

A luta contra as *invasões* epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX

Keeping epidemics out: policies and agents in Portugal, 16th-19th centuries

*La lutte contre les invasions épidémiques au Portugal: politiques et acteurs, XVI^e
-XIX^e siècles*

Laurinda Abreu



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/lerhistoria/4118>

ISSN: 2183-7791

Editora

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Edição impressa

Data de publicação: 1 Dezembro 2018

Paginação: 93-120

ISSN: 0870-6182

Reférence eletrónica

Laurinda Abreu, « A luta contra as *invasões* epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX », *Ler História* [Online], 73 | 2018, posto online no dia 28 dezembro 2018, consultado no dia 28 dezembro 2018. URL : <http://journals.openedition.org/lerhistoria/4118>



Ler História está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

A LUTA CONTRA AS *INVASÕES* EPIDÉMICAS EM PORTUGAL: POLÍTICAS E AGENTES, SÉCULOS XVI-XIX

Laurinda Abreu

CIDEHUS, Universidade de Évora, Portugal
| *lfsa@uevora.pt*

Este texto ocupa-se do combate às epidemias em Portugal no século XIX, inserindo-o no contexto internacional. Tratando-se de um fenómeno transepocal, marcando com particular incidência as sociedades de Antigo Regime, realçam-se facetas de continuidade e descontinuidade com a época moderna. O ângulo de observação é a dimensão política e social das epidemias, privilegiando-se um assunto que não tem ocupado, senão marginalmente, a atenção dos historiadores portugueses: os cordões sanitários, sobretudo os estabelecidos na fronteira terrestre a partir de 1800. Dá-se particular relevo ao cordão sanitário de 1885, provavelmente o último de âmbito nacional realizado em Portugal. O modo como os governos reagem às epidemias é um elemento importante para questionar a organização e a autoridade do próprio poder e, nessa ótica, consideramos que os cordões sanitários devem ser integrados no estudo da história da governação política do século XIX.

Palavras-chave: epidemias, cólera, fronteira, cordões sanitários, Portugal.

Abstract (EN) at the end of the article. Résumé (FR) en fin d'article.

Quando, em meados do século XIV, a peste invadiu a Europa, a primeira reação foi de fuga: fuga rápida, para o mais distante possível, sem pressa em regressar, tal como, quase dois mil anos antes, havia aconselhado Hipócrates. Sem reconhecer diferenças sociais, a peste tanto podia dizimar criados quanto reis, como demonstra o caso de D. Duarte, que, em 1438, fugindo da peste de Lisboa, procurou refúgio em Évora, Avis e Ponte de Sor, acabando por sucumbir à doença que o foi encontrar em Tomar (Tavares 1987, 17-32).

Fenómenos disruptivos do quotidiano dos locais afetados, às vezes por longos períodos de tempo (Bourdelaís 2003, 27-28), as epidemias, potenciadas pelas migrações (Biraben 1975, 262-286), eram um sorvedouro de vidas humanas, pondo em causa a integridade territorial dos estados, tornando-se, também por isso, uma das principais preocupações dos poderes centrais. Tendo identificado o problema, as cidades do Mediterrâneo, da Croácia e da Itália, foram as primeiras a encontrar soluções de combate e prevenção, pouco depois tomadas como modelo pelos restantes estados da

Europa (Cipolla 1979; Tomic e Blažina 2015). Ao menor rebate de *peste* na vizinhança, termo que podia referenciar várias outras doenças, encerravam-se as portas das urbes, defendidas por homens armados, que exigiam a quem queria entrar a apresentação de uma prova escrita (carta de saúde)¹ atestando que não tivera contacto com a moléstia. No caso de a doença já se ter instalado, colocavam-se bandeiras brancas nas muralhas e implementava-se uma série de medidas sanitárias tendentes a minorar o risco de contágio: embora desconhecendo a etiologia da doença, a consciência do seu carácter contagioso levava as autoridades a rapidamente assumir o isolamento e a desinfeção como o método mais eficaz de controlar a expansão das epidemias (Slack 1985).²

Foi esta forma de proteção das cidades, assente nas quarentenas, lazaretos e cordões sanitários, que se aplicou às fronteiras, terrestres e marítimas. A defesa das fronteiras contra a invasão de um inimigo (a doença e o seu portador) que poderia pôr em causa não só a economia e a sociedade como a segurança nacional torna-se uma preocupação central para os governos, que para ela convocam, ainda que em diferentes escalas, um conjunto diversificado de instituições. No século XIX, a cólera viria questionar a utilidade dos meios de proteção tradicionais revelados impotentes perante as características da nova doença (Baldwin 1999) e o facto de as grandes potências começarem a pensar a Europa Ocidental como um espaço aberto, sem obstáculos condicionantes da livre circulação (Harrison 2013).

É neste enquadramento que se posiciona este texto, cujo principal objetivo é perscrutar as políticas do liberalismo português em relação às epidemias. Para as contextualizar num tempo mais longo, começa-se por apresentar os quadros normativos e legislativos que organizaram este campo durante a época moderna. A posição geográfica do país, e, de forma particular, Lisboa, capital e principal cidade portuária, deixava-o demasiado exposto às dinâmicas do comércio marítimo; dada esta circunstância, foi, precisamente, na fronteira marítima que a coroa concentrou esforços, seguindo, de resto, os estados com idênticas condições morfológicas. No segundo ponto, acompanhar-se-á o alargamento da intervenção à fronteira terrestre com a implementação dos que terão sido os primeiros cordões sanitários

1 A mais antiga carta de saúde encontrada em Portugal foi passada pelo ainda príncipe D. João, portanto antes de 28 de Agosto de 1481. Destinava-se a Beja, mas tinha o carácter de circular, usando o nome do governante para explicar como proceder. Arquivo Histórico Municipal de Lisboa (doravante, AHML), *Provimento da Saúde (doravante, PdS)*, Livro 1º do *Provimento da Saúde*, fls. 3-4v.

2 Na impossibilidade de indicar todos os títulos sobre esta problemática, remete-se para a mais recente e atualizada compilação elaborada por Chircop e Martinez (2018, 12-14).

militarizados (em 1800 e 1804), com o propósito de limitar a circulação de homens e de mercadorias entre Espanha e Portugal. Seguidamente, ver-se-á como, indiferente aos protestos e ameaças de desordem social, a Monarquia Constitucional persistiu nas quarentenas e nos cordões sanitários como a melhor forma de defender o país dos ataques epidémicos, facto que se demonstrará especialmente na secção 4, através da reconstituição do cordão sanitário de 1885, cordão que se procurará explicar à luz da realidade social e sanitária do país.

1. Proteger a terra olhando para o mar

Do muito que já se conhece sobre as regulações das epidemias em Portugal, assumem particular importância as relativas a Lisboa – cidade “tão a miúdo” visitada pela *peste*, nas palavras de D. Manuel I – por terem servido de modelo para o resto do país. Data de 1526 a codificação mais pormenorizada e sistematizada, que inclui procedimentos já usados no século XIV inspirados nas cidades italianas e outros verificados *in loco* (Roma, Florença e Milão) pelo desembargador Pedro Vaz: trata-se do relatório da viagem deste desembargador, vertido pela coroa em *Regimento Que leva Pedro Vaz sobre o que toca ao bem da saúde de Lisboa em 1526*. Este documento configura igualmente o cargo de provedor-mor da Saúde, que lhe foi atribuído, marcando também a passagem dos primitivos dispositivos sanitários da cidade para estruturas permanentes e profissionalizadas. Sendo no essencial um instrumento de gestão do espaço urbano durante as epidemias, não descurava a prevenção, sobretudo das pestes que poderiam chegar pelos “portos de mar, onde o tal mal vem de mui longe cerrado nas caixas dos marinheiros e nas próprias mercadorias”.³

“A morte que vinha do mar” (Barros 2013) constituiu, desde cedo, uma preocupação de relevo na ação governativa, levando-a a centralizar meios materiais e humanos na fronteira marítima, sobretudo no entorno de Lisboa, que, como reconhecia o regimento de 1526, sendo “um lugar grande, de grande tráfego”, era “quase impossível (...) estar muito tempo sem peste”.⁴ São muito recuadas as informações sobre a realização do controlo sanitário dos barcos entre a Trafaria e Belém, embora só tivessem sido construídas

³ *Collecção dos Regimentos, por que se governa a repartição da Saúde do Reino, e portarias, avisos, e resoluções relativas à criação da Junta da Saúde Pública, e editaes por ella publicados*. Lisboa: Impressão Régia, 1819, pp. 48-49.

⁴ *Idem*, p. 49.

estruturas fixas em 1492, regulamentadas em 1514.⁵ A partir de 1565, iniciou-se a expansão do complexo sanitário e portuário, que passou a contar com o Lazareto, na Trafaria (em funções até 1816, quando foi transferido para a Caparica), Torre de Belém, porto de Belém e sua extensão em Paço d'Arcos. Só nos finais do século seguinte, em 1695, surgiria o primeiro *Regimento para o porto de Belem*.

Mantendo os preceitos em vigor relativos à fiscalização das cartas de saúde dos barcos, das mercadorias, tripulação e passageiros, duas novidades se impõem neste documento: a obrigatoriedade de as quarentenas das embarcações serem cumpridas na Trafaria, por ser o único local onde existia um lazareto permanente, e o propósito de uniformizar as medidas de controlo da fronteira marítima a nível nacional. Este é um dado relevante, porquanto este regimento foi acompanhado de um outro, o *Regimento que se há de observar sucedendo haver peste (de que Deos nos livre) em algum reino ou provincia confinante em Portugal*, com o mesmo objetivo, mas dirigido ao interior do território, com especial incidência nas terras da raia com a Espanha.⁶ Sobre ambos superintendia o provedor-mor da Saúde, cargo exercido pelo vereador da Saúde da Câmara Municipal de Lisboa desde 1572,⁷ ainda que por um breve período (entre 1645 e, talvez, até 1651) a coroa lho tivesse retirado.⁸

Se o *Regimento que se há de observar...* parece um desenvolvimento do *Regimento de que devem fazer as câmaras das cidades e villas deste reyno para as guardas da saúde delle*, de 1677, apresentado por Romero de Magalhães (1988, 64), distancia-se dele pela pouca clareza sobre a posição do provedor-mor da Saúde relativamente aos municípios e magistrados da Saúde. Os problemas levantados pelas câmaras, ao recusarem submeter-se à de Lisboa, terão contribuído para a redução da autoridade do provedor-mor e da Câmara de Lisboa sobre o campo a partir da década de 1740. Uma situação que se acentuou durante o governo pombalino, no âmbito da sua centralização político-administrativa, e que caminhou até ao completo controlo estatal, em 1813. Deste processo, há a reter a perda da tutela sobre o porto da cidade e a estação da Trafaria e o progressivo afastamento

⁵ AHML, PdS, *Livro 1º do provimento da saúde*, fls. 47-47v.

⁶ Cf. os dois regimentos em *Collecção dos Regimentos...*, pp. 3-33.

⁷ AHML, PdS, *Livro 1º do Provimento da Saúde*, fls. 138-139v, 1545-05-31. AHML, PdS, *Livro 1º do Provimento da Saúde*, fls. 140-140v.

⁸ Trata-se de um processo complexo, que deve ser estudado, em torno da nomeação régia, em 17 de agosto de 1645, de D. Álvaro d'Abranches como provedor-mor da Saúde, nomeação contestada pela cidade e inicialmente aceite pelo monarca. Veja-se Oliveira (1889-1891), respetivamente tomo IV, pp. 602-604 e tomo V, pp. 160-161 e p. 266.

do provedor-mor, primeiro na *Junta de Inspeção sobre as Providências para a Peste*, criada por decreto régio de 21 de outubro de 1804, e depois na “*Nova Junta da Saúde*”,⁹ que, a 28 de agosto de 1813, foi instituída sobre os alicerces da *Junta de Inspeção*.¹⁰

Apesar de incidir sobre todo o território nacional, o principal foco da *Junta da Saúde* eram os “portos e costas do reino”, não surpreendendo por isso que o controlo estivesse na Secretaria de Estado dos Negócios da Marinha e Ultramar. Assim, 1813 marca o fim de um ciclo no que concerne à autoridade do município de Lisboa sobre assuntos epidémicos e, simultaneamente, a militarização do controlo das epidemias, ainda que apoiada pelo saber médico (seis dos 12 membros da Junta eram médicos – ver Subtil 2016, 120). Uma intervenção que pode ter começado com Sebastião José de Carvalho e Melo quando, em 1756, mobilizou a marinha e o exército para um rigoroso cordão sanitário ao longo de toda a costa marítima, com grande concentração de meios bélicos em Lisboa. Como estudado noutro contexto (Abreu 2018, 232-237), tratou-se de um uso despropositado da força militar, tendo em conta que a epidemia já perdia força no Mediterrâneo, mas que poderá ter sido usado com intentos políticos e de disciplinamento social, no momento em que ocorria um golpe palaciano para derrubar o futuro marquês de Pombal.

A partir dos finais do século XVIII, com maior ou menor número de efetivos, os militares passaram a ser presença frequente no porto de Lisboa, participação que seria regulada pelo *Provisional das Quarentenas, e outras Providencias relativas a Cautelas para evitar comunicação de Contagio*, de 18 de julho de 1807.¹¹ A 29 de maio de 1815, os dispositivos militares tornavam-se permanentes, com uma embarcação de guerra fundeada abaixo da Torre de Belém e destacamentos de tropas, com poder de fogo, nas duas margens do Tejo.¹² A 13 de julho de 1824, entre o Corpo da Armada Real, a Brigada, Escaleres e respetiva guarnição, contabilizavam-se 104 soldados “empregados no registro do porto e auxílio da saúde pública”.¹³ Uma nova competência da *Junta da Saúde* merece realce no contexto social que então se vivia: justificar na imprensa as medidas quarentenárias aplicadas aos barcos,

⁹ A *Nova Junta da Saúde* recebeu da *Junta de Inspeção* trinta avisos e vinte escritos emanados do Conselho do Almirantado durante as epidemias de 1800 e 1804. AHU, *Conselho Ultramarino, Reino*, cx. 364-A, pasta 31; cx. 175, pasta 14.

¹⁰ *Colecção dos regimentos...*, p. 89.

¹¹ *Collecção da legislação portugueza desde a última compilação das ordenações...*, 1802-1810, 1826, pp. 451-455.

¹² *Colecção dos regimentos...*, pp. 90-91.

¹³ AHU, *Conselho Ultramarino, Reino*, cx. 19-A, pasta 28.

trabalho que fará de forma sistemática a partir de 1814 até às vésperas da sua extinção, em 1820. O objetivo era, como indicavam os editais, “legitimar a austeridade aparente das medidas de precaução que tem mandado observar em todos os portos do reino”, mostrando à população a sua superior preocupação em “conjuguar a segurança da saúde pública com a possível liberdade do comércio”. Com efeito, vislumbra-se nos textos publicados uma função política e social, de formação da opinião pública, procurando neutralizar possíveis contestações à restrição do comércio, como as que à altura ocorriam no espaço europeu.

Das várias reformas introduzidas pelo liberalismo respeitantes às epidemias, interessa salientar as incluídas na Carta de Lei de 10 de fevereiro de 1844, que organizava a Repartição de Saúde Pública e estabelecia 32 “estações de saúde” nos portos do litoral, divididos em quatro categorias; esta classificação determinava o número e a qualidade do pessoal médico e administrativo adstrito a cada porto, sendo as suas indicações transpostas para regulamento por Edital de 8 de março de 1860. De todas as alterações que este documento sofreu até ao final do século, distingue-se a de 1874 (*Regulamento Geral de Sanidade Marítima*) e a de 1889 (*Regulamento de sanidade marítima*),¹⁴ encontrando-se discriminada neste último a nova categorização dos portos, referida mas não explicitada no documento de 1874: Lisboa permanecia como o único porto de 1ª ordem, isto é, o único com lazareto permanente, onde eram vistoriadas as embarcações de longo curso e de cabotagem; Porto, Setúbal, Vila Real de Santo António, Funchal, Angra do Heroísmo, Horta e Ponta Delgada eram considerados portos (e estações) de saúde de 2ª ordem, onde se faziam as verificações sanitárias e quarentenas complementares de embarcações procedentes de portos suspeitos; todos os demais eram considerados de 3ª ordem, apenas com capacidade para efetuarem visitas aos barcos (visitas de saúde).

Em síntese, não obstante todas as fragilidades conhecidas, a proteção e controlo da fronteira marítima mereceu um investimento continuado da parte do governo central, pelo menos desde o século XVI. A militarização da Junta da Saúde, em 1813, e, por consequência, o controlo militar dos dispositivos de fiscalização sanitária e complexos quarentenários que protegiam Lisboa, funcionava como um cordão sanitário marítimo permanente, a crer nas queixas dos diplomatas acreditados em Portugal, que, não raras vezes, o interpretam também como arma comercial.

14 Parece seguir as espanholas *Direcciones Especiales de Sanidad*, de 1855, reformadas em 1866 (Bo-nastra 2018, pp. 24-27).

Mapa 1. Controlo da fronteira marítima

Fonte: *Regulamento de sanidade marítima*, 1889.

Situação diferente era a que acontecia em relação à defesa interna do território, mesmo após o regimento de 1695. Na maioria dos casos, o governo central limitou-se a regular mecanismos temporários, restritos aos períodos em que as terras estavam sob ameaça das epidemias. Como particularidade, o facto de, pelo menos no século XVI, os municípios não poderem agir sem prévia autorização régia, um modo de atuação que acabou por deixar as populações à mercê das oscilações da autoridade do poder régio e da capacidade de intervenção dos municípios, como Antó-

nio de Oliveira (2015, 595-632) e Romero de Magalhães (1988, 39-76) profusamente demonstram.

100

Ao contrário do que acontece em relação às cidades, para as quais existe abundante documentação, muita já estudada, fora delas o silêncio é quase total. Sinais dispersos denotando a existência de cordões sanitários territoriais mostram-nos circunscritos às áreas afetadas, como Matosinhos, por exemplo (Barros 2013, 47), porventura constituídos pelas Ordenanças, uma espécie de corpos paramilitares, de controlo municipal, que cobriam todo o país, nas quais eram obrigatoriamente alistados todos os homens válidos dos 15 aos 60 anos. Faltam, contudo, estudos locais que permitam uma visão abrangente sobre este fenómeno no período moderno; em oposição, estudos a decorrer sobre o século XIX revelam que os cordões sanitários militarizados foram um recurso comum da Monarquia Constitucional para prevenir ou combater as epidemias chegadas pela fronteira terrestre.

2. Os primeiros cordões sanitários na fronteira terrestre

Estudar os cordões sanitários no século XIX é entrar num terreno movediço, ainda pouco conhecido. O primeiro cordão sanitário na fronteira terrestre foi instalado em 1800, no quadro da epidemia de febre-amarela que grassava em Cádiz, e o segundo aquando da epidemia de peste e de febre-amarela em Málaga, em 1804, ambos sob a orientação da Intendência-Geral da Polícia. O conhecimento que o intendente-geral da Polícia tinha do território e o circuito de comunicação que estabelecera com os funcionários da administração central (juizes de fora, provedores e corregedores de comarca) e, desde 1796, a experiência no recrutamento militar, terão pesado na decisão do secretário de estado dos Negócios da Marinha e Ultramar, D. Rodrigo de Sousa Coutinho, de entregar a tarefa a Pina Manique. A chegada da Intendência-Geral da Polícia ao palco das operações ocorria num contexto particularmente violento do ponto de vista epidémico, ligado, como quase sempre, a um maior dinamismo das transações comerciais. Da Crimeia ao Norte de África, passando por todos os portos do Mediterrâneo, da América do Norte ao Brasil, a peste e a febre-amarela mantinham Lisboa em permanente sobressalto, sob o terror dos números da morte nos locais infetados e de pormenorizadas descrições da sintomatologia das doenças. Por precaução, poucos barcos escapavam às quarentenas. Na Trafaria, o lazareto e os anexos transbordavam de pessoas e de mercadorias. Em termos políticos, o momento era de expectativa, já que o regresso de Napoleão Bonaparte a França voltava a pôr Portugal sob tensão no contexto do Bloqueio Continental.

Assim que foi chamado para dirigir as operações, no início de outubro de 1800, Pina Manique assumiu o controlo das duas fronteiras: enquanto reforçava os meios de proteção dos portos e criava lazaretos temporários, dava início aos preparativos para deslocar soldados e ordenanças para a fronteira com Espanha. Sob a sua direção ficavam os magistrados régios, o provedor-mor da Saúde, os generais governadores dos portos do reino e os municípios, estes últimos compelidos a notificar médicos e cirurgiões para se manterem de prontidão. Sem pretender desvalorizar o receio da febre-amarela, que cavalgava descontrolada no sul de Espanha, não é de excluir a possibilidade de, no Alentejo, onde o cordão foi constituído por ordenanças, a ameaça epidémica ter sido utilizada para facilitar o recrutamento militar, particularmente difícil naquela zona do país. Só estudos futuros poderão confirmar a suspeição de que, uma vez acabada a ameaça epidémica, os homens terão integrado a força militar que participou na Guerra das Laranjas, já então em preparação. A provável instrumentalização da epidemia para um recrutamento compulsório ganha força com a geografia do cordão: se a epidemia continuava circunscrita à Andaluzia, por quê um maior investimento na fronteira terrestre do que na marítima? E por quê estender o cordão até ao Tejo, deixando exposta toda a fronteira entre o Tejo e o Guadiana, para depois concentrar militares em Trás-os-Montes? A resposta pode estar do lado de Espanha, que naquele momento (em 1800) se preparava para a guerra, tendo já colocado soldados, hospitais de campanha e armazéns de mantimentos na Galiza, Estremadura e Andaluzia. Quaisquer que tenham sido as razões da instalação deste cordão, certo é que a epidemia não chegou a atravessar a fronteira (Abreu 2018, 237-242).

Quando, no verão de 1804, o alarme voltou a soar em Portugal devido ao novo surto de febre-amarela, que varria a Andaluzia e se aproximava, veloz, do território nacional, o intendente-geral da Polícia foi de novo convocado. Ao contrário do anterior, o cordão de 1804 parece ter sido estabelecido somente com militares profissionais. Uma análise pormenorizada à sua organização revela que o cordão seguia as regras internacionais estabelecidas, talvez trazidas pelos generais prussianos que se encontravam em Portugal a reformar o exército, colhendo porventura também algumas sugestões no *Cordão de Cautella Nova* (Madrid), cuja referência se encontra na documentação estudada.¹⁵ Ao contrário do ocorrido em 1800, não se verifica uma articulação entre o cordão sanitário e a linha de fortificações. A sul, entre Montalvão e Mértola, o cordão contou com 3 151 homens (cavalaria e infantaria), distribuídos por oito divisões, formando a primei-

15 Arquivo Nacional da Torre do Tombo (doravante, ANTT), Ministério do Reino, liv. 415, fl. 26.

ra linha de defesa, que fechava a fronteira mas também cercava as aldeias e controlava os nós rodoviários, sem esquecer as quase duas centenas de pequenos portos do Guadiana e dos seus afluentes, vigiados pelas rondas dos esquadrões de cavalaria. A uma distância considerável, estava a linha dos lazaretos e, depois dela, a dos hospitais, civis e militares.

Mapa 2. Cordão sanitário de 1800



Fonte: Abreu (2018, 240).

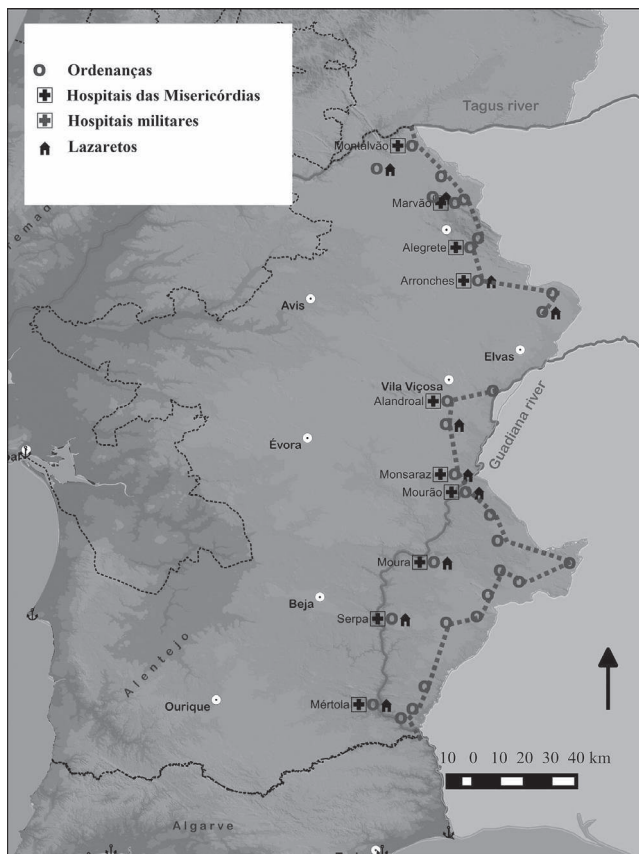
Levantado em dezembro de 1804, o cordão seria restabelecido no mês seguinte, quando se percebeu que tinha havido alguma precipitação na decisão de desmobilizar os soldados. Mas, fosse por as epidemias terem perdido vigor na aproximação a Portugal ou pela eficiência das autoridades, o país voltava a sair ileso das epidemias que terão dizimado 36% da população de Málaga. Terá sido para ultrapassar as dificuldades então surgidas na relação entre a polícia, os militares e os magistrados, que foi criada a atrás referida

Junta de Inspeção sobre as Providências para a Peste, o organismo que passava a controlar as operações de combate às epidemias (Abreu 2018, 243-250). O diagnóstico às condições de saúde do país ordenado pelo governo em fevereiro de 1805, logo após o levantamento definitivo do cordão, não terá surpreendido Pina Manique, bom conhecedor da miséria e da falta de estruturas sanitárias que deixavam as populações demasiado permeáveis às epidemias – às que se mantinham larvares (“epidemias de febres podres em gente miserável”) e às que surgiam do exterior, com alvos menos dirigidos. Encerrar as fronteiras terrestres e limitar a mobilidade era a única solução possível para, num curto espaço de tempo, tentar travar a propagação da febre-amarela e da peste, no crepúsculo de um estado autoritário, capaz de mobilizar militares e civis. Foi desde então que os cordões sanitários territoriais se consolidaram como meio de defesa do território contra as epidemias.

Mapa 3. Cordão sanitário de 1804



Fonte: Abreu (2018, 246).

Mapa 4. Cordão sanitário no Alentejo, 1804

Fonte: Abreu (2018, 248).

3. Uma nova doença com velhas soluções: os cordões contra a cólera

O desenvolvimento do conhecimento médico e a melhoria das condições de vida das populações traduziram-se, a partir dos finais do século XVIII, numa acentuada quebra da mortalidade. No século seguinte, o controlo da varíola através de maciços programas de vacinação e a pressão fiscalizadora exercida pelos higienistas sobre as populações levaram vários países europeus a afrouxar as medidas de proteção tradicionais contra as epidemias (cordões, lazaretos e quarentenas) e a apostar cada vez mais no controlo das doenças no interior dos territórios (Bourdelaís 2003, 118-120). Quando a cólera – “o mal asiático” que em 1817 tinha atravessado as fronteiras da Índia para se espalhar pelo império russo – irrompeu na Europa (1831-1832), nos estados onde as práticas sanitárias estavam mais

evoluídas, como em França e na Inglaterra, a nova doença foi seguida por um reforço da fiscalização dos bens de consumo e das condições de higiene (Cohn 2018, 166-189), enquanto se incentivava a pesquisa científica, que alimentaria o debate médico em torno da transmissão da doença. A elevada letalidade da cólera, mesmo nos países com melhores condições higiénicas, e a diversidade de práticas sanitárias em vigor, colocaram a necessidade de entendimento político no topo da agenda internacional, dando o mote para as Conferências Sanitárias Internacionais (14 conferências entre 1851 e 1938), nas quais os cientistas se juntaram aos políticos e aos diplomatas na procura de (im)possíveis consensos.

O governo português tentava acompanhar estas dinâmicas, como evidencia a legislação de saúde pública reguladora do comércio marítimo. Por um lado, impondo transparência nos procedimentos – por exemplo, obrigando o Conselho de Saúde Pública a publicar as suas providências sobre quarentenas de navios (portaria do Ministério do Reino de 7 de abril de 1858) ou a integrar no regimento dos portos de 1860 algumas orientações das recentes conferências sanitárias internacionais de 1851 e 1859. Por outro, deixando as regulamentações suficientemente abertas para tomar as medidas consideradas mais convenientes. Deve ser interpretado em termos políticos o silêncio legislativo e normativo sobre os cordões sanitários territoriais, quer no Projecto de Regulamento Geral de Saúde Pública, que as Constituintes (1821-1822) não conseguiram fazer aprovar (Abreu 2017, 7-38), quer na primeira lei de saúde pública da Monarquia Constitucional, de 3 de janeiro de 1837, quer, ainda, no decreto que a reformou, em 3 de dezembro de 1868. E, todavia, os cordões sanitários territoriais, de fronteira ou circunscritos às áreas afetadas, foram, desde o primeiro momento, o expediente usado pelas autoridades liberais para enfrentar as epidemias vindas de Espanha com os viajantes, os comerciantes, os contrabandistas ou as gentes da raia.

Ainda não é possível ter um mapa global dos cordões territoriais organizados ao longo do século XIX. Por conhecer está também o seu impacto na ação governativa, quer em termos de política interna, quer externa. A partir do governo regenerador, quando a documentação começa a ser mais numerosa, verifica-se que os cordões de fronteira podiam ocupar durante vários meses entre 5 000 e 6 500 militares, e custar entre 400 e 500 contos de réis. Sabe-se também que cada cordão sanitário dava azo a discussões no Parlamento, na imprensa e no discurso médico. Os documentos até agora consultados referem apenas, à exceção do surto de peste bubónica que atingiu o Porto em 1899, cordões sanitários organizados para travar ou prevenir o avanço da cólera. Isso apesar de a febre-amarela, a varíola e o

tifo exantemático se manterem endêmicos, de vez em quando fulminando as populações em crises epidémicas (Barbosa 2001, 31-36).

106

As primeiras informações encontradas nos arquivos centrais relativas à “peste com o nome de cólera-morbus” reportam-se à epidemia que então grassava na Rússia, enviadas ao secretário de estado dos Negócios Estrangeiros pelo cônsul em São Petersburgo, nos finais de outubro de 1830. Nos meses seguintes, a rede consular manteve o governo português atualizado sobre a evolução da epidemia e os meios que Rússia, Suécia, Suíça, Espanha e diferentes cidades italianas e alemãs estavam a usar para a combater.¹⁶ O embate das autoridades portuguesas com a cólera ocorreu em plena crise política que conduziria à guerra civil. Os preparativos para combater a epidemia que se propagava na Europa iniciaram-se em agosto de 1831, realçando-se aqui a consulta do governo ao cônsul inglês sobre a intenção de colocar os barcos provenientes de Inglaterra sob quarentena.¹⁷

Na resposta, lembrou o diplomata o acordo assinado entre os dois países a 19 de fevereiro de 1810, segundo o qual Portugal não podia unilateralmente tomar tal atitude;¹⁸ omitia, contudo, a quarentena imposta pela Inglaterra aos barcos provenientes dos portos russos, desde novembro do ano anterior, quando a cólera chegou a Moscovo. Portugal terá cumprido o acordo de 1810, mesmo depois de a doença alastrar à população civil de Londres e de o guarda-mor do porto de Belém ter identificado 15 coléricos numa vistoria a um navio inglês (Pita 2018, 47-48): um episódio que não só diz muito das relações de poder entre os dois países, como alerta para a possibilidade de ter havido pelo menos uma segunda via de importação da doença, além dos soldados comandados pelo general Solignac, provenientes de Ostende, que, no Porto, se juntaram aos liberais. É também para esta hipótese que apontam os estudos de André Pita sobre a mortalidade no Hospital de São José, em 1833 (Pita 2018, 51-63).

Terá sido para proteger Lisboa que o governo estabeleceu um cordão sanitário a sul do Tejo, referido em agosto de 1832,¹⁹ desconhecendo-se o processo da sua organização e coordenação no contexto político e militar de então. Sabe-se, sim, que a informação sobre a cólera foi gerida como arma política e social, tendo miguelistas e liberais ocultado a real dimensão da epidemia em Lisboa – os primeiros na tentativa de evitar o pânico entre a população, os segundos temendo que, ao conhecê-la, os militares se recusas-

16 AHU, Conselho Ultramarino, Reino, cx. 94, pasta 20, 1830; Cx. 197-A, pasta 29; Cx. 197-A, pasta 34.

17 AHU, Conselho Ultramarino, Reino, cx. 197-A, pasta 26; Cx. 112-A (1831); Cx. 116, pasta 39.

18 AHU, Conselho Ultramarino, Reino, cx. 197-A, pasta 27. 1831.

19 AHU, Conselho Ultramarino, Reino, cx. 197-A, pasta 26; Cx. 112-A, pastas 23 e 25; Cx. 116, pasta 39.

sem a avançar sobre a capital – mas também no Porto, onde a informação circulava confidencialmente entre os membros do governo, mesmo quando, em 1833, já não era possível encobrir os efeitos da doença.²⁰ Nesta mesma ótica se poderão explicar as várias propostas de regulamentos e medidas gerais de polícia sanitária, datadas de 1832, que não chegaram a ser aprovadas. Não sendo possível avaliar o impacto do controlo da saída da informação para o espaço público, e apesar de ser quase certo que o número de 40 000 mortos usualmente apresentado como saldo da epidemia de 1831-33 está sobreavaliado – como provado para Lisboa (Pita 2018) –, é seguro que a cólera terá matado mais do que a guerra civil.

Do volumoso espólio documental sobre epidemias nos arquivos da administração central a partir de 1830, salientam-se os núcleos produzidos durante os surtos de cólera de 1854-55 e de 1884-85. O primeiro, do início do governo regenerador, ficaria na memória social e política pelos meios mobilizados – entre outros, dois cordões sanitários com 6 000 soldados, que, por mar e por terra, procuraram fechar o país aos contactos com o exterior – mas também por ter criado o enquadramento legal (lei de 10 de janeiro de 1854)²¹ que permitia ao governo assumir poderes extraordinários “para o bom serviço sanitário contra a invasão e marcha (...) da cholera-morbus”: uma lei várias vezes restabelecida até ao final do século e não apenas com o fim de justificar a ocupação temporária de edifícios particulares para estabelecer hospitais de coléricos ou outros serviços de saúde.

À ação musculada do governo imputariam os seus defensores o reduzido impacto demográfico da epidemia quando comparado com a de 1831-1833 – 8 718 mortos, cerca de 45% do total dos infetados, nos cálculos de Rui Cascão (1993, 432) –, mas a complexidade dos elementos em presença ainda não permite apreender na íntegra os acontecimentos deste período. Por exemplo, urge estudar o relacionamento do Ministério do Reino com a Comissão de Saúde Pública, na sua dependência, a propósito desta epidemia e dos seus possíveis reflexos no modo como os governos passaram a gerir estas crises. Isto porque, no momento em que a ameaça de cólera se tornou real, em 1854, o Ministério do Reino reforçou a autoridade médica da Comissão de Saúde Pública e conferiu-lhe, e aos seus agentes no terreno, competências atribuídas aos administradores de concelho e câmaras municipais (Garnel 2015, 52-53). Dotada de mais poder, a Comissão de Saúde Pública terá votado boa parte dos seus esforços à reforma da administração

²⁰ Arquivo Histórico Militar (doravante, AHM) /DIV/1/20/039/12.

²¹ *Diário do Governo*, nº 10, 12 de janeiro de 1854.

sanitária do país, conforme aponta o relatório de julho de 1855 (Garnel 2015, 29-30). Enquanto a Comissão procedia a reformas estruturais, num ambiente de elevada conflitualidade em Lisboa, a cólera corria descontrolada em alguns concelhos de Viseu e no Algarve. Em maio de 1855, o ministro do Reino, Rodrigo da Fonseca Magalhães, assumia diretamente o controlo das operações no terreno, não sendo irrelevante o facto de a maioria das medidas relatadas na imprensa serem posteriores a esta data (Almeida 2011).

Basicamente, aquilo que subjaz na intervenção de Rodrigo da Fonseca é o questionamento da implementação de reformas na administração da saúde durante um surto epidémico. Ao tomar as rédeas do controlo, sobrepõe o presente ao médio e longo prazo, sob pena de estes serem comprometidos por aquele. A partir de 1855, o protagonismo na luta contra as epidemias é dos políticos e dos militares, mas ainda não há estudos suficientes que permitam averiguar se houve relação entre o que se passou em 1854-55 e a reforma administrativa efetuada em 1868, quando, sob fortes críticas da classe médica, o governo politizava a administração da saúde do território, assentando-a, hierarquicamente, nos governadores civis, nos administradores de concelho e nos regedores de paróquia. No topo, como antes, o Ministério do Reino, que substituía o Conselho de Saúde Pública pela Junta Consultiva de Saúde Pública, reduzida a funções de aconselhamento das políticas governamentais.

O volume de documentação produzida durante o surto de cólera de 1854-55 não permite, por ora, analisar a ação governativa²² nem sequer avaliar se houve evolução no sistema de organização territorial, como aconteceu, por exemplo, em Espanha, entre 1855 e 1899 (Bonastra 2018, 17-46). Detenhamo-nos um pouco mais sobre a intervenção ocorrida em 1885, fortemente tributária dos instrumentos criados pelos regeneradores. E, também, da experiência de um político que faz a ligação entre os dois períodos: Fontes Pereira de Melo, ministro em 1855 e presidente do Conselho de Ministros em 1885.

4. Um estudo de caso: o cordão sanitário de 1885

A primavera de 1885 corria relativamente tranquila no Ministério do Reino no concernente às questões de saúde pública. As notícias que os governadores civis endereçavam ao gabinete ministerial não permitiam baixar

²² Parte dessa ação pode ser reconstituída a partir dos governos civis no norte de Portugal, conforme os dados apresentados por Alexandra Esteves (Esteves 2017, 185-220).

o nível de vigilância, mas não justificavam alarmismos. Doenças como a febre tifoide e a varíola mantinham-se endêmicas, à espreita de condições para emergirem, como estava a acontecer em Celorico da Beira, Trancoso, Quiaios, Sesimbra e Lisboa,²³ porém eram focos localizados, suscetíveis de intervenções individualizadas, como a proposta de vacinação em larga escala em Sesimbra. Dir-se-ia que a cólera, que motivara o último cordão sanitário terrestre (entre setembro de 1884 e janeiro de 1885),²⁴ fora varrida do território nacional, não fosse terem-se encontrado instruções aos governadores civis para, com os médicos e os militares, tratarem confidencialmente dos novos focos da doença, mantendo-os circunscritos aos locais afetados.²⁵

Maiores preocupações vinham do parlamento, onde, sobretudo desde o levantamento do cordão, a oposição dava voz à pressa das populações em retomarem plenamente o seu quotidiano, sob veladas ameaças de sublevação (“será difícil a manutenção da ordem porque a fome não tem lei”).²⁶ Exigia, ainda, que lhe fossem prestadas contas sobre as verbas despendidas com as quarentenas, os cordões e os lazaretos e suas repercussões nos rendimentos aduaneiros. Munido de números e tabelas, o governo justifica-se perante os deputados, procurando demonstrar, a partir das receitas nas alfândegas de Lisboa e Porto,²⁷ que os interesses económicos do país não haviam sido prejudicados. Esquivava-se, no entanto, a apresentar os custos das operações, estimados pela oposição entre 400 e 500 contos, usados para combater o “tal micróbio”,²⁸ em medidas preventivas mal planeadas e implementadas, além de ridículas (só a utilização dos navios de guerra “em serviço do micróbio” custara 17:000\$000 réis).²⁹ Clamava ainda a oposição que o “micróbio” não vitimara a população, porque não surgira, mas que deixara a fazenda pública em muito mau estado.³⁰ Note-se o tom irónico usado para aludir às recentes descobertas de Robert Koch – o vibrião colérico, bactéria causadora da cólera.

Por outro lado, como 80 anos antes, os cordões condicionavam fortemente o negócio do tabaco, e este continuava a ser “um dos principais fundos para as urgências do estado”, nas palavras do desembargador superintendente do tabaco, Francisco Martins da Luz, quando questionava as

23 ANTT, Ministério do Reino, liv. 1638, fls. 27-36.

24 AHM/DIV/3/16/07/15/13.

25 ANTT, Ministério do Reino, liv. 1637, respetivamente fls. 229-231 e 225v-226. AHM/DIV/3/16/07/15/13/23.

26 *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, 1885, nº 9, p. 118.

27 *Câmara...*, 1885, nº 35, pp. 562-563.

28 *Câmara...*, 1885, nº 41, p. 684.

29 *Câmara...*, 1885, nº 46, p. 773.

30 *Câmara...*, 1885, nº 85, p. 1630.

restrições comerciais impostas pelo cordão do Alentejo de 1804.³¹ Por mais que se esforçasse por demonstrar o contrário, em 1884 o governo não conseguia convencer a oposição de que as receitas do tabaco não tinham sido afetadas pelo cordão. A 21 de março, o ministro do Reino, Augusto César Barjona de Freitas, explicava que a “opinião publica, [as] conveniências e [o] cumprimento do próprio dever” tinham pressionado o governo a adotar as medidas de isolamento mais restritivas. Reconhecia que os custos tinham sido elevados, porém o país tinha escapado à epidemia, enquanto Espanha, França e Itália haviam registado pesadas baixas.³²

Ainda no Parlamento se discutia a crise de 1884 quando, em finais de maio, surgiu a notícia de que tinha sido detetada cólera na província de Valência. Os preparativos para o novo embate começaram de imediato, ordenando o governo a António Manuel da Cunha Belém que, com outros médicos militares, inspecionasse e abrisse os lazaretos e identificasse potenciais problemas e soluções para os resolver. Enquanto os lazaretos não estivessem operacionais, os comboios provenientes de Espanha não poderiam atravessar a fronteira. Em termos práticos, estava dado o mote para iniciar o combate, precisamente a partir dos lazaretos de Vila Real de Santo António, Elvas, Marvão, Vilar Formoso e Valença, que Cunha Belém e Guilherme José Nunes haviam melhorado no final do surto anterior. Cunha Belém fora igualmente o autor do Regimento do Lazareto de Marvão (setembro de 1884), documento que regulava todo o sistema quarentenário terrestre, comboios incluídos, e que serviria de base aos regimentos dos restantes lazaretos. A recém-expandida via-férrea emergia como o lugar de todos os medos, e foi nela que se concentraram os esforços isolacionistas do governo, regulando os locais de paragem dos comboios provenientes de Espanha e as formalidades a cumprir em relação aos passageiros, bagagem e correspondência.

O combate travado em 1884 fora uma espécie de corrida de velocidade entre a progressão da epidemia na Europa e a implementação de dispositivos de proteção em Portugal, pautada por algum voluntarismo. Em vários telegramas diários, sempre “urgentes” ou “urgentíssimos”, captam-se decisões casuísticas e erráticas (relativamente à realização de feiras, por exemplo),³³ atropelos de autoridade e uma manifesta incapacidade de os governadores civis coordenarem a implementação dos cordões sanitários e a abertura

31 AHML, PdS, Pasta nº 3 de papéis remetidos das Secretarias de Estado, fls. 58-59v; AHML, PdS, Pasta nº 7 da Corte e Província da Estremadura, fls. 10-13v.

32 *Câmara...*, 1885, nº 56, p. 996.

33 ANTT, Ministério do Reino, liv. 1637, fls. 187v-188, 190v, 192v-193v, 196v.

dos lazaretos, como lhes tinha sido ordenado pelo Ministério do Reino, em consonância com o estipulado na nova “lei orgânica da saúde pública” de 1868. Perante a dificuldade de os governadores civis se imporem às restantes autoridades, logo no final da primeira semana, o Ministério do Reino mudava de estratégia e chamava o Ministério da Guerra a assumir o controlo da fronteira com Espanha, trabalho apoiado pelos guardas das alfândegas, sob a alçada do Ministério da Fazenda.³⁴ Às primeiras notícias de cólera em 1885, a defesa da fronteira foi imediatamente entregue ao Ministério da Guerra, sem passar pela intermediação dos governadores civis.

O fluxo de comunicações telegráficas entre Lisboa e os governadores civis a propósito da ameaça de cólera começa a 11 de junho de 1885. Lisboa envia-lhes desinfetantes e repete-lhes os procedimentos a seguir, desde o isolamento militar do local, se confirmada a suspeita de cólera, ao uso de água fervida, à limitação de toda a atividade económica que implicasse comunicação de bens e pessoas entre Portugal e Espanha. Como no ano anterior, impede-se a pesca no rio Minho, ameaçando-se os infratores com o afundamento dos barcos e a quarentena para os ocupantes,³⁵ bem como as feiras em que costumavam participar espanhóis. A norte, os ceifeiros eram proibidos de viajar para Espanha, enquanto a sul se preparava o repatriamento dos que estavam do outro lado da fronteira (na ordem das várias centenas), recomendando o ministério ao diretor do lazareto de Elvas que os submetesse a rigorosa quarentena, considerando que, “segundo os periódicos espanhóis, foram os ceifeiros, espalhando-se por toda a Europa, quem mais difundiu o cólera que assola aquele país” (Bellém e Ennes 1886, 25-26).

A maioria dos esforços concentrava-se no cordão sanitário na fronteira. Depois de inspecionados pelos médicos nos quartéis, os soldados foram distribuídos por seis cordões ao longo da raia com Espanha. A 30 de junho, 1 914 homens e 54 cavalos faziam o cordão de Caminha, a que se juntavam mais 14 homens e 8 cavalos no lazareto; duas semanas depois, o contingente tinha subido para 2 631 homens e 61 cavalos. No início de julho, a fronteira estava sob o controlo de 538 cavalos e cerca de 4 500 homens,³⁶ quase um quinto de todo o exército, reservistas incluídos.³⁷ Por ser porto de mar e cais fluvial, Vila Real de Santo António concitava particular atenção, até por serem ali mais difíceis as relações entre os vários poderes em presença, civis e militares. A articulação dos diferentes serviços e autoridades era umas

34 ANTT, Ministério do Reino, liv. 1637, fls. 193-193v, 201v-206.

35 AHM/DIV/3/16/07/16/28.

36 AHM/DIV/3/16/07/16/34; 37; 38; 4; AHM/DIV/3/16/07/15/22.

37 *Câmara...*, 1888, nº 111, p. 1939.

das mais complicadas tarefas do Ministério do Reino. À coadjuvação foi novamente chamada a força fiscal das alfândegas, para reforçar o cordão sanitário nos lugares mais desguarnecidos.

Também no início de julho, a venda de bilhetes de comboio para o interior do país passou a fazer-se mediante a apresentação de cartas de saúde, que podiam ser passadas pelos párocos (Bellém e Ennes 1886, 21-22), uma ação que Barjona de Freitas considerava “uma segunda linha de defesa”. A informação enviada de Badajoz, no dia 10, pelo vice-cônsul de Portugal, confirmando o aparecimento de doença suspeita em Oliva de Mérida, fez apressar a preparação de hospitais de coléricos. Apesar de a lei de 10 de janeiro de 1854, que tinha sido restabelecida em 1884, autorizar a requisição de edifícios privados para instalar hospitais, preferiam-se as instalações militares (até um paiol de pólvora), às vezes mesmo os hospitais militares, remetendo para os hospitais civis os soldados com “doenças comuns”. Por ser uma solução dispendiosa, os “hospitais-barracas” (hospitais de campanha) surgiam como último recurso. Paralelamente, o Ministério das Obras Públicas era pressionado a adaptar os espaços escolhidos para funcionarem como hospitais, exigindo-se-lhe também urgência na abertura de estações telegráficas temporárias nos distritos administrativos das fronteiras do reino, uma inovação de extrema importância para agilizar a comunicação entre Lisboa e o país, a que o ministro do Reino recorreu dezenas de vezes por dia, nos momentos mais críticos. Por fim, foi igualmente reativada a portaria de 11 de julho de 1884, que previa o estabelecimento de comissões sanitárias nas capitais de distrito e de concelho, e de comissões de beneficência nas freguesias. Em Lisboa, e tal como no ano anterior, mandava-se identificar “os estabelecimentos incómodos, insalubres e perigosos da cidade”, podendo as autoridades administrativas e policiais agir sem aviso prévio; as inspeções chegam aos órgãos de soberania, como aconteceu com o Palácio das Cortes, a pedido do Governo Civil de Lisboa.³⁸ A 13 de agosto, as câmaras municipais recebiam indicações para pôr a concurso os partidos camarários de medicina e cirurgia que estivessem vagos e para criarem novos, se fosse necessário.

No Parlamento, sente-se o pânico, sobressaindo as preocupações (sessão de 8 de julho) pela “barraca” situada na avenida da Liberdade, onde tinham sido recolhidos os “indivíduos que conseguiram atravessar o cordão sanitário estabelecido na fronteira”: os deputados expressavam a sua apreensão pelos danos que poderiam ter causado na viagem até Lisboa, mas escondiam mal

³⁸ ANTT, Ministério do Reino, liv. 1637, fls. 105-105v.

o medo pelas suas próprias vidas.³⁹ Só ao quarto dia de intensas críticas por desrespeito aos deputados o ministro Barjona de Freitas se deslocou ao Parlamento, para manifestar estranheza pelo ataque de que estava a ser alvo, responsabilizando a oposição por potenciais problemas que surgissem caso manipulassem a opinião pública contra as medidas que o governo estava a tomar: enquanto ali o injuriavam, ele trabalhava afincadamente em articulação com a Junta Consultiva da Saúde, outros ministérios e as forças no terreno para evitar que o país seguisse o exemplo de Espanha, “que já hoje está convertida num hospital e parece tender a converter-se num cemitério”. Quanto ao problema da avenida da Liberdade, era reduzido a um apontamento circunstancial: tratava-se de um hospital-barraca lá mandado instalar pela comissão que preparava o plano de ação, caso a epidemia chegasse a Lisboa. Os internamentos referidos pelos deputados tinham sido ocasionais, e os suspeitos já se encontravam no lazareto da Trafaria.⁴⁰

Sem dar descanso ao Ministério da Guerra, Barjona de Freitas insistia no rigoroso controlo dos cordões, no uso das armas sobre quem não os respeitasse e da cavalaria para dispersar as pessoas que teimassem em fazer as feiras que tinham sido canceladas.⁴¹ A 20 de agosto, os cirurgiões e médicos militares recebiam instruções sobre o serviço médico no cordão sanitário, da autoria de Caetano Pereira Sanches de Castro, e também a informação de que não poderiam gozar de dispensas de serviço, a menos que tivessem ponderosas justificações (Bellém e Ennes 1886, 47-48). Poucos dias depois, Cunha Belém assinava a reforma do regimento do lazareto de Marvão (que voltava a ser modelo para todos os outros), enquanto Aníbal Augusto Gomes Pereira escrevia sobre os agentes químicos a usar nas desinfecções dos lazaretos e anexos (Bellém e Ennes 1886, 49-85).

A 19 de outubro, os governadores civis eram chamados a fazer o ponto de situação, informação que permitiria começar a reduzir a duração das quarentenas no final de novembro (cinco dias nos lazaretos de Valença, Vilar Formoso, Marvão e Elvas; três dias, a 26 de dezembro, nos dois primeiros). Reduzir mas não suspender, como experimentou D. Augusto, que, tendo-se deslocado a Madrid para, em representação do irmão, o rei D. Luís, participar nas exéquias de Afonso XII, no regresso a Portugal ficou retido no lazareto de Marvão, quando o pai faleceu, a 15 de dezembro de 1885 (Lopes 2016, 372-373). A 12 de janeiro de 1886, os passageiros procedentes de Madrid e França eram apenas submetidos a uma observação sanitária de

39 *Câmara...*, 1885, nº 138, p. 2982.

40 *Câmara...*, 1885, nº 89, p. 3055.

41 AHM/DIV/3/16/07/16/27; AHM/DIV/3/16/07/16/43.

24 horas nos lazaretos de Marvão e Valença. Nessa altura estavam mais de 6 500 militares e 223 cavalos ocupados com o cordão sanitário terrestre.⁴²

114

Lentamente, com muitas restrições e vários recuos à menor suspeita de cólera em Espanha, as populações regressavam às suas lides no rio Douro e no rio Minho, e iniciava-se o resgate dos porcos e das vacas que tinham ficado do outro lado da fronteira,⁴³ bem como dos pescadores retidos na ilha Cristina, acolhidos no quartel-general de Tavira, transformado em hospital para coléricos. A partir de Vilar Formoso, os soldados começavam a levantar o cordão sanitário, mas mantendo o serviço telegráfico, não fosse registar-se algum recrudescimento da epidemia. Os lazaretos de Marvão e Elvas eram encerrados a 5 de março e, em abril, concluía-se, no Algarve, o desmantelamento total do aparato quarentenário (Bellém e Ennes 1886, 14-15; 26-27). Passada a ameaça, no Parlamento, a oposição voltava a criticar o “cordão de oiro”, que apenas tinha servido para financiar, excessiva e escandalosamente, quem nele participara; melhor seria, acrescentava, investir no melhoramento das condições higiénicas das populações e em meios de socorro locais que pudessem ser acionados em caso de ataque epidémico.⁴⁴ Na verdade, os deputados pediam uma revolução sanitária e social, e não havia dinheiro para a fazer.

Retenha-se que a preparação do cordão de 1885 ocorria quase em simultâneo com a organização da viagem à Conferência Sanitária Internacional, que teria lugar em Roma, entre maio e junho desse ano. Consciente das assimetrias do desenvolvimento dos diferentes estados, Portugal alinharia, como antes (Garnel 2009, 229-251), com os demais países do sul da Europa, defendendo, como eles, o direito de os povos escolherem os meios mais adequados à sua situação, isto é, a possibilidade de impor diferentes escalas de rigor quarentenário conforme a posição geográfica, capacidade económica e extensão das estruturas sanitárias. Mesmo que os governos pudessem estar recetivos ao desenvolvimento da ciência, cada vez mais contestatária das medidas quarentenárias tradicionais, na hora de decidir eram os interesses nacionais que comandavam as suas ações, e Portugal não seria exceção. De resto, o exemplo era dado pelas grandes potências: na primeira conferência sanitária internacional (1851-1852), a França, que estava a competir com a Grã-Bretanha pelo domínio do cenário internacional, apesar de convencida pelos médicos de que as quarentenas não evitavam a disseminação da cólera, havia sugerido sujeitar os coléricos às medidas quarentenárias. Na

42 AHM/DIV/3/16/07/16/55; AHM/DIV/3/16/07/16/57.

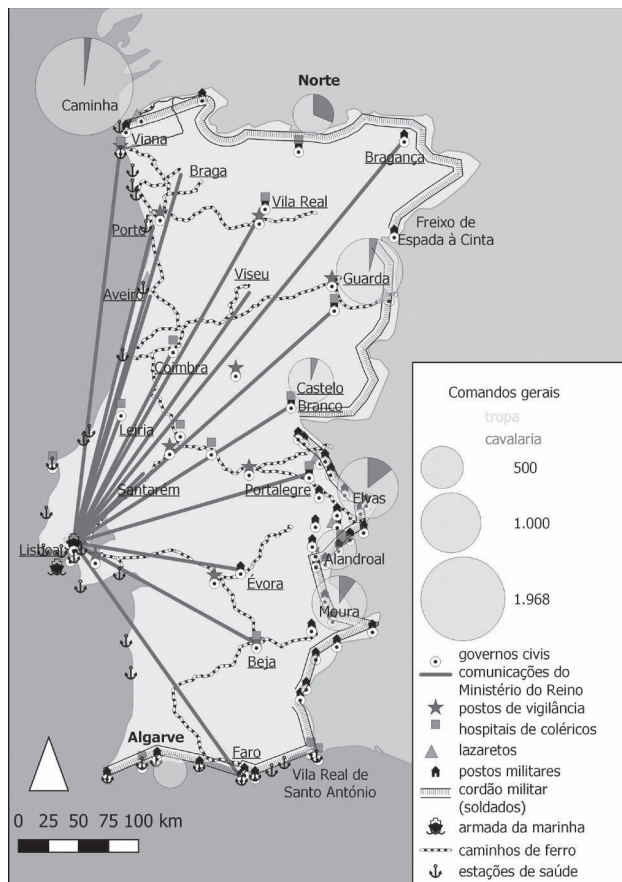
43 AHM/DIV/3/16/07/16/51; AHM/DIV/3/16/07/16/51/52.

44 *Câmara...*, 1886, nº 12, p. 115.

linha da posição pró-contagionista assumida pela Espanha, estados italianos e países islâmicos, advogava simultaneamente a redução das quarentenas para a peste e febre-amarela, como defendiam a Áustria e a Grã-Bretanha (Martinez 2016, 93) – esta também enredada nas suas próprias contradições, a sustentar rigorosas quarentenas nas suas colónias do Mediterrâneo (Chircop e Martinez 2018, 10).

Na conferência de 1885, como em quase todas as realizadas no século XIX, o principal alvo era o comércio marítimo. Todavia, em Portugal as atenções centravam-se na desprotegida fronteira terrestre, como o mapa 5 tão bem explicita. Indiferente às discussões que opunham contagionistas a anticontagionistas, recomendações internacionais ou críticas internas, o governo agia como os que o tinham antecedido, implementando as medidas quarentenárias tradicionais, mas atualizando-as consoante os desafios postos pela evolução do sistema de transportes. Como se pode verificar, a rede sanitária territorial é organizada em função das ligações ferroviárias a Espanha e dos respetivos ramais, o que também determina a localização dos lazaretos, postos de vigilância para inspeção dos transeuntes e hospitais de coléricos. Deste dispositivo, apenas os lazaretos eram estruturas permanentes, embora só se ativassem durante os surtos. A concentração dos soldados obedecia aos ditames da geografia física, com particular atenção aos caminhos abertos pelos rios Minho e Guadiana.

Não é possível afirmar que foi o cordão sanitário terrestre a proteger o país da epidemia que, nesse ano de 1885, terá matado cerca de 120 mil pessoas em Espanha, mas também não se pode ignorar que tão pesadas medidas restritivas da mobilidade terão, pelo menos, dificultado a disseminação da doença. Poucos anos volvidos, em 1899, as medidas de isolamento voltavam a ser implementadas à volta do Porto, no contexto da peste bubónica que atacou a cidade. Perentório, Ricardo Jorge considerava o cordão sanitário “um disparate máximo”, que só serviria “para aqui nos devorarmos uns aos outros”. Mais cauteloso, Curry Cabral, membro da Junta Consultiva de Saúde Pública, apesar de se declarar contra os cordões sanitários e lazaretos terrestres, defendia que, nas circunstâncias especiais do país, os aconselhava (Almeida 2013, 94-95). O reduzido número de baixas resultantes deste surto – 111 mortes em 326 casos registados – talvez se deva ao pioneirismo de Ricardo Jorge, a atuar no início da epidemia segundo os preceitos da moderna epidemiologia, como defende, entre outros, Rita Garnel. Ou, talvez, à teimosia do governo, que, ao restringir drasticamente a mobilidade das pessoas e a circulação das mercadorias, limitara os movimentos do bacilo recentemente (1894) descoberto por Alexandre Yersin. Ou, talvez, à conjugação de ambos.

Mapa 5. Cordão sanitário de 1885 (julho-outubro)

Fonte: documentação indicada nas notas de rodapé 35 a 41.

5. Conclusão

A um nível mais geral, o acervo documental guardado nos arquivos portugueses sobre as epidemias não só permite uma aproximação às dinâmicas do comércio marítimo mundial e das relações entre países, como diz muito do quotidiano de Portugal enquanto país periférico, pobre e com atrasos significativos nas políticas de saúde pública e estruturas sanitárias, públicas e privadas. O modo como o país enfrentou as doenças epidémicas até aos finais do século XIX é, a esse respeito, um barómetro do tipo e da qualidade do investimento realizado nestas áreas sociais, parâmetros que podem ser analisados a partir de dois ângulos de observação, intimamente ligados: a ação política e o investimento público.

Numa matéria tão grave, que punha em causa a vida de uma população, o combate às epidemias foi uma das maiores preocupações do poder central: as epidemias criavam situações de urgência nacional, e uma das principais obrigações dos governos era manter a integridade territorial. Na época moderna, o principal investimento da coroa focara-se na fronteira marítima, deixando às câmaras municipais a defesa da sua terra e das suas gentes. No século XIX, a defesa sanitária da fronteira durante os ataques epidémicos foi feita pelo exército, provavelmente a única estrutura a dispor de meios organizativos e capacidade de mobilização para uma tarefa desta envergadura. No Portugal oitocentista, os sucessivos governos liberais parecem confiar antes nos militares que nos médicos para defender as fronteiras do país dos ataques epidémicos. Apesar de ainda não se ter avaliado a dimensão da sua participação nos cordões sanitários e demais mecanismos quarentenários, não foi fácil aos médicos, com uma reduzida presença nos centros da decisão política, fazer valer o seu saber, mais ainda num tempo em que a ciência não apresentava resultados inquestionáveis.⁴⁵

Quanto ao financiamento, cumpre realçar que não foi prática do poder central investir regularmente na saúde e na assistência, apesar de já regular o sector desde o início do período moderno. A título de exemplo, refira-se que a atitude da coroa quando obriga a Câmara de Lisboa a contrair um avultado empréstimo para enfrentar a peste de 1598, não é muito distinta das autorizações para financiamento através do crédito, concedidas às juntas gerais dos distritos de Viseu, de Beja, Vila Real e Bragança, durante as ameaças de cólera de 1884 e 1885. Uma atitude que ajuda a explicar a longa duração das regulações tradicionais (quarentenas, lazaretos e cordões sanitários) como principal mecanismo de proteção contra as epidemias. Este facto não significa que o país estivesse isolado na arena internacional, nem se pretende corroborar a teoria de Ackerknecht (1948), segundo a qual estas medidas foram a escolha dos regimes mais conservadores. Defende-se antes que, conquanto os governos pudessem ser sensíveis aos argumentos contra as quarentenas e os cordões sanitários, seguir o “sistema inglês”, a que a lei de Chadwick de 1848 dera forma, implicava a existência de infraestruturas sanitárias e profundas reformas dos mecanismos de apoio social.

Ora, nem a instabilidade governativa, traduzida em avanços e recuos legislativos, no contexto político do rotativismo, facilitava a definição de um

45 As semelhanças entre o comportamento da população contra Ricardo Jorge, no Porto, em 1899, quando anunciou que a peste entrara na cidade, e a fúria enfrentada pelo médico Josep, em Lisboa, em 1493, por idênticas razões, são, em si mesmas, um elemento de estudo.

modelo de organização do país, nem a situação financeira, em contínuo sobressalto de bancarrota, permitia investimentos significativos na área da saúde pública. Em tempos de epidemias, os cordões sanitários eram, apesar de tudo, a opção menos dispendiosa para as finanças estatais. As perdas resultantes dos condicionamentos às atividades económicas, sobretudo ao comércio, eram riscos que os governos estavam dispostos a correr. Levantados os cordões, o território e as populações ficavam mais ou menos abandonados à sua sorte, quer durante os surtos epidémicos de menor dimensão, quer contra as doenças endémicas, que, silenciosamente, acabavam por ser mais mortíferas do que as epidemias. Como substrato, quotidianos de pobreza e de miséria, gente que “geme na indigência e na fome”, como se queixava o provedor da comarca de Trancoso, em 1804, para quem a peste era uma consequência da desnutrição, agravada por invernos rigorosos.

Entretanto, uma palavra final sobre os militares, que eram, precisamente, os atores principais, e desconhecidos, dos cordões sanitários, transformados em escudos humanos contra os avanços das epidemias. Serviam em condições miseráveis, atormentados pela falta de calçado e vestuário, doentes e exaustos, alimentados a batatas cozidas, como nos relatos chegados de Viseu e Almeida, nos finais de 1885, sem acompanhamento médico apropriado, tratados a quinino, café e aguardente, panaceias para todos os males, ainda assim produtos de luxo, drasticamente racionados por Lisboa. Soldados na mira dos contrabandistas, “muito atrevidos e temerários”, com melhores cavalgadas e mais bem armados, como se lamentava o juiz de fora de Vila Velha e Sarzedas, em 1804.⁴⁶ Quantos terão perecido durante os cordões? Uma entre as muitas questões que ficam em aberto para a investigação em curso sobre estas matérias. Para já, apenas duas certezas: por um lado, que, no século XIX, tal como no século XIV, as epidemias ainda condicionavam o quotidiano das populações e dos governos, e que, nesse sentido, devem ser integradas na história da governação política. Por outro, a de que, embora tivesse havido, por vezes, excesso de zelo na organização dos cordões sanitários estabelecidos, nomeadamente em 1800, 1804, 1884 e 1885, nestes anos nem a peste, nem a febre-amarela, nem a cólera, que dizimaram vários países europeus, e a Espanha em particular⁴⁷, tiveram carácter epidémico em Portugal.

46 AHML, PdS, Pasta nº 9 dos papéis pertencentes à província da Beira, respetivamente fls. 2-3v, 12-17v, 48-51v, 54-55, 58-59, 64-65v.

47 Excetuando o caso de Maiorca, que tem algumas semelhanças com a situação portuguesa (Salas-Vives; Pujadas-Mora 2018, 314-332).

Agradecimentos

Nesta viagem pelo século XIX, cumpre-me um agradecimento especial a quem comigo a partilhou: a Prof^a Margarida Sobral Neto, pela argúcia dos comentários e discussões enriquecedoras; a Dr^a Luísa Gama, conhecedora como poucos dos arquivos da administração central; e o Dr. Luís Gonçalves, pelos mapas.

■ Referências

- Abreu, Laurinda (2017). “Saúde pública nas Constituintes (1821-1822): ruturas e continuidades”. *Análise Social*, 222, pp. 6-38.
- Abreu, Laurinda (2018). “Epidemics, quarantine and state control in Portugal, 1750-1805”, in J. Chircop, F. J. Martinez (eds), *Mediterranean quarantines, 1750-1914. Space, identity and power*. Manchester: Manchester University Press, pp. 232-255.
- Ackerknecht, Erwin (1948). “Anticontagionism between 1821 and 1867”. *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (5), pp. 562-593.
- Almeida, Maria Antónia Pires de (2011). “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 18 (4), pp. 1057-1071.
- Almeida, Maria Antónia Pires de (2013). *Saúde pública e higiene na imprensa diária em anos de epidemias, 1854-1918*. Lisboa: Colibri.
- Baldwin, Peter (1999). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barbosa, Maria Hermínia Vieira; Godinho, Anabela de Deus (2001). *Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX*. Braga: Núcleo de Estudos de População e Sociedade da Universidade do Minho.
- Barros, Amândio Jorge Morais (2013). *A morte que vinha do mar, Saúde e sanidade marítima num Porto atlântico (séculos XV-XVII)*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- Bellém, A. M. Cunha; Ennes, Guilherme José (1886). *Os Lazaretos terrestres de fronteira nos annos de 1884 e 1885. Relatório a Sua Excelência o Ministro do Reino*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Biraben, Jean-Noël (1975). *Les Hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. Paris: Mouton.
- Bonastra, Quim (2018). “Quarantine and territory in Spain during the second half of the nineteenth century”, in J. Chircop, F. J. Martinez (eds), *Mediterranean quarantines, 1750-1914. Space, identity and power*. Manchester: Manchester University Press, pp. 17-46.
- Bourdelaís, Patrice (2003). *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*. Paris : La Martinière.
- Cascão, Rui (1993). “Demografia e sociedade”, in J. Mattoso (ed), *História de Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, v. 5, pp. 425-439.
- Chircop, John; Martinez, Francisco Javier (eds) (2018). *Mediterranean quarantines, 1750-1914. Space, identity and power*. Manchester: Manchester University Press
- Cipolla, Carlo M. (1979). *Faith, Reason and the Plague. A Tuscan Story of the Seventeenth Century*. New York-London: Norton.
- Cohn Jr., Samuel K. (2018). *Epidemics. Hate and Compassion from the Plague of Athens to AIDS*. Oxford: Oxford University Press.
- Esteves, Alexandra (2017). “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas”, in Hernández Borge, Julio; González Lopo, Domingo (ed), *Antiguos e nuevos desafios*. Santiago de Compostela: Alvarellos Editora, pp. 285-220.
- Garnel, Maria Rita Lino (2009). “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)”. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 9, pp. 229-251.
- Garnel, Maria Rita Lino (2015). “Prevenir, cuidar e tratar: o Ministério e a saúde dos povos (1834-1957)”, in P. T. Almeida, P. S. Sousa (eds), *Do Reino à Administração Interna: História de um Ministério (1736-2012)*. Lisboa: INCM, pp. 389-413.
- Harrison, Mark (2013). *How Commerce Has Spread Disease by Contagion*. New Haven: Yale University Press.

- Lopes, Maria Antónia (2016). *D. Fernando II. Um rei avesso à política*. Lisboa: Temas & Debates.
- Magalhães, Joaquim Romero (1988). *O Algarve económico, 1600-1773*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Martinez, Francisco Javier (2016). "International or French? The early international sanitary conferences and France's struggle for hegemony in the mid-nineteenth century Mediterranean". *French History*, 30, 1, pp. 77-98.
- Oliveira, António de (2015). *Capítulos de História de Portugal*. Palimage: Coimbra.
- Oliveira, Eduardo Freire de (1889-1891). *Elementos para a História do Município de Lisboa*, tomos IV e V. Lisboa: Typographia Universal.
- Pita, André Filipe Samora (2018). *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Salas-Vives, Peres; Pujadas-Mora, Joana-Maria (2018). "Cordons Sanitaires and the Rationalisation Process in Southern Europe (Nineteenth-Century Majorca)". *Med. Hist.*, 62, 3, pp. 314-332.
- Slack, Paul (1985). *The Impact of Plague in Tudor and Stuart England*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Subtil, Carlos Louzada Lopes (2016). *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*. Porto: Universidade Católica do Porto.
- Tavares, Maria José P. Ferro (1987). "A Política Municipal de Saúde Pública (séculos XIV-XV)". *Revista de História Económica e Social*, 19, pp. 17-32.
- Tomic, Zlata Blažina; Blažina, Vesna (2015). *Expelling the plague. The health office and the implementation of quarantine in Dubrovnik, 1377-1533*. Montreal; Kingston: McGill-Queen's University Press.



KEEPING EPIDEMICS OUT: POLICIES AND AGENTS IN PORTUGAL, 16TH-19TH CENTURIES

This contribution seeks to further our knowledge of epidemic control in nineteenth-century Portugal while situating it in its international context. Since disease control affects all historical periods but had a particular impact on Ancien Régime societies, the argument highlights aspects of continuity and discontinuity with the early modern period. Epidemics are approached from the political and social angle with a particular focus on cordons sanitaires, a topic that so far has only marginally caught the attention of Portuguese historians. Of the cordons sanitaires established along the country's land border from 1800 onwards, the 1885 cordon, probably the last one of national importance in Portugal, is dealt with in greater detail. The way in which governments react to epidemics reveals much about their organisational capacity and authority, and the author therefore believes that cordons sanitaires need to be included in the history of nineteenth-century political governance.

Keywords: epidemics, cholera, border, cordons sanitaires, Portugal.



LA LUTTE CONTRE LES INVASIONS ÉPIDÉMIQUES AU PORTUGAL: POLITIQUES ET ACTEURS, XVI^e-XIX^e SIÈCLES

Cette contribution approfondit, dans une perspective internationale, la connaissance des dispositifs de contrôle des épidémies dans le Portugal du XIX^e siècle. Le contrôle des maladies concerne toutes les périodes historiques. Il a eu un impact majeur sur les sociétés d'Ancien Régime, ce qui conduit ici à insister sur les phénomènes de continuité et de discontinuité avec l'époque moderne. La question posée sous l'angle politique et social se focalise sur les cordons sanitaires. Parmi les cordons établis sur la frontière terrestre portugaise au XIX^e siècle, ceux de 1885, probablement les derniers d'importance nationale, sont analysés en détail. La manière dont les gouvernements agissent face aux épidémies révèle leur capacité d'organisation et leur autorité. L'auteure insiste donc sur le fait que les cordons sanitaires méritent d'être pris en considération dans l'histoire générale de la gouvernance politique au XIX^e siècle.

Mots-clés: épidémies, choléra, frontière, cordons sanitaires, Portugal.