

estado-providência

ESTUDOS DO SÉCULO

XX

número 13 • 2013

OS MÉDICOS, A SAÚDE PÚBLICA E O ESTADO  
IMPROVIDENTE (1890-1926)

Maria Rita Lino Garnel

**Maria Rita Lino Garnel**, Doutorada em História Contemporânea, pela Universidade de Coimbra. É investigadora integrada do Cesnova – UNL. Tem diversos artigos e capítulos de livros sobre a história do saber e do poder médicos, da administração sanitária e das políticas de saúde, em Portugal, nos séculos XIX-XX. E-mail: [rgarnel@netcabo.pt](mailto:rgarnel@netcabo.pt).

## Introdução

1. Em 1864, Émile Ollivier, deputado na Assembleia Nacional francesa, escreveu o seguinte:

*«Nous saisissons dans cette théorie exposée par Le Chapelier l'erreur fondamentale de la Révolution Française. (...) De là sont sortis les excès de centralisation, l'extension démesurée des droits sociaux, les exagérations des réformateurs socialistes; de là le procès de Babeuf, la conception de l'État-Providence, le despotisme révolutionnaire sous toutes les formes»<sup>1</sup>.*

Esta terá sido a primeira vez que a expressão Estado-Providência foi utilizada. A lei aprovada em 1864 visava corrigir o que se entendiam ser os excessos de 1791, em especial a proibição das corporações profissionais instituída pela lei Le Chapelier (14 de Junho de 1791). O debate é conhecido mas vale a pena recordar, ainda que muito esquematicamente, que no auge do período da Revolução a medida legitimava-se na vontade de construir e defender o cidadão, as liberdades individuais e a propriedade livre. Ao poder absoluto do rei e aos constrangimentos impostos pelas corporações profissionais (no acesso ao trabalho, aprendizagem, certificação e vigilância sobre preços e qualidade dos produtos) o Estado revolucionário, sancionado pela vontade geral, emergia vigilante e atento como o principal protector dos direitos sociais dos cidadãos, designadamente no que dizia respeito ao trabalho e desejava ser, se não o único, pelo menos um providenciador fundamental nos sectores da educação e da saúde.

Daí, também, o cariz *positivo* da tradição das declarações francesas dos direitos do homem, dado que a ênfase do lugar do indivíduo caminha a par do reconhecimento da dívida da sociedade para com ele no que respeita à salvaguarda das garantias mínimas necessárias à sua ascensão à cidadania<sup>2</sup>.

É certo que as várias Constituições do período revolucionário não esqueceram a liberdade de reunião. E, em rigor, a lei francesa não proibia as associações com finalidades não-profissionais; mas olhou com grande suspeita todas as formas associativas, sobretudo se agrupavam trabalhadores, exprimindo desse modo os receios destas poderem fomentar o regresso das velhas corporações. Tanto o Código Penal de 1810 como vários decretos ao longo das décadas de 1830 e 1840 ilegalizaram as cooperativas e as mutualidades.

Meio século depois continuava-se a invocar a liberdade individual, mas as conclusões a que se chegavam eram muito diferentes. Tendo em conta os efeitos da revolução industrial, as mudanças demográficas, políticas, económicas e o crescimento urbano acelerado verificava-se que a impossibilidade de formar associações deixava os indivíduos desarmados e impotentes perante os poderes políticos e, sobretudo, os económicos. Tratava-se, por isso, de implantar novas sociabilidades formais assentes na ideia moderna de contrato a fim de se procurar uma solução que permitisse aos cidadãos, lutar pelos seus direitos, associando-se para finalidades comuns.

---

1 OLLIVIER, Émile – *Commentaire de la loi du 25 Mai 1864 sur les coalitions*. Paris: Maresco Ainé Libraire-Éditeur, 1864. p.52, (sublinhado meu). [Consulta em 24 de Abril de 2013]. Disponível em WWW <URL: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6116132w/f55.image.r=emile%20ollivier.langEN>>.

<sup>2</sup> Cf. CATROGA, Fernando – *Ensaio Respublicano*. Lisboa: FMS, 2011. p. 116 ss.

A afirmação de Ollivier permite compreender também que para este advogado e deputado a construção do Estado liberal não era compatível com a estatização da solidariedade social. Dito de outra maneira, os direitos dos trabalhadores teriam ser o resultado de negociações casuísticas entre as associações laborais e o patronato e também a assistência e os socorros deveriam ser, sobretudo, o resultado da participação livre dos indivíduos, das famílias e das associações criadas para o efeito. O Estado apenas deveria desempenhar um papel de regulação e vigilância das formas associativas que fossem sendo organizadas. Afinal, a liberdade individual realizava-se melhor reinventando ‘corpos intermédios’, criados à luz do novo direito de associação, que protegessem os indivíduos e redistribuíssem a solidariedade, libertando o Estado de responsabilidades e encargos directos.

Tem contudo que se sublinhar que, se a administração central admitia que no quotidiano a sua acção deveria ser discreta e indirecta, raramente hesitou em intervir – mesmo que à custa dos direitos individuais – sempre que se entendia que o interesse geral estava em causa. Evidentemente, a definição do que constituía uma ameaça séria ao bem público e o próprio conceito de interesse colectivo foram muito flutuantes. Mas, por exemplo, perante uma epidemia – sobretudo se importada – os poderes públicos não hesitavam em intervir restringindo a liberdade de movimento (cordões sanitários, quarentenas e hospitalização de isolamento) e ordenando a destruição de bens. Recorde-se igualmente que era em nome da defesa da saúde pública que se defendia a regulamentação da prostituição ou que se determinavam os espaços apropriados ao estabelecimento de certas indústrias julgadas insalubres.

2. Em Portugal, o processo ainda que de início mais tardio foi muito semelhante. Como se sabe as corporações profissionais de tipo Antigo Regime foram abolidas em 1834 (7 de Maio), decreto que igualmente proibia as associações de tipo profissional formadas por trabalhadores. Mas, note-se que logo em 1834 formavam-se as Associações Comerciais de Lisboa (Junho) e do Porto (Dezembro) e, em 1838, fundava-se a Sociedade de Artistas Lisbonenses<sup>3</sup>.

Apesar das restrições que a lei portuguesa colocava ao movimento associativo – o Código Penal de 1852 (art.º 282.º) proibia as associações com mais de vinte pessoas quaisquer que fossem as finalidades –, Maria Alexandre Lousada sublinha que entre 1834 e 1851 formaram-se 109 agremiações (de classe, cívicas, de beneficência, patronais, mutualistas e de cultura e recreio)<sup>4</sup>; a ilegalização associativa não excluía a constituição desse género de agrupamentos, apenas indica que a autoridade administrativa devia aprovar a sua formação e estatutos; mas talvez também ajude a explicar a proliferação das designações como *centros* e *sociedades*<sup>5</sup>. De facto, entre 1834 e 1851, formou-se um número substancial de sociedades não-comerciais – como os exemplos atrás indicados

---

<sup>3</sup> SANTOS, Fernando Piteira dos – “Associação, direito de”. In SERRÃO, Joel (Dir.) – *Dicionário de História de Portugal*. Porto: Livraria Figueirinhas, 1992. p. 236-238.

<sup>4</sup> LOUSADA, Maria Alexandre – “Tradição e renovação nas associações profissionais”. In FREIRE, João (Org) – *Associações profissionais em Portugal*. Oeiras: Celta, 2004. p.30.

<sup>5</sup> No *Dicionário Jurídico-Comercial* de Ferreira Borges não se encontra verbete para associação, mas a entrada sobre sociedades é bastante extensa; aí se diz claramente que as sociedades se podem formar para finalidades não-comerciais. BORGES, José Ferreira – “Sociedade”. *Dicionário Jurídico-Comercial*. Porto: Typ. De Sebastião Jose Pereira, 1856. p.385-388.

já ilustram – com destaque para o papel que desempenhou em muitos campos o Centro Promotor para o Melhoramento das Classes Laboriosas (1852) - fundado pela iniciativa de Sousa Brandão um dos grandes difusores, entre outros, da ideia de associação e - caso que interessa particularmente a este trabalho -, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa (1835). A mesma autora sublinha que entre 1852 e 1890 surgiram 846 novas associações (com notória expansão das vocacionadas para o socorro mútuo).

Tal como acontecia em França, os defensores de uma maior participação da sociedade civil organizada iam fazendo-se ouvir nos periódicos e nos meios políticos. Muito rapidamente recorde-se que Andrade Corvo, em 1866, por decreto de 22 de Novembro, ordenara a formação de uma comissão que devia inquirir sobre o número, estado financeiro e estatutos das associações de socorros mútuos já formadas no país. No “Relatório” que antecede o diploma dizia-se claramente que estas associações “fundadas no salutar princípio da previdência” - e que deviam ser encorajadas - ajudavam a minorar “os reconhecidos inconvenientes da caridade oficial”<sup>6</sup>. Como se percebe, a ideia de que o Estado deveria providenciar a protecção social (na doença, velhice, desemprego e morte) não podia estar mais longe do pensamento liberal do Executivo liderado por Fontes Pereira de Melo. Pelo contrário, os socorros prestados pela administração pública deviam ser entendidos como uma forma de caridade. Recorde-se que, pelo seu art.º 145.º § 29.º, a Carta Constitucional, na linha do liberalismo positivo de matriz francesa, estipulava a prestação de socorros públicos; mas a formulação não implicava um encargo permanente e directo.

Isto não significava, porém, que o Estado abdicava de todas as funções: pelo contrário, o diploma manifestava muito claramente que o papel do Estado deveria ser de incentivo ao princípio associativo capaz de assegurar os socorros mútuos e, a par, a administração deveria reforçar a sua presença pela regulamentação, supervisão e fiscalização das sociedades e associações que se formassem, procurando garantir a viabilidade financeira e real da assistência prestada. Por outras palavras, a intervenção pública deveria ser supletiva (adjectivo que não sendo utilizado à época, terá grande futuro no século XX) e de controlo vigilante.

Não foi, por certo uma coincidência o facto do “Relatório”, assinado por Andrade Corvo, incluir a seguinte recomendação: “seria fatal a lei que tendesse a tolher ou coibir a livre expansão ao princípio da associação”; de facto, o decreto de 22 de Novembro, que temos vindo a citar, antecedia em alguns meses a aprovação do Código Civil, aprovado em Julho de 1867. E este, por sua vez, considerava a associação um direito originário e fundamental (art.º 359.º).

A resistência à ideia de associação foi-se esbatendo e as disposições de 1890<sup>7</sup> e 1891<sup>8</sup> providenciaram o quadro legal da expansão do movimento. Como o quadro apresentado por Maria Alexandre Lousada demonstra<sup>9</sup>, entre 1891 e 1932, a dinâmica do movimento não deixava dúvidas: surgiram, pelo menos, 2473 novas associações, com os socorros mútuos e as associações de classe representando 58%. Como Costa

---

<sup>6</sup> Decreto de 22 de Novembro de 1866. *Diário de Lisboa*, n.º 267, de 23 de Novembro de 1866.

<sup>7</sup> Decreto de 10 de Fevereiro de 1890, *Diário do Governo*, n.º 33, de 14 de Fevereiro de 1890.

<sup>8</sup> O diploma de 28 de Fevereiro regulamenta as associações de socorros mútuos e o de 9 de Maio as associações de classe. Decreto de 28 de Fevereiro de 1890, *Diário do Governo*, n.º 47, de 2 de Março de 1891 e Decreto de 9 de Maio de 1891, *Diário do Governo*, n.º 106, de 14 de Maio de 1891.

<sup>9</sup> LOUSADA, Maria Alexandre – *Art. cit.*

Goodolfim atestava, em 1876, o crescimento associativo naquela data já permitia considerar que, neste aspecto, Portugal acompanhava os outros países europeus<sup>10</sup>.

Aos olhos da administração pública da segunda metade do século XIX, o movimento associativo constituía um instrumento imprescindível à resolução de uma das componentes do que, cada vez mais, será tido como a *questão social*. Reconhecendo a inconveniência (e a impossibilidade) de assumir encargos directos (financeiros e administrativos) com a saúde e a assistência aos mais desfavorecidos – tradicionalmente assumidos pelas câmaras municipais, pelas Misericórdias e pela caridade privada – os poderes políticos, sem nunca abandonar a inspiração liberal, estimularam a reinvenção e o reforço dos organismos intermédios, como que a sublinhar que as contradições decorrentes do paradigma individualista só podiam ser resolvidas com a participação activa da sociedade civil.

A iniciativa privada também não se quedou pela formação de associações de socorros mútuos e profissionais – como é sabido, algumas destas últimas também actuaram, a partir da década de 1870<sup>11</sup>, como “associações de resistência” e seriam a base da organização do movimento operário –, mas também se alongou nas de beneficência, de vocação religiosa e educativa. Mas não só: a percepção do risco e, em primeiro lugar, o que a propriedade corria (marítimo e de fogo) conduziu á precoce formação de companhias de seguros<sup>12</sup>. Como Romero Magalhães sublinhou, o débil “capitalismo doméstico mais assente na ‘inscrição’ do que na ‘acção’” também viu uma oportunidade de lucro sem grande investimento inicial<sup>13</sup>. E ainda que a segurança patrimonial tivesse sobrelevado, o desenvolvimento da actividade seguradora individual (acidentes pessoais, seguros de vida e acidentes de trabalho<sup>14</sup>), tem de ser correlacionado com a maior ou menor presença do Estado na protecção dos indivíduos e dos grupos.

Ao longo do século XIX, os médicos consolidaram o seu prestígio e o poder profissional do seu saber e foram dos grupos mais activos na formulação de críticas e na proposta de soluções: sem nunca pôr de lado a convicção de que a saúde era prioritariamente uma responsabilidade do indivíduo, defenderam o alargamento da intervenção pública quer pelo investimento nas infraestruturas de saneamento, quer insistindo na necessidade de remodelar a assistência hospitalar. Em nome da saúde do organismo social – sobre o qual pesavam diagnósticos patológicos – foram estendendo o seu olhar pericial e normalizador aos comportamentos e atitudes das populações. A medicina e os médicos assumiram a sua vocação social e este olhar totalizador convinha também à especialização crescente que o saber médico atravessava.

Como se sabe, na segunda metade de Oitocentos, a administração pública incorporou cada vez mais peritos nas diferentes áreas da governação<sup>15</sup>. Daí que os médicos tenham

---

<sup>10</sup> GOODOLFIM, Costa – *A Associação*. Lisboa: Seara Nova, 1974; idem – *A Previdência*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1889.

<sup>11</sup> PEREIRA, José Pacheco – “A origem do movimento operário no Porto: as associações mutualistas (1850-1870)”. *Análise Social*. Vol. XVII (65) (1981-1.º) p. 135-151.

<sup>12</sup> A Companhia de Seguros Bonança foi fundada em 1808. E a Fidelidade, a Douro e a Segurança em 1835.

<sup>13</sup> MAGALHÃES, Joaquim Romero – *Tranquilidade: história de uma companhia de seguros*. [s. l.]: Companhia de Seguros Tranquilidade, 1997. p. 24 e 27.

<sup>14</sup> Os seguros de saúde são mais tardios.

<sup>15</sup> ALMEIDA, Pedro Tavares de – *A Construção do Estado liberal. Elite política e burocracia na ‘Regeneração’ (1851-1890)*. Lisboa: FCSH-UNL, 1995.

procurado posicionar-se como um dos grupos que poderiam activamente coadjuvar os poderes políticos na sua tarefa de governabilidade. Dito isto, há que perceber que os interesses profissionais muitas vezes colidiam com o alargamento e o reforço do papel do Estado. Ora, são justamente estas tensões que este trabalho procurará ilustrar.

Tendo em conta o que atrás de esboçou, compreender-se-á melhor a arquitectura do que se segue. Numa primeira parte delinear-se-á a estrutura sanitária oitocentista; em seguida, esboçar-se-á o diagnóstico que os clínicos faziam da situação higiénica do país e, em simultâneo, dar-se-á conta do que os médicos entendiam como a tibiaza da administração. As décadas finais do século XIX e década inicial de Novecentos correspondem à vitória da revolução bacteriológica que trazia consigo a promessa de resolver as doenças infecto-contagiosas mas também reforçava a importância do meio (social, familiar e individual) que potenciava a proliferação da doença.

A epidemia de peste bubónica que deflagrou no Porto em 1899 e resolvida pela acção de Ricardo Jorge – já com recurso aos novos métodos laboratoriais - marca um ponto de viragem nas atitudes dos poderes públicos. O conjunto de legislação aprovado entre finais de 1899 e 1901 marcará as orientações gerais da saúde pública durante os trinta anos seguintes: são claras as intenções de olhar com mais cuidado a situação interna do país e de prover o território com instituições de saúde mais interventivas. Também a autoridade médica era reinvestida de poder – em especial quando o saber pericial era chamado a intervir –, ainda que em estreita colaboração com as outras instâncias administrativas.

Este foi também um tempo importante na consolidação da identidade profissional e que corresponde ao momento inicial da associação da classe, percurso que não esteve isento, antes pelo contrário, do desenhar de uma hierarquia interna que graduaria as especialidades e as personalidades.

Em nenhum momento se poderá dizer que houve uma posição médica unânime. A par dos que insistiam no reforço da intervenção pública, muitos médicos expressaram a discordância perante o que entendiam ser uma interferência excessiva. E os vários argumentos encontraram nas sociabilidades formais, científicas e profissionais, na imprensa especializada, no parlamento republicano e nos congressos médicos meios de se expressar. Pelo que também não se esquecerão os receios, expressos por sectores importantes da profissão médica, acerca do que entendiam ser os riscos de diminuição de prestígio profissional e de perda de clientela, se o Estado continuasse a aumentar o seu papel.

## **Os Médicos e o Estado: entre a saúde pública e os interesses profissionais**

### *A estrutura da administração sanitária*

Do ponto de vista da saúde das populações, poder-se-ia sustentar que entre 1834 e 1868 a intervenção da administração foi de cariz mais descentrador e, a partir da última destas datas, foi decididamente centralizadora.

Não cabe detalhar aqui os pormenores dos diplomas da primeira metade de Oitocentos. Diga-se apenas que eles criaram uma estrutura de administração sanitária



em todo território<sup>16</sup>, seguindo a reforma administrativa de 1835; quer isto dizer que, as entidades que deviam zelar pela vigilância sanitária, pela salubridade, pelo controlo dos profissionais das artes de curar e pela educação higienista das populações seguiam a divisão administrativa (distrital, concelhia e paroquial); todas estas matérias eram competência do Conselho de Saúde Pública, órgão nacional que as superintendia, com bastante autonomia técnica e deliberativa; o mesmo organismo central nomeava os seus delegados no distrito, sempre médicos formados por Coimbra.

As reformas da legislação de saúde, de 1844 e 1845<sup>17</sup>, assinadas por Costa Cabral, reforçaram a tutela do Ministério do Reino mas não puseram em causa a margem de liberdade que os diferentes níveis da administração sanitária dispunham; pelo contrário, os diplomas procuraram estreitar a malha da administração sanitária criando a obrigação de todos os concelhos criarem ao menos um partido médico, a que só os facultativos formados por Coimbra poderiam concorrer. Este seria o subdelegado de saúde natural, cabendo-lhe para além das suas funções camarárias, a comunicação mensal às entidades superiores do estado da sua circunscrição (fiscalização da salubridade das povoações, dos géneros, das habitações, do abastecimento de água, mapas necrológicos e nosológicos, registo e controlo sanitário das prostitutas e vacinação) e/ou de ocorrências extraordinárias; também lhes caberia zelar pela execução das medidas que as autoridades sanitárias, distritais ou nacionais, entendessem dever tomar (vigilância epidémica, quarentena, cordão sanitário, hospitalização de isolamento).

A estruturação e reestruturação administrativa de saúde da primeira metade Oitocentos – e que se sumariou brevemente – permitem, contudo, dar conta de dois processos interligados: por um lado compreender que, desde a institucionalização da Monarquia Constitucional, o poder político-administrativo desejou enquadrar e utilizar o saber especializado e, por outro, também dar conta da precocidade das tentativas dos médicos de encontrar lugar no aparelho burocrático.

É certo que estas primeiras experiências não foram duradouras. As conjunturas epidémicas - da cólera que ameaçou em 1848 e atacou em 1856, logo seguida da devastação pela febre-amarela em 1857 - foram situações que testaram a capacidade das autoridades sanitárias. Mas, passado o susto epidémico, as críticas não pouparam a intervenção excessivamente descentrada e independente do Conselho de Saúde e dos seus delegados.

Não surpreende por isso que a lei de saúde aprovada em 1868<sup>18</sup> procurasse corrigir o que entendia serem os «defeitos mais frisantes» dos diplomas anteriores, a saber, a excessiva autonomia do Conselho de Saúde e das autoridades sanitárias distritais e a excessiva extensão das suas competências. Daí que a administração de saúde passasse decisivamente para as mãos da autoridade civil, cabendo ao Ministério do Reino, aos governadores civis, aos administradores de concelho e aos regedores de paróquias as funções de tutela em matéria sanitária. Por outras palavras, reforçava-se significativamente a centralização administrativa.

---

<sup>16</sup> Decreto de 3 de Janeiro de 1837, *Diario do Governo*, n.º 9, de 11 de Janeiro de 1837.

<sup>17</sup> Decreto de 18 de Setembro de 1844, *Diario do Governo*, n.ºs 227 a 231, de 25 a 30 de Setembro de 1844; Decreto de 26 de Novembro de 1845, *Diario do Governo*, n.ºs 283 a 287, de 1 a 5 de Dezembro de 1845.

<sup>18</sup> Decreto de 3 de Dezembro de 1868, *Diario do Governo*, n.º 281 de 14 de Dezembro de 1868.

Não é que as competências técnicas ficassem ignoradas, mas os especialistas passavam a ter uma função apenas consultiva. A Junta Consultiva de Saúde Pública coadjuvava a administração central; no distrito, o delegado de saúde prestaria o seu saber às consultas do governador do distrito e, no concelho, um subdelegado de saúde, facultativo nomeado pela autoridade distrital, realizaria gratuitamente as mesmas funções aconseladoras. Desfazia-se a ligação entre partido municipal e autoridade sanitária e limitava-se o acesso à função pública e o protagonismo dos médicos.

Ora é esta arquitectura de saúde que, a partir da década de 1880 – e pelas razões que a seguir se indicarão – será muito criticada.

### *O diagnóstico médico sobre a situação sanitária do país*

Nos finais do século XIX ninguém duvidava do mau estado sanitário do país. A opinião pública expressa nos periódicos ou no Parlamento aceitava sem dificuldade o discurso médico sobre a má saúde dos portugueses, a degenerescência da raça, a miséria fisiológica dos grupos mais desfavorecidos e todos receavam, particularmente, as patologias sociais urbanas (a violência, o crime, o alcoolismo, a prostituição, a loucura).

Diga-se que este vocabulário pessimista não era especificamente português: por toda a Europa utilizaram-se os mesmos adjectivos e aplicou-se um idêntico olhar ordenador e normalizador capaz de excluir pessoas e grupos. É verdade que o sucesso deste discurso não pode ser atribuível em todas as geografias exactamente às mesmas razões; se o saber médico não diferia substancialmente e as condições de vida da sociedade capitalista, burguesa e industrial – com diferenças de grau muito substanciais – tendiam à uniformização, razões nacionais específicas também contribuíram para a boa recepção do discurso: por exemplo, o movimento colonizador (Reino Unido e Portugal) – designadamente, em Portugal, as tensões geradas pelo *Ultimatum* (1890) e, na Grã-Bretanha, as guerras *Boers* (1880-1881 e 1899-1902) - ou as rivalidades franco-prussianas (em crescendo desde 1870).

As opiniões divergiam contudo sobre as causas e sobre os remédios a aplicar. Que os poderes políticos oitocentistas – pelo menos teoricamente – compreendiam a importância da questão não está em causa. Basta lembrar a legislação sanitária produzida (é verdade que muitas vezes contraditória e, sobretudo, nem sempre obedecida) e o esforço de implantar no território uma estrutura administrativa específica (ainda que, a partir de 1868 e como se explicou, de índole consultiva) para entender que a saúde das populações era tida como um objecto político. Mas sublinhe-se que as teorias médicas, ao longo do século, tinham hesitado muitas vezes na identificação das doenças e mais ambivalentes se tinham mostrado quanto ao modo de eficazmente prevenir e combater as moléstias. Mas mais importante do que a incerteza sobre o modo de evitar as doenças – sobretudo as infecto-contagiosas que constituíam a causa maior da mortalidade –, a intervenção pública encontrava-se limitada pela ideia de que a manutenção da saúde e os cuidados na doença eram, primariamente, uma responsabilidade individual.

A partir da década de 1880, que afirmara a vitória da bacteriologia, o optimismo médico crescera quanto à capacidade de diagnóstico das moléstias e à compreensão do modo de transmissão infecciosa. Ainda que um pequeno número de entidades nosológicas continuasse a ser entendido como fruto de uma hereditariedade mórbida - de certa forma prolongando a ideia do desequilíbrio individual postulado pela milenar teoria

dos humores -, um número crescente de outras eram atribuíveis a causas específicas. Consolidara-se a ideia de que muitas doenças eram o resultado de uma invasão exterior aos organismos humanos; de acordo com a moderna epidemiologia, não se negava que a propagação epidémica pudesse reflectir algumas escolhas individuais menos apropriadas – argumento invocado sempre que se reforçaram os apelos a uma maior normatização e normalização dos comportamentos (de classe ou de género); mas também começava a ser consensual que um número substancial de doenças e mortes podiam-se atribuir a causas mesológicas (climáticas, meteorológicas e, crescentemente, sociais), pelo que seriam evitáveis com o reforço da acção dos poderes públicos, locais e centrais.

Ao longo de boa parte do século XIX, a Europa – e Portugal não foi excepção – sofreu a investida de várias epidemias exóticas. A cólera, a febre-amarela e a peste bubónica, no seu curso pandémico, dizimaram populações e suscitaram os maiores debates sobre as medidas eficazes a tomar; mas também demonstraram que, em caso de alarme e ameaça pública, os poderes não hesitavam em despendar as somas necessárias ou em decretar as medidas mais atentatórias da liberdade individual e/ou da liberdade de comércio, fossem elas a hospitalização de isolamento, o cordão sanitário, a quarentena da cidade ou do bairro e a destruição de mercadorias. A percepção pública e política do risco permitia nestes casos ultrapassar todas as resistências. Mas não estava nos horizontes das elites políticas liberais estender a sua intervenção a situações mais corriqueiras e endémicas investindo duradouramente na transformação das causas de insalubridade.

Nos finais do século XIX e de acordo com a moderna epidemiologia – e tal como as Conferências Sanitárias Internacionais vinham defendendo<sup>19</sup> – os dispositivos de contenção epidémica (cordões sanitários e quarentenas) foram sendo gradualmente abandonados em favor de uma intervenção mais activa na prevenção sanitária e na inspecção médica dos passageiros e dos seus contactos. Esta modificação permite igualmente ilustrar, no seguimento de Foucault, e como Bourdelais fez em obra recente<sup>20</sup>, a passagem de uma forma de governamentalidade para outra: da razão de Estado, que podia sobrepor-se a todos os argumentos, para a que insiste no controlo e na disciplina dos indivíduos nas “suas relações com essas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de pensar”<sup>21</sup>.

A partir de meados da década de 1880, contudo, a desatenção pública perante as doenças que sazonalmente depauperavam as populações começaram a ser acerbamente criticadas pelo saber médico. Ricardo Jorge, em 1885, indignava-se com a “higiene oficial, exemplar de teratologia ignara”. Entre as muitas críticas que fazia apontava a passividade da administração de saúde que nada fazia “perante os micróbios de casa - os variólicos, os tíficos e os tuberculosos em legião destruidora permanente”<sup>22</sup>. Daí que, de acordo com os modernos diagnósticos médicos e higienistas, a febre tifóide, endemizada, fosse uma questão de controlo, quantitativo e qualitativo, do abastecimento de água às

---

<sup>19</sup> GARNEL, Maria Rita Lino – “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais: em torno das epidemias de *cholera-morbus*”. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*. 9 (2009) 229-251.

<sup>20</sup> BOURDELAIS, Patrice – “Histoire de la Santé Publique”. FASSIN Didier; HAURAY, Boris (Dir.) – *Santé Publique. L'État des savoirs*. Paris: La Découverte/INSERM, 2010. p. 19.

<sup>21</sup> FOUCAULT, Michel – “A «governamentalidade»”. DIAS, Bruno Peixe; NEVES, José (Coord.) – *A Política dos muitos. Povo, classes e multidão*. Lisboa: Tinta da China, 2010. p. 121.

<sup>22</sup> JORGE, Ricardo – *Higiene Social aplicada à nação portuguesa. Conferências feitas no Porto*. Porto: Livraria Civilização de Eduardo Costa Santos – Editor, 1885. p. IV.

povoações e de uma maior atenção e cuidado com o saneamento das povoações (redes de esgotos e remoção de lixos); que o tifo fosse consequência das más condições de habitação, sobrelotação dos espaços e escassez de investimento público na educação sanitária e cívica das populações; e que o alastramento epidémico da tuberculose se devesse, em primeiro lugar, às miseráveis condições de habitação, à acumulação de gentes em espaços pouco ventilados, aos horários de trabalho extenuantes, aos ordenados baixos, à falta de alimentação suficiente e de qualidade.

A varíola, endémica no território, constitui um bom exemplo da ambivalência das autoridades – médicas, políticas e administrativas. Ainda que, desde os inícios de Oitocentos, se dispusesse de uma forma eficaz de prevenção – a vacina antivariólica –, as resistências à obrigatoriedade de vacinar foram difíceis de ultrapassar. Invocava-se a liberdade individual e exprimia-se a repugnância em aceitar que o Estado pudesse violar a integridade do corpo saudável; as dúvidas, expressas por muitos médicos, acerca da qualidade dos soros vacínicos e a convicção de que o método de vacinar braço-a-braço mais do que proteger contagiava os vacinados com outras doenças infectocontagiosas contribuía, igualmente, para dificultar o alargamento da intervenção pública.

Os comportamentos perigosos, também eles transmissíveis a seu modo, deviam igualmente ser disciplinados: os alcoólicos, os loucos, as prostitutas e os delinquentes deviam ser reprimidos, acantonados em espaços próprios, sujeitos a vigilância médica, policial ou prisional de modo a evitar a proliferação do desvio.

Não era apenas a cidade - lugar de todos os vícios físicos e morais – que necessitava de regeneração sanitária: “o hospital é um antro infecto”, afirmava Ricardo Jorge<sup>23</sup>. Como se sabe, até meados do século XIX, a assistência hospitalar não constituía uma responsabilidade da administração central. Tradicionalmente, era uma incumbência das Misericórdias, de outras instituições benemerentes particulares e dos poderes locais socorrerem os mais desfavorecidos – mediante certificação de pobreza – quando carecessem de tratamento hospitalar. De uma maneira indirecta, porque através da academia, os Hospitais da Universidade de Coimbra poderiam ser entendidos como os únicos públicos<sup>24</sup>. Mas a situação muito difícil que os hospitais de Lisboa atravessavam em meados do século XIX levou o Ministério do Reino a assumir a tutela e administração do conjunto de instituições que constituíam o Hospital de S. José e Anexos.

As dificuldades porém não cessaram. O crescimento demográfico da capital, as investidas epidémicas, a crescente diferenciação das várias patologias, o aumento do custo de vida e o número crescente de doentes, oriundos de diversos pontos do país, enviados para internamento em Lisboa exigiam maiores investimentos nos espaços – desde logo na sua diferenciação - e número e qualificação do pessoal hospitalar (médicos, enfermeiros, serventes); mas também crescia a convicção de que falta de higiene do hospital era ela própria a causa de muitas infecções e responsável pela elevada mortalidade hospitalar.

---

<sup>23</sup> JORGE, Ricardo – *Ob.cit.*, p.39.

<sup>24</sup> Com a reforma pombalina da Universidade, à excepção do hospital militar de Coimbra, todas as outras instituições hospitalares da cidade foram entregues à gestão da Universidade e tornaram-se o território privilegiado do ensino médico (até à criação das escolas cirúrgicas e médico-cirúrgicas no Porto e em Lisboa). LOPES, Ana Rute Elias – *Da Assistência à memória. Património e Cultura nos Hospitais da Universidade de Coimbra (1911-2011)*. Coimbra: FLUC, 2012. p.7 (relatório de estágio de 2.º Ciclo em Gestão e Programação Cultural, mimeografado).

## *Os argumentos médicos em favor do alargamento da intervenção do Estado*

Desde a sua constituição em 1835, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa foi um palco importante de sociabilidades científicas. Aí se discutiram novidades e teorias médicas e debateram-se casos, diagnósticos e terapêuticas. Dos variados trabalhos destas reuniões, o *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, o primeiro periódico português da especialidade, deu conta.

Mas talvez mais importante para o nosso objectivo, em 1901, em artigo que fazia uma retrospectiva do trabalho da Sociedade<sup>25</sup>, recordavam-se os relatórios e as intervenções - umas solicitadas pela administração central, outras pelo poder autárquico e ainda as resultantes da iniciativa da Sociedade: assim, no primeiro grupo destaquem-se as consultas feitas sobre a colonização (1850), o trabalho dos menores (1880), o melhoramento sanitário do porto de Lisboa (1884), as epidemias de cólera (1886) e o regímen alcoólico (1888); a Câmara Municipal de Lisboa, por sua vez, auscultou a opinião da Sociedade sobre a salubridade da capital (1859), o abastecimento de carne à cidade (1860) e sobre a salubridade dos cemitérios e da cremação (1881).

Como se vê, os pareceres pedidos pelas autoridades públicas, centrais e/ou locais, revelam uma preocupação dominante com as epidemias exóticas e com o estado insalubre da cidade que favoreceria a propagação epidémica. Apenas as consultas sobre a colonização e sobre o trabalho dos menores parecem escapar à regra; contudo, convém não esquecer que ambos os trabalhos visavam definir as consequências gravosas de, no primeiro caso, se ignorarem as condições físicas e mentais que deveriam pautar a escolha dos colonos que estariam sujeitos ao clima e doenças tropicais e, no segundo, de se ignorar a importância do desenvolvimento moral e físico das crianças lançadas no turbilhão pouco higiénico e extenuante do mundo oficial.

O olhar totalizador que o saber médico ia construindo sobre a sociedade e a convicção de que regenerar o país só poderia ser adequadamente realizado com a participação dos especialistas médicos levou a Sociedade a pronunciar-se sobre diversos temas: a hospitalização dos alienados (1841), a adopção do sistema métrico (1842) e a reforma dos serviços médico-legais (1879) suscitaram reflexões que, voluntariamente, a Sociedade submeteu à apreciação dos poderes públicos. Mas como há muito se apontou<sup>26</sup>, a acção oitocentista da Sociedade não se esgotou nos relatórios solicitados ou oficiosamente entregues; deve sublinhar-se o seu papel relevante no estudo e na propaganda da profilaxia das diversas epidemias e endemias, na divulgação do combate contra a raiva, na promoção de sessões gratuitas de vacinação antivariólica na sua sede e a importância e a precocidade das chamadas de atenção para o problema da tuberculose (1899) - inquestionavelmente a causa maior da mortalidade por doença no país.

O que nos escapa – por ausência de registo documental – mas, facilmente, se adivinha é a importância dos encontros informais, que ocorriam no âmbito das reuniões e que, certamente, contribuíram para o reforço da identidade grupal. Mas as reivindicações

---

<sup>25</sup> “A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa no século XIX”. *A Medicina Contemporânea. Hebdomadário de Ciências Médicas*. XIX Anno, n.º43 (27-X-1901) p. 355-358.

<sup>26</sup> GARNEL, Maria Rita Lino – *Vítimas e Violências na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2007. p. 165-167.

expressas em torno da qualidade do ensino, acerca da inexistência de repressão policial e jurídica sobre os curandeiros e charlatães, ou da necessidade de equiparar os licenciados por Coimbra com os finalistas das escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto – só plenamente realizadas em 1911 com a criação das Universidades de Lisboa e Porto – e que se expressaram nos jornais da especialidade dão conta de uma consciência profissional crescente. A necessidade de a reforçar e de encontrar formas de proteger os interesses da classe conduziu, em 1883, a uma tentativa de fundar uma associação centrada na assistência mútua<sup>27</sup>. Porém, essa experiência não resultara e só em 1898 se constituiu a Associação dos Médicos Portugueses, a que adiante se fará referência.

### *1899: uma viragem importante*

Por ora, interessa-nos relevar algumas das reivindicações médicas e os apelos a uma maior intervenção pública, expressos nas décadas finais de Oitocentos e inícios do século XX. A extensa variedade dos temas, que importavam à regeneração médico-sanitária do país obrigam a seleccionar alguns temas. Os trabalhos produzidos pela Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa já referidos servir-nos-ão de fio condutor.

A reorganização dos serviços médico-legais foi uma das questões que assumiu um grande destaque. O desenvolvimento oitocentista da antropologia criminal (primeiro com a frenologia, depois com os trabalhos de Broca, Morel, Tarnowsky e Lombroso<sup>28</sup> e com a releitura da obra de Darwin<sup>29</sup>, conduziu à crescente convicção de que grande parte dos delinquentes o era por razões atávicas e/ou hereditárias (reveladas por estigmas, evidentes aos olhos do perito médico). Nas décadas finais do século XIX, por sua vez, a sociologia francesa, não negando a importância da componente genética do comportamento delituoso, acentuava a importância do meio social. Miguel Bombarda, em 1885, clamava contra a “nossa pseudo-organização medico-forense”<sup>30</sup> que frequentemente condenava inocentes e confundia criminosos com doentes. Logo no ano seguinte, de facto, o governo pedia à Sociedade de Ciências Médicas um parecer sobre a reforma dos serviços “sem aumento considerável da despesa”<sup>31</sup>.

As elites médicas criticavam a escassez de peritos e sublinhavam que o exame do corpo de delito não podia ser feito por qualquer “barbeiro de aldeia” como a lei ainda permitia. E mais, do ponto de vista médico, o saber médico-legal exigia uma preparação específica que já nem a licenciatura em Medicina providenciava – tanto mais que a disciplina era leccionada em conjunto com a higiene pública. Os peritos forenses deviam ter uma sólida preparação nos domínios da tanatologia e na prática dos exames aos queixosos e, sobretudo, obter uma especialização própria que os habilitasse a avaliar a imputabilidade ou inimputabilidade de um réu. Como se compreende, as resistências de outros saberes/poderes, em particular do jurídico, também estava

---

<sup>27</sup> *A Medicina Contemporanea...*, III Anno, n.º19 (10-V-1885) p.145.

<sup>28</sup> Para Portugal, GARNEL, Maria Rita Lino – *Vítimas e Violências na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2007.

<sup>29</sup> PEREIRA, Ana Leonor – *Darwin em Portugal (1865-1914). Filosofia, história e engenharia social*. Coimbra: Livraria Almedina, 2001.

<sup>30</sup> *A Medicina Contemporanea...*, III Anno, n.º 14 (5-IV-1885) p. 106.

<sup>31</sup> “Serviços medico-legaes”. *A Medicina Contemporanea...*, IV Anno, n.º 44 (31-X-1886) p. 368.

em causa. A moderna antropologia criminal suscitou muitas dúvidas aos juristas que temiam que os depoimentos médicos, em especial os prestados pelos especialistas: é que muitos juízes receavam a invocação sistemática dos determinismos biológico e/ou social na explicação do acto criminoso e receavam que as propostas de medicalização do delinquentes comprometesse o seu poder de punir.

Nos finais do século XIX, contudo, muitos outros membros da profissão jurídica (Afonso Costa, Alexandre Ferreira, António Ferreira Augusto e Bernardo Lucas são alguns exemplos) não hesitaram em acolher os contributos da ciência antropológica. O poder político também ia dando acolhimento à necessidade de reformar a organização médico-legal o que concretizou em 1899 e 1900. A Lei de 17 de Agosto de 1899 e os decretos de 16 de Novembro do mesmo ano e o de 5 de Abril de 1900<sup>32</sup> confirmavam a intenção do Estado de prover às carências da organização médico-legal e abriam as portas à afirmação do poder pericial.

De facto o primeiro destes diplomas dividia o território do Portugal Continental em três circunscções médico-legais (Porto, Coimbra e Lisboa), cada uma com a sua Morgue, instituição que também assumiria o ensino da especialidade e o seu Conselho Médico-Legal.

O segundo diploma regulamentava o funcionamento das Morgues e, nos inícios de 1900, foram distribuídos os questionários que deviam uniformizar os procedimentos<sup>33</sup>. Os peritos ficavam obrigados a uma observação idêntica dos corpos violentados, a pronunciar-se da mesma forma e a produzir o mesmo tipo de juízos. Pelo que se pode concluir que, neste âmbito, o discurso médico ia conseguindo uma audiência crescente, mas também o Estado reforçava a sua tutela e vigilância sobre os peritos balizando-lhes as conclusões.

O último diploma interessa de igual modo à medicina legal e à higiene pública: finalmente, reconhecendo a justeza das reivindicações autonomizava-se o ensino das duas especialidades quer na Faculdade de Medicina, quer nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Porto e Lisboa.

Mas isso não bastava para obter o título de perito: os que desejassem enveredar pela medicina forense deviam frequentar a disciplina de Direito Penal na Universidade e os que optassem pela medicina sanitária deveriam seguir, em Lisboa, o ensino especial ministrado pelo novo Instituto Central de Higiene.

A reorganização da medicina legal só ganha todo o seu sentido se se compreender que os meses finais de 1899 foram igualmente o tempo de uma profunda reestruturação da administração sanitária.

Já se aludiu atrás à epidemia de peste bubónica do Porto cujo diagnóstico precoce e contenção se deveu à acção pronta de Ricardo Jorge<sup>34</sup>. O impacto na opinião pública do surto epidémico marca um ponto de viragem na actuação das autoridades de saúde. Em Outubro de 1899 criava-se a primeira Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública – adiante designada por DGS -, sob a orientação de um médico e especializavam-se

---

<sup>32</sup> Lei de 17 de Agosto de 1899, *Diário do Governo*, n.º 186, de 21 de Agosto de 1899; Decreto de 16 de Novembro de 1899, *Diário do Governo*, n.º 274, de 2 de Dezembro de 1899; Decreto de 5 de Abril de 1900, *Diário do Governo*, n.º 99, de 21 de Abril de 1900.

<sup>33</sup> VIEIRA, Adriano Xavier Lopes – *Manual de Medicina Legal*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1903. p.27.

<sup>34</sup> Sobre Ricardo Jorge e a epidemia do Porto veja-se, por todos, ALVES, Jorge Fernandes – “Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal. Um «Apostolado Sanitário»”. *Arquivos de Medicina*. 22 (2/3) (2008).



os serviços. O Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública, sob a presidência do Ministro do Reino, mantinha funções consultivas mas era exclusivamente composto de membros da profissão médica, sinal da audiência e prestígio crescentes do saber médico. E, em Dezembro de 1899, um diploma criava o Instituto Central de Higiene com o objectivo de preparar os médicos sanitários que no futuro deveriam superintender localmente as complexas e especializadas funções da administração de saúde<sup>35</sup>.

O Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, publicado em 1901 – e que vigorará até 1926 –, articula e completa os diplomas que sucintamente se têm referido<sup>36</sup>. Sem negar que a saúde dos portugueses continuava a ser uma responsabilidade individual, tornava-se claro que as autoridades sanitárias queriam, podiam e deviam intervir mais decisivamente.

Como se dizia no preâmbulo – inquestionavelmente da autoria de Ricardo Jorge, vindo do Porto para Lisboa, e que na arquitectura administrativa ocupava o lugar de Inspector Geral dos Serviços Sanitários –, a reestruturação visava olhar de perto a realidade higiénico-sanitária do país e não se quedar na vigilância única das ameaças de epidemias exóticas. Os serviços de saúde dividiam-se entre centrais e externos e estes últimos procuravam habilmente acasalar o poder civil-administrativo (distrital e concelhio) com a autoridade técnica do saber médico. Retomando disposições da primeira metade de Oitocentos, a nova arquitectura tornava a assentar no médico de partido (subdelegado de saúde) e no delegado de saúde (médico de partido do concelho cabeça de distrito).

A dualidade técnico-administrativa procurava responder a diversas e, por vezes, contraditórias solicitações ou, dito por outras palavras, com este conjunto de diplomas, o Estado indicava o propósito de reter a tutela administrativa; de ultrapassar as resistências colocadas em nome dos direitos individuais; mas também atender à crescente sensibilização da opinião pública cada vez mais consciente da necessidade de uma actuação pública mais visível e robusta; e não esquecia as reivindicações médicas concedendo-lhes uma maior autonomia na superintendência da sanidade nacional.

O Regulamento de 1901 também criava as condições para a intervenção médica em outras instâncias: por exemplo, na elaboração do cadastro sanitário das habitações e na criação de serviços especiais de desinfecção pública.

De facto, a administração pública cada vez mais incorporaria especialistas médicos chamados a pronunciar-se, ainda que muitas vezes apenas consultivamente, sobre uma grande variedade de situações: urbanísticas, de higiene dos edifícios, de salubridade urbana, de apuramento militar, de medicina escolar. Também não se pode esquecer a medicina colonial – e neste aspecto deve realçar-se a importância da criação da Escola de Medicina Tropical (1902) que devia preparar os licenciados em medicina que ingressavam nos quadros de saúde do Império – ou a atenção (mas não intervenção)

---

<sup>35</sup> Decreto de 4 de Outubro de 1899, *Diário do Governo*, n.º 226, de 6 de Outubro de 1899. Sobre a DGS, pode consultar-se VIEGAS, Valentino; FRADA, João; MIGUEL, José Pereira – *A Direcção Geral de Saúde – notas históricas*. Lisboa: [s.n.], 2006; Decreto de 9 de Novembro de 1899, *Diário do Governo*, n.º 257, de 13 de Novembro de 1899 e Decreto de 28 de Dezembro de 1899, *Diário do Governo*, n.º 15, de 19 de Janeiro de 1900.

<sup>36</sup> Decreto de 24 de Dezembro de 1901, *Diário do Governo*, n.º 292, de 26 de Dezembro de 1901. O mesmo também pode ser consultado em “Regulamento Geral dos serviços de saúde e beneficência pública de 24 de Dezembro de 1901”. *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*. N.º 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1902.



crescente prestada à protecção da maternidade e infância, questão que será tratada mais adiante. Mas não se esqueça que a publicação de legislação não significa a imediata transformação da realidade.

O ímpeto renovador que marcou os anos finais de Oitocentos também se sentiu nos Hospitais de Lisboa. Recorde-se que a hospitalização no Porto estava dependente da Misericórdia dessa cidade que superintendia o grande hospital da capital nortenha e, em obediência ao legado do Conde de Ferreira, também tutelava o Hospital de Alienados do Norte do país<sup>37</sup>. Os Hospitais da Universidade de Coimbra serão objecto de reforma republicana (1911), tal como os Manicómios também serão reestruturados pelo regime implantado em 5 de Outubro de 1910 (como adiante brevemente se indicará).

Lisboa, contudo, era a cidade mais populosa e aí se concentravam os maiores recursos hospitalares. Mas se nos inícios do século XX, Lisboa dispunha de sete hospitais sob uma administração única e sob a designação de Hospital de S. José e Anexos, não quer isto dizer que as condições fossem as melhores. Com excepção do Hospital Estefânia, para mulheres e crianças, inaugurado em 1877<sup>38</sup>, todas as outras instituições hospitalares resultavam do aproveitamento de velhos edifícios - na sua maior parte conventos pertencentes às ordens extintas pelas leis de Joaquim António de Aguiar. E ainda que os conceitos de assepsia e anti-sepsia fossem conhecidos, a sobrelotação de doentes nas enfermarias, a escassez de recursos, a falta de higiene e a má - ainda que custosa - alimentação dos doentes e pessoal e a falta de enfermagem adequadamente treinada tinha conduzido as instituições hospitalares a uma situação muito degradada. A hospitalização dos alienados transferidos, em 1848, para Rilhafoles (mas subordinada à administração do conjunto hospitalar) melhorara substancialmente com a gestão técnica e administrativa de Miguel Bombarda, que assumira o cargo em 1892<sup>39</sup>.

Mais difícil de resolver foi o lamentável estado dos outros hospitais. A reforma conduzida por Curry Cabral, nomeado enfermeiro-mor em 1900, e começada a concretizar em 1901<sup>40</sup> levantou algumas resistências. Contudo lembre-se que a situação financeira dos hospitais de Lisboa era catastrófica e o vasto conjunto assistencial carecia de profunda reestruturação. Com bastante independência técnica e administrativa - o Conselho Administrativo ficava directamente dependente do Ministério do Reino - o enfermeiro-mor criou serviços de higiene em cada uma das instituições, encarregue de zelar pela salubridade hospitalar; regulamentou a hospitalização agrupando doentes segundo a patologia; normalizou procedimentos e uniformizou formulários; deu existência legal às Consultas Externas e instituiu

---

<sup>37</sup> Sobre a situação dos alienados em Portugal, e em especial sobre o Hospital do Conde de Ferreira, veja-se imprescindivelmente, SENA, António Maria de - *Os Alienados em Portugal. I- História e Estatística* [1883] e *II - O Hospital do Conde de Ferreira* [1885], Lisboa: Ulmeiro, 2003.

<sup>38</sup> O Hospital Estefânia foi inaugurado em 17 de Julho de 1877. Decreto de 14 de Novembro de 1877, *Diário do Governo*, n.º 263, de 19 de Novembro de 1877.

<sup>39</sup> Sobre o assunto veja-se BOMBARDA, Miguel - "O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1894-1895". *A Medicina Contemporânea...*, XIV Anno, n.ºs 8 e ss. (Fev. 1896).

<sup>40</sup> MATOSO, António; PILÃO, Célia; TACÃO, Sandra - "A Reforma hospitalar de Curry Cabral", comunicação apresentada aos *Colóquios do Património - 5º Encontro*, Hospital de S. José, Outubro de 2011. [Consulta em 7-06-2013]. Disponível em WWW <URL: <http://hdl.handle.net/10400.17/449>>.

uma hierarquia de funções e, com isso, cerceou a liberdade - ou a anarquia - que imperava nos hospitais<sup>41</sup>.

Se a especialização hospitalar já tinha sido iniciada em meados de Oitocentos, ela confirma-se na primeira década do século XIX, com a inclusão no conjunto tutelado pelo enfermeiro-mor do novíssimo Hospital do Rego, para doentes infecto-contagiosos (e que será inaugurado em 1906). O Hospital de Santa Marta – resultante de obras efectuadas no antigo Convento de Santa Marta, depois Hospício dos Clérigos Pobres, e pensadas para substituir o Desterro no tratamento dos doentes sífilíticos e venéreos -, por solicitação da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa foi destinado a Hospital Escolar ainda antes da implantação do novo regime.

### *A iniciativa local e/ou privada*

Está por fazer o levantamento do trabalho desenvolvido pelas instituições de administração local e /ou privadas. Não se pode, contudo, esquecer que as latas atribuições do(s) médico(s) de partido - sempre em número insuficiente como adiante se explicará - eram encargo camarário; como era responsabilidade autárquica a criação e manutenção das infraestruturas de salubridade concelhia (cemitérios, abastecimento de água, saneamento). Contudo, basta folhear o *Diário da Câmara dos Senhores Deputados* do período monárquico liberal e do Parlamento Republicano para facilmente perceber que, tal como a legislação de saúde prescrevia (e o Código Administrativo estipulava) as obrigações de sanidade local iam sendo, vagarosa e parcialmente, assumidas pelas autarquias.

A insuficiência financeira foi sempre o argumento invocado nos muitos pedidos de autorização que chegavam às Câmaras para deslocar verbas cabimentadas nos orçamentos como despesas de viação para a realização de obras de saneamento. E, como se apontou em outro lugar<sup>42</sup>, de um modo geral os Deputados – monárquicos e/ou republicanos – autorizavam-nas de imediato. O que nunca se questionou foi a razão pela qual os orçamentos nunca previam verbas de saneamento suficientes, o que permite sustentar que a saúde pública, de facto, tardou a ser uma prioridade política.

Se se olhar com atenção para os diplomas que, no século XIX, foram regulando a sanidade nacional facilmente se compreenderá que a saúde pública e a assistência eram domínios distintos. E o decreto de 4 de Outubro de 1899 – que criou a DGS - confirmou-o. Como aí se dizia os serviços de beneficência ficavam na dependência desta direcção geral, medida justificada pelos vínculos estreitos existentes entre a assistência e a higiene mas, sobretudo, “por não ser economicamente oportuna a respectiva independência”<sup>43</sup>. Como que a sublinhar que fossem outras as condições e desejavelmente as tarefas seriam desagregadas. Assim, a nova Direcção-Geral dividia as suas competências por duas repartições, uma de saúde e outra que deveria tutelar a beneficência pública.

---

<sup>41</sup> Veja-se o que Curry Cabral escreveu sobre o assunto. CABRAL, Curry – *Hospital de S. José e Anexos no período de 7 de Janeiro de 1901 a 5 d’Outubro de 1910*. Lisboa, 1915. p.31 e 32 cit. em MATOSO, António; PILÃO, Célia; TACÃO, Sandra – *Ob. cit.*

<sup>42</sup> GARNEL, Maria Rita Lino – “Médicos e Saúde Pública no Parlamento Republicano”. *Res Publica. Cidadania e representação política em Portugal. 1920-1926*. CATROGA, Fernando; ALMEIDA, Pedro Tavares de (Coord.). Lisboa: Assembleia da República/BNP, 2010. p. 230-257.

<sup>43</sup> Decreto de 4 de Outubro de 1899, *ob. cit.*..., p.487.

Ora, se não se conhece em detalhe as instituições que, privada e localmente, tomavam a seu cargo suprir as carências assistenciais, não se pode ignorar a sua existência, por vezes efémera: a assistência aos órfãos, aos enjeitados, aos velhos, às raparigas pobres, e aos inválidos foi o objectivo de muitas instituições de assistência e legados pios. Todas estas iniciativas coadunavam-se bem com a caridade tradicional. E de entre todas estas variadas instituições sublinhe-se o papel maior que as Misericórdias desempenharam no duplo papel de providenciar a assistência aos mais carenciados e na gestão dos recursos hospitalares, muitas vezes os únicos que as populações locais dispunham.

O Estado liberal cedo reconheceu a importância das Misericórdias; mas não estava nos horizontes políticos dos diversos governos tomar a seu cargo exclusivo a prestação dos cuidados assistenciais. Não quer isto dizer que a administração central tivesse deixado as Misericórdias e outras instituições de beneficência sem qualquer controlo. Desde 1835 ordenara-se aos governadores civis a vigilância, também orçamental, dos institutos assistenciais de cada distrito. O certo é que ao longo de Oitocentos, as Misericórdias foram abandonando a multiplicidade dos serviços que prestavam e foram concentrando os seus esforços na assistência hospitalar<sup>44</sup>. E se o Estado contava com a benemérita, privada e imprescindível contribuição das Misericórdias, nos inícios do século XX, estas também reconheciam que “deviam estar subordinadas à supervisão do Estado”<sup>45</sup>. As diversas Misericórdias compreendiam que, dadas as pesadas conjunturas financeiras (desamortização e desvalorização dos títulos) a sua sobrevivência, a independência (relativa) e a sua acção dependeriam de um equilíbrio a ajustar com a administração central. Deste modo, ao longo das primeiras décadas de Novecentos, o Estado foi concedendo subsídios pontuais e por sua vez tentou articular a assistência prestada pelas diversas Misericórdias mantendo sempre uma intervenção mínima, designadamente na gestão técnica dos recursos hospitalares.

Muito se tem escrito sobre a intervenção privada nos domínios da assistência em Portugal. E, sem dúvida ela não só existiu, como foi muito importante. O que interessa, contudo, relevar é que ela não se fazia à margem ou no desconhecimento do poder central. Como se referiu mais atrás, o novo direito de associação julgado coadjuvante imprescindível da acção pública exigia que as autoridades administrativas se mantivessem vigilantes e tutelares. E com o agudizar da questão social, a partir dos finais de Oitocentos diversas iniciativas privadas quiseram prestar o seu contributo benemerente aos mais desfavorecidos.

Não nos referimos, agora, às que resultavam das associações de socorros mútuos, mas às que especialmente dirigiram a sua acção a minorar as situações de miséria e fome – as Cozinhas Económicas, fundadas em 1892, pela Duquesa de Palmela são um bom exemplo (que terá seguimento durante a República) - ou às que olhavam com maior desvelo pela protecção à maternidade e primeira infância – e neste domínio não se pode esquecer nem o Dispensário de Alcântara – fundado por iniciativa da Rainha D. Amélia, em 1893 - nem a Associação Protectora da Primeira Infância, fundada

---

<sup>44</sup> SÁ, Isabel dos Guimarães; LOPES, Maria Antónia – *História Breve das Misericórdias Portuguesas (1498-2000)*, p. 27. [Consulta em 10-06-2013] Disponível em WWW <URL: [.http://www.academia.edu/346697/Historia\\_Breve\\_das\\_Misericordias\\_Portuguesas\\_1498-2000\\_](http://www.academia.edu/346697/Historia_Breve_das_Misericordias_Portuguesas_1498-2000_)>

<sup>45</sup> *Idem, ibidem*, p.29.

por Aboim Ascensão – que abriu, em 1901, o primeiro lactário em Lisboa ou ainda a Associação Protectora do Internato de S. João do Porto, que abriu as suas portas em 1890<sup>46</sup>. As iniciativas referidas deram frutos e, ao longo das primeiras décadas do século XX, foram vários os dispensários e lactários que procuraram, um pouco por todo o país e com especial incidência nos meios urbanos, zelar pela maternidade e primeira infância procurando baixar os altíssimos níveis de mortalidade infantil (que recorde-se, em 1890, atingia cerca de 240 ‰).

Como se tem vindo a assinalar, a última década do século XIX foi um tempo de consciencialização quer da opinião pública quer dos vários poderes da necessidade de intervir mais decisivamente na transformação sanitária do país. Esta foi também a década em que a tuberculose começou a dominar as atenções. Não é que a doença fosse desconhecida; mas, como é sabido, em 1882, Koch isolara o bacilo e, como acontecera com outras doenças infectocontagiosas, na ausência de vacina ou terapêutica eficaz, a descoberta enfatizava as condições do meio na disseminação tuberculosa, reconhecidamente a causa maior da mortalidade e da morbidade em Portugal (como em outros países do espaço europeu). Daí que as precárias condições de vida, de habitação, de trabalho fossem justamente entendidas como os factores sobre os quais uma intervenção (privada ou pública) se tornava urgente<sup>47</sup>.

A primeira actividade antituberculosa partiu da iniciativa de alunos finalistas da Faculdade de Medicina, que, em 1895, organizaram o 1º Congresso Nacional de Tuberculose. Em 1897, o ministro Tomás Ribeiro deu início à adaptação do Forte do Junqueiro, em Oeiras, para tratamento de crianças escrofulosas e linfáticas. Em 1899, e com o forte impulso de Miguel Bombarda, nasceu no seio da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, a Liga Nacional contra a Tuberculose com objectivos simultaneamente científicos e de vulgarização<sup>48</sup>. No mesmo ano, a Rainha D. Amélia apresentava ao Ministério do Reino o projecto do que viria a ser a Associação Nacional de Assistência aos Tuberculosos (que adiante designaremos como ANT): o plano era ambicioso e visava a construção de uma rede de cuidados assistenciais em cada distrito e instalações hospitalares (marítimas e de montanha) especializadas.

O trabalho desenvolvido pela ANT foi notável: o Sanatório do Outão abria as suas portas em 1900 e, em Junho de 1901, inaugurava-se o Dispensário de Lisboa que cinco anos mais tarde se fixaria definitivamente em Alcântara. Dois anos depois seguia-se o Dispensário do Porto. Em 1911, a ANT geria dois sanatórios marítimos, um terrestre e cinco dispensários.

---

<sup>46</sup> SANTOS, Maria José Moutinho – *Memórias. Internato de S. João do Porto*. Porto: Associação Protetora do Internato de S. João do Porto. 1890/2012, 2012.

<sup>47</sup> Sobre a luta contra a tuberculose vejam-se: FRADA, João – “A Luta contra a tuberculose em Portugal nas primeiras décadas do século XX”. *Portugal 1900*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000; mais recentemente e para uma visão bem alargada, VIEIRA, Ismael Cerqueira – *Conhecer, tratar e combater a “peste branca”: a tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)*. Porto: Faculdade de Letras, 2012. Dissertação de doutoramento.

<sup>48</sup> Os Estatutos da Liga Nacional contra a Tuberculose foram aprovados em 1903. E podem ser lidos no *Diário do Governo*, n.º46, de 28 de Fevereiro de 1903. Sobre o trabalho da Liga e dos quatro Congressos Nacionais de Tuberculose que ela organizou, entre 1901 e 1907, veja-se VIEIRA, Ismael Cerqueira – “Alguns aspectos das campanhas antituberculosas em Portugal: os Congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose (1901-1907)”. *Revista CEM*. Porto: CITCEM. N.º2 (2011) p.267-281.

O Ministério do Reino não se manteve alheio a este processo. Mantendo-se como associação particular, o orçamento da ANT contava com as quotizações de sócios, e com o produto de peditórios, subscrições, festas, espectáculos e quermesses. Mas logo em 17 de Agosto de 1899 era promulgada a lei que criava um fundo especial de beneficência destinado à defesa sanitária contra tuberculose<sup>49</sup>; esse fundo seria integralmente entregue à ANT e seria constituído por um subsídio anual de 20:000\$00 concedido pelo Estado, por subvenções também anuais entregues pelas Juntas dos distritos e pelas câmaras municipais<sup>50</sup>, por uma percentagem das quotas dos sócios das sociedades ou associações de recreio das quais fizessem parte quaisquer jogos e pelo produto das multas gerais ou distritais que lhe fossem destinados. Como se vê, a acção do Estado, ainda que supletiva da associativa/particular, não deixava de se fazer sentir na luta contra a doença.

### *Com a República*

Tendo em conta o que se tem vindo a explicitar, compreende-se que a maior ou menor intervenção do Estado no sector da saúde pública – e também no da assistência hospitalar – não pode ser linearmente deduzida do regime ou da filosofia política dominante<sup>51</sup>. Se muitos monárquicos liberais entendiam que a intervenção do Estado tinha de ser alargada para que a regeneração sanitária se pudesse concretizar, também muitos republicanos – e entre eles médicos – defendiam que a acção pública tinha de ser limitada. Invocando razões pragmáticas – financeiras e escassez de técnicos qualificados – ou invocando os direitos individuais, os médicos que se opunham a uma excessiva interferência da administração não escondiam os receios de ver a sua liberdade profissional, o seu prestígio social e sua clínica privada – e por conseguinte os rendimentos – diminuídos.

Todavia tem de se compreender que a propaganda antimonárquica na década final do século XIX e inicial do século XX, sobretudo a dos vários socialismos e das correntes mais vanguardistas do republicanismo, transportavam consigo a esperança e a promessa de que a mudança de regime aprofundasse a solidariedade social. Como já foi sublinhado, a fórmula “saúde e fraternidade” sintetiza muito do espírito republicano<sup>52</sup>.

O ímpeto regenerador do regime implantado a 5 de Outubro conduziu a várias reformas importantes aprovadas ainda durante o Governo Provisório: e tomadas no seu conjunto, elas parecem indicar a vontade de alargar a extensão da intervenção pública.

---

<sup>49</sup> Carta de Lei de 17 de Agosto de 1899, *Diário do Governo*, n.º189, de 24 de Agosto de 1899. (Luciano de Castro era o Ministro do Reino).

<sup>50</sup> O Mapa dos subsídios mínimos anuais com que as juntas gerais dos distritos e as câmaras municipais teriam de contribuir para o fundo de beneficência destinado à defesa sanitária contra a tuberculose pode ser consultado no *Diário do Governo*, n.º 128, de 10 de Junho de 1903.

<sup>51</sup> Esta foi a tese sustentada por Ackercknecht, em 1948, e que conheceu uma grande voga. ACKERCKNECHT, Erwin – “Anticontagionism between 1821 and 1867”. *Bulletin of the History of Medicine*. 22, 5 (September-October 1948). Para a sua crítica veja-se BALDWIN, Peter – *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

<sup>52</sup> ALVES, Jorge Fernandes – “Saúde e fraternidade. A Saúde Pública na I República”. *Corpo. Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República*. Lisboa: CNCCR/INCM, 2010. p. 111-129.

Como atrás se indicou o regime republicano não alterou a estrutura da administração sanitária: o Regulamento de 1901 manteve-se em vigor até 1926. Mas é inquestionável que a assistência – nome laico da Beneficência – suscitou maior interesse, também porque tinha sido o campo de menor investimento durante o regime anterior. Ora, as medidas laicizadoras tomadas pela República agravavam a prestação de cuidados assistenciais. Pelo que, a maior intervenção estatal na matéria era complemento essencial da expulsão das ordens religiosas que asseguravam tarefas importantes – designadamente no domínio da enfermagem.

Não cabe aqui um exame detalhado de todas as medidas tomadas em 1911 mas seria lacuna grave pelo menos não as indicar. Sem esquecer a reforma do ensino médico, a criação das Universidades de Lisboa e Porto e a criação da primeira Maternidade do país em Coimbra (Maternidade Daniel de Matos) – posteriormente integrada nos Hospitais da Universidade –, a 9 de Fevereiro autonomizavam-se os serviços de assistência pública e criava-se a Direcção Geral de Saúde – como se vê, as duas áreas de actuação continuavam a não se confundir<sup>53</sup>; a 27 de Abril reorganizavam-se os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC); a 11 de Maio decretava-se a reforma dos Manicómios e, a 25 de Maio, reestruturava-se a assistência e, na mesma data (e número do Diário do Governo), criava-se a Junta dos Partidos<sup>54</sup>.

A reorganização dos HUC visou combinar a assistência hospitalar com o ensino médico reformado em Fevereiro; ora, esta reorganização implicava não só a especialização de clínicas e enfermarias – de acordo com a orientação mais moderna e laboratorial do ensino – como a organização de consultas externas e a criação e desenvolvimento de serviços auxiliares que simultaneamente fossem de utilidade assistencial e docente.

A reforma dos Manicómios correspondeu à vontade de o Estado tomar sobre si a responsabilidade dos alienados. Reconhecendo a capacidade insuficiente dos dois únicos Manicómios Portugueses – o recém-denominado Manicómio Bombarda (antigo Hospital de Rilhafoles) e o Hospital do Conde de Ferreira – e temendo, como se diz no preâmbulo do decreto, que o número de loucos em Portugal – estimado em oito mil por António Maria de Senna em 1883 –, “vivendo em liberdade e reproduzindo-se, ao menos em parte, tenham dado origem, mercê das inflexíveis leis da hereditariedade mórbida a um número considerável de novos alienados”, o diploma autorizava o Governo a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas. Era clara a vontade do Executivo de assumir o controlo da assistência mental no país. Mas uma vez mais recorde-se que se a intenção era essa a concretização não foi imediata.

Por último veja-se, sumariamente, a importância do decreto de 25 de Maio de 1911 que reconhecia que a “assistência pública em Portugal é uma organização rudimentar”. Cuidadosamente articulando a assistência privada e local com a pública – reforçando até a vigilância que a última devia exercer sobre a primeira – definem-se as finalidades assistenciais. Criava-se a Direcção Geral de Assistência e respeitando a divisão admi-

---

<sup>53</sup> Os diplomas, com idêntica data, são sequenciais no mesmo número do Diário do Governo. Decretos de 9 de Fevereiro de 1911, *Diário do Governo*, n.º 33, 10 de Fevereiro de 1911.

<sup>54</sup> Decreto de 27 de Abril de 1911, *Diário do Governo*, n.º100, 1 de Maio de 1911; Decreto de 11 de Maio de 1911, *Diário do Governo*, n.º111, 13 de Maio de 1911; Decretos de 25 de Maio de 1911, *Diário do Governo*, n.º 122, 26 de Maio de 1911.

nistrativa do território construía-se uma administração específica (distrital, concelhia e paroquial); definiam-se os critérios que permitiriam avaliar aqueles que mereciam ser assistidos e os que fraudulentamente se procuravam aproveitar das instituições assistenciais: o diploma salientava, em especial, a repressão dos mendigos e vadios que deveriam ser internados em diferentes institutos que visassem a sua recuperação social e a integração no mercado de trabalho (enviando-os para colónias agrícolas ou, tratando-se de velhos e menores de idade, procurando colocá-los em famílias rurais). Criava-se um Fundo Nacional de Assistência e uma Provedoria Central de Assistência em Lisboa que tutelaria e articularia os institutos de assistência.

Se se tivesse dúvida sobre as intenções de alargar a intervenção pública nos domínios da assistência e da saúde pública, bastaria relembrar que a Constituição de 1911, pelo seu artigo 29.º, reconhecia o direito de assistência (note-se, contudo, que não o garantia) e, em Agosto de 1911, criavam-se finalmente as condições que permitiriam tornar exequível a obrigatoriedade de vacina antivariólica decretada em 1899. Mas, evidentemente, a acção dos diversos Governos Republicanos não se esgotaram nestas medidas, que aqui servem apenas de indicativo. Recorde-se contudo que a medicina escolar não foi esquecida e a administração hospitalar da capital foi entregue à tutela especializada de uma Direcção Geral dos Hospitais Cíveis.

As difíceis conjunturas políticas, económicas e sociais e também epidemiológicas (tifóide, tifo exantemático e, depois, gripe pneumónica), a que se juntou a partir de 1916 a participação na guerra, conduziram à criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social<sup>55</sup>, organismo que, numa perspectiva arqueológica, pode ser entendido como o início do longo caminho (cheio de retrocessos e hesitações) que haveria de conduzir ao Estado-Providência dos finais do século XX. Em 1918, sentindo a necessidade de reunir numa única tutela a dispersão de serviços, o executivo liderado por Sidónio Pais integrou a Direcção Geral de Saúde na Secretaria de Estado do Trabalho com o objectivo de agilizar procedimentos e melhor cumprir as tarefas de previdência social “porque o socorro que se presta aos que a ela se acolhem só erroneamente pode ser tomada como manifestação de altruísmo, quando não passa de auxílio a que têm direito todos os que, mais ou menos, contribuem para a sua manutenção”<sup>56</sup>.

Neste caminho centrípeto de serviços de previdência também passavam a estar directamente subordinados à Direcção Geral de Assistência, o Montepio Oficial e o Montepio Oficial do Professorado Primário para o efeito do exercício do mutualismo. Não é o objectivo do presente trabalho analisar as consequências desta nova arquitectura institucional, mas sublinhe-se apenas que as questões de seguros sociais<sup>57</sup>, do mutualismo, dos acidentes de trabalho e respectiva responsabilidade eram questões que vinham sendo debatidas desde as décadas finais do século XIX. Correndo o risco de alguma repetição, recorde-se uma vez mais que as transformações sociais e económicas, decorrentes da industrialização e da economia de mercado, produziram um sentimento

---

<sup>55</sup> Lei n.º 494 de 16 de Março de 1916.

<sup>56</sup> Secretaria de Estado do Trabalho. Decreto n.º 4641 de 13 de Julho de 1918, *Diário do Governo*, n.º 57, 14 de Julho de 1918.

<sup>57</sup> CARDOSO José Luís; ROCHA Maria Manuela – «O Seguro social obrigatório em Portugal (1919-1928): acção e limites de um Estado providente». *Análise Social*. Vol. XLIV (192) (2009) p. 439-470.



de insegurança crescente que, como François Ewald apontou<sup>58</sup>, conduziu ao aparecimento e reforço não só das iniciativas mutualistas, mas também ao advento das Companhias de Seguros e aos anseios por uma previdência social, tutelada e/ou da responsabilidade do Estado. Afinal a primeira razão de existência estatal era a satisfação das exigências de segurança dos cidadãos, direito que se prolongava na defesa da saúde<sup>59</sup>.

### *A voz dos médicos: sociabilidades e interesses profissionais*

Aferir da posição dos médicos no que toca ao alargamento do Estado afigura-se contudo um pouco mais difícil. As escolhas políticas individuais não parecem ter sido determinantes, à excepção dos clínicos que claramente se posicionavam no espectro dos vários socialismos.

A hierarquia interna da profissão médica, a que já se aludiu, também não favorecia a unanimidade de opiniões. Os médicos que exerciam clínica privada, os que encontravam lugar certo na administração pública – central/ou local –, os contratados pelas associações de socorros mútuos ou prestavam serviço hospitalar nas Misericórdias tinham interesses muito diversos. O movimento associativo médico teve por isso dificuldade em congregar os profissionais; recorde-se que na década de 1890 fundara-se, em Lisboa, a Associação dos Médicos Portugueses e, em 1908, constituíra-se, no Porto, a Associação dos Médicos do Norte de Portugal – que, em 1914, tomaria o nome de Associação Médica Lusitana; em 1914 ainda se constituiriam a Associação dos Médicos de Coimbra e a União dos Médicos Provinciais.

Todas estas agremiações procuravam assegurar a defesa dos interesses corporativos. Numa questão todos estavam de acordo: a necessidade do Estado reprimir duramente os praticantes de diversas artes de curar que exerciam sem título próprio. Não só pediam a repressão dos charlatães, como esperavam uma regulamentação e uma repressão severa sobre as indústrias paramédicas. Do ponto de vista dos facultativos, a medicalização crescente da vida das populações exigia o monopólio profissional; por isso não surpreende os insistentes pedidos sobre o que consideravam práticas ilegítimas e perigosas para a saúde dos portugueses. Este tema estará sempre presente na imprensa médica, muitas vezes nos periódicos diários e, também, no Parlamento<sup>60</sup>.

Mas do mesmo modo que se insurgiam contra a relativa impunidade com que curandeiros e curiosos continuavam a exercer, também muitos se indignavam com os colegas que davam consultas em farmácias ou com aqueles que se associavam em policlínicas e desse modo contribuía para o abaixamento dos preços de consulta. Veja-se a título de exemplo a posição tomada por Augusto de Vasconcelos, em 1905, numa reunião da Associação dos Médicos Portugueses a propósito de uma nova policlínica; afirmava o sócio que “a concorrência assim estabelecida pela instituição de policlínicas [...] virá a tornar-se perigosa, que o princípio de concorrência pelo abaixamento de

---

<sup>58</sup> EWALD, François – *L'Etat Providence*. Paris: Bernard Grasset, 1986.

<sup>59</sup> PORTER, Dorothy – *Health, Civilization and the state. A History of public health from ancient to modern times*. London; New York: Routledge, 1999. p. 58-61.

<sup>60</sup> Veja-se a este propósito o que se escreveu em GARNEL, Maria Rita Lino – “Médicos e Saúde Pública no Parlamento Republicano”. *Res Publica. Cidadania e representação política...*, já cit.



preços [...] será perigoso e prejudicialíssimo processo que indubitavelmente trará à classe um desprestígio e diminuição de autoridade” e concluía que “a organização de consultórios com preços reduzidos para as classes menos abastadas não constitui socialmente uma impreterível necessidade”<sup>61</sup>.

As situações epidémicas também não suscitavam posições comuns. Em 1912, Lisboa sofreu mais uma investida de febre tifóide, e logo em Janeiro o assunto foi trazido à atenção do Parlamento por Álvaro Poppe. O Presidente do Ministério, Augusto de Vasconcelos, médico doutorado por Lisboa e professor catedrático da Faculdade de Medicina da capital – o mesmo que em 1905 se insurgia contra as policlínicas –, interrogava-se, contudo, “se a epidemia é, neste momento, maior do que costuma ser por esta época, pois todos os anos por este tempo sobrevém uma epidemia de febre tifóide”<sup>62</sup>. Corroborava-o o seu colega de profissão, o médico-deputado Lopes da Silva, pois que exercendo clínica “num dos bairros mais pobres de Lisboa, a epidemia de que se acusa a existência não é maior nem menor do que a que costuma dar-se nesta cidade, por este tempo”<sup>63</sup>. E esta complacência para com as vítimas de endemias, em larga medida evitáveis se o Estado e as elites (médicas e políticas) tivessem adoptado políticas profilácticas mais incisivas, caracterizará muitas intervenções parlamentares.

A Direcção Geral de Saúde acabará por actuar e concluiu por uma contaminação das águas. O balanço epidémico, feito por Ricardo Jorge e apresentado ao Conselho Superior de Higiene (presidido pelo Ministro do Interior), admitiu 2615 casos de tifóide, entre 1 de Fevereiro a 15 de Abril de 1912, e uma taxa de mortalidade de 9,7%<sup>64</sup>.

Se todos pareciam estar de acordo que a administração sanitária deveria zelar pelo um bom abastecimento de água e não duvidavam que perante uma epidemia a intervenção pública devia ser reforçada, as opiniões flutuavam consideravelmente sobre qual o momento em que a moléstia deixava de ser uma responsabilidade individual e se tornava uma questão de saúde pública.

As divergências de situações, e por isso de interesses, ficaram bem ilustradas em alguns dos congressos organizados pelos clínicos. Não se terão em conta os convénios que visavam a discussão de problemas científicos, ainda que se perceba que eles também serviam a consolidação de consciência profissional. Mas tenha-se em conta, por exemplo, o Congresso dos Médicos Mutualistas Portuguezes, reunido em Março de 1910, sob os auspícios da Associação dos Médicos Portuguezes<sup>65</sup>. Aí se deu conta do descontentamento dos clínicos que prestavam assistência clínica nas Associações de Socorros Mútuos e aí se insistiu no estabelecimento do sistema de livre escolha do médico pelo associado, no tabelamento dos honorários clínicos, no pagamento das visitas domiciliárias e na fixação de taxas mínimas pelos serviços prestados. Compreendendo

---

<sup>61</sup> “Associação dos medicos portuguezes”. *A Medicina Contemporanea...*, XXIII Anno, n.º 25 (18-VI-1905) p. 198-199.

<sup>62</sup> *Diário da Câmara dos Deputados*, 16-1-1912, pp.4-5.

<sup>63</sup> *Ibidem*, p.5.

<sup>64</sup> “A Epidemia tífica de Lisboa em 1912. Relatório do Prof. Ricardo Jorge”. *Arquivos do Instituto Central de Higiene*. Vol. II, Secção de Higiene, Fasc. 2.º.

<sup>65</sup> *Congresso dos Medicos Mutualistas Portuguezes. 28, 29, 30 e 31 de Março de 1910. Relatorios, Comunicações e Actas do Congresso. Boletim da Associação dos Medicos Portuguezes. Associação de classe*. (Anno XII. Abril de 1910) Num. Extraordinario.

que nem todas as Associações estavam em posição financeira para garantir a todos e de imediato a satisfação das reivindicações, os médicos mutualistas aceitavam um sistema transitório que previsse o pagamento de uma avença mensal ao clínico, com capitação rigorosamente calculada, mas esperavam que num futuro próximo se pudesse estabelecer o pagamento individual por consulta ou visita efectuada, tal como os seus colegas que exerciam a clínica privada.

Se se quiser dar conta da insatisfação de um grupo importante da classe médica – os médicos de partido – atente-se no congresso realizado em Lisboa, em Fevereiro de 1911. Desde 1908 que estes facultativos aspiravam a reunir-se para debaterem as suas situações profissionais<sup>66</sup>. A pouca receptividade que os mais militantes encontraram e as dificuldades colocadas pela associação de classe conduziu a que o congresso se realizasse na Câmara Municipal de Lisboa. Aí se exprimiram vários agravos: mal pagos (quer pela administração central enquanto subdelegados de saúde, quer pelas municipalidades), com obrigações extensíssimas, providos pelas Câmaras por intermédio de concursos documentais, cuja apreciação era feita pelas vereações leigas em matéria técnica, sujeitos à extinção do lugar ou a ver o seu vencimento reduzido sem outra formalidade que não fosse a audiência prévia do interessado, os médicos municipais contratados pelas autarquias viviam num limbo jurídico: nem eram empregados públicos de pleno direito, nem os contratos celebrados com a administração local podiam ser entendidos como meras relações contratuais de foro privado, já que os seus vencimentos dependiam dos cofres públicos.

A esta indefinição, que vulnerabilizava os médicos ao serviço do poder local, juntavam-se muitas vezes conflitos partidário-políticos, diferenças de posição quanto à necessidade de proceder a obras de saneamento, críticas à severidade ou laxismo na fiscalização de géneros e bebidas ou no julgamento sanitário sobre a salubridade dos espaços e indústrias locais. E o exercício simultâneo de clínica privada e/ou a prestação de assistência médica no hospital local – na maior parte das vezes hospital da Misericórdia – suscitava conflitos que muitas vezes se explicavam pelas lutas políticas locais.

Todas estas queixas foram bem expressas no Congresso de 1911 e, a elas, o diploma de 25 de Maio acima referido procurou dar resposta. O decreto admitia, em primeiro lugar, que o partido médico-municipal era a “coluna-vertebral de todo o organismo da medicina pública”<sup>67</sup>; sumariava, em seguida, a difícil situação em que os clínicos locais se encontravam e instituía a Junta dos Partidos, órgão que na dependência directa do Ministério Interior deveria tutelar, de futuro, o recrutamento dos médicos municipais.

Em 1912, os médicos portugueses reuniram-se, pela primeira vez, para debater os problemas da sua actividade, sinal de consolidação de uma verdadeira consciência profissional, não isenta, contudo, de forças centrífugas como se tem vindo a ilustrar<sup>68</sup>. Daí que o congresso do Porto se destinasse também a conter esta dispersão de forças reunindo numa só voz e sob uma única bandeira as diferentes reivindicações. O propósito

---

<sup>66</sup> VIANA, Afonso – “O Congresso dos Medicos Municipaes”. *Gazeta dos Municípios*. I Anno, n.º 2 (23-VII-1908) p. 1.

<sup>67</sup> Decreto de 25 de Maio de 1911, *Diário do Governo*, n.º 122, 26 de Maio de 1911, p. 2133.

<sup>68</sup> O que se segue foi parcialmente publicado em GARNEL, Maria Rita Lino – “Sociabilidades Médicas e Saúde Pública no tempo da República: O Congresso de 1912”. *Norte Médico*, 3 (2010) p. 38-41.

de união e de fortalecimento da consciência profissional é claramente estabelecido na circular-convite enviada aos clínicos a 1 de Setembro de 1911, propósito que será reforçado no decorrer do congresso.

O programa geral enviado aos médicos portugueses, em Novembro de 1911, delineava claramente os seis temas gerais da discussão: 1) a *Medicina Pública*, que trataria da situação dos médicos municipais, sanitários e legistas; 2) a *Medicina dos Estabelecimentos de Assistência*, que se debruçaria sobre o provimento dos cargos e da organização dos serviços médicos; 3) *Médicos de Associação dos Socorros Mútuos*, debatendo as condições de exercício, fixação das áreas e remuneração; 4) *Regulamentação do exercício da Medicina*; 5) as *Indústrias Para-Médicas*, tema e discussão que deveriam clarificar as relações entre vários profissionais e delimitar o campo de actividade próprio a médicos, farmacêuticos, analistas, massagistas e à exploração comercial de processos terapêuticos; 6) e, finalmente, um último tema, a *Deontologia* que almejava o estabelecimento de um código de boas práticas mas também discutir o modelo de associativismo profissional, que mais conviria aos médicos.

Destes temas destacaremos, sobretudo, os dois primeiros. No seu discurso inaugural, Cândido de Pinho, professor na recém-criada Faculdade de Medicina do Porto, admitia que dos congressos anteriores não resultara “um pensamento dominador que propulsionasse uma reforma da Assistência ou da Medicina Pública”<sup>69</sup>. E reconhecendo que as colectividades não possuíam capacidade criadora, sublinhava, contudo, que só elas podiam pôr em acção as novas ideias, convertendo-as em progresso. Por outras palavras, e num momento em que as esperanças suscitadas pela revolução republicana ainda não tinham esmorecido, o professor julgava oportuno lembrar aos poderes públicos que as reformas do sector, já acontecidas ou planeadas, teriam de ter o acordo prévio dos membros da profissão.

O panorama, higienista e sanitário, do país, tal como foi traçado pelos congressistas de 1912, era desolador. Por exemplo, Aguiar Cardoso recordava que “a imensa maioria da população” habitava o meio rural e que aí a situação “é positivamente misérrima”<sup>70</sup>. E prosseguia, recordando que os municípios, “em geral “mostravam o maior desinteresse”<sup>71</sup>, desdenhando reformas sanitárias, não provendo o saneamento do concelho e adiando quaisquer iniciativas que visassem a salubridade. “A regulamentação dos serviços” de saúde pública até podia ser óptima, mas as municipalidades “longe de se interessar por essas questões antes as tinham por impertinentes”. E, sublinhava este paradoxo: nas cidades, onde a probabilidade de encontrar vereadores mais sensíveis aos problemas de saúde colectiva era maior, o Estado tomava a seu cargo os serviços sanitários; nos meios rurais, onde a ilustração das vereações era um bem escasso, o Estado delegava nas autarquias os serviços. Reivindicava, por isso e com a maior veemência, e também por razões de estratégia epidemiológica, a necessidade de centralização dos serviços de saúde, a formação de um corpo médico “extra-municipal, subordinado às superiores entidades técnicas, mas com independência local” e o fim das disparidades das situações.

---

<sup>69</sup> PINHO, Cândido de – “Sessão inaugural. Discurso”. *Congresso Nacional de Deontologia Médica e Interesses Profissionais*. Porto: Tipografia Mendonça, 1912. p.35.

<sup>70</sup> CARDOSO, António Augusto Aguiar – “Medicina Pública em meio rural”. *Congresso Nacional de Deontologia Médica e Interesses Profissionais...*, p.58.

<sup>71</sup> *Idem, ibidem*, p.60.

Um outro tema também largamente abordado foi a situação dos médicos nos estabelecimentos de assistência. Frequentemente diferenças de opinião técnicas e de gestão, a acumulação de cargos em diferentes estabelecimentos, ou o provimento dos médicos nos cargos hospitalares opunham os médicos e as administrações ou os clínicos às autarquias, como sublinhava Américo Pires de Lima<sup>72</sup>. Também este médico do Hospital de Santo António pedia maior intervenção reguladora e regulamentadora por parte do Estado.

Almeida Garrett<sup>73</sup>, por seu lado, questionava o sistema hospitalar. Em primeiro lugar exigia maiores restrições no acesso aos hospitais. Indignava-se o médico portuense com o facto dos indivíduos não indigentes recorrerem a serviços gratuitos prestados pelo hospital, com isso prejudicando a clínica privada. Reivindicava, igualmente, a proibição absoluta dos estabelecimentos de assistência prestarem serviços médicos pagos pois isso constituía “concorrência deslealíssima”, muito lesiva dos interesses profissionais dos médicos. Concluía afirmando que “a tendência do público a aproveitar-se dos serviços gratuitos criados para os indigentes e a extensão dos serviços remunerados nos hospitais vão-se tornando dia a dia tão evidentes que, se não tratarmos quanto antes de as aniquilar, prometem ser amanhã, só de per si, a causa de uma terrível crise profissional”.

Para finalizar, não se poderia esquecer que, em 1927, se reuniu no Porto o II Congresso Nacional de Medicina. Uma das sessões da reunião foi dedicada ao debate dos modelos de organização profissional. Cândido da Cruz, professor da Faculdade de Medicina do Porto, equacionou os méritos e deméritos de diferentes modelos de associativismo: Sindicato, Ordem e Associação. O docente da Faculdade portuense preferia esta última por entender que ela minimizaria a ingerência do Estado<sup>74</sup>. As associações médicas de índole científica ou profissional não só promoviam a discussão de casos e inovações, como estimulavam a solidariedade grupal e promoviam a defesa de interesses colectivos. E comumente assumiam, ainda que informalmente, a vigilância moral sobre os seus membros<sup>75</sup>.

## Conclusão

Em 1923, Ricardo Jorge fez um balanço da situação sanitária do país. Nas palavras do ainda Director Geral de Saúde: “nem uma cidade está salubrizada em termos, a começar pela cabeça servida por maus esgotos com um colector que significa a maior monstruosidade de engenharia urbana, e mal abastecida de águas sem o menor preparo a distribuir a febre tifóide pelos domicílios”; e continuava dizendo que “em Portugal

---

<sup>72</sup> LIMA, Américo Pires de – “Provimento dos médicos nos grandes hospitais”. *I Congresso de Deontologia Médica...*, p.123.

<sup>73</sup> GARRETT, Almeida – “Exercício de Medicina e Estabelecimentos de Assistência”, *ibidem*, p.132.

<sup>74</sup> CRUZ, Cândido da – “A Organização da classe médica”, *Congresso Nacional de Medicina. Notícia do I Congresso (Lisboa, Maio de 1898). Actas do II Congresso*, Porto, Tip. Da Enciclopédia Portuguesa, 1927.

<sup>75</sup> Sobre este assunto, COSTA, Rui Manuel Pinto – “A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo”. *Revista da Faculdade de Letras, História*. Porto. Vol.8 (2007) p.355-381; e *idem*, *O Poder Médico e o Estado Novo (1945-1974). Afirmção, legitimação e ordenamento profissional*. Porto: U. Porto Editorial, 2009. p.173-200.

há uma zona extensa da população onde os mortos gozam de honras de enterro nas igrejas e para metade dos óbitos desconhecem-se as causas de morte”<sup>76</sup>.

O diagnóstico pessimista tem de ser contextualizado: Portugal atravessava uma crise política, económica e financeira, a guerra terminara há pouco, as faltas de géneros continuavam a ser sentidas e, ao longo dos anos republicanos, as várias e graves epidemias (tifóide, tifo, varíola e gripe pneumónica) tinham sido responsáveis por uma mortalidade sem precedentes. Ricardo Jorge lamentava que a reestruturação da saúde pública iniciada em 1901 não tivesse dados os frutos que se esperava, pelo que as palavras do Director queriam reforçar a ideia da urgência e necessidade de uma nova reforma.

Do ponto de vista dos técnicos de saúde, os investimentos tinham sido muito insuficientes - quer na educação sanitária, na propaganda higienista, na construção de infraestruturas de saneamento - e os conflitos constantes com a administração central e local demonstravam que a saúde pública ainda não se tornara numa prioridade política. Continuavam a faltar técnicos qualificados - médicos e engenheiros sanitários, peritos forenses, médicos municipais, pessoal de laboratório e enfermagem (sem esquecer a minguada de médicos com formação em Medicina Tropical).

A transformação sanitária e higiénica exigia meios financeiros avultados cujos benefícios só muitos anos depois seriam verificáveis. Pelo que, ainda que retoricamente as elites governamentais as acolhessem, o tempo curto da política não contribuía para a que elas se transformassem em realidade (e serviam muitas vezes às acusações de despesismo).

Dito isto há que admitir que no período entre 1890 e 1926 a intervenção estatal na saúde pública e na assistência se alargou e se reforçaram os mecanismos de controlo e vigilância sobre as actividades privadas que prestavam o seu concurso nestes domínios, também porque os subsídios pontuais ou permanentes concedidos pelo Estado permitiam essa ingerência. A fórmula encontrada parecia responder bem aos desejos de todas as partes: a administração pública não assumia encargos directos mas podia articular as diversas actividades e tutelar o funcionamento das instituições privadas; e estas, por sua vez, podiam assegurar o funcionamento de boa parte da assistência.

A ideia de que a saúde era primariamente uma responsabilidade individual - e que se manteve para além do período aqui estudado - convinha a uma filosofia política que procurava limitar os encargos directos e permanentes do Estado e servia ainda melhor os desideratos corporativos de um grupo que queria manter o seu estatuto de profissão liberal. E com isto os médicos também exprimiam a repugnância em aceitar limites à sua actuação profissional, mesmo quando desejavam que o alargamento da intervenção pública lhes assegurasse uma posição certa e remunerada nos quadros da administração.

No que à saúde diz respeito, a concretização do Estado-Providência ainda teria um longo percurso pela frente,

---

<sup>76</sup> JORGE, Ricardo - *A Propósito de Pasteur. Discurso proferido em comemoração do centenário pastoriano na Faculdade de Medicina de Lisboa aos 25 de Abril de 1923*. Lisboa: Portugália Editora, 1923. p. 58-59.