

A CONSCIÊNCIA SANITÁRIA EM PORTUGAL NOS SÉCULOS XVIII-XIX

JOÃO COSME*

Resumo: Neste artigo pretende-se documentar como a consciência sanitária se manifestou ao longo dos séculos XVIII e XIX. Este conceito é deveras importante pois através dele conseguimos perceber como se lutou contra a mortalidade ao longo destes séculos já que a ação médica e medicamentosa apresentava uma eficácia muito baixa.

Para o efeito, recorremos a obras literárias, obras médicas, legislação assim como programas de estudos das escolas superiores onde se estudava a medicina e a cirurgia.

Palavras-chave: Consciência sanitária; História da população; Transição sanitária; Hospitais.

Abstract: The aim of this article is to show how health awareness developed during the 18th and 19th centuries. The concept of health awareness is highly relevant to our understanding of the efforts developed to decrease mortality in a period of time where medical and pharmacological measures were generally inefficient. In order to achieve this goal, literary and medical books as well as legislation and medical and surgical schools' syllabuses were analysed.

Keywords: Health awareness; Population history; Health transition; Hospitals.

ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Esta problemática insere-se no debate levado a cabo na sociedade ocidental sobre a transição demográfica, cujas características essenciais foram a diminuição da fecundidade e da mortalidade. A quebra desta última variável mereceu particular interesse. Por isso, procurou-se compreender a relação que existiria entre os padrões epidemiológicos, os processos de modernização e as modificações ao nível da saúde.

Foi dentro desta dinâmica que, em 1971, Omram usou a expressão *transição epidemiológica*. Este autor realçou a importância das abordagens multidisciplinares e propôs a existência de três etapas neste processo de transição:

- 1 – *Pestes e fomes com uma mortalidade elevada;*
- 2 – *A mortalidade começa a descer à medida que diminuem e, posteriormente, desaparecem as crises epidémicas;*
- 3 – *Presença das doenças degenerativas.*

Foi neste âmbito da teoria da transição epidemiológica que surgiram na década de setenta do século XX duas teorias explicativas da quebra da mortalidade:

- 1 – *Progressos médico-científicos da Medicina em que se atribuía este sucesso às tecnologias sanitárias;*
- 2 – *Melhorias dos recursos socioeconómicos. Esta teoria teve como seu grande expoente McKeown que atribuía este papel à alimentação.*

* FLUL. Email: jcosme@fl.ul.pt.

No princípio da década de noventa Josep Bernabéu Mestre critica-as, negando a monocausalidade e defendendo as explicações multifatoriais.

Seria num contexto de crítica académica que, em 1973, Lerner apresentou o conceito de *health transition* como extensão do conceito de transição epidemiológica. Do ponto de vista gnosiológico, este novo conceito de transição sanitária significou um salto qualitativo, já que pretendia explicar as mudanças sociais e comportamentais que ocorreram durante a transição sanitária, enquanto que a transição epidemiológica se limitava a descrever as mudanças nos perfis da mortalidade e da morbidade das populações, com base na avaliação dos ganhos, recorrendo-se, para o efeito, essencialmente ao estudo da mortalidade por idades e por causas, algo que do ponto de vista documental é praticamente impossível para o século XVIII e parte do XIX.

O conceito de transição sanitária seria aproveitado pelos historiadores da população que entendem a transição como um processo dinâmico, global e contextualizado. Dizemos global porque tenta abordar todos os possíveis fatores e determinantes que estariam por detrás das mudanças; mas também não se esquece de ter em conta as especificidades de cada local. Diríamos que tem uma dimensão *glocalizante*¹.

Para mais facilmente compreendermos a diferença entre os conceitos de transição sanitária e de transição epidemiológica sugerimos o seguinte exercício prático: assim, se perguntarmos **como** teve lugar esta descida, estamos a falar de transição epidemiológica; por sua vez, se nos debruçarmos sobre o **porquê** dessa descida já estamos a falar de transição sanitária. Isto é, interrogamo-nos sobre as mudanças nas condições de saúde da população.

Para se compreender com maior precisão o porquê da mudança importa ter em conta a atenção sanitária. Preferimos aqui denominar este conceito por consciência sanitária pois julgamo-lo mais expressivo, já que nele se inclui a postura e a valoração que as comunidades atribuem a certos riscos, além de que só pode existir vontade de adaptação a novas práticas comunitárias e a novos comportamentos se efetivamente as comunidades assumirem como próprios certos valores e perspetivas.

Esta atenção manifestou-se em diversos patamares, individual com a publicação de obras escritas, institucional com medidas legislativas tomadas pelo Poder central, e também através de medidas de carácter municipal. Tendo em conta estes pressupostos, passamos a comentar alguns dados que, em nosso entender, são tópicos exemplificativos da consciência sanitária no período em estudo.

1. LITERATURA MÉDICA

Em conformidade com o que se acabou de referir, passamos a analisar o conteúdo de dois livros de dois autores portugueses.

Começamos precisamente pelo *Tratado de Conservação da Saúde dos Povos*, obra da autoria do médico português António Ribeiro Sanches. Este distinto médico nasceu em

¹ Esta expressão é da nossa responsabilidade. Com ela pretende-se vincar a dimensão local devidamente inserida e contextualizada.

Penamacor em 7 de março de 1699 e faleceu em Paris em 14 de outubro de 1783. Por ser de origem judaica teve de abandonar Portugal em 1726 para fugir à perseguição inquisitorial. Entre 1734-1747 esteve na Rússia, onde chegou a ser médico da Corte, fixando-se depois em Paris, onde escreveu, em 1756, a obra supra mencionada.

No prólogo desta obra, o autor é bem claro sobre os motivos que estiveram presentes na sua elaboração. Com este trabalho, «pretendeu mostrar a necessidade que tem cada Estado de leis e de regramentos para preservar-se de muitas doenças, e conservar a saúde dos súbditos; se estas faltarem toda a Ciência da Medicina será de pouca utilidade: porque será impossível aos médicos e aos cirurgiões, ainda doutos e experimentados, curar uma epidemia ou outra qualquer doença numa cidade onde o ar for corrupto e o seu terreno alagado. Nem a boa dieta nem os mais acertados conhecimentos nestas artes produzirão os efeitos desejados»².

A conservação da saúde torna-se o escopo desta obra, ao longo da qual desenvolve uma dimensão promocional de práticas político-sociais que evitem a perda da saúde. Nela aborda vários aspetos, entre os quais podemos elencar a localização das povoações, a organização estrutural do espaço urbano e recomendações para as construções. Nos capítulos IX e X alerta para os inconvenientes que existem com a localização das povoações em zonas pantanosas, nomeadamente em zonas próximas dos campos de cultura do arroz. Diz explicitamente que «nenhuma vila ou cidade poderá jamais ser sadia se nos arredores houver paúles, atoleiros e águas encharcadas»³.

Tece, também, considerações sobre a organização estrutural das localidades, nomeadamente sobre o interesse das calçadas, a necessidade de limpeza das ruas, a importância das canalizações para escoamento das águas domésticas e pluviais. Alerta para o problema de se «considerar as ruas como os repositórios de todas as imundíces ou que saem dos animais ou que resultam das artes necessárias à vida civil. Haveria em cada cidade, vila ou lugar, lei inviolável que cada morador tivesse limpa cada dia pela manhã a fronteira da sua casa, com tanto rigor»⁴. Segundo Ribeiro Sanches de «pouco serviria todo o cuidado do magistrado na fábrica das ruas, praças, aquedutos e cloacas, se não insistisse no quotidiano cuidado de conservar a cidade limpa»⁵.

Dedica, ainda, particular atenção aos enterramentos, defendendo que estes não se deveriam realizar nas igrejas. Em defesa da sua tese alega que os enterramentos dentro das igrejas deveu-se a uma decisão dos séculos IX e X. Para o comprovar traz à colação o cânon XVIII do Concílio Bracarense de 561 que diz:

Item, placuit corpora defunctorum nullo modo in Basilica Sanctorum sepeliantur, sed si necesse est deforis murum Basilicae.

² SANCHES, 2003: 2.

³ SANCHES, 2003: 23.

⁴ SANCHES, 2003: 27.

⁵ SANCHES, 2003: 27

Também as águas de consumo merecem especial atenção. Em sua opinião, «quando faltarem as fontes, a água dos rios poderá suprir esta falta: a da chuva, guardada em cisternas, cada ano limpas. Em seu lugar a dos poços com a mesma cautela, mas seria útil antes de bebê-las ou mandar dar-lhe uma única fervura. (...). Todos sabem os perniciosos efeitos de beber águas encharcadas; e não obstante, pouco cuidado temos de mandar limpar frequentemente as fontes, os poços e principalmente as cisternas»⁶.

Defende, ainda, não só a limpeza das casas, sejam elas de cariz privado ou comunitário, mas também que o sol penetre facilmente no seu interior e que sejam devidamente arejadas. Por fim, dedica também particular atenção à necessidade de limpeza e renovação do ar das instalações de cariz comunitário, tais como conventos, prisões e hospitais⁷.

Crítica, também, o ensino das escolas de arquitetura por, segundo ele, apenas se ministrarem ensinamentos sobre a construção e não haver ensinamentos sobre regras que devem seguir, tendo em vista o bem-estar das populações. A este propósito, Ribeiro Sanches é muito explícito sobre este tema, conforme se vê pelo trecho que se segue:

*Fundaram-se as Escolas de Architectura Civil e Militar, mas não vemos que os architectos instruídos nellas, façam da Física geral na prática destas artes. Aprendem com perfeição como deve ser edificada uma cidade, uma praça, um templo ou outro qualquer edificio público com toda a majestade, distribuição e ornato, mas não vemos praticadas as regras que contribuem à Conservação da Saúde*⁸.

De seguida, passamos à análise do *Tratado de Polícia Médica*, da autoria de José Pinheiro de Freitas Soares, editado em 1818. Este autor nasceu em Águeda em 1769 e faleceu em Lisboa em 1832. Era bacharel em Medicina pela Universidade de Coimbra. Na sua qualidade de médico integrou a Junta de Saúde Pública, e também foi eleito sócio efetivo da Academia das Ciências de Lisboa. José Pinheiro de Freitas Soares começa o seu tratado acentuando que os códigos de polícia são fundamentais para a existência da harmonia social, boa ordem e segurança pública. De resto, foi com base no pressuposto da importância positiva dos códigos para o desenvolvimento social que elaborou o seu *Tratado de Polícia Médica*. Segundo ele, justifica-se, já que:

*(...) esta Sciencia porém, abrangendo muitos e varios objectos, toca também aquelle de conservar a saúde do homem na sociedade, e de lhe prolongar a vida, a fim de augmentar a população que hé a primeira fonte da riqueza nacional; e d'aqui vem a necessidade do conhecimento da Hygiene Publica, cujos preceitos versando sobre a direcção das faculdades phisicas e moraes do homem e sobre a salubridade dos differentes objectos que tem realação com a sua existencia, são da partilha immediata da Polica Medica para a sua execução*⁹.

⁶ SANCHES, 2003: 30.

⁷ SANCHES, 2003: 36-40.

⁸ SANCHES, 2003: 2.

⁹ SOARES, 1818: 1.

Do ponto de vista organizacional, propõe que em cada comarca do Reino houvesse um provedor-mor da saúde e em cada câmara um provedor-menor da saúde e em cada freguesia um juiz da saúde. No capítulo VIII defende a construção das cadeias em locais saudáveis, e que os presos doentes estivessem separados dos sãos. A esta premissa, acrescenta a obrigatoriedade dos aposentos dos presos serem varridos todos os dias e lavados de oito em oito dias¹⁰. De seguida dedica o capítulo IX à polícia da saúde dos hospitais¹¹. Importa desde logo frisar que, para o autor, os hospitais quando se localizam nas grandes cidades são «interessantes casas de caridade».

No capítulo XI fala sobre os matadouros e açougues, onde defende que estes «deviam ser conservados na maior limpeza»¹², e que todos os restos dos animais abatidos deveriam ser enterrados em sítios escusos e determinados, e nunca os lançar nos rios ou ribeiros mais próximos já que essa água era utilizada pelas respetivas populações para seu consumo. É nesta sequência que no capítulo XVIII faz a defesa da necessidade das águas utilizadas serem potáveis. Para ele, «a água hé a principal, e mais natural bebida do homem; e por tanto hé necessário, que ella seja a mais pura possível, visto que da sua impureza, ou má qualidade podem resultar muitas moléstias aos habitantes das diferentes povoações»¹³.

Para o efeito, apresenta critérios de determinação de pureza deste líquido. Para José de Freitas Soares, «dá-se por boa aquella agua, que não offerece à vista, ao sabor, e ao cheiro substancias estranhas em dissolução, ou em suspensão»¹⁴. Dedicar também o capítulo XXVII à defesa da salubridade das habitações e domicílios. Nele são defendidos princípios a ter conta, tais como o asseio e ventilação das habitações, particularmente daquelas onde há agrupamentos de pessoas, como em igrejas, hospitais e prisões; qualquer edificação habitacional deveria ter parecer prévio positivo da Junta da Saúde, e os cemitérios deveriam ser construídos fora das cidades. Como facilmente se constata, os postulados até agora sugeridos por Freitas Soares são muito idênticos aos que António Ribeiro Sanchez também exarou no seu livro. Cumpre, no entanto, acrescentar que o médico nascido em Águeda apresentou algumas propostas inovadoras, entre as quais queremos vincar a chamada de atenção para o impacto negativo da localização dos estabelecimentos industriais e das unidades de manufaturas dentro dos agregados urbanos, assim como alguns cuidados a ter com os alimentos e as bebidas. A reflexão sobre a qualidade destes é desenvolvida ao longo de vários capítulos, enquanto a localização daqueles estabelecimentos foi abordada no capítulo XXVIII, onde expressa a seguinte opinião:

(...) desgraçadamente porem hum grande numero destes estabelecimentos não só hé nocivo aos empregados, mas também aos habitantes das cidades e povoações em cujo centro residem. Por este motivo rigorosas leis de policia, em muitas nações da Europa tem prohibido semelhantes estabelecimentos dentro das cidades e villas, fazendo-os passar para os seus arrabaldes

¹⁰ SOARES, 1818: 92-99.

¹¹ SOARES, 1818: 99-116.

¹² SOARES, 1818: 120.

¹³ SOARES, 1818: 200.

¹⁴ SOARES, 1818: 200.

*ou para o campo; pois que a experiência, sempre superior a toda a theoria, tem mostrado que da sua visinhança resultam aos povos graves moléstias, assim agudas como chronicas*¹⁵.

Note-se que José de Freitas Soares foi pioneiro na procura de um justo equilíbrio entre desenvolvimento e natureza; pode afirmar-se mesmo que foi um dos pioneiros da ecologia humana. Este equilíbrio encontra-se muito bem explicitado quando afirma que «Hé de primeira necessidade conciliar a prosperidade e augmento das artes com a segurança da Saúde Publica»¹⁶.

Em síntese, pode dizer-se que estas duas obras se inserem num contexto próprio de desenvolvimento de estratégias sanitárias. Para melhor compreender esta dinâmica, relembramos o que diz Michel Foucault sobre a medicalização da sociedade¹⁷. Segundo ele, esta realidade traduz-se na passagem de uma medicina de matriz individual baseada na relação médico-doente, para uma medicina social, onde se estabelece uma relação médico-sociedade. Daí a chamada polícia médica, o que significa o controlo e vigilância pela medicina de diversas áreas da vida social, doutrinando sobre comportamentos coletivos, sobretudo nas práticas relativas à limpeza, focos de insalubridade, atingindo a dimensão familiar e a intimidade. Esta alteração é visível quando se observa que, numa primeira fase, os manuais falam em «conservação da saúde» e depois passam a ter a designação «polícia médica»; isto é, medidas que todos devem observar.

2. INSTITUIÇÕES

Depois de termos apresentado o pensamento de dois médicos portugueses, e em conformidade com o que anteriormente dissemos, passamos a referir algumas medidas ao nível institucional. Começamos, precisamente, por lembrar que foi com a *Provedoria-mor da Saúde*, fundada pelo decreto de 15 de dezembro de 1707, que se começou a implementar administrativamente uma estrutura sanitária no País. É neste contexto que, em 1771, o provedor-mor da saúde de Lisboa, Luís de Vasconcellos e Sousa, imbuído das ideias miasmáticas, estava muito preocupado com os «ares inficionados» que as pessoas respiravam, particularmente nas igrejas. Por isso, alertava para as consequências negativas dos enterramentos nas igrejas, colocando a seguinte questão:

– E que coisa há mais própria para inficionar o ar, do que os vapores subis que lançam de si os corpos possuídos da corrupção?

*(...) Não haverá freguezia alguma nesta côrte que tenha tantas sepulturas, quantas seriam precisas para não se abrirem com frequência: a multidão dos freguezes, e por cosenquencia dos mortos, faz com que ainda nas maiores egrejas seja preciso que se abram as sepulturas antes de consumidos os corpos, para terem logar os que de novo devem depositar-se nellas*¹⁸.

¹⁵ SOARES, 1818: 361.

¹⁶ SOARES, 1818: 363.

¹⁷ FOUCAULT, 2005a: 79-98.

¹⁸ *Elementos para a História do Município de Lisboa*, 1911, p. 300-301.

As instituições responsáveis pela saúde comunitária também passaram a preocupar-se com as consequências que os animais doentes pudessem ter na saúde humana. Esta preocupação encontra-se bem documentada no capítulo VII do *Tratado de Polícia Médica* de José de Freitas Soares. Segundo a conceção deste autor «as molestias pestilenciaes dos animais se propagam por meios mais multiplicados do que a peste humana»¹⁹. Esta ação sanitária seria, por isso mesmo, estendida aos médicos veterinários que passaram a ser responsáveis pela vigilância sanitária dos animais vivos importados e existentes no País. É nesta perspetiva que, em 1894, foi publicado o *Regulamento Geral da Saúde Pecuária, Polícia Higiénica e Sanitária dos Animais*²⁰, cujas competências mais significativas se encontram prescritas no art.º 2º, e que passamos a transcrever:

Nº 4 (...) proibir a entrada no paiz, ou impor e agravar quarentenas, quer na raia, quer nos portos marítimos, ao gado morto ou vivo, ou aos productos animaes ou vegetaes susceptíveis de infecção, procedentes de qualquer paiz onde grasse ou se suspeite grassar moléstia contagiosa, de índole epizootica, não devendo dar-lhes livre pratica senão nos termos d'este regulamento, depois de receber as devidas participações das auctoridades administrativas e consulares respectivas, e o parecer da junta consultiva de saúde pecuária.

Nº 9 (...) Mandar applicar às rezes suspeitas de contaminação peripneumonica o morticínio preventivo, nos casos previstos no nº 3º do artigo 83 deste regulamento.

Ficavam, ainda, sob a alçada sanitária dos veterinários os seguintes elementos:

Artº 57 O gado vivo ou morto de qualquer pecuaria, e bem assim as banhas e carnes frescas, seccas e salgadas, ensacadas, fumadas, ou por qualquer forma preparadas, destinadas ao consumo, serão permanentemente submettidas à inspecção sanitaria de um medico veterinario.

Artº 60 As abegoarias, curraes, pateos e casas dos matadouros onde tenham estado animaes atacados ou suspeitos de molestia contagiosa, serão convenientemente beneficiados e desinfectados.

§ unico. É obrigado o pessoal das casas de matança e das officinas de preparação de miudezas, tripas, sebo, sangue, ou de outros despojos animaes, a submeter-se às operações de beneficiação e desinfecção que a administração dos matadouros prescrever.

Artº 61 As banhas e carnes frescas, e bem assim as carnes seccas, salgadas, ensacadas, fumadas, ou por qualquer modo preparadas, que, nas estações de inspecção sanitaria, forem consideradas insalubres ou perigosas, por estarem putrefactas, alteradas ou inficionadas de molestia contagiosa ou infectuosa, serão immediatamente inutilizadas no local da inspecção, aspergidas ou regadas com qualquer solução desinfectante, devendo ser preferida a solução de acido phenico ou da essencia de terebinthina, e, conduzidas, com a necessaria fiscalisação, para o esartejadouro mais proximo, ou para o local onde devem ser enterradas.

¹⁹ SOARES, 1818: 81.

²⁰ *Diário do Governo*, n.º 44, de 23 de fevereiro de 1889. Também segundo o art.º 31º, «os animaes vivos de qualquer espécie, e bem assim as rezes mortas, visceras e carnes frescas, salgadas, seccas, fumadas ou por qualquer modo preparadas para o consumo publico, que forem introduzidas no continente do reino e nas ilhas adjacentes» deveriam ser sujeitos à inspeção sanitária dos médicos veterinários.

O ano de 1903 seria prolífero na regulamentação²¹ dos serviços de fiscalização dos produtos agrícolas e da sanidade pecuária. Este instrumento legal visou a reorganização dos serviços de fiscalização técnica, regras de seleção e atuação com as amostras, além de se discriminarem os produtos sujeitos a estas normas. Caíram na sua alçada vários produtos alimentares de origem agrícola (particularmente as bebidas) e animal. Também o alojamento e o estado sanitário dos animais, bem como as instalações conexas com as atividades económicas da área agro-pecuária, não foram descuradas. Merece particular interesse o capítulo XVI, que aponta um conjunto de normas específicas aos alojamentos dos animais nas cidades de Lisboa e do Porto. Prescreve-se no art.º 159º que «para a construção de qualquer *cavallariça, estalagem de recolha de solípedes, vaccaria ou estabulo*, nas cidades de Lisboa e Porto, é obrigatório a prévia autorização da respectiva câmara municipal». Especifica ainda que a construção destes estabelecimentos precisava de despacho favorável das respetivas câmaras municipais. Frisa, por isso, no art.º 161º, que os despachos devem estar «em harmonia com a informação do director dos serviços de sanidade pecuária, no que respeita à hygiene dos alojamentos».

Também a *Intendência Geral da Polícia da Corte e dos Reinos* teve uma ação notável na defesa da saúde comunitária. O cargo de intendente geral da Polícia da Corte e dos Reinos foi criado pelo alvará de 25 de junho de 1760. Depois desta data a Intendência Geral da Polícia veria os seus poderes ampliados. Pelo edital de 14 de Agosto de 1788, o intendente geral da Polícia da Corte e Reino determinava que «todas as pessoas a quem morrerem cavalgadas ou cães que os mandem logo enterrar em covas fundas de que não possam exalar algumas partículas que inficionem o ar e prejudiquem a Saúde Pública»²².

Em 1791, a jurisdição do intendente geral da polícia estendia-se aos atos e comportamentos perturbadores da saúde da comunidade. A sua ação alargava-se não só ao «policiamento da medicina, cirurgia e farmácia; [mas passava também pela obrigação] de recolher as mulheres infelices que se acharem com enfermidades venéreas»²³. O art.º 51º deste mesmo regulamento atribuía-lhes competências nas «enfermidades hypidemicas», enquanto que no art.º 54º, estabeleciam-se as preocupações a ter nos cemitérios com a profundidade a que se deviam enterrar os cadáveres. Foi neste contexto que se pensou construir três cemitérios em Lisboa. Para o efeito, Luís Dias Pereira, corregedor do crime do Bairro dos Remolares, acompanhado por Ignacio Tamagnini e Manuel Luís Álvares de Carvalho, médicos da Real Câmara, produziu um documento muito interessante sobre os locais onde se poderiam construir estes cemitérios bem como as freguesias que ficariam anexas aos mesmos. Foram apontadas oito localizações.

Por ordem do intendente determinou-se realizar uma visita às diversas igrejas de Lisboa. Nesta vistoria, deveriam examinar-se os «covaes, sepulturas e carneiros das igre-

²¹ Para o efeito publicou-se o *Regulamento da Organização dos Serviços de Fiscalização Técnica dos Produtos Agrícolas e de Sanidade Pecuária*, in *Diário do Governo*, n.º 290, de 24 de Dezembro de 1903.

²² *Collecção de leis, (...) desde o anno de 1788 até 1793*, Lisboa, p. 58.

²³ IAN/TT, *Ministério do Reino, Intendência Geral da Polícia*, Ms 454, cx. 569, doc. 9.

jas, e [se nos] semiterios se sentiam cheiros de corrupção; se os cabeças de saúde e coveiros cumpriam com as suas obrigaçoens». O texto do relatório²⁴ produzido é de excepcional qualidade informativa sobre as condições higio-sanitárias observadas nas igrejas de Lisboa. Por exemplo, ficamos a saber que na igreja de Nossa Senhora dos Anjos da Mouraria «hé tal o fedor que os padres apressam os officios». Ficou-se também a conhecer que o coveiro de São Pedro de Alcântara «não cumpre o seu dever», e que na igreja do Hospital da Graça «às vezes se não pode suportar o máo cheiro».

Por sua vez, o cemitério do Hospital de S. João de Deus «(...) ainda que descuberto, exhala sensível cheiro de corrupção, talvez por pouca profundidade das covas, e se acharem a hum canto fora das covas quatro cadáveres ainda em parte de carne mal consumida, e com cabellos pegados à caveira». O quadro descritivo do que acontecia no cemitério da calçada de Santa Anna era parecido, pois «faz horror, porque se vêem os corpos fora da terra, e apenas lhe deitam sinco ou seis sestos de terra por sima; exhallando conseqüentemente insupportável cheiro. E os coveiros não cumprem absolutamente as suas obrigações. Todos os moradores daquella vexinhaça se queixam unanimamente». S. Vicente de Fora é referido como o único sítio onde não existia mau cheiro.

A preocupação com os enterramentos nas igrejas deu azo a uma vasta legislação. Por exemplo, em 5 de abril de 1796 foi publicado um decreto onde se autorizava a compra de terrenos para a construção de dois cemitérios em Lisboa. Seria com os alvarás de 27 de março de 1805 e de 18 de outubro de 1806 que se determinou a criação de cemitérios públicos. Estas medidas legislativas não foram implementadas. Pelo decreto de 8 de Outubro de 1835 determinava-se não só que cada corpo deveria ser enterrado individualmente mas também a profundidade em que o cadáver deveria ser depositado. A maior parte destas medidas não passaram do papel. Seria necessário esperar pelas normas de Costa Cabral para que os enterramentos se comesçassem a fazer fora das igrejas.

As trasladações de cadáveres e ossadas também mereceram particular atenção e cuidados por parte do legislador. Na sequência da portaria circular de 17 de maio de 1869, a portaria de 7 de janeiro de 1875 estabeleceu as normas a ter em conta nestas trasladações. O transporte de pessoas falecidas com doenças contagiosas²⁵ também foi contemplado. Assim, os carros que as transportassem deveriam obrigatoriamente ser desinfetados, exceto se se provasse, através de atestado do administrador do cemitério em que se fazia a inumação, que o cadáver fora encerrado em caixão de chumbo já soldado.

3. ESTATÍSTICA SANITÁRIA

A palavra estatística deriva do étimo latino *Statisticum* que significa o que trata, ou diz respeito ao Estado. Diz-se que a expressão estatística foi utilizada pela primeira vez, em 1746, por Gottfried Achenwall (1719-1772) da Escola Alemã de Göttingen. Este autor ten-

²⁴ IAN/TT, *Ministério do Reino, Intendência Geral da Polícia*, Ms 454, cx. 569, doc. 8. As descrições sobre o que acontecia nas outras igrejas eram muito semelhantes.

²⁵ Decreto de 2 de julho de 1894.

tou convencer os soberanos da importância do levantamento de dados sobre o estado das coisas, como por exemplo o número de nascimentos, de óbitos, de doenças, de epizootias bem como dos recursos.

Em Portugal, foi com o intendente geral da Polícia, Diogo Inácio de Pina Manique que se deu instruções aos provedores e corregedores das comarcas do Reino para que, a partir de fevereiro de 1783, remetessem anualmente uma relação individual das almas, discriminando sexo, número de batismos, óbitos e casamentos. O conhecimento profundo do estado da população era um princípio essencial do fisiocratismo, assumido pelo «memorialista» português António Henriques da Silveira²⁶ que, em 1789, escreveu:

Entre os objectos mais interessantes de uma Republica deve ser numerada a população do seu País; porque sem a força que resulta da população, é impossível que a Republica possa conservar-se por muitos anos²⁷.

Porém, este desiderato seria proposto por José Pinheiro de Freitas Soares no seu *Tra- tado de Policia Médica*, onde, no §1 do capítulo V, determinava que «os juizes da saúde dariam conta do numero dos doentes que existissem nas freguezias (...) declarando as molestias debaixo de duas classes, medicas/cirurgicas e endémicas». E no §3 do capítulo II estipulava que as mortes deveriam estar «ordenadas segundo os principaes periodos da vida: infancia (0-13 anos), mocidade (14-27), virilidade (28-55) e velhice (56 até morte senil)».

Em 25 de janeiro de 1812, o notável académico e político, visconde da Lapa²⁸ escrevia que «a estatística (...) é o conhecimento do Estado»²⁹. Esta dinâmica de interesse pelos dados objetivos referentes à população e seus problemas é de extrema importância não só porque nela está subjacente a consciência e conhecimento objetivo dos problemas mas sobretudo porque, como muito bem refere Jean-Charles Sournia, servirá de suporte à saúde das nações³⁰. Quer isto significar que estamos perante o nascimento da estatística sanitária, condição *sine qua non* para se conhecerem os perfis de morbidade e mortalidade das populações.

4. REFORMA DOS ESTUDOS MÉDICOS

Um olhar mais atento sobre as reformas dos estudos médicos permite descortinar não só as alterações efetuadas nos *curricula* dos cursos de Medicina da Universidade de Coimbra mas também alguns dos princípios filosóficos que estiveram subjacentes a estas mesmas mudanças. No texto introdutório da *Reforma de 1772* do curso de Medicina coloca-se em pé de igualdade a conservação e o restabelecimento da saúde; ou seja, valoriza-se da

²⁶ Desconhecem-se as datas exactas do seu nascimento e óbito. Teria nascido em Estremoz em meados do século XVIII e falecido entre 1807 e 1812. Foi lente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

²⁷ SILVEIRA, 1987: 46.

²⁸ O autor é Manuel de Almeida e Vasconcelos, 2º visconde da Lapa, e posteriormente 1º conde da Lapa e 3º barão de Moçâmedes. Nasceu em Luanda em 2 de outubro de 1789 e faleceu em 28 de junho de 1832. Foi sócio da Academia Real das Ciências, além de membro do Conselho Ultramarino.

²⁹ LAPA, 1991: 117.

³⁰ SOURNIA, 1995: 217.

mesma maneira a cura e a preservação da saúde. Para ilustrar o que acabamos de afirmar, trazemos à colação um trecho dos estatutos da Universidade coimbrã de 1772:

Tendo a Medicina por objecto duas cousas de tão grande importância, como são a conservação e restabelecimento da saúde dos homens (...).

A Hygieine também hé hum corollario da Physiologia: porque das causas e efeitos da vida e da saúde resulta o conhecimento dos meios que se hão de applicar para a conservação dellas. Esta hé a parte mais importante da medicina e que infelizmente tem sido pouco cultivada pelos Modernos, esquecidos do exemplo dos Antigos; os quaes, procurando fazer-se úteis à Humanidade, trabalharam muito em estudar e ensinar as regras que se devem guardar para a conservação da saúde: objecto que alem da sua grande importância tem a vantagem de se poder melhor conseguir pois que hé mais fácil conservar a saúde do que restitui-la depois de perdida³¹.

O conteúdo deste trecho é taxativo ao definir que o principal objetivo da medicina deveria centrar-se na conservação da saúde, já que depois de se perder é muito mais difícil recuperá-la. Faz-se o elogio da dimensão preventiva, a qual assenta na implementação de comportamentos e condições propiciadoras da conservação da saúde. É neste contexto que a *hygieine* deveria ser entendida numa dimensão ampla, de modo a mostrar-se «os diferentes meios que se devem empregar para a conservação da saúde, conforme diversa compleição, temperamento, idade, sexo e profissão das pessoas»³². Por isso, introduziu-se no 3.º ano do curso de Medicina a *Higiene* como uma das áreas de estudo dentro do tema geral chamado Instituições.

Em 1836, Passos Manuel³³ reformou os estudos das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto. Mais uma vez, a higiene mereceu particular atenção; a temática higiénica ampliada pois passou a ter no seu plano curricular uma disciplina de Higiene no 4.º ano e Higiene Pública no 5.º ano. Por sua vez, no curso de Medicina da Universidade de Coimbra foi incluída, no 5.º ano, a disciplina de Higiene Pública e Polícia Médica.

As práticas higiénicas ganharam uma dimensão inovadora, não só ao nível privado mas essencialmente nos espaços comunitários.

5. HOSPITAIS

Importa agora apresentar algumas marcas da realidade hospitalar portuguesa nos séculos XVIII e XIX. Como muito bem refere Michel Foucault, «o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova»³⁴. Para sedimentar esta ideia, podemos recorrer a José Pinheiro de Freitas Soares que apelida os hospitais de «interessantes casas de caridade»³⁵. Também José Joaquim Soares de Barros³⁶, na sua *Memória sobre os Hospi-*

³¹ Estatutos da Universidade de Coimbra do anno de MDCCLXXII, 1773, p. 9 e 79.

³² Estatutos da Universidade de Coimbra do anno de MDCCLXXII, 1773, p. 79-80.

³³ *Diário do Governo*, n.º 3, 4 de janeiro de 1837, p. 9-10.

³⁴ FOUCAULT, 2005b: 99.

³⁵ SOARES, 1818: 99.

³⁶ Nasceu em Setúbal em 19 de março de 1721 e faleceu em Sesimbra em 2 de novembro de 1793. Era filho de João Soares de Brito e Isabel Apolónia Teresa de Seixas. Esteve algum tempo a estudar no estrangeiro de onde regressou em 1761. Foi sócio das Academias das Ciências de Berlim, Paris e Lisboa, e autor de várias memórias.

tais do Reino, vinca a dimensão assistencial aos mais frágeis que é prestada pelos hospitais. No seu texto, começa logo por fazer referência à «hospedagem e também à boa guia que ainda hoje se dá ao viandante»³⁷ nos hospitais. Para de seguida acrescentar que aquilo que pretende é «franquear por esta parte um campo muito mais largo aos bons ofícios da caridade, e aos aumentos da população do Estado»³⁸.

Como se pode constatar, a sua preocupação é o crescimento da população. Por isso questiona, os custos, começando por referir que no Hospital de Setúbal, em termos médios, num ano, o número de enfermos é superior 8,74 vezes ao número de mortos, o que quer dizer que por cada mil enfermos entrados neste hospital haveria 114 óbitos. Defende também a proximidade dos hospitais das populações. Afirma ainda que, em termos médios, um doente estaria um mês no hospital. Estes dados levam-no a questionar a relação custo/qualidade. Faz também uma crítica à pouca eficácia dos hospitais no combate à doença, particularmente dos hospitais civis dos maiores centros urbanos. Diz mesmo que:

*O número dos homens que ali [hospitais] se restituem à saúde, não excede o número daqueles, que ao mesmo tempo nas suas casas, nas suas próprias cabanas com tais moléstias, e sem semelhantes auxílios, sem medicina, e sem arte escaparam*³⁹.

Como solução propõe uma análise da ação administrativa dos hospitais. Porém, para que esta possa ser feita com base em critérios científicos sérios e rigorosos defende que se deveria «imprimir anualmente uma notícia do número dos enfermos, e dos mortos, apontando as doenças e os acidentes mais notáveis, o tempo que se demorou cada um dos que ali entraram, ajuntando-se a isso o total dos gastos na soma das respectivas parcelas»⁴⁰. Mais à frente acrescenta que «é nos mais pequenos hospitais aonde habita a caridade sem ostentação com o seu semblante mais tenro»⁴¹, que melhor se previne e se afasta a opulência e a ociosidade, já que nestes havia menos mendigos. O interesse de Soares de Barros pelos hospitais deve-se às preocupações, muito próximas da matriz fisiocrata, que os «memorialistas» tinham pela população. A dimensão populacional era muito importante para o aumento dos meios de subsistência. Para eles havia uma relação biunívoca entre duas variáveis: a população e os alimentos. A este propósito, e com toda a propriedade, José Luís Cardoso refere que «o crescimento passa a ser simultaneamente encarado como fonte e, sobretudo, como consequência do progresso agrícola (...) e não como mero instrumento das políticas de equilíbrio e vantagem da balança de comércio»⁴².

Era neste sentido que José Veríssimo Álvares da Silva, outro «memorialista», defendia que «a felicidade da república não se mede pelas suas grandes conquistas, nem pela extensão dos seus limites, ou pelas minas de ouro, ou prata, que possui; mas sim pela sua

³⁷ BARROS, 1991: 104.

³⁸ BARROS, 1991: 105.

³⁹ BARROS, 1991: 110.

⁴⁰ BARROS, 1991: 110.

⁴¹ BARROS, 1991: 111.

⁴² CARDOSO, 1989: 71.

povoação, e pelos braços que nela trabalham»⁴³. Importa por isso referir que a mudança de paradigma do entendimento da função hospitalar não foi brusca mas efetuou-se ao longo dos tempos. A dimensão terapêutica foi-se paulatinamente impondo sobre a dimensão filantrópica de apoio aos mais frágeis e desprotegidos. A pouco e pouco os responsáveis pelos hospitais começam a preocupar-se com o espaço envolvente do indivíduo, como o ar e a alimentação, entre outros.

Passemos agora a apresentar alguns dados sobre o movimento do Hospital Real de S. José⁴⁴, de Lisboa, no século XVIII.

ANOS	DOENTES EXISTENTES	SAÍRAM CURADOS	FALECERAM	% DE FALECIMENTOS
1718	6.627	5.310	957	15.2%
1758	9.827	8.319	1.508	15.3%
1781	15.980	13.236	1.878	11.7%
1786	15.922	13.922	1.781	11.1%
1789	11.798	9.688	1.308	11.0%
1790	12.676	10.445	1.273	10.0%
1791	14.409	11.928	1.663	11.5%
1792	15.464	11.173	1.371	8.8%
1793	15.163	12.536	1.666	10.9%
1795	17.858	15.085	1.782	9.9%
1796	14.611	12.108	1.415	9.6%
1797	15.906	13.235	1.579	9.9%
1798	17.761	14.802	1.933	10.8%
1799	15.602	13.004	1.666	10.6%

Os dados que acabamos de apresentar confirmam que, em termos médios, ao longo do século XVIII, faleceram 10% dos doentes entrados no Hospital Real de S. José. No Porto a ação médico-assistencial cabia à Misericórdia. Dada a grande afluência de doentes a esta instituição, no biénio de 1766-67 a Mesa da Misericórdia pensou mandar construir um novo hospital. O projeto foi encomendado ao arquiteto inglês John Carr que desenhou um hospital amplo. As obras foram muito lentas e a sua localização não foi a melhor, o que implicou a construção de paredes grossas⁴⁵.

Um século mais tarde, Ramalho Ortigão faria uma crítica contundente à ação curativa destes dois grandes hospitais, pois que, segundo ele, o seu contributo em defesa da saúde das populações era insignificante. Para melhor documentar o seu pensamento, pasamos a transcrever dois trechos d'*As Farpas*:

⁴³ SILVA, 1987: 160.

⁴⁴ MATOS, 1988: 55.

⁴⁵ ALVES & CARNEIRO, 2007: 22-25.

Existem em Portugal dois estabelecimentos monumentais de caridade, os quais nós pomos em nosso dever mostrar-te, leitor amigo, para que tu vejas quanto pode a maior das inépcias corrompendo a maior das virtudes. Trata-se do hospital de S. José na cidade de Lisboa e do hospital da Misericórdia no Porto. A Sociedade das Ciências Médicas, em uma das suas últimas sessões, definiu nas seguintes palavras o hospital de S. José:

É um mau edifício, um grande casarão, impossível de ventilar. Com as janelas fechadas danifica-se prontamente a atmosfera, tornando-se infecta. Com as janelas abertas há um vento insuportável. Quando chove é necessário que os empregados corram a afastar as camas e a colocar bacias em diferentes pontos para apanhar a água. As administrações têm diligenciado melhorar o edifício para evitar tudo isto, mas nada têm conseguido, porque o edifício tem vícios insanáveis (Jornal da Sociedade das Ciências Médicas, nº V, p. 145).

O Sr. Dr. Bernardino António Gomes publicou esta frase:

O hospital de S. José é uma sentina onde se arremessam todas as misérias humanas⁴⁶.

Para além deste discurso opinativo, Ramalho Ortigão apresenta dados sobre a morbilidade, insalubridade e infeção observada no Hospital de S. José, onde:

Não obstante os relevantes progressos que tem feito a ciência nos últimos tempos e as obras por que tem passado o hospital, a mortalidade é hoje igual à que havia há cem anos. De seis doentes morre um. Está provado que o hospital não pode conter mais de 450 doentes. Encerra 850. Nos sótãos do quarto pavimento (!) fizeram-se ultimamente enfermarias para crianças. No primeiro pavimento há muitos doentes que estão em casas sem soalho. O edifício está situado entre vários focos de insalubridade, o hospital do Desterro, o de S. Lázaro, o asilo de Mendicidade.

(...) Dentro da casa onde está estabelecido o primeiro monumento hospitalar do País grassam de contínuo enfermidades especiais daquele sítio – como as febres negras nas regiões dos trópicos. Basta residir no hospital de S. José para adoecer das moléstias que ele, de per si só, origina, influi e contamina⁴⁷.

Fazendo fé nos trechos que acabamos de transcrever, pode dizer-se que, do ponto de vista da medicina curativa, os hospitais não eram parte da solução mas, pelo contrário, integravam o problema.

6. BANHOS

No período em estudo, os banhos caracterizavam-se essencialmente como práticas comunitárias promotoras da saúde. As populações entendiam os banhos como comportamentos saudáveis, isto é, como fator determinante da saúde⁴⁸ e não como uma forma de lazer. Dentro destes, devem distinguir-se os banhos termais dos banhos nos rios. Para docu-

⁴⁶ ORTIGÃO, 1992: 153 – julho de 1872.

⁴⁷ ORTIGÃO, 1992: 154 – julho de 1872.

⁴⁸ A título de curiosidade refira-se que, Egas Moniz, numa das suas teses defendidas no final da licenciatura em Medicina na Universidade de Coimbra, sublinhava que o banho diário fazia bem à saúde.

mentar esta afirmação, trazemos à colação algumas observações anotadas pelos redatores paroquiais⁴⁹ em meados do século XVIII.

No que se reporta aos banhos nos rios, verificamos que, por exemplo, a população de Alquerubim tomava banhos no rio Vouga, não só porque as suas águas eram «puras, como por se lhes comonicarem as das caldas de São Pedro do Sul»⁵⁰. Por outro lado, as águas do rio de Alenquer eram apresentadas, na Memória de Sant'Iago de Alenquer, como excelente remédio para as «as queixas do fígado»⁵¹. Por sua vez, os habitantes da freguesia da Várzea de Alenquer, entendiam que as águas da ribeira de Alenquer eram «excellentes para curar enfermos de pústulas e inflamações»⁵². No que concerne aos banhos termais, os «enfermos pobres» do Hospital de S. Brás da freguesia de Triana, concelho de Alenquer, curavam-se «por meyo dos banhos, ou no rio da dita villa que fica vizinho, ou na agua de huma fonte que nasce na costa do monte, por sima da dita igreja, perto da qual há humas cazas em que se vê vestigios de pedra que parece serviam para os dittos banhos, os quais por antigos documentos consta que se tomavam nas ditas cazas; por isso ainda hoje se chamam dos Banhos»⁵³.

Note-se ainda que, em Lisboa, os banhos termais das Alcaçarias ou do Duque⁵⁴ eram muito afamados no princípio do século XVIII. Em 1716 estes banhos foram reformulados pelo inglês Guilherme Low, cirurgião, e pelo francês Izac Eliot, cirurgião-mor do exército. Após esta remodelação, reabriam ao público em 17 de junho de 1716, passando a dispor de catorze banhos com seus camarotes, sendo seis para homens e oito para mulheres. Num documento da época, escrevia-se que a sua reabertura, era de «grande utilidade publica por terem as mesmas virtudes que a Caldas da Rainha»⁵⁵. Mais tarde, em 22 de agosto de 1780, os reis deixaram o palácio de Queluz e vieram instalar-se na Praça do Comércio para que o rei pudesse «mais comodamente tomar os banhos das Alcaçarias»⁵⁶.

Na segunda metade do século XVIII os banhos das termas são uma prática com uma significativa adesão populacional, sobretudo das camadas com maiores recursos financeiros. A este respeito, referimos que, por exemplo, alguns emigrantes portugueses no Brasil vêm de propósito curar-se às termas das Caldas da Rainha, regressando à terra de Vera Cruz após melhorias dos seus males. No último quartel do século XIX os banhos de mar ganharam especial significado. Para melhor ilustrar esta asserção, ouçamos de novo a Ramalho Ortigão:

⁴⁹ No inquérito enviado pelo marquês de Pombal havia duas questões onde se pretendia saber a qualidade das águas. Na 1ª parte do inquérito, no quesito 23º, perguntava-se: «Se há na terra, ou perto dela, alguma fonte, ou lagoa célebre, e se as suas águas tem alguma especial qualidade». Na 3ª parte, onde se inquiriam as informações sobre os rios, no quesito 11º questionava-se «se tem alguma virtude particular as suas águas».

⁵⁰ COSME & VARANDAS, 2010: 21.

⁵¹ COSME & VARANDAS, 2010: 239.

⁵² COSME & VARANDAS, 2010: 271.

⁵³ COSME & VARANDAS, 2010: 246-247.

⁵⁴ Também eram conhecidos pelos banhos do Duque, porque o senhorio deles era o duque de Cadaval.

⁵⁵ *Gazeta de Lisboa*, 20 de junho de 1716, p. 124.

⁵⁶ *Suplemento à Gazeta de Lisboa*, n.º XXXIX, 25 de agosto de 1780, p. 4.

Este mês [Setembro] é também o mês dos banhos – expressão terrivelmente sintomática, cujo alcance não passará decerto despercebido da muita perspicácia de V^a Ex^a! Lisboa tem o mês dos banhos, o que vem a dizer que Lisboa não só não tem banho de todos os dias, mas nem sequer – oh! Pudor! – o banho de todos os meses! Uma das razões disto, Excelentíssimo Senhor, é que a água que V^a Ex^a e os seus imortais colegas de acordo com a Companhia das Águas nos fornecem custa em Lisboa, onde a exploração da água é difícil e dispendiosa, quase dobrado do que custa em Paris, por exemplo onde essa exploração é muito mais dispendiosa e muito mais difícil⁵⁷.

Neste trecho, o Autor faz uma verdadeira apologia do banho nas suas múltiplas facetas, não só como instrumento da higiene privada mas essencialmente como prática saudável. Para Ramalho Ortigão, os banhos de mar tinham um papel determinante em prol da saúde das pessoas. Segundo ele, os banhos curavam as nevroses e recuperavam as anemias; daí chamar-lhe amigo e atribuir-lhe o título de médico. Dado a beleza literária do trecho, passamos a transcrever um extracto do mesmo:

A estação balneatória – estilo caro de jornal barato – está prestes a findar. Mais alguns dias, as primeiras chuvas, a companhia lírica, a remessa dos chapéus de Inverno à Marie (vão ser enormes os chapéus de Inverno), a feira de Belém que descampe: e as nevroses em vias de cura por essas praias regressarão a convalescer-se nas distrações que o Outono da capital prepara à palidez e à anemia, no Aterro, em S. Carlos, na igreja do Loreto, no Clube. Está, pois, a terminar a convivência da sociedade de Lisboa com o mar. Oh! o mar é um grande médico, um grande conselheiro, um grande amigo! Livre-nos Deus de pretendermos sorrir do mar. (...) Pois bem: o mar – simplesmente o mar – tem tudo aquilo de que nós carecemos⁵⁸.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não queremos terminar este artigo sem apresentar algumas notas finais sobre as problemáticas que acabamos de abordar. Assim, começamos por recordar que, ao longo das últimas duas décadas, a historiografia dedicou particular atenção à procura de explicações para a quebra de mortalidade observada durante os séculos XVIII e XIX.

A história social da Medicina interessou-se pelo enfermo, pela organização sanitária e pelas manifestações das doenças. Este interesse ficou a dever-se, principalmente, aos estudos que se têm realizado no âmbito da demografia e da epidemiologia históricas. A este propósito Jean-Charles Sournia comentou, com toda a propriedade, estas alterações. Segundo ele, no século XVIII, «enquanto os médicos teorizam ou experimentam, a população da Europa aumenta ao longo de todo o século XVIII, apesar das doenças, sobre as quais a Medicina não consegue levar a melhor»⁵⁹.

No início da transição sanitária as doenças infecciosas dominavam o padrão epidemiológico e o seu desenvolvimento estava associado às carências sócio-económicas tais como nutrição, abastecimento de água, habitação, falta de esgotos e condições laborais.

⁵⁷ ORTIGÃO, 1992: 140-141 – ano 1872.

⁵⁸ ORTIGÃO, 1992: 185 – setembro 1872.

⁵⁹ SOURNIA, 1995: 214.

Vários autores já apontaram razões explicativas para estas mudanças na saúde das populações. Por exemplo, Gonçalves Ferreira⁶⁰ defende que o declínio da mortalidade, nos séculos XVIII e XIX deveu-se muito mais à melhoria do modo de vida do que aos progressos da medicina nestes séculos. Por sua vez, Vicente Perez Moreda alega que, num contexto de uma medicina pré-bacteriológica, este salto qualitativo deveu-se fundamentalmente à ação da administração pública já que, segundo ele, não houve alterações de cariz estrutural, como por exemplo ao nível da economia, da modernização agrária e do progresso médico.

Em síntese, e face às premissas que apresentámos ao longo deste artigo, pensamos que as mudanças observadas são devidas, essencialmente, à diminuição de determinadas condições de risco que, por sua vez, tiveram como causa a assunção e adaptação por parte das comunidades de comportamentos saudáveis que minimizaram os problemas sanitários vigentes.

FONTES

Fontes Manuscritas

IAN/TT – *Ministério do Reino, Intendência Geral da Polícia*, Ms 454, cx. 569, docs. 8 e 9.

Fontes Impressas

BARROS, José Joaquim Soares de (1991) – *Memórias sobre os Hospitais do Reino*, «Memórias Económicas da Academia Real das Ciências de Lisboa, para o Adiantamento da Agricultura, das Artes e da Industria em Portugal e suas Conquistas (1789-1815)». Lisboa: Banco de Portugal, tomo IV, p. 103-113. Introdução e direção de edição de José Luís Cardoso.

Collecção de leis, decretos e alvarás, ordens regias e editaes que se publicaram desde o anno de 1788 até 1793. Lisboa, [s. d.].

Diário do Governo, n.º 3, 4 de janeiro de 1837.

Elementos para a História do Município de Lisboa. 1911 – 1ª parte, tomo XVII. Por Eduardo Freire de Oliveira. *Estatutos da Universidade de Coimbra do anno de MDCCLXXII*. 1773 – Livro III, Lisboa.

Gazeta de Lisboa, 20 de junho de 1716.

LAPA, Visconde da (1991) – *Memória sobre o modo de formar um plano de estatística de Portugal*. «Memórias Económicas da Academia Real das Ciências de Lisboa, para o Adiantamento da Agricultura, das Artes e da Industria em Portugal e suas Conquistas (1789-1815)». Lisboa: Banco de Portugal, tomo V, p. 117. Introdução e direção de edição de José Luís Cardoso.

ORTIGÃO, Ramalho (1992) – *As Farpas*. Lisboa: Clássica Editora, tomo XI.

SANCHES, António Ribeiro (2003) – *Tratado de Conservação da Saúde dos Povos*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em <http://www.estudosjudaicos.ubi.pt/rsanches_obras/tratado_saude_povos.pdf>. [Consulta realizada em 6/12/2012].

SILVA, José Veríssimo Álvares da (1987) – *Memória das verdadeiras causas por que o luxo tem sido nocivo aos Portugueses*. «Memórias Económicas da Academia Real das Ciências de Lisboa», tomo I, p. 157-167.

SILVEIRA, António Henrique da (1987) – *Racional discurso sobre a agricultura, e população da província de Alentejo*. «Memórias Económicas da Academia Real das Ciências de Lisboa», tomo I, p. 43-98.

SOARES, José Pinheiro de Freitas (1818) – *Tratado de Polícia Médica*. Lisboa: Academia Real das Ciências. *Suplemento à Gazeta de Lisboa*, n.º XXXIX, 25 de Agosto de 1780.

⁶⁰ FERREIRA, 1990: 198-199.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, Jorge Fernandes (2003) – *Signo de Hipócrates*. Porto: Sociedade de Gastrenterologia.
- ALVES, Jorge Fernandes e CARNEIRO, Marinha (2007) – *Olhar o Corpo, Salvar a vida*. Porto: Hospital Geral de Santo António.
- BARONA VILAR, Josep Luís (2002) – *Salud, enfermedad y muerte. La sociedad valenciana entre 1833 y 1939*. Valencia: Institució Alfons el Magnanim.
- BERNABEU MESTRE, Joseph (1995) – *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- CARDOSO, José Luís, (1989) – *O Pensamento Económico em Portugal nos finais do século XVIII. 1780-1808*. Lisboa: Editorial Estampa.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes (2003) – *Ajudar a Nascer. Partejas, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV-XX)*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Tese de doutoramento.
- COSME, João (2006) – *As preocupações higio-sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do XX*. «Revista da Faculdade de Letras – História», III série, vol. 7. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, p. 181-195.
- COSME, João, VARANDAS, José, *int., transc. e índices* (2010) – *Memórias Paroquiais (1758-1759)*. Lisboa: Caleidoscópio/CHUL, vol. II.
- CRESPO, Jorge (1990) – *A História do Corpo*. Lisboa: Difel.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990) – *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FOUCAULT, Michel (2005a) – *O Nascimento da Medicina Social*. In «Microfísica do Poder». 21.ª edição. S. Paulo: Graal, p. 79-98.
- (2005b) – *O Nascimento do Hospital*. In «Microfísica do Poder». 21.ª edição. S. Paulo: Graal, p. 99-111.
- (2005c) – *A Política da Saúde no século XVIII*. In «Microfísica do Poder». 21.ª edição. S. Paulo: Graal, p. 193-207.
- MATOS, Ana Maria dos Santos Cardoso de (1988) – *As crises de mortalidade em Lisboa no século XVIII*. Lisboa: FCSH da UNL. Tese de Mestrado.
- MORAIS, Maria da Graça David (2002) – *Causas de Morte no século XX: Transição e estruturas da mortalidade em Portugal Continental*. Lisboa: Edições Colibri.
- PITA, João Rui (1996) – *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Minerva Histórica.
- ROBLES GONZÁLEZ, Elena; BERNABEU MESTRE, Joseph; BENAVIDES, F. G. (1996) – *La transición sanitaria. Una revisión conceptual*. «Boletín de la Asociación de Demografía Histórica». Madrid, XIV, I, p. 117-144.
- SALA VIVES, Pere (2002) – *La política sanitaria en la primera mitad del siglo XIX (Mallorca 1800-1850)*. «Revista de Demografía Histórica», XX, II, p. 53-97.
- SOURNIA, Jean-Charles (1995) – *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.