resulta que a possibilidade de «doença» para que *República IX* faz apelo não diz respeito a uma possibilidade avulsa ou circunscrita a estes e aqueles momentos; corresponde, pelo contrário, a uma «doença» que afecta a própria forma como os conceitos de saúde e de prazer se acham fixados, ou a própria forma como acedemos a eles. Mas, sendo assim, o que caracteriza essas determinações é estarem de todo o modo inscritas num horizonte de sentido que as excede em larga medida. De facto, as noções de saúde e de prazer (e os seus opostos) são apenas uma *parte* — e até uma parte exígua — daquilo com que estamos em contacto. E, assim, parece que *República IX* acaba por falar de um «οὐδὲν ὑγιές» *abrangente (muito mais abrangente do que tendemos a supor)*, sim, mas de todo o modo contido ou circunscrito — e contido ou circunscrito no quadro de um horizonte aparentemente eficaz, bem formado.

É aqui que tocamos o ponto decisivo. Como vimos, a descrição de Sócrates foca aquilo a que chamámos *organizações totais de sentido, modos de ser de perspectivas globais*. E o problema que se põe não é apenas como é que um ou outro momento dessa totalidade de sentido pode ser defeituoso, «podre», mas antes como é que a *perspectiva na sua globalidade* pode ter essa natureza. Quer dizer: o problema é como é que a perspectiva de cada um de nós — a perspectiva em que o ser humano tende a habitar — pode corresponder a um mero *meio*, privada do *alto* a que é relativa e, assim, ser portadora do defeito que inere à determinação intermédia do esquema heraclitiano. Ora, é também em relação a este aspecto que o sentido idiomático de «οὐδὲν ὑγιές» desempenha um papel chave. Com efeito, «οὐδὲν ὑγιές» e expressões afins podem exprimir justamente o que se passa *numa determinada perspectiva no seu todo*, i.e.: a

circunstância de uma dada perspectiva padecer de um desvio *em relação ao próprio reconhecimento que faz da realidade ou à forma como tem fixada a identidade de tudo o que lhe aparece*. Assim, só para dar um exemplo, no *Lísis* (205a) Ctésipo diz que Hipotales está a tal ponto enamorado ou dominado por ἔρωσ que ele «οὐχ ὑγιαίνει», ou seja: não que ele tem um problema físico ou mental, no sentido estrito do termo, mas sim que a sua perspectiva enferma a tal ponto de um desvio que de uma ponta a outra não é capaz de ver as coisas como elas são e tem justamente o carácter *ilusório* ou «doente» que advém desse facto.

Ora, em última análise, é esta possibilidade — a possibilidade de a nossa perspectiva estar constituída de tal modo que não corresponde senão a um absurdo ou a algo de radicalmente desviado — que se acha posta no centro das análises de *República IX*, 583bss. E o que a torna absurda ou desviada tem simultaneamente que ver com quatro aspectos:

- a) o facto de ocupar apenas um plano intermédio, aquém do efectivo alto (i.e. do ἀληθῶς ἄνω);
- b) o facto de, assim sendo, estar privada daquilo que realmente constituiria um ponto de vista lúcido, capaz de aceder ao que as coisas verdadeiramente são;
- c) o facto de, a despeito disto, compreender o plano intermédio (i.e. a privação do ἄνω absoluto) *como se fosse já* o plano superior, superlativo — de tal forma que fica cega para aquilo que realmente está em condições de a «sanar» e vive mergulhada numa «doença» que *não se percebe como tal*, antes assume a identidade de uma condição adequada;
- d) e ainda o facto de, por causa de tudo isto, perder de vista não só o plano intermédio (aquilo que constitui o seu sentido e a identidade que efectivamente lhe pertence), mas toda a estrutura que conforma realidade (a amplitude do seu intervalo, as determinações componentes desse intervalo, o «lugar» e a natureza que deveras têm, a articulação entre elas, etc.) — de sorte que o *baixo*, o *meio* e o *alto* aparecem com uma determinação *totalmente desvirtuada, subvertida*.

Por fim, é a possibilidade de um ponto de vista assim constituído que Sócrates descreve por recurso à noção de πλάνη, πλανᾶσθαι (cf. 586a1-b4). O olhar daqueles que desconhecem o ἀληθῶς ἄνω caracteriza-se por uma *instabilidade, inconstância* (pela ausência da βεβαιότης), em virtude da qual tal olhar *oscila* entre «cá e lá» (entre o *baixo* e o *meio*) e se move sobre um terreno intrinsecamente movediço: um terreno marcado por uma volubilidade, inconstância, indeterminação (ou pela falta de firmeza, estabilidade, definição). De sorte que, por outro lado, a perspectiva assim formada, i.e. a perspectiva que se reduz à determinação do que é *meio* e do que é *baixo* é justamente uma perspectiva que em todos e cada um dos seus momentos («διὰ βίου») *erra* — tanto

no sentido de falhar, passar totalmente ao lado do que é «ὄν τῷ ὄντι», como no sentido em que falamos dos *erros* de Ulisses: o *vaguear*, o *andar* «para cá e para lá» *sem rumo*, o *deambular sem qualquer «norte»*, etc<sup>4</sup>. Por outras palavras, a perspectiva fechada ao cabimento do ἀληθῶς ἄνω subverte totalmente o que está implicado no seu próprio sentido, impede a possibilidade de relação com o *alto* e fica como que arrancada ao «lugar» que efectivamente lhe pertence, constituindo qualquer coisa como uma um olhar «sem norte», «perdido»: um olhar que, mesmo sem ter consciência disso, constantemente «naufrega» e falha o encontro com a «Ítaca» a que, pelo seu próprio sentido, se acha dirigido. O que significa, então, que em vez de se estar voltado para a ὑγίεια sc. para a efectiva ἡδονή (e tanto quer dizer: para as componentes estruturais do *alto* ou disso que constitui o «norte» susceptível de resgatar a ausência de rumo em que se habita) se está como que «dobrado» ou «curvado» sobre si mesmo, «olhando sempre para baixo, à maneira dos animais, inclinados para o chão e para a mesa [...]». Em suma: o que as análises de Sócrates acabam por desenhar é a possibilidade de qualquer coisa como uma «doença» constante, que afecta *globalmente* o plano em que se está: o βίος ou a própria vida na sua totalidade.

No quadro que assim fica desenhado importa acentuar ainda um ponto relativo à articulação entre a descrição de *República IX*, 583bss. e o esquema heraclitiano. À primeira vista, *República IX* vinca o mesmo que está em causa no esquema heraclitiano e a peculiar forma de esvaziamento do estatuto do plano intermédio e das determinações que lhe inerem — desse esvaziamento que faz que aos olhos do superlativo (do δαίμων, do ἀληθῶς ἄνω, etc.) a determinação intermédia (o «lugar natural» do ἄνθρωπος) equivalha ao modo de ser do *baixo*. Mas, vendo bem, não é exactamente assim. Pois, de acordo com o esquema heraclitiano, o ser humano, apesar do defeito estrutural que lhe inere, ocupa de todo o modo o *meio* da escala das diferentes formas de acesso identificadas, coincide com ele. Segundo Sócrates, o que caracteriza a possibilidade de conformação do ponto de vista humano a que é feita referência é, pelo contrário, o facto de haver não-coincidência, oscilação ou um movimento «pendular» entre «cá e lá» — que confere ao *meio* uma natureza *intrinsecamente atravessada com o baixo: voltada e atirada para ele, «curvada» na sua direcção e em «comércio» com o modo de ser que lhe corresponde*. De sorte que, por outro lado, a distância ao plano superior (ao ἀληθῶς ἄνω, etc.) é *muito maior* — e o *abismo* que separa o *meio* assim constituído da relação com *alto* é *muito mais profundo* (é algo que faz que o *alto* esteja *muito mais «atrás das costas»*) — do que aquilo que, se percebemos bem, se acha previsto no esquema heraclitiano.

---

<sup>4</sup> A respeito do significado de πλανᾶσθαι neste passo, veja-se ADAM, 2009: 355: «They are like "wanderers" who have lost the way [...]».

A continuação (586b5s.) sugere que toda esta descrição corresponde a muito mais do que uma mera possibilidade; traduz antes uma tendência da nossa perspectiva e até mesmo a forma como *de facto* está constituída a vida da maioria das pessoas («παντελῶς, ἔφη ὁ Γλαύκων, τὸν τῶν πολλῶν, ὃ Σώκρατες, χρησιμῶδεις βίον»). Todavia, já não cabe no âmbito deste estudo tentar ver em que sentido(s) se pode (ou deve) proferir esta afirmação, qual o seu significado, as implicações de que se reveste — e, em última análise, qual é a relação entre tudo o que aqui vimos e o «concurso» que referimos no início destas páginas.

## BIBLIOGRAFIA

- ADAM, James, ed. (2009) — *The Republic of Plato*. Cambridge: Cambridge University Press, 2 vols.
- BROCK, Nadia Van (1961) — *Recherches sur le vocabulaire médical du grec ancien*. Paris: Klincksieck.
- DIELS, Hermann; KRANZ, Walter, ed. (1972) — *Die Fragmente der Vorsokratiker*. Berlin: Weidmann.
- FRÄNKEL, Hermann (1968) — *Wege und Formen frühgriechischen Denkens*. München: Beck.
- \_\_\_\_ (1976) — *Dichtung und Philosophie des frühen Griechentums*. München: Beck.
- SNELL, Bruno (1955) — *Die Entdeckung des Geistes. Studien zur Entstehung des europäischen Denkens bei den Griechen*. Hamburg: Claassen.
- TARRANT, Dorothy (1946) — *Colloquialisms, Semi-Proverbs and Word-Play in Plato*. «The Classical Quarterly», série 3-4, vol. 40, p. 109-117.



# CURA — ENTRE EPICURO E RICOEUR — ALGUMAS NOTAS DE FILOSOFIA

RUI MAIA REGO\*

*Vã é a palavra de um filósofo que não cura nenhum sofrimento do homem, pois, assim como não há lucro na medicina se não expulsa as doenças do corpo, também não há lucro na filosofia se não expulsar o sofrimento da mente<sup>1</sup>.*

*Falar de cura é falar de doença. Ora, poderá falar de doença alguém que não seja médico, nem psiquiatra, nem psicanalista? Creio piamente que sim. As noções de trauma ou de traumatismo, de ferida e de vulnerabilidade pertencem à consciência comum e ao discurso ordinário. É exactamente a este fundo tenebroso que o perdão propõe a cura<sup>2</sup>.*

Partindo do pressuposto de que o processo de cura visa combater uma enfermidade, certamente que, dada a *vulnerabilidade* humana, algures no tempo será necessária uma *cura*. Contudo, e eis o desafio que acolhemos: poderá a investigação filosófica ter algo

---

\* Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, CLEPUL (investigador bolsheiro): ruimaiarego@gmail.com. Este artigo segue o Acordo Ortográfico de 1945. As presentes notas foram apresentadas e debatidas na mesa-redonda intitulada *O Poder da Cura* integrada no *Congresso de História das Ciências da Saúde — Phármakon: Do Combate da Enfermidade à Invenção da Imortalidade*, que decorreu nos dias 26 a 28 de Outubro de 2016, no Museu da Farmácia, em Lisboa.

<sup>1</sup> EPICURO, 1926: [fragmento 54] 132-133.

<sup>2</sup> RICOEUR, 2005: 35.

que ver com uma *cura*? E, se sim, de que tipo seria e a que tipo de *vulnerabilidades* se dirige ou aplica<sup>3</sup>?

Poderíamos começar por interrogar, num primeiro nível *conceptual*, o que é a *cura*: será «normalização da anomalia», «recuperação da saúde» ou «solução para algo». Num segundo plano, poderíamos questionar se será a cura sempre *pertinente*; se deve a cura ser uma possibilidade ou uma imposição<sup>4</sup>. Podemos ainda inquirir a *quem serve* a cura: ao paciente, à família do doente, à sociedade; ou será que a cura serve um determinado interesse do mercado do medicamento e das farmacêuticas (é curioso pensar nisto encontrando-nos no Museu da Farmácia, erguido e preenchido, em grande medida, com património resultante de diversas *curas*).

Retomando a interrogação de saber se a filosofia tem algo que ver com uma cura, poderíamos tomar outro caminho e sobrevoar certa visão de Ludwig Wittgenstein, indo um pouco mais além da mera analogia terminológica, fixando a ideia da *filosofia* como *terapia conceptual* e atendendo ao modo como esta resolve problemas existenciais ou do existente. Neste sentido, a filosofia mudaria, conseqüentemente, a vida do homem, eliminando ansiedades decorrentes de problemas que surgem de um entendimento confuso sobre certas questões por parte do existente. Isto é, a solução de um problema filosófico, pela clarificação da linguagem, poderia eliminar a angústia resultante do próprio problema, tendo assim a filosofia um efeito terapêutico sobre o existente<sup>5</sup>.

No contexto da problemática apresentada, propomo-nos refletir em torno de duas perspetivas distintas e autónomas: (I) a defesa epicurista de que o objectivo do *exercício filosófico* consiste em *curar o sofrimento humano* (dando um exemplo particular de como Epicuro se propõe *curar* o sofrimento que o *medo da morte* causa na mente humana); e (II) a tese de Ricoeur de que o perdão pode curar.

---

<sup>3</sup> Talvez devamos começar por, antes mesmo de partirmos para a nossa proposta de reflexão, fazer uma ressalva, clarificando que não nos aproximamos de um certo entendimento da filosofia, segundo o qual esta constitui um método de consultório; o trabalho de sofisticação conceptual visa, em nosso entender, problemas do existente em geral e só atinge o indivíduo em particular como consequência, i.e., não tem como primeiro impulso solucionar problemas meramente pessoais de ordem exclusivamente subjetiva. Note-se que não pretendemos afirmar que os filósofos e as teorias que propõem respondam diretamente a problemas subjetivos desses pensadores (o que até pode acontecer). O que ressaltamos, como hipótese, é eles procurarem responder a problemas filosóficos não meramente subjetivos.

<sup>4</sup> Neste âmbito caberiam interrogações acerca da manutenção da vida e se esta será pertinente em todas as circunstâncias, independentemente das sequelas a que o paciente fica sujeito. Neste contexto, talvez se possa incluir as reflexões em torno do problema da eutanásia.

<sup>5</sup> «It is not our aim to refine or complete the system of rules for the use of our words in unheard-of ways. For the clarity that we are aiming at is indeed *complete* clarity. But this simply means that the philosophical problems should *completely* disappear. The real discovery is the one that makes me capable of stopping doing philosophy when I want to.—The one that gives philosophy peace, so that it is no longer tormented by questions which bring *itself* in question.—Instead, we now demonstrate a method, by examples; and the series of examples can be broken off.—Problems are solved (difficulties eliminated), not a *single* problem. There is not a philosophical method, though there are indeed methods, like *different therapies*.» (WITTGENSTEIN, 2001: 44).

## I

Recuperamos a tese de Epicuro de que «vã é a palavra de um filósofo que não cura nenhum sofrimento do homem». O objectivo da filosofia de Epicuro e do seu Jardim, nome por que ficou conhecida a sua escola, consistia em propor um projecto de vida boa, isto é, visava que o homem alcançasse a felicidade. Segundo a escola epicurista, a felicidade encontra-se no prazer, sendo que o prazer é definido como a ausência de dores no corpo e de perturbações na mente<sup>6</sup>.

Uma das fontes de perturbação da mente é o *medo* e este decorre de opiniões falsas sobre o real. Os medos que mais preocupam os homens e os impedem de atingir o prazer (felicidade) são o medo da morte e da intervenção divina. Assim, o labor filosófico epicurista procurou apresentar argumentos tendentes à eliminação (cura) destes medos perturbadores, visando clarificar e corrigir as opiniões sobre o real. A filosofia epicurista seria, assim, um precedente na história da filosofia que defende a relevância curativa do exercício filosófico, permitindo afastar certas perturbações da mente decorrentes de erros de percepção acerca do real, como sejam os referidos medos da morte e dos deuses.

A título de exemplo, pensemos no modo como os epicuristas se propõem eliminar o *medo da morte*. Segundo esta filosofia, o medo seria injustificado, uma vez que, sendo a alma material composta por átomos, estes dissipam-se aquando da morte; com a dispersão desses átomos deixa de haver sensações de prazer (bem) e de dor (mal). Assim, a morte não constitui um mal para quem morre, não devendo ser temida, «pois enquanto existimos a morte não está presente, e quando a morte está presente nós já não existimos»<sup>7</sup>. Poder-se-ia, citando mais longamente, apresentar o argumento epicurista do seguinte modo:

- (1) *Um estado de coisas é mau para uma pessoa P só se P pode experienciar isso em algum momento.*
- (2) *Assim, P estar morto é mau para P apenas se isso é um estado de coisas que P pode experienciar em algum momento.*
- (3) *P pode experienciar um estado de coisas em algum momento só se começa a ocorrer antes da morte de P.*
- (4) *P estar morto não é um estado de coisas que começa a ocorrer antes da morte de P.*
- (5) *Desse modo, P estar morto não é um estado de coisas que P pode experienciar em algum momento.*
- (6) *Logo, P estar morto não é mau para P<sup>8</sup>.*

<sup>6</sup> A dor e a perturbação são a ausência de prazer, não havendo estados intermediários.

<sup>7</sup> Cf. EPICURO, [s.d.]; *Carta a Meneceu*.

<sup>8</sup> FARIA, 2012: 51. Sobre o argumento epicurista e as objeções ao mesmo, confira também: GALVÃO, 2014.

Em suma, como indicia o primeiro dos fragmentos em epígrafe, a filosofia seria inútil se «não cura nenhum sofrimento do homem», permitindo que perdurem as causas dos medos que perturbam a mente humana. Para o epicurista, a filosofia é terapêutica porque contribui (ou pode, ou deve contribuir) para o bem-estar, ou para a tranquilidade (*ataraxia*) de quem a pratica. Um bom exemplo disso é aquele que diz respeito ao argumento contra o mal da morte, tal como apresentado.

## II

Se na nota anterior pretendemos tornar evidente como um determinado *exercício filosófico* — o epicurista — se propõe *curar* o homem de algum sofrimento, com a presente nota intentamos pensar em que moldes o filósofo Paul Ricoeur usa o termo «cura» e testar a sua tese de que *o perdão pode curar*.

Antes de analisarmos a tese de que *o perdão pode curar* apresentamos em traços gerais em que sentido é que *o perdão* constitui um problema filosófico ou qual a sua pertinência filosófica. Embora não pretendamos desenvolver quais os limites do próprio conceito de perdão — a quem se destina (a todos ou a alguns, ao indivíduo ou a um colectivo) ou qual o critério para perdoar; e sobre o que se exerce (agente ou acção) — gostaríamos de fazer notar a sua pertinência no domínio da filosofia.

O *perdão* consiste num fenómeno complexo, mas talvez possamos começar por destacar que este é um modo de responder a um mal perpetrado. Contudo, o perdão, enquanto resposta, não visa *pagar na mesma moeda* a ofensa sofrida. Esta não reciprocidade levanta um *problema filosófico*, tal como assinala Simon Blackburn:

*Perdoar alguém é renunciar ao ressentimento, à ira ou a outras reacções justificadas por algo que essa pessoa tenha feito. Isto levanta um problema filosófico: trata-se esta pessoa melhor do que ela merece, mas como pode exigir-se, ou mesmo como pode permitir-se tratar alguém de uma maneira que não merece?*

Se é aceitável caracterizarmos o perdão como não sendo um acto de justiça, pela sua não reciprocidade, daqui não se segue que ele não possua relevância para a acção humana. Mas, se possui importância no âmbito da acção, qual será? Qual a relevância praxica que o perdão possui?

Hannah Arendt, na obra *A Condição Humana*, propõe o *perdão* como categoria de pensamento que permite *libertar o homem da irreversibilidade das suas acções* (e, no âmbito das acções irreversíveis, particularmente, permite lidar com o mal não intencional). Isto é, as acções passadas não se podem reverter; contudo, estaremos condenados a uma acção passada ou teremos uma segunda oportunidade em relação a

---

<sup>9</sup>BLACKBURN, 1997: 330.

algo que ficou feito? No entender da filósofa, sempre que agimos, iniciamos uma cadeia de acções a que, sem a faculdade do perdão, ficaríamos presos, isto é, permaneceríamos ligados a um só acto e tudo seria consequência desse primeiro acto.

*Perdoar — serve para desfazer os actos do passado, cujos «pecados» pendem como espada de Dâmocles sobre cada nova geração [...]. Se não fôssemos perdoados, eximidos das consequências daquilo que fizemos, a nossa capacidade de agir ficaria por assim dizer limitada a um único acto do qual jamais nos recuperaríamos; seríamos para sempre vítimas de suas consequências<sup>10</sup>.*

Sendo que a acção é irreversível, só o *perdão* libertaria o homem donexo causal das consequências ligadas a essa acção. O agente tornar-se-ia vítima das suas acções caso o perdão não fosse possível. Em suma, o perdão fornece uma segunda oportunidade de lidar com as acções passadas.

Lembramos a título de curiosidade que um dos termos utilizados para designar um *padre*, cujo múnus também consiste em perdoar *pecados*, é «cura». Em certo sentido, a sua missão, como *cura de almas*, consiste em pesar as falhas morais do religioso penitente, procurando libertar o agente que se confessa do seu *pecado* passado. De outro modo, o *cura de almas* absolve e alivia, entre outras coisas, o modo como o penitente lida com o seu passado e com a sua falha moral, possibilitando que o seu presente não seja uma contínua consequência do seu passado condenável. Antes de prosseguirmos, se «Falar de cura é falar de doença», talvez a principal *doença* que o perdão vise superar seja aquela que Santo Agostinho, nas *Confissões*, apelidou de «doença do espírito» (*aegritudo animi*)<sup>11</sup>, a saber: o *mal*. Assim, o *perdão* consistiria num modo de reagir a um *mal*. Para a defesa desta ideia é importante aflorar que tipos de mal temos em vista, pois o perdão pode depender do tipo de mal, mas considerações desta envergadura não cabem nos estreitos propósitos deste texto.

Recapitulando, depois de esboçarmos o *perdão* como *renúncia à ira ou a outra reacção justificada*, por um lado, e como *libertação de actos passados*, por outro, busquemos o sentido que Ricoeur dá aos termos «perdão» e «cura», e tentemos responder à interrogação presente num título dado a um artigo seu: *Será que o perdão pode curar?* Para Paul Ricoeur é ao *trauma* e à *vulnerabilidade* que o *perdão* oferece solução, ou, nos seus termos, é «a este fundo tenebroso que o perdão propõe a cura»; assim sendo, que fragilidade ou vulnerabilidade é que o perdão permite superar?

Para o filósofo, o perdão assenta num *uso crítico da memória*, visando, quer atenuar recordações traumáticas, quer combater o esquecimento excessivo de certos

<sup>10</sup> ARENDT, 2001: 289.

<sup>11</sup> AGOSTINHO, 2000: VIII, 9, 21, 357.

eventos passados. Este *uso crítico da memória* trabalha mediante *narrativas selectivas*, que pela arte de contar conduzem certas recordações à linguagem. Estas narrativas possibilitam um *acerto de contas* com o passado, permitindo olhar de modo diverso o sentido que é dado ao passado e, por exemplo, às recordações traumáticas. O perdão seria assim, em certo sentido, um meio para uma «libertação [...] por conversão do próprio sentido do passado»<sup>12</sup>.

Ricoeur, não confinando a pertinência do perdão aos limites teológicos, refere-se à proposta de Hannah Arendt, afirmando que a filósofa «não errava ao ver no perdão também uma grandeza política. Aí reencontramos o esquecimento e a sua necessidade terapêutica»<sup>13</sup>. O perdão, para possibilitar o reajuste do passado, convoca o *esquecimento activo*. Este tipo de esquecimento é diferente do *esquecimento de fuga*, que se traduz, por exemplo, na procura de não saber nada acerca de um mal perpetrado a alguém ou a alguma comunidade. O *esquecimento activo* encontra-se, na proposta de Ricoeur, ligado ao *trabalho de luto*<sup>14</sup>. Este visa uma reconciliação com aquilo que não pode ser totalmente restituído. Tal como no *trabalho de luto*, o *perdão* permite lidar com o irreparável, mas acrescenta-lhe a generosidade, numa *economia do dom*, que supera a reciprocidade e a justiça: «o perdão acompanha o esquecimento activo, aquele que ligámos ao trabalho de luto, e é neste sentido que ele cura»<sup>15</sup>.

\*

Embora possa parecer estranho fazer-se um uso não meramente metafórico do termo «cura» em filosofia, julgamos, pelas notas apresentadas, não ser despendendo lembrar o efeito que certas propostas filosóficas podem ter como terapêuticas relativamente a certos problemas. No caso do epicurismo, a filosofia tem o papel terapêutico de aproximar os seus praticantes de um certo ideal (a felicidade), do qual se supõe que eles estejam inicialmente afastados. Num certo sentido, o perdão também constituirá uma terapia ou cura, na medida em que liberta o homem, seja da irreversibilidade da sua ação passada, nos termos de Hannah Arendt, seja da memória triste ou traumática passível de ser reestruturada quanto ao seu sentido, nos termos de Paul Ricoeur.

---

<sup>12</sup> RICOEUR, 2005: 5.

<sup>13</sup> RICOEUR, 2005: 8.

<sup>14</sup> «Nem o trabalho de memória, nem o dever de memória podem ser levados a cabo sem outro trabalho, o trabalho de luto. O luto é diferente da lamentação. É uma aceitação da perda dos entes queridos e de tudo aquilo que nunca mais nos será restituído. É preciso aceitarmos que haja o irreparável nas nossas posses, o irreconciliável nos nossos conflitos, o indecifrável nos nossos destinos. Um luto conseguido é a condição de uma memória pacificada, e nessa medida, feliz.» (RICOEUR, [s.d.]).

<sup>15</sup> RICOEUR, 2005: 7.

## BIBLIOGRAFIA

- AGOSTINHO, Santo (2000) — *Confissões*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- AREDNT, Hannah (2001) — *A Condição Humana*. Lisboa: Relógio d'Água.
- BLACKBURN, Simon (1997) — *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Gradiva.
- EPICURO [s.d.] — *Carta a Meneceu*. «Crítica: Revista de Filosofia». Trad. Desidério Murcho. Disponível em <<http://criticanarede.com/meneceu.html>>. [Consulta realizada em 08/12/2016].
- \_\_\_\_ (1926) — *Fragmenta*. In BAILEY, Cyril (1926) — *Epicurus: The extant Remains*. Oxford: Oxford University Press, p. 106-139.
- FARIA, Domingos (2012) — *Será que, como defendem os epicuristas, estar morto não é um mal para quem morre?*. «Fundamento — Revista de Pesquisa em Filosofia», n.º 5. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, p. 49-59.
- GALVÃO, Pedro (2014) — *Metafísica da Morte*. In BRANQUINHO, João e SANTOS, Ricardo, eds. — *Compêndio em Linha de Problemas de Filosofia Analítica*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa. Disponível em <<http://compendioemlinha.lettras.ulisboa.pt/metafisica-da-morte-pedro-galvao/>>. [Consulta realizada em 08/12/2016].
- RICOEUR, Paul [s.d.] — *O Bom Uso das Feridas da Memória*: Disponível em <[http://www.uc.pt/fluc/uidief/textos\\_ricoeur/o\\_bom\\_uso\\_das\\_feridas\\_da\\_memoria](http://www.uc.pt/fluc/uidief/textos_ricoeur/o_bom_uso_das_feridas_da_memoria)>. [Consulta realizada em 08/12/2016].
- \_\_\_\_ (2005) — *O Perdão pode Curar?* In HENRIQUES, Fernanda, org. — *Paul Ricoeur e a Simbólica do Mal*. Porto: Afrontamento, p. 35-40.
- WITTGENSTEIN, Ludwig (2001) — *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.



# PHÁRMAKON DO COMBATE DA ENFERMIDADE À INVENÇÃO DA IMORTALIDADE

COORD.  
CAROLINA ESTEVES SOARES  
CAROLINA RUFINO  
FRANCISCO ISAAC  
JOSÉ MALHEIRO MAGALHÃES



**CITCEM**  
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR  
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA



Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional