

**A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e
combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares**

André Filipe Samora Pita

**Dissertação
de Mestrado em História Contemporânea**

Versão corrigida e melhorada após defesa pública

Orientador: Daniel Ribeiro Alves

Coorientador: José Viegas Neves

Dezembro, 2017

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em História Contemporânea, realizada sob a orientação científica dos Profs. Drs. Daniel Ribeiro Alves e José Viegas Neves

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Ao longo do tempo vários foram os intervenientes que contribuíram com o seu apoio, tanto através da crítica como emocionalmente, para a conclusão deste trabalho. Estes agradecimentos são também para todos os abaixo indicados, sem ordem particular, como para tantos outros que aqui não podem ser mencionados.

Primeiramente, como dita a praxe, agradeço aos meus orientadores, que sem dúvida despenderam mais tempo e paciência comigo do que seria estritamente necessário. Ao professor Daniel Alves que sugeriu a análise dos registos hospitalares, depois do primeiro tema fracassar, acompanhou incansavelmente este projeto, fez as devidas sugestões e foi *beyond the call of duty* para assegurar a sua boa conclusão. Ao professor José Neves que, mesmo sendo relegado à posição institucionalmente subalterna de coorientador, continuo a contribuir e seguir atentamente o meu progresso. Já agora, deves-me um prato de batatas fritas.

À minha mãe, Noémia, a quem a dedicatória se refere. Sei que não foi fácil e o último ano muito menos. Ainda assim, sobrevivemos e estamos melhores por isso. Esperemos mais e melhores anos, afinal, a libertação precede a liberdade.

Às equipas da Biblioteca Nacional de Portugal e do Arquivo Nacional da Torre do Tombo, especialmente ao Sr. Leonel Gival Viegas (BNP) e às Sras. Beatriz Caetano, Teresa Lisboa e Fernanda Oliveira (ANTT). Pela colaboração e apoio na investigação e assistência prestada nestes espaços, Obrigado.

Aos camaradas, colegas e amigos visitantes que ao longo de cinco anos me apoiaram. Vocês são numerosos, mas isso não me impede de agradecer, de forma mais pessoal, pelo menos a alguns.

Falso amigo seria se não dedicasse umas linhas ao Leonardo. Sábio para além dos seus anos, mas incapaz de aguentar um copo de vinho. Por me guiares, sugerires opções e ouvires falar tanto de cólera e médicos. Obrigado.

À Joana, profetisa do poder popular, que a tua jovialidade e chama vermelha não se apaguem. Fazem falta mais de ti. Obrigado.

À Catarina pela companhia na Biblioteca Nacional e por estar a desenvolver um trabalho ingrato, mas que considero tremendamente interessante. Quero ler. Obrigado.

Ao Artur, meu amante da esplanada e de jantares tardios. Os teus carinhos não foram esquecidos e teriam de ser aqui mencionados. Mais calma nessa vida e nessa bebida. Obrigado.

À Resende pela companhia, paciência e tertúlias Lisboa-Porto. Boa sorte nas novas viagens. Obrigado.

Ao António pelo apoio moral e técnico que me foste dando ao longo deste esforço. Obrigado.

Ao Henrique, colega e amigo viajante. Como dizes: a civilização não salva, a cultura sim. Obrigado.

A tantas outras e outros que foram acompanhando e contribuindo ao longo deste tempo. Obrigado.

A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares

André Filipe Samora Pita

PALAVRAS-CHAVE: Epidemias; Cólera; Poder médico; História da medicina; Século XIX; Lisboa.

O século XIX português é um período conturbado no campo político e epidémico. Politicamente, assistimos à transição do Antigo Regime para o Liberalismo, mas também a várias revoltas e governos de pouca duração e à instabilidade daí resultante. Paralelamente, tal como outros Estados europeus, enfrentavam-se epidemias de qualidades e durações diferentes. Face a isto, encontramos os médicos, atores que participam em ambos os campos, contudo com papéis diferentes ao longo deste século.

Neste trabalho pretendemos analisar a emergência e gradual afirmação do poder médico com base nas duas epidemias de cólera que atingiram Lisboa (1833 e 1855/56) e o seu combate no Hospital de São José. Nestes dois momentos contemplamos não só as diferenças políticas destes dois períodos (de guerra civil à paz regeneradora, resistência do Antigo Regime e consolidação do Liberalismo, da caridade à assistência pública), como também estados diferentes da medicina e do poder médico.

Na primeira vaga de cólera, os médicos ainda estavam “reféns” de antigas estruturas, incapazes de confrontar o poder político, refletindo-se numa inabilidade em domar a hecatombe e numa elevada taxa de mortalidade. Apesar de parte desta incapacidade ser resultado de uma medicina que ainda não detinha todos os instrumentos necessários para enfrentar a epidemia, também se deve às particularidades da guerra civil e ao governo miguelista, impossibilitando a tomada de medidas de prevenção e, depois, tratamento.

No segundo momento, assistimos a processos de organização diferentes. Para além de um clima político mais permissivo e colaborativo, também os médicos já não se encontravam tão submissos ao poder político, pelo contrário, utilizando essa esfera como forma de elevar os seus interesses e de afirmar a sua importância na sociedade. Um reflexo disto é a comparativamente diminuta mortalidade provocada pela epidemia de cólera de 1855/56. Porém, o mais significativo são as formas encontradas para a combater, manifestas na liberdade com que as decisões são tomadas em espaço hospitalar, restritas quase exclusivamente pelo erário régio.

Aliás, para o final do século já existem análises que procuram demonstrar como o poder médico não só existe, como já se encontrava consolidado e moldava a sociedade. No entanto, não parecem surgir análises que analisem os médicos no início do oitocentos, isto é, como se interpretam, como veem os outros, que processos permitiram a sua ascensão e que métodos utilizaram para atingir esse estado.

Assim, com este trabalho tentamos dar resposta a essa ausência, partindo das duas primeiras vagas da epidemia de cólera em Lisboa e do Hospital de São José enquanto principal instituição médica da capital para revelar os processos que levaram e permitiram à consolidação deste tipo de poder.

Cholera in Lisbon (1833 and 1855/56): rise of medical power and struggle against the epidemic in the Hospital of São José and supplementary infirmaries

André Filipe Samora Pita

KEYWORDS: Epidemics; Cholera; Medical power; History of medicine; Nineteenth century; Lisbon.

The Portuguese nineteenth century is a difficult period both in terms of political struggles and epidemical matters. Politically, braced with a transition from the *Anciën Regime* to liberalism, but also many revolts and short-lived governments, resulting in further turmoil. Similarly, like many other European States, we were also plagued with various epidemics. In this scenario we find doctors, actors that played in both fields, however, with changing roles over this period.

In this dissertation, we try to analyse the rise and gradual assertion of medical power, based on the two cholera epidemics that hit Lisbon (1833 and 1855/56) and what was done by the Hospital of São José to control these epidemics. Both these moments have their share of political differences (from civil war to the peace of the “*Regeneração*”, resistance of the *Anciën Regime* and consolidation of Liberalism, from assistance by charity to public assistance), but also different states of medicine and medical power.

During the first cholera epidemic, doctors were held “hostage” of old power structures, unable to face politic power, resulting in failure to tame this disaster and the following high mortality. Even if part of this incapability was due to insufficient medical knowledge on how to treat this disease, the problems raised with the ongoing civil war and the government of King Miguel also contributed, namely due to limiting preventive measures and treatment.

The second wave presents us with a different scenario. Besides a much more permissive and collaborative political climate, doctors were no longer as chained by the political sphere, on the contrary, they managed to use it to further their desires and solidify their place in society. Not only does this result in comparatively lower mortality, but likewise in the formal mechanisms established inside the hospital and other supplementary infirmaries. As such, decisions inside these spaces were taken with great liberty, almost always only restricted by the kingdom’s treasury.

Interestingly, for the end of the nineteenth century there are some works that try to demonstrate how not only does medical power exist, but also that it is consolidated and moulded society. Although, there don’t seem to be any research done on how it came to be. That is, how do doctors see themselves as a profession, how they see others, which structures allowed their rise and what means were used reach such place.

As such, with this paper we try to answer to this, limiting our analysis to the time when cholera epidemics hit Lisbon and from the Hospital of São José as the main medical institution fighting against it, to study and reveal how and what processes contributed and led to the consolidation of medical power.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ESTADO DA ARTE.....	4
METODOLOGIA	11
PRIMEIRA PARTE - CONTEXTO, ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E O “TEATRO MÉDICO”	16
CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO HISTÓRICO	17
<i>Políticas de saúde e assistência na primeira metade do século XIX</i>	<i>17</i>
<i>A medicina em contexto – Transformações teóricas e permanências práticas</i>	<i>21</i>
<i>A cólera: algumas notas</i>	<i>26</i>
CAPÍTULO 2 – O “TEATRO” MÉDICO: OS MÉDICOS, OS HOSPITAIS E O GOVERNO EM PORTUGAL	29
<i>O palco: o hospital em Portugal no século XIX</i>	<i>29</i>
<i>Um público interessado, mas incapaz: a relação entre o governo e a medicina.....</i>	<i>33</i>
<i>Os atores: o lugar do médico no meio hospitalar</i>	<i>38</i>
SEGUNDA PARTE – AS EPIDEMIAS DE CÓLERA.....	45
CAPÍTULO 3 – AS EPIDEMIAS DE CÓLERA EM LISBOA.....	46
<i>Os preparativos e a memória da primeira vaga de cólera</i>	<i>46</i>
<i>O impacto da primeira vaga de cólera</i>	<i>52</i>
<i>Os preparativos para a segunda vaga de cólera</i>	<i>63</i>
<i>O impacto da segunda vaga.....</i>	<i>71</i>
<i>Comparação dos registos hospitalares de 1855/56 com os relatórios oficiais de 1858 e 1866</i>	<i>80</i>
CAPÍTULO 4 – PORTUGAL E O ESTRANGEIRO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA EPIDEMIA DE CÓLERA ...	86
<i>Os impactos da cólera no estrangeiro</i>	<i>86</i>
<i>Paris e Londres face a Lisboa</i>	<i>86</i>
<i>Comparação dos métodos e discursos.....</i>	<i>91</i>
TERCEIRA PARTE - A EMERGÊNCIA E AFIRMAÇÃO DO PODER MÉDICO	99
CAPÍTULO 5 - O SUJEITO MÉDICO: IMAGEM DE SI, O MÉDICO FACE AOS OUTROS E OS OUTROS FACE AOS MÉDICOS	100
<i>O médico ao espelho.....</i>	<i>100</i>
<i>O médico perante a população e o poder político.....</i>	<i>105</i>
<i>A população e o poder político face aos médicos.....</i>	<i>111</i>
<i>A ascensão do médico na consciência pública</i>	<i>116</i>
CAPÍTULO 6 - A ASCENSÃO E AFIRMAÇÃO DO PODER MÉDICO: UM LENTO E GRADUAL PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DA AUTORIDADE MÉDICA.	122
CONCLUSÃO	133
FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
LISTA DE GRÁFICOS	151
LISTA DE MAPAS	152
LISTA DE TABELAS	153

Introdução

A temática da emergência e consolidação de poder médico durante o oitocentos não é nova. Contudo, as análises em seu torno focam sobretudo questões de ordem política e legislativa, ignorando, por vezes, os contextos que solidificaram este tipo de poder. De igual modo, concentram as suas análises no final do século e durante a I República. Não querendo repetir este tipo de trabalhos, procurámos substanciar a nossa análise em torno de um caso específico, a epidemia de cólera que atingiu Lisboa em 1833 e nos anos de 1855/56.

O poder médico, isto é, do sujeito formado e com diploma em medicina, não surge necessariamente durante o século XIX em Portugal ou noutros espaços europeus. O que então se dá é uma maior valorização da prática médica, logo, um aumento da relevância social dos seus praticantes e uma maior interiorização da sua posição nos órgãos de poder político da sociedade. Como tal, torna-se mais importante analisar os processos que levam a esta crescente importância do que necessariamente se tornaria mais tarde em classe médica.

Este trabalho surge ancorado numa lógica foucaultiana de entendimento das relações entre “poder” e “saber”. Isto reflete-se ao longo destas páginas sobretudo por considerarmos que o poder médico não deve ser analisado como algo que surge em vácuo (sem contexto) ou aleatoriamente, mas é resultado de um processo histórico de características sociais, demográficas, culturais, científico-tecnológicas e políticas.

Socialmente, apesar de os médicos já terem alguma preponderância junto das elites da época moderna, parece-nos ser durante o século XIX que ganham relevância entre as restantes camadas sociais. Isto porque munem-se então de novas ferramentas de socialização, através das quais justificam a sua necessidade perante as populações comuns e não apenas entre as elites.

Demograficamente, é durante o oitocentos que se assiste aos primeiros grandes aumentos populacionais, mas também a uma maior circulação de pessoas. Dentro da demografia surge também a necessidade de os Estados desenvolverem técnicas que permitiam contabilizar estes fatores, fazendo-o através da estatística, que passa a ser aplicada para efeitos médicos e sanitários.

A nível cultural assiste-se a uma gradual abertura para com a medicina alopática, patrocinada pelo Estado. Em contrapartida, a subsistência das populações, sobretudo as rurais, naquilo que seria uma medicina alternativa ou homeopática, de raízes tradicionais, espirituais ou supersticiosas diminui gradualmente.

Ao contrário do que é apontado por alguns estudiosos,¹ o período oitocentista não nos parece um momento de regressão ou estagnação do conhecimento científico-tecnológico da medicina. Isto porque não só continuam a existir progressos científicos, como também os métodos e práticas médicas são modificadas face aos paradigmas consensuais. A medicina e a sua ciência tornam-se mais experimentais, resultado da disponibilidade de novos métodos de ensino e pesquisa, mas também o conhecimento se tornava mais livre de difundir devido à imprensa e à crescente facilidade de circulação dentro e fora do país.

No campo da política temos de ter em conta que o período em estudo é atravessado por conjunturas diferentes. No momento em que se dá a primeira vaga de cólera, Portugal está em guerra civil, o que condiciona a atividade médica e controlo epidémico. Por outro lado, o segundo momento epidémico ocorre já na década de 1850 num momento de paz e regeneração política, o que, todavia, não é por si só garantia de implantação de boas políticas de saúde.

Na verdade, neste arco cronológico assiste-se não apenas a uma variedade de transições políticas como a alterações no quotidiano e no funcionamento das estruturas da sociedade. Começando em 1833 deparamo-nos com uma guerra civil em curso (1832-1834) que vai impossibilitar o desempenho pleno das obrigações médicas. Este momento é igualmente desafiante em matéria de análise do campo da memória, visto que nenhum relato da guerra civil pode ser considerado imparcial e os seus detalhes são frequentemente contraditórios, dificultando a análise dos seus acontecimentos. Isto afeta a nossa análise na medida em que dificulta a compreensão do funcionamento das estruturas de saúde pública e assistência, surgindo relatos, memórias e documentação oficial do governo que entram em contradição.

¹ Cf. Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, 1ª, Porto, Universidade Católica do Porto, 2016, p. 339; Rui Cascão, “Demografia e sociedade”, in *História de Portugal: O liberalismo*, vol. 5, Editorial Estampa, 1994, pp. 430–435. Para uma primeira desconstrução desta ideia Cf. Jorge Crespo, *História do Corpo*, Difel, 1990, pp. 196–215.

O período entre o término da guerra civil e o início da paz regeneradora também nos coloca diante de problemáticas específicas. Lembremo-nos que entre 1834 e 1856 surgem e desaparecem múltiplos governos, revoltas e, mais importante para esta análise, políticas de saúde. A nossa definição do século XIX enquanto período experimentalista também se aplica às políticas em torno da saúde pública, acarretando variações nos níveis de estatuto e importância para os profissionais médicos, cirurgiões, enfermeiros e farmacêutas. Estas transformações não desaparecem com a extinção da epidemia de cólera de 1856, mas este parece-nos ser um momento definitivo e de consolidação das mais importantes técnicas de afirmação do poder médico.

Para além das transformações em território português, não pudemos ignorar que o contexto internacional influenciou muito do que se fazia por cá. Não nos referimos apenas à “onda liberal” que afetou várias regiões europeias, mas sim aos paradigmas da medicina que lentamente foram transformando os tratamentos de diversas doenças. A nossa análise considera estas transformações, visto que é graças a elas que conseguimos verificar o estado da medicina portuguesa face às restantes e, porventura, desmistificar alguns dos mitos lançados durante a presença francesa e inglesa em Portugal. Aqui referimo-nos aos aparentes atrasos da medicina praticada em território nacional *versus* a praticada lá fora. Aliás, parece-nos que essas críticas são na sua maior parte apenas aplicáveis ao estatuto socioprofissional do médico quando comparado com o de outros países. De facto, os médicos portugueses não detinham os privilégios legais ou o estatuto social que lhes era atribuído em França ou Inglaterra, mas o conhecimento médico oitocentista estava já propagado e interiorizado entre médicos de diferentes pontos do mundo, sendo várias vezes referenciados trabalhos de obras estrangeiras (especialmente as francesas e inglesas) nas obras produzidas em Portugal. O que separa este conhecimento do tratamento são as estruturas criadas nos diferentes Estados para a sua prática. Aqui sim existem profundas diferenças entre os vários Estados. Isto é verificável tanto no tratamento hospitalar, de clínica ou domiciliário.

Torna-se igualmente importante distanciar estes espaços, dado que apesar de terem o mesmo fim, a terapia e a cura, os métodos e os processos que levam ao tratamento são distintos. Surge também a necessidade de distinguir estes espaços socioeconomicamente. O hospital sofre importantes mutações durante os séculos XVIII e XIX, mas mantém-se enquanto local de tratamento das classes mais baixas, não rejeitando as restantes, tornando-se um espaço onde a cura e a vergonha andam de mãos

dadas. A clínica privada e a visita domiciliária já tomam contornos mais burgueses, de estatuto elevado e onde o processo de cura é privado. Se quisermos, isto pode ainda ser verificado em alguma literatura oitocentista, como em *Os Maias*:

*“Um desastre estúpido!... Ao saltar um barranco, a espingarda dispara-se-lhe, e a carga, zás, vai cravar-se no napolitano! Não era possível fazer curativos na Tojeira, e voltaram logo a Lisboa. Ele naturalmente não consentira que o homem que tinha ferido recolhesse ao hotel: trouxera-o para Arroios, (...) mandara chamar o médico, duas enfermeiras para o velar, e ele mesmo lá ia passar a noite...”*²

Paradoxalmente, também o sujeito do médico é muito diferente entre estes espaços. Nas palavras de Luís Graça, “O médico que é pago por ricos é considerado criado; quando recebe dos pobres é ladrão”.³ Esta diferenciação não se continha exclusivamente ao médico, sendo aplicada às restantes profissões associadas à medicina. Contudo, esta imagem não sobreviverá ao avançar do século. Com o prolongar deste, o médico será alvo de maior consideração.⁴

Estado da arte

Dado o conjunto de temáticas abordadas ao longo desta dissertação, tornou-se necessário recolher e estudar uma bibliografia com temas igualmente vastos. Como tal, procurámos estudos que abordassem as temáticas da medicina, assistência pública, saúde pública, filosofia da medicina, estudos epidémicos, demografia, política oitocentista, mas também estudos mais gerais sobre relações de poder e intelectualidade.

A bibliografia relativa a cada um destes pontos foi explorada em graus diferenciados, surgindo assim a necessidade de salientar a importância de algumas das obras e ao mesmo tempo os aspetos que estão menos desenvolvidos ou ausentes. Acrescentamos ainda que recorreremos a bibliografia internacional para aprofundar a nossa análise e torná-la comparativa.

² Eça de Queiroz, *Os Maias: Episódios da vida romântica*, Lisboa, Livros do Brasil, 2008, p. 42.

³ Luís Graça, “A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX [History of Health at Work: 2.1. The 1899-1901 Portuguese Public Health Reform]”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos16.html>.

⁴ *Ibid.*

Quando nos referimos às temáticas da medicina não implicamos necessariamente o uso de bibliografia específica de medicina, mas essencialmente de História da Medicina. Se por um lado os conhecimentos das ciências médicas permitem uma melhor compreensão das características da cólera e permitem compreender alguns dos fenómenos a si ligados, tendem a não analisar criticamente os contextos históricos em que a doença surge. A História da Medicina procura preencher essa falha. Nas palavras de Guenter B. Risse, “The approach must be interdisciplinary. (...) For historians, such an association will help clarify how societies have “coped” with the problem of epidemic illness through the establishment of healing roles, methods and explanations. More narrowly, the perspective will shed light on the importance of certain medical theories and practices, as well as medical epistemology in general. (...) Finally, physicians ought to understand that diseases are not immutable realities but temporary conceptual constructions used to account for patterns of distress recognized and accepted by society. (...) Thus, a historical examination of the links between disease, medical theory, and therapeutics promises to contribute a great deal to our understanding of modern medicine’s role and evolution.”⁵

A História da Medicina terá tido um primeiro momento de maior relevância com o surgimento de movimentos filosóficos como o niilismo e o existencialismo e com correntes historiográficas inspiradas nestes movimentos, como é o caso do que se reputa de pós-modernismo, resultado de um contexto histórico que colocava os progressos científicos e tecnológicos em questão. Porém, mais recentemente, vão surgindo obras paralelas às de difusão científica, com o intuito de “humanizar” este conhecimento. Muitos destes trabalhos estão circunscritos a temáticas limitadas como a História de uma instituição de saúde, a celebração dos avanços científicos, a biografia de médicos proeminentes ou questões de ética e filosofia na medicina. Mas também outras mais próximas do intencionado neste trabalho, com o intuito de relacionar acontecimentos momentâneos de impacto médico ou sanitário com o contexto histórico que os envolve.

Presentemente, a novidade surge, possivelmente, da crescente interdisciplinaridade entre áreas do conhecimento que anteriormente não se tocavam, ou que o faziam apenas com um certo pudor. Com o crescente reconhecimento desta

⁵ Guenter Risse, “Epidemics and medicine: the influence of disease on medical thought and practice”, *Bulletin of History of Medicine*, vol. 53, n. 4, 1979, pp. 518–519.

interceção de conhecimentos, também os seus estudos recebem mais atenção e, como indica a citação de Risse, promete grandes contributos para progresso das áreas visadas.

Assim, seria impossível não abordar autores de referência no estudo de temáticas relacionadas com a saúde pública, medicina, profissionais de saúde e assistencialismo. No campo mais restrito a Portugal damos o devido relevo aos estudos produzidos pelas historiadoras Rita Garnel,⁶ Laurinda Abreu,⁷ Maria Antónia Lopes⁸ e Maria Alexandre Lousada,⁹ que de formas e complexidades diferentes abordam estes temas e permitem a compreensão das estruturas de saúde e da própria saúde em Portugal. Ao longo dos seus trabalhos percebe-se que a assistência e a saúde pública não só detinham diversas carências, como também não funcionavam necessariamente de acordo com a letra da lei ou como era esperado pelo Estado. Também é através das obras destas autoras que se compreende o verdadeiro papel dos hospitais no plano da saúde e assistência pública, através da explicitação do funcionamento de vários órgãos de assistência e de controlo, como as misericórdias e organizações como a Intendência Geral da Polícia da Corte e do Reino. Aliás, só por esta via é possível compreender a verdadeira função dos hospitais, talqualmente a novidade e as dificuldades de utilização destes espaços e dos seus agentes.

Em torno dos estudos epidémicos, ainda não existem muitos trabalhos sobre Portugal, menos ainda em torno das epidemias de cólera. No estudo das epidemias em espaço português surgem algumas análises da imprensa (como os trabalhos de Maria

⁶ Maria Rita Lino Garnel, “Os médicos, a saúde pública e o Estado improvidente (1890-1926)”, in *O Espectro da Pobreza: História, Cultura e Política em Portugal no Século XX*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, 2016.; Maria Rita Lino Garnel, “Prevenir, cuidar e tratar: O ministério e a saúde dos povos (1834-1958)”, in *Do Reino à Administração Interna: História de um Ministério (1736-2012)*, INCM - Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2015; Rita Garnel, “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, n. 9, 2009.

⁷ Laurinda Abreu, “Emergência das Políticas Sociais e de Saúde Pública”, *COMMUNIO – Revista internacional católica*, vol. XXXI, n. 2, 2014.; Laurinda Abreu, *European Health and Social Welfare Policies*, Reprocentrum, 2002.; Laurinda Abreu, *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal 1500-1755: Aspetos de Sociabilidade e poder*, Setúbal, Santa Casa da Misericórdia de Setúbal - 1990, 1990.; Laurinda Abreu, *Pina Manique: Um Reformador no Portugal das Luzes*, 1ª, Lisboa, Gradiva, 2013.

⁸ Maria Antónia Lopes and Isabel dos Guimarães Sá, *História Breve das Misericórdias Portuguesas (1495-2000)*, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.; Maria Antónia Lopes, “Misericórdias portuguesas: poderes e cobiças pessoais, políticas e eclesiásticas (sécs. XVIII-XX)”, Seminário de Investigação “Modernidade e Tradição: Economia, Sociedade e Inovação no Mundo Contemporâneo” - Série V. FCSH-UNL, 2015.

⁹ Maria Alexandre Lousada, *Espaços de Sociabilidade em Lisboa*, Dissertação de Doutoramento em Geografia Humana, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 1995.; Maria Alexandre Lousada, “A cidade vigiada: A Polícia e a Cidade de Lisboa no início do século XIX”, *Cadernos de Geografia*, n. 17, 1998.

Antónia Almeida¹⁰), mas raramente analisam outras problemáticas como os seus impactos no quotidiano, a ação verídica dos órgãos de saúde pública ou a intervenção do Estado para além da letra da lei, sendo uma boa exceção à regra o trabalho conjunto de Alexandra Esteves e Marta Lobo Araújo¹¹ ou os de Cristiana Bastos.¹²

Internacionalmente, existe uma miríade de obras que analisam o pensamento e as teorias médicas e outras que ligam estas temáticas à análise epidémica, mas mais especificamente as construções teóricas e as aplicações práticas do combate a ameaças epidémicas.

Peter Baldwin,¹³ procura situar a Europa face às várias vagas epidémicas e doenças contagiosas ao longo do século XIX. O seu interesse centra-se nas medidas aplicadas pelos vários Estados europeus e as motivações para tal. Na sua obra destaca-se também a quantidade de medidas aplicadas pelos diferentes Estados, nomeadamente na contenção das epidemias por medidas quarentenárias. Porém, exalta a dificuldade em encontrar uma solução para a problemática colérica e o questionamento das estruturas vigentes. Outros como Erwin Ackercknetch¹⁴ dão o seu foco às questões teóricas da formulação destas medidas de controlo e analisam os debates médicos que as condicionavam.

Este aspeto está também patente na análise de Christopher Hamlin,¹⁵ contudo condicionando a sua análise a Inglaterra, mais especificamente no tempo de Edwin Chadwick. Este Estado não fora muito diferente dos restantes no espaço europeu, todavia este médico surge como uma figura que procura introduzir medidas de saúde pública novas e mais interventivas. Mesmo não sendo um político proeminente, as medidas propostas assemelham-se em alguns aspetos às propostas por Passos Manuel e num

¹⁰ Maria Antónia Pires de Almeida, *Saúde Pública e Higiene na Imprensa Diária em anos de epidemias, 1854-1918*, Colibri, 2013.; Maria Antónia Pires de Almeida, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”, *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, vol. 18, n. 4, 2011.

¹¹ Alexandra Esteves e Marta Lobo Araújo, “Cholera in the Portuguese Region of Alto Minho in the Second Half of the Nineteenth Century: Epidemic Outbreaks, Treatment and Behaviors”, *Hygiea International*, vol. 9, n. 1, 2010.

¹² Cristiana Bastos e Renilda Barreto (orgs.), *A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2011.

¹³ Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*, Cambridge University Press, 2005.

¹⁴ Erwin Ackercknetch, “Anticontagionism between 1821 and 1867”, *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 22, n. 5, 1948.

¹⁵ Christopher Hamlin, *Public Health and social justice in the age of Chadwick Britain 1800-1854*, Cambridge University Press, 2009.

período semelhante.¹⁶ Ou seja, tal como Passos Manuel, Edwin Chadwick procurara reformar a estrutura assistencialista por considerar que não dava respostas aos problemas da sua época e de igual forma reconhecia a necessidade de instituições cujas únicas funções seriam a manutenção da saúde pública.

Por sua vez, a obra *Hamilton's Forgotten Epidemics*¹⁷ aborda vários aspetos desta temática, sendo o mais importante para este ponto da análise os impactos das vagas de cólera e a capacidade de adaptação da região de Hamilton, demonstrando uma perspetiva transcontinental do combate à epidemia e a reação dos agentes médicos e autoridades locais.

No campo da demografia histórica damos o devido destaque ao trabalho de Teresa Rodrigues,¹⁸ sobretudo pelo seu foco nas grandes crises de mortalidade do Portugal contemporâneo. Porém, o seu trabalho concentra-se sobretudo na análise de dados estatísticos da época, sem aprofundar exaustivamente o contexto político e social. Assim, os seus trabalhos serão contemplados essencialmente pela sua análise estatística.

Ao longo desta investigação surgiu a necessidade de averiguar os estatutos e as funções dos diversos tipos de profissionais ligados à saúde durante o oitocentos. Neste campo, já surgem alguns trabalhos, mas não os suficientes para sustentar uma caracterização certa daquilo que seria a realidade. De facto, parece existir uma grande atenção em torno dos médicos e enfermeiros, mas quase nenhum trabalho de aprofundamento em torno dos cirurgiões ou especialistas. Tão pouco existem trabalhos centrados no estudo do binómio hospital/clínica ou da prática da medicina entre regiões urbanas e rurais. No que diz respeito à nossa temática, a bibliografia dedicada ao estudo da profissão médica em Portugal tem recebido ampla atenção, nomeadamente através dos trabalhos de Rita Garnel e de Luís Graça,¹⁹ a primeira através da sua análise da autoridade médica e a relação com o Estado (sobretudo no final da monarquia constitucional e I República); o último, mais em torno do médico enquanto sujeito histórico e das práticas

¹⁶ Tanto um como outro participaram mais ativamente na reestruturação das redes de saúde e assistência ao longo da década de 1830/40. Porém, enquanto Passos Manuel alcançara funções ministeriais, Chadwick desempenhou sobretudo funções em comissões locais.

¹⁷ Ann Herring e Heather Battles, *Hamilton's Forgotten Epidemics*, 2012.

¹⁸ Teresa Maria Rodrigues, *Lisboa no Século XIX - Dinâmica populacional e crises de mortalidade*, Lisboa, Tese de Doutoramento em História Económica e Social dos Séculos XIX e XX da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

¹⁹ A compilação dos seus textos está disponível em: http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos_papers.html

médicas. As temáticas relacionadas com a enfermagem e os enfermeiros têm sido desenvolvidas sobretudo por Carlos Subtil,²⁰ concentrando-se na análise da transformação da profissão ao longo dos tempos.

Ainda no âmbito do sujeito, devemos ter em conta que este sujeito médico é um intelectual e, como tal, partilha características com outros intelectuais. Logo, sentimos necessidade de abordar algumas obras em torno deste tópico. Os dois trabalhos que temos como modelo deste tipo de análise são de Jean Luiz Abreu²¹ e Maria de Lurdes Santos²². O primeiro autor analisa as obras científicas produzidas por médicos, apontando-as como forma de legitimação social, mas igualmente como forma de autoridade. Assim, avança com algumas pistas para a análise destes textos, visto que utilizam alguns artifícios retóricos nem sempre óbvios. Destaca a evidência da experiência como forma de legitimação, a aproximação ao Estado através do mecenato ou a aproximação à população em geral facilitando o acesso aos seus trabalhos. Maria de Lurdes Santos apesar de se concentrar nos intelectuais em geral, salienta questões interessantes como a conceção dos intelectuais sobre a estrutura social e a sua inserção nessa mesma estrutura, a apreciação destes intelectuais sobre a sua posição e funções sociais e ainda a questão da profissionalização destes intelectuais e sua subordinação ao poder político. Estas duas perspetivas surgem consolidadas na análise da farmacêutica proposta por João Rui Pita,²³ na qual apresenta a transição do boticário para farmaceuta tanto através da legitimação das suas práticas enquanto científicas e em função de uma aproximação às estruturas de poder.

Por último, sentimos necessidade de definir claramente o que é o espaço hospitalar. A nossa análise do espaço hospitalar terá como objetivo verificar o que representa e como funciona durante o período em questão. Com isto procurámos compreender o que representa para a sociedade em geral, mas também como fora um espaço de emergência da autoridade médica. Contudo, para esta análise será necessário

²⁰ Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*.

²¹ Jean Luiz Neves Abreu, “Tratados e Construção do Saber Médico: Alguns Aspectos dos Paratextos nos Impressos de Medicina Luso-brasileiros Século XVIII”, *Território e Fronteiras*, vol. 6, n. 2, 2013.

²² Maria de Lourdes Lima dos Santos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, Editorial Presença, 1988.

²³ João Rui Pita, *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*, Minerva Editora, 1996.

definir o que é este “espaço”. Através de Henri Lefebvre²⁴ e Michel Foucault²⁵ verificámos que tanto um autor como o outro apresentam definições de espaço baseadas numa conceção nietzschiana deste conceito. Porém, Lefebvre define-o mais claramente como resultado de uma imposição política que procura produzir, impor e reforçar a homogeneidade social. No entanto, tal categorização parece ser demasiado restrita, limitando o espaço a um campo exclusivamente político. Foucault por sua vez define espaço de forma mais puramente nietzschiana. Isto é, o espaço é o resultado das forças que lhe forem aplicadas (não somente ou necessariamente políticas), sendo os seus impactos e efeitos independentes dessas mesmas forças. Aplicando esta formulação ao nosso objeto, o espaço hospitalar é o resultado de forças sociais e políticas (controlo epidémico, autoridade/poder do sujeito médico e do poder político) manifestas em espaços tanto de contenção como de reintegração social, com o propósito de homogeneizar o desvio (doença). Contudo, a nossa escolha de uma definição de espaço hospitalar mais próxima da aplicada por Foucault surge da necessidade de explicar consequências sociais e económicas do emprego de forças políticas, como o encerramento de fronteiras levar a perdas comerciais ou como o estigma social associado aos hospitais oitocentistas.

Com a definição do que entendemos por “espaço hospitalar” destacamos algumas obras que analisam hospitais e quarentenas como as de Alexandra Marques²⁶ e António Pinto Santos²⁷ para os hospitais, Guenter B. Risse para as quarentenas e Jane Beltrão²⁸ com uma análise aplicável a ambos os casos. Os primeiros dois focam-se sobretudo numa análise do espaço material e das constantes necessidades de melhoramento e expansão, mas não apresentam uma teorização desse mesmo espaço. A teorização do espaço está mais presente no trabalho de Jane Beltrão, que explana a ação do corpo hospitalar e as

²⁴ Henri Lefebvre, *The production of Space*, Editions Anthropos, 1991.

²⁵ Michel Foucault, *O Nascimento da Clínica*, Forense-Universitária, 1977.

²⁶ Alexandra Marques, *O tratamento anti-rábico e a criação do Instituto Bacteriológico em Lisboa*, Dissertação de Mestrado em História das Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, 2010.

²⁷ António Pinto Santos, *O Combate à Tuberculose - Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica: O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*, Dissertação de Mestrado em História Regional e Local, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, 2010.

²⁸ Jane Felipe Beltrão, “Memórias da cólera no Pará (1855 e 1991): tragédias se repetem?”, *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, vol. 14, 2007.

suas interações com a população afetada. Risse cinge grande parte da sua análise às consequências do estabelecimento de quarentenas e da sua eficácia.

Assim, através da consolidação das leituras escolhidas e dos vários tipos de fonte em torno da cólera e do sujeito médico pretendemos demonstrar como um momento epidémico permite a afirmação do poder médico e como estas epidemias de cólera não só são exemplo disto, como são fulcrais para a definição do médico na sociedade. Aliás, um aspeto que se destaca imediatamente neste estado da arte é a falta de trabalhos em torno do poder médico no início de oitocentos, existindo já vários que abordam a “consolidação” deste poder entre o final da Monarquia Constitucional e a I República.²⁹ Logo, as questões que permanecem são como é que esse poder se forma e afirma, quais as estruturas que contribuíram para tal e se este poder é um produto direto do contexto político e epidémico do século XIX português. É também a estas questões que tentaremos responder com esta dissertação.

Metodologia

Dado isto, dividimos a nossa análise em três partes de dois capítulos cada. Uma dedicada à análise do contexto histórico do período em que o nosso estudo se insere, outra à epidemia de cólera em Lisboa e comparação com o estrangeiro e uma última de consolidação, onde verificamos como isto influenciou e contribuiu para a afirmação do poder médico.

No primeiro capítulo expomos resumidamente os contextos políticos de saúde e assistência em que se dão as epidemias de cólera e da transição entre a guerra civil e a Regeneração, visto que a compreensão destes contextos é indispensável para a compreensão das temáticas em estudo. Paralelamente, procuramos sintetizar as teorias e doutrinas médicas deste período; sem uma introdução à medicina da época, uma análise da epidemia de cólera e dos médicos corre o risco de se tornar confusa.

²⁹ Sobretudo cunhados por Rita Garnel.

Para a análise das políticas de saúde e assistência socorremo-nos das grandes compilações historiográficas de José Mattoso³⁰ e Oliveira Marques³¹, mas também a outras obras mais específicas como os trabalhos de Rita Garnel, Luís Graça e Bruno Barreiros³² por conterem análises mais detalhadas das transformações políticas do período em estudo.

No que diz respeito à contextualização da medicina abordaremos as principais construções teóricas da época face às epidemias, mas também procuraremos contextualizar as práticas médicas.

No segundo capítulo propomo-nos a aprofundar os vários intervenientes daquilo a que apelidámos de “teatro médico”. Como em qualquer espetáculo, parece-nos existir um equilíbrio de três componentes essenciais. O palco (o hospital), o público (que consideramos ser o governo) e os atores (os profissionais de saúde). Também o doente, mais tarde como *paciente*,³³ poderia ser contado entre os atores, contudo apenas daremos relevância aos médicos nesta interpretação.

Privilegiamos o estudo do hospital por ser um espaço de qualidades paradoxais e ser aquele que ganha gradualmente mais relevância no tratamento de doentes, mas também por partimos da análise da epidemia de cólera combatida pelo Hospital de São José. Logo, trata-se de verificar a importância e o significado do hospital na sociedade oitocentista, mas também os seus usos e propósitos enquanto algo mais que um espaço de cura.

Como público, também o governo e o Estado detinham opiniões face à saúde e à medicina. Tal como o público perante um espetáculo, também o governo demonstra uma dualidade passiva (por exemplo, não interferindo diretamente na gestão hospitalar) e ativa (definindo as leis e concedendo financiamento). Isto não significa que não fizesse as suas críticas, desse o seu contributo e exigisse mais, mas o que pretendemos verificar é a

³⁰ José Mattoso, *História de Portugal: O Liberalismo*, vol. 5º, Editorial Estampa, 1994.

³¹ A. H. Oliveira Marques, *Nova História de Portugal: Portugal e a Instauração do Liberalismo*, vol. 9, Editorial Presença, 2002. e A. H. Oliveira Marques, *Nova História de Portugal: Portugal e a Regeneração*, vol. 10, Editorial Presença, 2004.

³² Bruno Barreiros, *Concepções do Corpo no Portugal do Século XVIII: Sensibilidade, Higiene e Saúde Pública*, 1ª, Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus, 2016.

³³ Nicholas Jewson, “The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology: 1770–1870”, *Sociology*, vol. 10, n. 2, 1976.

influência do governo no desenrolar das políticas para a saúde. Assim, analisaremos as múltiplas e efêmeras organizações governamentais de saúde e explicitaremos os impactos do liberalismo português na saúde pública.

Por último, mas não menos importantes, surgem os atores. O nosso foco é sobre os médicos, não menosprezando os restantes profissionais de saúde, que também necessitam de mais e melhores abordagens. Neste ponto não se trata de analisar o médico enquanto sujeito, mas sim a sua função. Como tal, analisá-lo-emos enquanto figura abstrata, enquanto profissão, isto é, o que era esperado dos médicos e qual o seu papel nos hospitais.

Em seguida, no terceiro capítulo, desenvolvemos o caso de estudo, ou seja, as epidemias de cólera e a participação do Hospital de São José no seu combate. Para tal, foi necessário contemplar dois períodos distintos.

Como já referimos, em 1833 a epidemia de cólera dá-se em paralelo com a guerra civil, dificultando uma análise clara da epidemia de cólera e das medidas empregues pelas autoridades sanitárias e curativas. O contexto político desta primeira epidemia coloca ainda em questão a própria memória da guerra civil, surgindo relatos e informação oficial contraditória. Um fruto disto é o questionável número de mortos que esta epidemia provoca, resultado da interpretação superficial de uma fonte, até à data por confrontar com outros dados. Assim, a análise dos registos hospitalares do Hospital de São José traz uma nova perspetiva, que deixa sob suspeita algumas das grandes narrativas em torno deste período atribulado do liberalismo português.

A epidemia de 1855/56 surge num contexto completamente distinto, o da paz regeneradora. Aqui a documentação permite uma análise mais clara e menos contraditória do fenómeno, ao mesmo tempo revelando como se deram os preparativos para a chegada da epidemia, as deficiências do Hospital e os conflitos da sua equipa com o governo e autoridades locais.

Em ambos os momentos existe documentação relativa aos registos de entrada de doentes coléricos nas enfermarias dependentes do Hospital de São José. Porém, a informação relativa à primeira vaga é parcellar.³⁴ Aliás, tivemos de voltar à fonte que

³⁴ A documentação referente a estes registos, presente no Arquivo Nacional da Torre do Tombo, apenas contém informação relativa a 4 dos 16 hospitais e enfermarias sob tutela do São José.

contribuía para as primeiras análises desta epidemia, um mapa estatístico de enterramentos,³⁵ de modo a procurar compreender onde residia o erro interpretativo e que outras explicações seriam possíveis. De igual modo, recorreremos às memórias de alguns dos médicos destes espaços e à documentação da Comissão de Saúde Pública do Reino como forma de compensar a falta de documentação específica aos hospitais. Para 1855/56 esta questão já não se põe, visto que as informações presentes nos registos hospitalares correspondem, ainda que com alguma margem de erro, às dos relatórios oficiais. Isto aliado à documentação da Comissão Administrativa formada para o combate à cólera permite um novo olhar sobre o que seria a administração hospitalar, condicionada pela epidemia, em meados do século XIX.

Perante as fontes utilizadas e as conclusões que de si foram retiradas, optámos por analisar cada um destes momentos epidémicos em duas fases. Assim, começamos por uma análise dos preparativos e da memória desta epidemia, procurando compreender de que modo se tentara amenizar os impactos da cólera. Partimos da documentação do Hospital de São José, de memórias deixadas por médicos deste estabelecimento, de documentação dos governos e dos órgãos dedicados à saúde pública (Comissão e Conselho da Saúde Pública do Reino) e de obras produzidas por médicos para compreender como pretendiam prevenir mortalidade e preparar a população, o governo e os próprios médicos para a invasão da cólera. Com isto concluído, avançamos para a análise dos impactos da cólera, recorrendo à análise estatística e demográfica da epidemia. Com isto tentamos averiguar como a cólera se propagou no espaço lisboeta, delimitando as freguesias mais afetadas, a sua proximidade para com os espaços hospitalares e como isto refletia (ou não) o discurso vigente em torno das epidemias e da saúde pública.

No quarto capítulo procuramos colocar a realidade portuguesa em comparação com a internacional. Dando uso aos estudos já produzidos em torno da cólera por outros autores e relatórios da época, tencionamos verificar os métodos e o discurso em torno da cólera, averiguando as semelhanças e as diferenças, mas também o impacto da cólera nas diferentes regiões. Para isto delimitámos duas cidades europeias (Paris e Londres) e nos períodos onde também estariam a passar pela sua segunda epidemia de cólera. Inicialmente contemplaríamos algumas cidades do continente americano (como Pará,

³⁵ Cf. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Annos de 1855 e 1856 - Parte II*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1866, pp. 54–55.

Hamilton, Nova Iorque e Chicago), contudo com as limitações impostas tal não seria viável. O objetivo final dessa análise intercontinental seria demonstrar a universalidade dos conhecimentos médicos, já não limitados por fronteiras físicas ou continentais.

O quinto capítulo é dedicado à análise do médico enquanto sujeito. Para tal recorreremos à percepção que o médico tem de si, do governo e da população, mas também à percepção destes últimos face aos médicos. Para a compreensão de como os médicos se contemplam recorreremos à análise do tipo de discurso que aplicam quando se referem a si mesmos, como interpretam a sua profissão e qual a opinião do seu posicionamento na sociedade. Para isto recorreremos à leitura de publicações produzidas por médicos (tanto obras publicadas como a imprensa especializada), à análise das relações existentes no espaço do Hospital de São José e do discurso utilizado dentro da classe médica, quando aborda a sua condição.

Em seguida, consideraremos o médico face aos outros, isto é, que características tem este discurso quando dirigido à população ou ao governo. Procuramos verificar como é que os médicos interpretam as diversas camadas sociais e os órgãos políticos e como essa percepção condiciona o seu discurso e respetiva mensagem.

Na abordagem do governo e população face aos médicos procuramos verificar o inverso. Ou seja, verificamos como a população e o governo reagem aos avanços médicos. No caso da população fá-lo-emos através do seu recurso a medicina alternativa (homeopatia, charlatães, intervenção religiosa, etc.) e uso de provérbios desdenhosos, resultado do medo e incompreensão dos tratamentos médicos; no caso do governo pela discussão da saúde pública enquanto matéria governativa e a tradução disto nos órgãos de saúde do Estado oitocentista (Junta, Comissão e Conselho da Saúde Pública do reino), nos quais a intervenção e importância do médico não é constante.

Este último aspeto pode revelar um certo desdém pela profissão médica, pelo que se torna necessário constatar como os médicos foram capazes de propagar a sua influência na consciência pública. Isto é verificável não só na imprensa, mas também nas estratégias utilizadas pelos médicos como o recurso a linguagem simples, formas de aproximação às populações e aquisição de maior importância junto dos órgãos governativos.

Face a isto, encerramos a análise desta temática no capítulo sexto, onde interpretamos como todos os fatores expostos ao longo da dissertação contribuem para a solidificação da imagem do médico.

Primeira Parte - Contexto, enquadramento histórico e o “Teatro Médico”

Só de tempera atmospherica

Em certa desproporção

Com nossa physiologia

Da cholera virá a acção.

Seus effeitos fazem crível,

Que ha mui grave suppressão,

Posto que pouco visivel,

Em nossa transpiração.³⁶

³⁶ Estes versos são, tal como os restantes das restantes “partes”, do prefácio de uma obra do prior da Azueira. Cf. João da Soledade Moraes, *Novo argumento sobre a Cholera-Morbus ou A Cholera-Morbus Encarada por Novo Combatente na Cruzada Humanitária em Campo para o Descobrimento da sua Causa, Prevenção e Curativo*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1856.

Capítulo 1 - Contextualização e enquadramento histórico

Políticas de saúde e assistência na primeira metade do século XIX

Como já fora mencionado, as datas que marcam as epidemias de cólera em Lisboa são também caracterizadas por dois momentos muito distintos da política portuguesa. Contudo, estes períodos são também marcados por diferentes formas de interpretar o conceito de saúde e as próprias lógicas de assistência transfiguram-se ao longo destas balizas cronológicas. Torna-se necessário abordar os contextos destes dois períodos e como influenciam e são influenciados por estas temáticas.

Em boa medida, não pudemos considerar que a efemeridade temporal é o fator que leva a estas transformações, tão pouco o político o justifica na sua totalidade. Apoiamos sim, que estas transformações são resultado da necessidade de resposta aos problemas sociais e ao desenvolvimento e utilização de novos métodos para medir a “força” dos Estados, como por exemplo a estatística.

De igual modo, apesar do nosso período de estudo se centrar sensivelmente entre 1833 e 1856, não devemos ignorar o papel que as políticas de saúde e assistência do Antigo Regime tiveram na criação das medidas aplicadas ao longo do século XIX. Porém, não podendo desenvolver aprofundadamente estas questões, apresentamos uma breve síntese destas transformações e continuidades, de modo a contextualizar as temáticas abordadas adiantes.

Já durante a segunda metade do setecentos se procurava aplicar uma distinção entre o que seriam as esferas privadas e públicas da saúde e da assistência. De outro modo, “delimitar um domínio público, doravante da responsabilidade do Estado, e um domínio particular, da exclusiva responsabilidade dos indivíduos.”³⁷

Como tal, com esta distinção tentara-se determinar quais as funções e responsabilidades do Estado face aos seus constituintes e, paralelamente, delimitar as suas fronteiras. Estas fronteiras ainda não estavam claras tendo o Estado acesso a todos os aspetos da vida pública e privada. É nestes contornos que surge o “Estado de Polícia” que, como descreve Carlos Subtil, “abrange toda a população e se envolveu em tudo, na educação e no ensino, moral, segurança, saúde, produção e comércio de bens; inspecionava lugares de «perigo», «medo» e «contágio» como praças públicas, tavernas,

³⁷ Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, pp. 52–53.

teatros, hospitais, conventos, mosteiros, prisões, instituições de caridade, boticas, termas, lojas de comércio e fábricas; vigiava os circuitos de difusão de ideias, contrabando e doenças, estradas, portos e rios, edifícios públicos, casas particulares, minas, florestas, cemitérios e igrejas.”³⁸ Grosso modo, todos os aspetos da vida pública e privada.

Dada a quantidade de espaços que esta “polícia” tinha de controlar vão surgir múltiplos organismos e a necessidade de sedimentar as práticas em métodos. No caso dos primeiros, são criados órgãos como a Intendência Geral da Polícia e a Junta do Prontomedicato;³⁹ e para os segundos passa-se a aplicar medidas de ação política baseadas na racionalidade, com base científica e o recurso à estatística.⁴⁰

Porém, estas mudanças demoram a chegar aos meios de assistência, partindo ainda de uma lógica de caridade e de assistência seletiva, isto é, dirigida para os mais pobres.⁴¹ De facto, esta própria ideia de que a caridade seria “escatologicamente necessária” só seria “derrotada” com o avançar do liberalismo e a sua mudança de paradigmas.⁴² Como se o progresso do liberalismo fosse a desmistificação do conceito de pobreza e assistência enquanto sinónimo de caridade.

Face à pobreza, enquanto o Antigo Regime mantinha os pobres enquanto “irmãos de Cristo”, logo objeto de caridade dos ricos, garantindo o caminho de ambas as partes para a salvação da alma,⁴³ o liberalismo repudia a pobreza enquanto condição “inerente”, discriminando os aptos dos inaptos, ou seja, os ociosos (mendigos e vagabundos) e aqueles sem capacidade para prover o seu autossustento (menores órfãos por morte dos pais ou por abandono, deficientes, idosos e presos).⁴⁴

³⁸ *Ibid.*, p. 61.

³⁹ Estas instituições já detêm várias análises pelo que, não sendo o nosso objeto de estudo, referidos aqui algumas dessas obras: Laurinda Abreu, *Pina Manique: Um Reformador no Portugal das Luzes*, 1ª, Lisboa, Gradiva, 2013, pp. 107-152 e 285-387; Bruno Barreiros, *Concepções do Corpo no Portugal do Século XVIII: Sensibilidade, Higiene e Saúde Pública*, pp. 219-235.; Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, 1ª, Porto, Universidade Católica do Porto, 2016, pp. 101-117; Maria Alexandre Lousada, *Espaços de Sociabilidade em Lisboa*, pp. 69-85.

⁴⁰ Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, p. 62.

⁴¹ Luís Graça, “Função Supletiva do Estado no Domínio da Saúde até à II Guerra Mundial”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2004, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos96.html>.

⁴² Luís Graça, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos100.html>.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

No que diz respeito às lógicas de assistência, o Estado liberal português (como o francês) assume que o direito à assistência deixa de ser religioso, e é sim social.⁴⁵ Esta conceção de assistencialismo bebida das Luzes é o que vai (lentamente) modificar a relação do Estado liberal com a assistência de Antigo Regime (uma iniciativa privada, da caridade e de carácter religioso) para uma assistência pública, construída sobre alicerces de “beneficência puramente filantrópica”,⁴⁶ no qual não surge nenhuma relação de dívida do indivíduo assistido para com o Estado, visto ser obrigação desta entidade a garantia dessa assistência.⁴⁷

Para além destas mudanças de perspectiva, a monarquia constitucional vai ainda investir no controlo, ou melhor no erradicar,⁴⁸ dos ociosos, no pelejar contra a doença e as suas causas, cuidar dos velhos, deficientes e outros pertencentes à classe dos “verdadeiros” pobres. Veridicamente, estas considerações surgem logo nas constituições vintistas, mostrando um conhecimento daquilo que era o ambiente sanitário, mas com eficácia contestável.⁴⁹ Sendo a expressão mais absoluta disto a instauração da Comissão de Saúde Pública, incumbida de propor um plano sanitário e de organizar a paisagem assistencialista portuguesa, fracassado sobretudo pelo miguelismo e subsequente guerra civil.⁵⁰

Só com a consolidação do regime liberal, mais concretamente em 1837, é que volta a surgir uma tentativa de reforma da saúde, desta vez pelas mãos de Passos Manuel.⁵¹ Assinalamos essa data em particular por marcar a primeira lei de saúde pública da Monarquia Constitucional. Este diploma vem, na realidade, dar uso às matérias já

⁴⁵ Luís Graça, “Função Supletiva do Estado no Domínio da Saúde até à II Guerra Mundial”.

⁴⁶ Luís Graça, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)]”.

⁴⁷ “(...) a assistência só atua na desgraça. É uma obrigação moral do Estado porque, tal como o indivíduo, deve possuir a virtude da caridade («o estado é uma generalização do homem, as grandes qualidades morais deste devem ser também qualidades daquele»). É a comiseração, a compaixão, que provocam a ação assistencial do Estado. À beneficência pública oitocentista não corresponde qualquer direito individual.” Maria Antónia Lopes, “Os pobres e a assistência pública”, in *História de Portugal: O liberalismo*, vol. 5, Editorial Estampa, 1994, p. 503.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 502.

⁴⁹ Luís Graça, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)]”.

⁵⁰ Maria Rita Lino Garnel, “Prevenir, cuidar e tratar: O ministério e a saúde dos povos (1834-1958)”, p. 391.

⁵¹ Esta figura já dispõe de uma biografia, pelo que não a analisaremos em grande detalhe. Cf. Yann Loïc Macedo de Moraes Araújo, *Passos Manuel: Medicina, Homeopatia e Saúde Pública*, Coimbra, Gabinete de Publicações da F.L.U.C., 2006.

desenvolvidas até esse momento, mas que por diversos motivos (nomeadamente, convulsões políticas e pouca duração dos órgãos governamentais encarregues da saúde) não haviam sido veridicamente aplicadas.⁵²

Para além deste diploma, mas devido a ele, é instituído o Conselho de Saúde Pública, dependente do Ministério do Reino, com funções de fiscalização e inspeção, mas também de autoridade sanitária e vigilância das indústrias com potencial insalubre.⁵³ De igual modo, instaura-se a figura do delegado médico distrital, apoiado por subdelegados a nível concelhio; estes últimos não seriam médicos, enquanto o primeiro sê-lo-ia obrigatoriamente.⁵⁴ Outra novidade seria a publicação dos *Anais de Saúde Pública do Reino*, ao mesmo tempo divulgando os primeiros estudos sanitários do país⁵⁵ e, a nosso ver, abrindo precedente para o surgimento de outras obras do género.⁵⁶

Porém, a duração deste impulso “progressista” é curta, só surgindo em 1842 e 1844 novas considerações diretas sobre a saúde, na forma do novo código administrativo e promulgação das leis da saúde, respetivamente. Contudo, se as medidas aqui ponderadas vão trazer grande contestação por parte das camadas populares e clericais, nada de “inovador” trazem à mesa. Referimo-nos especificamente à proibição de enterros perto dos espaços de culto. A crítica desta prática já era mais antiga, inclusive em Portugal, tendo Ribeiro Sanches alertado para os problemas que trazia às populações.⁵⁷ Aliás, já estava em prática um primeiro projeto, de 1835, que procurava impulsionar os enterros nos cemitérios públicos.⁵⁸

⁵² Maria Rita Lino Garnel, “Prevenir, cuidar e tratar: O ministério e a saúde dos povos (1834-1958)”, p. 189.

⁵³ Luís Graça, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)”].

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Afirmamos isto porque, a partir deste momento, parece proliferar uma maior quantidade de obras publicadas pela Imprensa Nacional onde surgem análises dos estados de salubridade de várias localidades do país. Um exemplo disto seria, tendo em conta a nossa temática de estudo, os relatórios das epidemias de cólera. Nestes surgem não só considerações em torno dos impactos da referida epidemia, como também profundas análises das condições das várias localidades afetadas, incluindo alimentação local, indústrias e subsistência. Cf. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal no Annos de 1855, e 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858.

⁵⁷ Francisco George, “Doenças de transmissão hídrica: notas para a história da epidemiologia”, *Nota Histórica*, vol. 18, n. 2, 2000.

⁵⁸ Luís Graça, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)”].

Com o avançar da Regeneração, mais particularmente com o *fontismo*, dá-se a reformulação da legislação sanitária pelas mãos de Alves Martins em 1868, uma reforma que Ricardo Jorge considerara um retrocesso.⁵⁹ Entre outras alterações, vai limitar o até então relativamente independente Conselho da Saúde Pública e as suas competências. Isto levaria a que o Conselho passasse a existir somente em memória, visto que as suas funções seriam atribuídas a uma repartição da Secretaria de Estado dos Negócios do Reino e a administração da saúde do território passava para a autoridade civil. Logo, cabia ao Ministério do Reino, governadores civis, administradores dos concelhos e regedores de paróquia as funções de tutela sanitária.⁶⁰

Em traços muito gerais é deste modo que as políticas de saúde se definem no nosso período de estudo. Tendo como base de análise epidemias em dois períodos distintos, fora necessário verificar como é que a esfera política interpretara estas questões. Começando na segunda metade do século XVIII verificamos que algumas das questões do “Estado de Polícia” ainda se mantêm no prolongar do oitocentos, porém, já com fronteiras definidas. De igual modo, constatamos que no que toca a políticas de saúde os poderes governamentais avançam e, por vezes, recuam na sua implementação. No entanto, a lógica adotada mantém-se, em grande medida, a mesma. Uma política de beneficência em que o Estado tem a responsabilidade de zelar pela integridade dos seus constituintes.

A medicina em contexto – Transformações teóricas e permanências práticas

Tendo em conta que o nosso caso de estudo é uma epidemia, sentimos necessidade de expor a situação da medicina da primeira metade do oitocentos, como também os sistemas de assistência praticados em Portugal.

Ao longo do século XIX vão surgindo várias teorias em torno das epidemias, contudo aquela que é aplicada até muito tarde é a teoria miasmática. Esta teoria definia a transmissão de doenças como resultado da propagação de gases resultantes da decomposição de matéria orgânica. Assim, no contexto da cólera, esta teoria ponderaria o surgimento desta durante a decomposição da matéria orgânica, libertando elementos gasosos que se misturariam com o ar, logo criando miasma. Este miasma seria venenoso

⁵⁹ Cf. Ricardo d’Almeida Jorge, *Hygiene Social Applicada À Nação Portuguesa*, Livraria Civilização, pp. 23–26.

⁶⁰ Maria Rita Lino Garnel, “Prevenir, cuidar e tratar: O ministério e a saúde dos povos (1834-1958)”, p. 394.

para seres humanos, pensando-se que quando inalado agiria sobre o sangue, afetando o equilíbrio do funcionamento humano. Pessoas com certas predisposições ficariam doentes. Dependendo das suas condições locais teriam um tipo de febre e em seguida contrairiam uma das variantes da doença. Através do elemento comum entre todas as variantes, a febre, calculava-se que fatores estariam em causa. Estes podiam ser geográficos, resultado da época do ano, da humidade, da pressão barométrica ou especificidades do clima. Com isto determinar-se-ia que tipo de doença seria. A isto acrescentava-se a constituição física e a predisposição (resistência e/ou imunidade) do indivíduo, justificando-se como nem todos os membros de uma comunidade adoeciam. Dentro desta última “condicionante” (predisposição, resistência ou imunidade) existiriam vários fatores sendo os considerados mais importantes as condições ambientais onde o indivíduo residia e/ou trabalhava, hábitos pessoais e as características físicas e psicológicas.⁶¹

Dentro dos fatores considerados na época como ambientais existiriam duas categorias. Uma primeira que englobava as condicionantes que afetariam toda a população⁶² e uma outra de condicionantes que seriam subordinadas a hábitos de indivíduos ou grupos dentro da população afetada.

Surge ainda a necessidade de considerar como estas doenças se propagariam. Sobre os métodos de transmissão, a “unanimidade” da classe médica (que mesmo assim disputava todas as hipóteses)⁶³ concordava que o principal método seria o contato físico, através de tecidos fômites (os quais seriam contagiosos durante um período de tempo), e infecção (definida à época como a inalação de miasmas emanados pelos poros, transpiração e respiração).

No entanto, a teoria miasmática levantava alguns problemas, nomeadamente a falta de justificação para o elemento contagioso de algumas doenças, sendo uma delas a cólera. Por exemplo, o porquê de só algumas destas “febres” serem contagiosas. Ainda mais, doenças como a cólera manifestavam características de doenças não contagiosas e

⁶¹ Dana Tulodziecki, “A case study in explanatory power: John Snow’s conclusions about the pathology and transmission of cholera”, *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 42, n. 3, 2011, p. 308.

⁶² Destacamos o clima, estação do ano, vento, pressão barométrica, geografia, elevação sobre o nível de água e a humidade por serem os mais reportados nos relatórios médicos.

⁶³ Para uma breve análise dos conflitos teóricos sobre os métodos de transmissão de doenças durante o período em análise Cf. Erwin Ackercknecht, “Anticontagionism between 1821 and 1867”, pp. 16–19.

outras de contagiosas. Uma das justificações dadas para isto seria a existência de condições excepcionais, sobre as quais doenças não contagiosas se tornariam contagiosas (sendo uma dessas condições a má higiene e salubridade).⁶⁴ Um dos fatores que contribuía para a disputa destes métodos de transmissão era a rara contaminação dos médicos e outros facultativos que lidavam com estes pacientes.⁶⁵

Dada a incerteza da classe médica perante a cólera epidémica, não é de admirar que existam múltiplos trabalhos da época com diferentes métodos de a “combater”. Muitos destes têm concordâncias gerais (a prevenção é mais segura que qualquer tentativa de cura), mas também claras divergências, ora por considerarem a existência de quarentenas algo desnecessário,⁶⁶ ora por julgarem os seus métodos mais eficazes que os de outros médicos, muitas vezes resultando em quezílias improdutivas nos órgãos de comunicação médica contra médicos e autoridades locais.

Com estas clarificações, estabelecemos o paradigma técnico em que as nossas fontes surgem. Por um lado, o método teórico como esta epidemia é analisada à época descreve como a cólera é interpretada e tratada. Por outro, esclarece também como algumas das considerações dos médicos não são sempre transversais e resultados de concordâncias, advindo, por vezes, em contradições entre elas.

No campo das práticas médicas temos de ter em consideração não só quais eram os principais métodos de prevenção empregues pelos Estados, como também a real assistência pública da época.

Não é surpresa nenhuma que ao longo do século XIX a vigilância marítima tenha sido um dos alvos de maior atenção dos poderes Estatais, quer através de legislação, quer com generosos orçamentos, que no caso português raramente eram cumpridos. Afinal, os portos foram os principais modos de efetuar grandes transações comerciais, mas também de circulação de passageiros e, por sua vez, de doenças.⁶⁷ Conforme as notícias de novas e mais doenças epidémicas alastravam em solo europeu, maior a reação para as conter e exterminar. Fazer uma história das epidemias é também fazer uma história dos transportes

⁶⁴ Dana Tulodziecki, “A case study in explanatory power: John Snow’s conclusions about the pathology and transmission of cholera”, p. 308.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 308 e 309.

⁶⁶ Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*, pp. 40–41.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 2–3 e 10 a 15.

e circulação de pessoas e mercadorias, mas também uma grande História das funções estatais.

Durante a primeira vaga epidémica de cólera no continente europeu (vagamente definida entre os inícios da década de 1820 e finais de 1830) a classe médica ainda estava em grande parte ignorante das suas características mais básicas. Numa tentativa de compensar o seu desconhecimento partiu para o imprevisto. As recomendações dos médicos europeus variavam entre as mais benignas (banhos quentes, acupuntura, massagens...), às mais dolorosas e deteriorantes (cauterizações estomacais, sangrias excessivas complicadas pela desidratação sanguínea, injeções de terebentina por via rectal, etc.). Tudo métodos ineficazes, que por sua vez deram aso ao surgimento de medicinas alternativas e tratamentos por parte de pessoal não médico (religiosos, curandeiros, charlatões, etc.).⁶⁸

Os Estados europeus enfrentados com uma questão que parecia sem fim aparente e com especialistas incapazes de acelerar a cura, decidiram avançar com as precauções necessárias. Tendo em conta o que parecia óbvio da cólera (as suas semelhanças com outras doenças de origem oriental) decidiram enfrentar a questão como algo contagioso, ignorando o corpo médico que defendia a teoria dominante (anticontagionistas). Assumindo os efeitos secundários que a imposição de quarentenas podia vir a ter (menos comércio e instabilidade social), os estadistas olharam para os modos de transmissão conhecidos da peste e da febre amarela como regra geral. Isto representaria duas abordagens: primeiro, limpeza dos espaços públicos e cuidados alimentares; em segundo, medidas quarentenárias (fortificação das fronteiras nacionais, encerramento das áreas contaminadas, identificar, reportar e isolar os enfermos, desinfestação, fumigação e purificação de bens e viajantes e ainda a imposição de protocolos para os enterramentos).⁶⁹

O sucesso destas medidas é questionável. Por um lado, a razão da sua aplicação foi baseada numa generalização informada em experiências passadas. Por outro, a cólera, tal como a peste e a febre amarela, propagava-se por vias semelhantes, simplesmente não da mesma forma como as teorias dominantes julgavam. A limpeza dos espaços públicos e os cuidados alimentares, aliado ao esforço de desinfestação e cuidados funerários, parecem-nos os principais fatores do “sucesso” ao combate da primeira vaga.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 37.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 40 e 41.

Portugal teve uma vantagem durante a sua segunda vaga epidémica na forma de um conhecimento mais detalhado da cólera, resultado de ser um dos últimos Estados a ser afetado pela terceira vaga mundial e de já ter experienciado os seus impactos. Para além do conhecimento teórico, beneficiou da aplicação de medidas preventivas e preparativas mais atempadas, como veremos no capítulo 3. Contudo, terão existido falhas administrativas e de estruturas físicas no combate. Apesar de o conhecimento teórico em torno da cólera estar a par com o restante conhecimento europeu, ele ainda não oferecia tratamentos adequados e os espaços hospitalares não estavam preparados para receber o fluxo de doentes afetados.

Aliás, o Hospital de São José sempre tivera problemas de espaço e gestão de recursos.⁷⁰ No tempo da segunda vaga vários foram os relatórios que sugeriam a necessidade de expansão do hospital e que eventualmente foram remediados através da criação de enfermarias provisórias.⁷¹ O sistema hospitalar também não detinha os recursos financeiros necessários para prestar o auxílio necessário, faltando frequentemente roupas, aquecimento e pagamento do pessoal hospitalar. Contudo, isto não era uma particularidade portuguesa, mas sim um resultado das lógicas liberais, sendo a saúde mais um caso do *laissez-faire* do liberalismo.

Paralelamente, as Misericórdias detinham funções semelhantes às do hospital e, no caso português, contribuíram para o controlo epidémico. Em Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia fazia parte da Comissão Administrativa para controlo da epidemia e contribuíra com a implementação das medidas sanitárias nos seus espaços e no auxílio de doentes.⁷² Vale a pena relembrar que as misericórdias entre o século XVIII e XIX detinham um corpo de médicos voluntários, concentrando em si competências médicas reconhecidas pela comunidade.⁷³

⁷⁰ Isto fica particularmente claro nas considerações do enfermeiro-mor deste hospital nos seus relatórios da segunda vaga. Cf. Arquivo Nacional Torre do Tombo (ANTT): *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 3-8. Aliás, este não é o único caso de infraestruturas de assistência médica em mau estado. Cf. Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Viseu, Palimage Editores, 1999, pp. 373-385.

⁷¹ Cf. ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 8-13.

⁷² A facilidade de cooperação entre a Santa Casa e o Hospital de São José pode dever-se ao facto de a Misericórdia de Lisboa ser, durante parte do século, uma instituição estatal e não “independente” como as restantes misericórdias do país. Cf. Maria Antónia Lopes, “Misericórdias portuguesas: poderes e cobiças pessoais, políticas e eclesiásticas (sécs. XVIII-XX)”.

⁷³ Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, pp. 386-387.

Em suma, a medicina oitocentista apresenta duas faces. Uma primeira direcionada para o conhecimento teórico e outra para a aplicação deste conhecimento, ou práticas. A primeira demonstra o desenvolvimento de um conhecimento mais global e para além da esfera exclusivamente médica, como a crescente intervenção do Estado. Porém, em termos práticos, este conhecimento não é bem aplicado. Não por resistência às novas técnicas ou discordâncias, mas sim pela falta de estruturas que permitam a sua aplicação. Isto é, a medicina surge constrangida por problemas que a ultrapassam, como hospitais sem recursos e uma estrutura paralela, as misericórdias, que por vezes entrava em competição no campo da saúde.

A cólera: algumas notas

Clinicamente, a cólera é “uma infeção específica aguda do trato digestivo causada pelo vibrião colérico. Pode começar por uma diarreia moderada, que vai aumentando de intensidade, embora apresente muito mais vezes um início súbito, com vômitos e dejeções violentas. As dejeções são aquosas e muito abundantes e as fezes tomam o aspeto típico de «água de arroz»; sendo formadas por um líquido pouco fétido, esbranquiçado, com flocos de muco e por vezes com laivos de sangue. A diarreia é em breve seguida de vômitos aquosos. Nos casos mais graves, desenvolvem-se sintomas atribuíveis à de líquidos e absorção de tóxicos, em especial câibras musculares, anúria e colapso. A não ser que a desidratação rápida seja evitada pela administração de líquidos parentéricos, a evolução pode ser rapidamente mortal. O doente ou se cura ou morre dentro de poucos dias.”⁷⁴

A cólera enquanto doença deve, supostamente, o seu nascimento e nacionalidade à Índia,⁷⁵ contudo, isto não a delimita enquanto uma doença exclusivamente do continente indiano, algo que a sua fácil transmissão entre territórios demonstra. Aliás, as condições necessárias para o surgimento e propagação do vibrião podem estar presentes em qualquer região de clima quente com águas estagnadas, más condições de salubridade e/ou maus cuidados hídricos.⁷⁶ De outro modo, o vibrião colérico pode estar presente desde que as condições para tal surjam. Logo, parece-nos que a atribuição da cólera enquanto “doença das índias” deve-se sobretudo à prevalência desta nesse continente, aos olhos europeus, e não a qualquer tipo de exclusividade.

⁷⁴ Philip Sartwell et al., *Medicina Preventiva e Saúde Pública*, vol. 1, 2ª, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1979, pp. 535–536.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 536.

⁷⁶ *Ibid.*, pp. 538–540.

Aliás, como reporta Philip Sartwell, no território indiano esta doença mantivera-se endémica até ao início do século XIX, apenas atingindo a escala epidémica no ano de 1817.⁷⁷ Após este momento, a cólera alastra-se por todos os cantos do planeta, provocando taxas variáveis de mortalidade nos infetados que podiam ser tão baixas como 5% e tão altas como 75%.⁷⁸

Com sintomas e um diagnóstico tão dramático como “o doente ou se cura ou morre dentro de poucos dias”, naturalmente os Estados que até então contemplavam as consequências da cólera como algo circunscrito a um só território tiveram de se adaptar rapidamente a uma nova realidade. Aliás, as epidemias de cólera tornaram-se acontecimentos marcantes e recorrentes ao longo dos séculos XIX e XX, sendo contabilizados enquanto “vagas”. Durante o século XIX foram delimitadas 5 vagas de disseminação epidémica à escala mundial. Uma primeira sensivelmente entre 1817 e 1823, a segunda entre 1826 e 1837, a terceira entre 1846 e 1862, a quarta entre 1864 e 1875 e a quinta vaga entre 1883 e 1896.⁷⁹ As epidemias de cólera do século XX são menos consensuais e de natureza geográfica mais localizada. No entanto, isto não significa que todos os países tenham sido afetados pelas vagas oitocentistas, pelo menos de forma epidémica.⁸⁰

Os progressos da medicina e das ciências médicas permitem, hoje, compreender como esta doença se transmitiu com tanta facilidade e ainda atualmente perdura. Os estudos de Robert Koch produzidos entre 1892 e 1893 em torno do vibrião colérico confirmaram as formas de transmissão da doença e a sua relação com os seus portadores. Esta última relação, a de portabilidade, é particularmente importante, nomeadamente porque nem todos os doentes demonstram sintomas graves, no entanto continuam a ser transmissores. Como tal, até pessoas aparentemente saudáveis podiam ser portadoras da doença e, através do contacto com outros, propagadores.⁸¹

Claro está que esta transmissão não se dá exclusivamente pelo contacto, mas sim pelo contacto “descuidado”. Estando as componentes transmissíveis da cólera nas dejeções, os cuidados de higiene tornam-se o factor que permite ou não a transmissão da doença. No entanto, o principal risco não está na transmissão resultante do contacto interpessoal, mas sim através da

⁷⁷ *Ibid.*, p. 536.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ *Ibid.*, p. 537. Para uma abordagem dos impactos das epidemias de cólera no computo geral cf. Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*, Cambridge University Press, 2005, pp. 37–243.

⁸⁰ Portugal é um exemplo disto, não sendo afetado pela primeira vaga de forma epidémica. Ou seja, no território português as vagas epidémicas são contadas a partir da segunda mundial.

⁸¹ Philip Sartwell et al., *Medicina Preventiva e Saúde Pública*, vol. 1, p. 540 e 542.

contaminação de sistemas hídricos que facilitem a ingestão do vibrião como, por exemplo, abastecimentos de água contaminada.⁸²

⁸² Os estudos de John Snow, agora reconhecidos como clássicos dos estudos epidêmicos, foram dos primeiros a testar a hipótese de a transmissão da cólera em grande escala ser propiciada pela via hídrica. Cf. John Snow, *Snow on cholera: being a reprint of two papers*, New York, The Commonwealth Fund, 1936.

Capítulo 2 – O “teatro” médico: os médicos, os hospitais e o governo em Portugal

O palco: o hospital em Portugal no século XIX

A definição do que é o hospital oitocentista motiva interpretações diferentes entre autores. De uma forma simplista, um hospital é um espaço de tratamento de doentes (físicos ou psicológicos), habitado por um corpo de profissionais da área da saúde habilitados a lidar com a doença e ocupado por doentes que procuram tratamento.

Porém, esta definição oculta procedimentos, aproveitamentos e relações de poder existentes neste espaço. O próprio conceito de espaço pode ser criticado, não existindo necessariamente uma única definição. Alguns estudiosos, como Henri Lefebvre, concluem que o “espaço” é algo abstrato, que mais tarde é materializado de acordo com a intenção da força política e/ou burocrática que lhe for aplicada.⁸³ Assim, o espaço hospitalar seria resultado de forças políticas que procurariam impor e reforçar um tipo de homogeneidade social, nomeadamente a saúde das populações.⁸⁴

Outros como Foucault⁸⁵ valorizam o espaço não como resultado de uma intenção política, mas sim como resultado da aplicação de qualquer tipo de poder (social, económico, político, cultural, etc.), sendo o resultado desta aplicação independente da força inicial.⁸⁶

Parece-nos que esta última definição de espaço permite uma melhor interpretação daquilo que é o hospital, não por considerarmos que não estão presentes forças políticas, mas sim por considerarmos que o hospital não surge apenas deste tipo de poder. Logo, partiremos da hipótese que os hospitais são resultado de vários tipos de poder ou interesse, que por sua vez criam resultados muito diferentes e com consequências bastante distintas.

Aliás, na primeira metade do século XIX não nos parece existir um padrão aplicável a todos os hospitais do país, ou sequer entre países. A caracterização fundamentada por Laurinda Abreu para os hospitais de Setúbal⁸⁷ em muito difere daquela que observámos para o Hospital de São José. Contudo, o traço comum a todos estes

⁸³ Henri Lefebvre, *The production of Space*, pp. 46–52.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 285 e 287-291.

⁸⁵ *Ibid.*, pp. 19, 22–24, 135–139, 177–181, 201 e 238-248.

⁸⁶ Michel Foucault, *A Microfísica do Poder*, Edições Graal, 1982, p. 17–28 e 130.

⁸⁷ Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, pp. 371–394.

espaços acaba por ser um tipo de assistência, sem uma inicial distinção de classe social ou privilégio.

Porém, estes espaços afastam-se de outros espaços de assistência, como as misericórdias, não só por estarem inteiramente dependentes do Estado, como também por deterem funções para além da assistência.

Sendo o hospital um dos espaços da medicina por excelência, muitos dos processos mais experimentais tinham o seu lugar quase exclusivamente aqui. Assim, muitas vezes o hospital surge ao mesmo tempo enquanto espaço de tratamento, mas também como laboratório e espaço de ensino.

Enquanto laboratório não nos referimos necessariamente à imagem clássica de um espaço com soluções e tubos de ensaio (não obstante), mas sim à carga empírica e investigativa aplicada pelos médicos. Afinal, era no hospital que os procedimentos eram submetidos às “provas de fogo” e os seus resultados estudados. Na definição desta faceta do hospital devemos ainda ter em conta que esta experimentação não detinha os contornos éticos atuais.

O hospital enquanto espaço de ensino ganha maior destaque em Lisboa com a criação da Escola Médico-Cirúrgica em 1836.⁸⁸ É a partir da descentralização do ensino médico que é reconhecido um maior valor pedagógico ao hospital, nomeadamente pela menção da participação de estudantes de medicina na assistência dos médicos da casa durante as suas visitas hospitalares, mas também pela sua mobilização em períodos excecionais como as epidemias, onde seriam necessários mais corpos capazes. Através do caso da epidemia de cólera de 1856 é mesmo registado que “em cada um dos postos médicos (...) devem existir dois facultativos que serão ajudados pelos estudantes da Escola Médico-Cirúrgica desta cidade, de quarto e quinto ano, os quais também podem prestar mui úteis serviços nos hospitais, ou onde se julgar conveniente.”⁸⁹ Se por um lado isto pode aparentar uma tentativa de limitar despesas, também devemos reconhecer que experienciar *in loco* o trabalho médico contribuía para a formação dos estudantes.

⁸⁸ Lembremo-nos que já existia ensino cirúrgico em Lisboa e Porto antes da criação das Escolas Médico-Cirúrgicas através das Escolas Reais de Cirurgia, sendo os hospitais locais usados como espaços de ensino prático. Com a adição do ensino médico, também a formação médica passa a deter o seu espaço entre as paredes hospitalares. Cf. Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, pp. 175–176.

⁸⁹ ANTT: *Hospital de São José*, livro 3010, pp. 15 e 16.

Nesta breve análise deve ainda ser mencionado que existem motivos por de trás da imagem negativa atribuída ao hospital durante o oitocentos. Como já demos a entender durante a introdução, consideramos que os conhecimentos médicos em Portugal acompanhavam os europeus e do continente americano do seu tempo. Aquilo que vemos como fatores negativos reside nas infraestruturas e na administração.

Uma das constantes em todos os hospitais portugueses do século XIX é a continuada crítica de falta de espaço, de recursos financeiros/materiais e, menos comum, de pessoal hospitalar.

Em todas as obras onde é abordado um hospital em particular surgem críticas da falta de salas com lotação para os doentes existentes, levando a sobrelotação.⁹⁰ No Hospital de São José isto não era diferente, sendo mesmo considerado um hábito antigo, cujas correções são tentadas e fracassadas.⁹¹ Isto vai sendo lentamente corrigido de forma mais permanente, com a abertura de novas enfermarias no espaço do São José e de outros hospitais em Lisboa. Paralelamente, surgem críticas das condições materiais destes hospitais. Interessantemente, a decadência dos espaços hospitalares parece só ser apresentada a instâncias superiores aquando de avaliações exigidas por estas. Nos hospitais de Lisboa é comum a menção do mau estado das canalizações, o estado ruinoso em que se encontram as paredes e o chão, o geral desrespeito pelo asseio dos espaços frequentados pelos doentes e, no caso da enfermaria de São Teotónio, a inexistência de casas de banho. Porém, também são relatados problemas exteriores aos hospitais como a localização de indústrias demasiado próximas destes, provocando diversos problemas no tratamento de doentes e conservação do património hospitalar.⁹²

De igual modo, a limitação financeira a que estavam relegados os hospitais impedia que fossem realizadas obras para resolver ou prevenir o contínuo desgaste destes espaços. Isto também é verificável no próprio cuidado de doentes. Quase tão frequentes como as queixas em torno do espaço físico são as denúncias de falta de roupas de cama ou de agasalho para os doentes. Surge ainda menção de falta de condições no inverno por falta de caloríferos (i.e. fogareiros, colchas e cobertores) e de meios de tratamento (falta

⁹⁰ Cf. Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, pp. 404–407 e António Pinto Santos, *O Combate à Tuberculose - Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica: O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*, pp. 115–118.

⁹¹ ANTT: *Hospital de São José*, livro 3010, pp. 3 e 4.

⁹² *Idem*, pp. 4 e 5.

de sanguessugas, ventosas e, por vezes, medicamentos).⁹³ A ausência de suficiente pessoal médico detém pouca representação nos casos que analisámos, surgindo apenas durante os dois períodos epidémicos. Contudo, parece-nos possível que seja comum a outros espaços de tratamento, nomeadamente pelos salários exigidos pelos médicos e a dificuldade que hospitais controlados pelas misericórdias tinham em encontrar médicos que servissem gratuitamente.⁹⁴

Durante a primeira metade do século XIX, o cargo máximo da administração hospitalar (enfermeiro-mor) raramente foi um médico, sendo sobretudo membros da nobreza ou clero e no caso do Hospital de São José só depois da Regeneração é que se assiste à presença de médicos formados nos cargos administrativos.⁹⁵ Assim sendo, estes administradores da primeira metade do século eram pouco mais que secretários, servindo de elo de ligação entre as necessidades do espaço hospitalar e os órgãos governativos.

No caso lisboeta é ainda de referir que após a guerra civil (1832-34) o Hospital de São José e a Misericórdia de Lisboa passam a ser governados por uma só comissão administrativa, dando-se esta separação apenas em 1851.⁹⁶ Contudo, esta separação parece-nos ser apenas oficiosa, continuando a existir uma participação colaborativa entre o Hospital e a Misericórdia, algo que é verificável durante a epidemia de cólera e de febre-amarela. Porém, também nos parece que esta relação é unilateral, ou pelo menos assim é documentada, nunca aparecendo registos onde a misericórdia parta em auxílio do hospital, estando este último incumbido de realizar avaliações aos espaços da misericórdia e de prestar auxílio médico aos seus doentes.⁹⁷

A imagem negativa ao hospital pode ainda dever-se a um conjunto de outros fatores. Em primeiro lugar, não devemos esquecer que o hospital oitocentista ainda não é o espaço de cura que conhecemos atualmente, mas sim um espaço de beneficência pública, onde se procura a interação de um universo de potenciais assistidos, isto é,

⁹³ ANTT: *Hospital de São José*, livro 3010, pp. 4 a 7.

⁹⁴ Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, p. 386 e 387.

⁹⁵ Luís Graça, “A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX [History of Health at Work: 2.1. The 1899-1901 Portuguese Public Health Reform]”.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, Página 1 e 2.

predominantemente pobres, inválidos e desvalidos. Isto forma uma paradoxalidade com o que supostamente é o espaço privilegiado de cura, o lar. Logo, torna-se necessário delimitar uma separação entre o que pode ser considerado um espaço de assistência e o verdadeiro espaço de cura ou tratamento. Se aliarmos isto às altas taxas de mortalidade registadas para os espaços hospitalares do país em comparação com as taxas de mortalidade dos tratamentos em espaço privado (o lar),⁹⁸ rapidamente verificamos que o papel do hospital oitocentista funciona como um meio-termo. Por um lado, procura-se a criação de espaços onde aqueles que procuram tratamento o encontrem ou pelo menos estejam ocultos da restante sociedade, por outro este espaço sofre de múltiplos constrangimentos que impedem a cura.

Assim, o hospital oitocentista português ainda não pode ser visto como um espaço ligado à arte de curar no seu sentido mais literal, mas sim de retenção, onde se procura a manutenção de uma inversão da ideia de Higia⁹⁹, ou seja, conter a doença de modo a conservar a saúde dos restantes. Como tal, o espaço de Panaceia¹⁰⁰ é o lar, onde através do conforto e a atenção exclusiva e dedicada do médico é possível o tratamento da doença.

Um público interessado, mas incapaz: a relação entre o governo e a medicina

O papel do governo liberal na medicina está condicionado tanto pela conjuntura política, como pela adoção de medidas que privilegiam medidas de saúde pública e não individual. Para tal, é necessário separar a relação do Estado face aos espaços de tratamento, como os hospitais, daquela face à saúde do território num plano mais alargado.

Parece-nos que o Estado português na primeira metade do século XIX ainda não detém lógicas de uma verdadeira assistência pública, sendo que este tipo de posicionamento só se torna mais claro com a discussão do Estado providência entre o

⁹⁸ Os relatórios epidémicos apresentam, para além dos resultados da epidemia em questão, um contraponto com as outras doenças em espaço hospitalar e, por vezes, nos domicílios. Cf. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal no Annos de 1855, e 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858, pp. 440–445, 447–458 e 470–471; Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Annos de 1855 e 1856 - Parte II*, pp. 16–45.

⁹⁹ Uma das filhas do herói mitológico Asclépio, personificando o conceito de saúde e, mais tarde, higiene enquanto práticas e condições que asseguram boa saúde.

¹⁰⁰ A outra filha de Asclépio, personificando o conceito de tratamento e cura.

final do século e o início do século XX.¹⁰¹ Aquilo que testemunhamos é uma relação de beneficência pública, invés da caridade pública do século XVIII. Ou seja, face à saúde o Estado promove a manutenção de espaços públicos de tratamento através da regulação dos hospitais e das misericórdias, mas nunca interfere diretamente na criação de novos espaços. Deste modo, o Estado continua a manter uma relação com estes espaços (financiamento, aplicação dos regulamentos e fiscalização), mas não assume obrigações face aos espaços em si. Ou seja, se o Estado e o governo observam, cabe à administração hospitalar realizar as alterações.

Isto opõe-se às lógicas de caridade pública setecentistas na medida em que o Estado assume uma relação com a saúde das populações, não delegando a sua manutenção exclusiva a outras instituições, nomeadamente à igreja, ou a iniciativa individual, como a caridade.¹⁰²

A relação da medicina com o governo é em muito resultado da sua participação na manutenção da saúde pública. Como tal, torna-se necessário analisar algumas das organizações governamentais criadas com este propósito, visto que através delas podemos avaliar a forma como o governo liberal interpretava o papel da medicina e dos seus praticantes na política.

Apesar de já existirem esforços na organização da saúde pública desde os finais do século XVIII,¹⁰³ só em 1813 é que surge uma verdadeira organização dentro do Estado português para o controlo de questões da saúde pública. A Junta da Saúde Pública (1813-1820) era ainda um esboço muito vago deste tipo de preocupação, contudo já adotava qualidades muito semelhantes às organizações de saúde de outros Estados europeus.

Com a Junta de Saúde Pública há um claro esforço em controlar o que entra no país por via marítima, mas também em assegurar as condições interiores. Este interesse de prevenção de entrada de ameaças externas e de controlo do que se passa dentro das fronteiras não nos parece dever-se exclusivamente a questões de saúde, mas também económicas. Portugal, tal como os restantes Estados, estava consciente que para manter boas relações comerciais tinha de assegurar que as mercadorias e as tripulações não

¹⁰¹ Maria Rita Lino Garnel, “Os médicos, a saúde pública e o Estado improvidente (1890-1926)”, pp. 27–31.

¹⁰² Luís Graça, “Função Supletiva do Estado no Domínio da Saúde até à II Guerra Mundial”.

¹⁰³ Valentino Viegas et al., *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde, 2006, p. 12.

estavam contaminadas com algum tipo de doença. Visto que, caso estivessem, ambas seriam quarentenadas, os custos de viagem aumentavam (retenção da embarcação, multas, risco de perda de mercadoria, custos alimentares, etc...) e surgiria um conflito diplomático que poderia provocar a entrada dos portos do país numa *blacklist* epidémica que rapidamente seria dada a conhecer aos restantes Estados.¹⁰⁴

Tendo em conta o cenário que se podia traçar caso o país fosse invadido por males epidémicos, o Estado português procurou melhorar, através da vigilância, as condições higiénicas do seu território. Entre as funções desta Junta destacamos a pluralidade das suas competências, indo desde a criação de estatísticas e ordenação de cemitérios e óbitos ao controlo alimentar e vigilância das indústrias.

Porém, um dos aspetos mais interessantes desta junta era a sua constituição. Tal como Carlos Subtil indica, os seus membros eram médicos, sócios da Academia Real das Ciências, que trouxeram consigo vários conhecimentos que permitiram a evolução das questões de saúde pública.¹⁰⁵ Porém, Subtil ignora que estes não estavam sozinhos. Para além dos seis médicos integrados contavam-se outros seis homens: o Provedor-mor de Saúde (presidindo a Junta), dois oficiais militares, um inspetor do Arsenal da Marinha, um desembargador e um secretário.¹⁰⁶ Ou seja, metade dos seus constituintes não estavam ligados à medicina.¹⁰⁷ Outra dinâmica ignorada é a convivência paralela com um outro órgão do Estado com algumas funções semelhantes (Intendência Geral da Polícia da Corte e do Reino), configurando uma sobreposição de jurisdições e competências, diminuindo a eficácia de utilização de recursos e uma lenta resolução dos problemas em território português.¹⁰⁸ Paralelamente, a ação autónoma que a Junta detinha sobre as fronteiras marítimas parecem ser exercidas com maior eficácia, não surgindo relatórios que ponham em questão as suas competências.

¹⁰⁴ Existem várias cartas e ofícios nos fundos relativos aos órgãos de saúde pública no Arquivo Nacional da Torre do Tombo onde se dá conhecimento de portos invadidos por doenças epidémicas e ordem para rejeitar qualquer embarcação daí proveniente. O seguinte exemplo é relativo à Comissão de Saúde Pública: Cf. Ministério do Reino, caixa 1096, maço 979, pasta 1831.

¹⁰⁵ Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, p. 120.

¹⁰⁶ *ANNAES do Conselho de Saude Publica do Reino*. Tomo 1, Nº 1, Conselho de Saude Publica do Reino, Lisboa, 1838, p. 33.

¹⁰⁷ Em outubro de 1813 é criado um outro cargo, Inspetor do Ramo de Saúde Pública, exercido pelo Marquês de Tancos, passando a existir a representação de 7 pessoas não ligadas à saúde para 6 médicos.

¹⁰⁸ Maria Alexandre Lousada, *Espaços de Sociabilidade em Lisboa*, p. 70 e 71.

Num campo mais geral, do Vintismo adiante é destacada a intenção de centralizar as competências relacionadas com a saúde, resultado da pluralidade e ineficácia das instituições existentes. Algo a que as Cortes Gerais e Extraordinárias dão o devido destaque:

*“Não havia em Portugal um centro de poder que fiscalizasse estes diferentes objetos [de saúde pública]. Os médicos e cirurgiões dependiam do Desembargo do Paço para as provisões dos seus partidos: os boticários, os droguistas e os que de novo se habilitavam para qualquer emprego de saúde pública, estavam sujeitos, à exceção dos médicos formados na Universidade de Coimbra, às autoridades do Físico-mor e do Cirurgião-mor do Reino. Os expostos e hospitais tinham a sua dependência das misericórdias ou das câmaras, debaixo inspeção pouco ativa, e regular dos provedores e do Desembargo do Paço. A saúde do porto de Belém dependia antigamente do Senado de Lisboa, e nestes últimos tempos de uma Junta criada a propósito para este fim. A polícia médica do interior do reino pode dizer-se com verdade que não existia absolutamente. A Comissão empreendeu portanto fazer um regulamento de saúde pública simples, uniforme a todo reino, e dependente de um poder central, e único que fiscalizasse e respondesse ao mesmo tempo por todos os objetos. Tal é o fim do plano, que a Comissão tem a honra de oferecer à vossa soberana aprovação.”*¹⁰⁹

A comissão referida neste documento é a Comissão de Saúde Pública sucessora da Junta, até à sua queda em 1837. Aquilo que esta Comissão faz durante o seu funcionamento é a reforma de medidas já praticadas, mas também uma aplicação mais rigorosa daquelas implementadas pela Junta de Saúde Pública, nomeadamente nas práticas de saúde e higiene nos portos do país.

Em bom rigor e como referimos anteriormente, as grandes reformas da saúde no Portugal de oitocentos são desenvolvidas por Passos Manuel, marcando também o primeiro momento em que os médicos e outros profissionais de saúde são colocados à frente das organizações estatais de saúde.

Em 1837 é aprovado um novo regulamento de saúde pública e criado o Conselho de Saúde Pública, que substituiria a Comissão de Saúde Pública.¹¹⁰ Este Conselho seria

¹⁰⁹ *Diário das Cortes Geraes e Extraordinarias da Nação Portuguesa*, sessão nº 199, 13 de outubro de 1821, p. 2639.

¹¹⁰ Valentino Viegas et al., *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, p. 15 e 16.

formado por doze vogais, composto por sete representantes das diversas artes médicas (três médicos, dois cirurgiões e dois farmacêuticos) e cinco representantes de diversas áreas da administração interna (um Administrador Geral do Distrito de Lisboa, um delegado da Câmara Municipal de Lisboa, um Diretor-Geral da Alfândega, um Oficial do Estado Maior da 1ª Divisão Militar e um Oficial do Estado Maior da Marinha). Destes somente os representantes das artes médicas seriam nomeados pelo governo; os restantes pelos seus superiores dentro das suas respetivas áreas. O presidente e o vice-presidente seriam nomeados pelo governo de entre os vogais e existiria um Fiscal do Conselho, sendo forçosamente um facultativo de medicina ou cirurgia, também nomeados pelo governo.¹¹¹

Para além das mudanças de representatividade no Conselho, o novo regulamento traz consigo uma nova interpretação da saúde pública e reforça a importância da medicina na sociedade. Com a centralização das competências de saúde, procurava-se uma nova eficiência na fiscalização e regulamentação dos praticantes médicos, mas também uma tentativa de consciencialização da população para a saúde,¹¹² reforçando a necessidade de promover bons hábitos de higiene e educação física, mas também assegurando que existiam facultativos médicos nas diversas localidades.

A isto alia-se a criação das Escolas Médico-Cirúrgicas do Porto e Lisboa (1836), assegurando a formação de novos indivíduos capazes de auxiliar as populações e eliminando o monopólio da medicina coimbrã, permitindo a proliferação de novas ideias e currículos.¹¹³

Contudo, as inovações das reformas de Passos Manuel são de pouca duração, sendo reformuladas primeiro em 1844 e depois em 1868, limitando a importância da representação médica no Conselho de Saúde Pública, cujas funções seriam delapidadas pouco tempo depois. Com isto, as decisões concernentes à saúde pública passariam a depender da Secretaria de Estado dos Negócios do Reino através de uma Junta Consultiva

¹¹¹ *Ibid.*, p. 16.

¹¹² Aquilo que Luís Graça estabelece como uma “Cultura de Saúde” em oposição à “Cultura da Doença”, que problematiza como o estado atual deste tipo de políticas. Cf. Luís Graça, “Higia e Panacea: da Arte de Curar a Doença à Arte de Conservar a Saúde [Hygia and Panacea: from the Art of Healing to the Art of Health Promotion]”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 1999, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos2.html>.

¹¹³ Em Coimbra o ensino médico era essencialmente teórico neste período, em oposição às escolas de Lisboa e Porto que privilegiavam um ensino mais teórico-prático. Cf. Maximiano Lemos, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, vol. II, 1ª, Lisboa, Manoel Gomes Editor, 1889, p. 245–247 e 280.

de Saúde Pública. Esta era presidida pelo Ministro e Secretário dos Negócios do Reino, constituída por cinco facultativos de medicina ou cirurgia e onze vogais extraordinários cuja composição abrangia desde o Diretor-Geral das Obras Públicas a negociantes matriculados na praça de Lisboa.¹¹⁴

Em suma, só depois da Regeneração é que se volta a assistir a um avanço nas políticas de saúde e nas instituições que as monitorizam e aplicam, sendo a repartição encarregue da saúde pouco mais que uma instituição burocrática.

Os atores: o lugar do médico no meio hospitalar

O médico oitocentista é uma figura polimórfica, dependente da lente pela qual é visto. Logo, é necessário circunscrever este tipo de análise a alguns pontos específicos de modo a problematizar sobre a profissão do médico, isto é, qual a formação dos médicos, quais as suas funções e o que era esperado deste.

Em primeiro lugar, a formação do médico deve ser contemplada face a dois períodos distintos. Um primeiro onde o médico é formado exclusivamente em Coimbra¹¹⁵ (até à fundação das Escolas Médico-Cirúrgicas) e um outro onde a formação médica não está restrita somente a Coimbra, mas também a Lisboa e ao Porto.

O primeiro período insere-se, no nosso âmbito cronológico, até ao fim da guerra civil e até às reformas de Passos Manuel. Neste primeiro momento os médicos formados em Portugal continental eram instruídos no mesmo conjunto de disciplinas e detinham exatamente o mesmo tipo de diploma. O plano curricular ficaria definido sem grande alteração após a reforma pombalina e como representamos na Tabela 1.¹¹⁶

Como é verificável, o ensino de medicina é essencialmente teórico, pontificado por quatro momentos de ensino prático (Prática da arte farmacêutica, cirúrgica e médica). Isto invariavelmente contribuía para uma imagem do médico enquanto ermita distanciado do resto da sociedade. Porém, deve também ser tido em conta que estes conhecimentos

¹¹⁴ Valentino Viegas et al., *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, p. 25 e 26.

¹¹⁵ Como referimos anteriormente, em Lisboa e Porto só existiam escolas de cirurgia até à sua conversão em Escolas Médico-Cirúrgicas

¹¹⁶ Maximiano Lemos, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, vol. I, 1ª, Lisboa, Manoel Gomes Editor, 1889, pp. 245–265.

teóricos, reproduzidos na medicina coimbrã, estavam a par das abordagens teóricas europeias.¹¹⁷

Tabela 1 – Plano curricular da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra da reforma pombalina até à formação das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto

Ano	Plano curricular
1º	Prolegómenos gerais de medicina; História da medicina; Matéria médica e prática da arte farmacêutica.
2º	Prolegómenos da anatomia; História da anatomia; Anatomia, operações cirúrgicas e arte obstétrica.
3º	Instituições médico-cirúrgicas (Fisiologia, patologia, semiótica, higiene e terapêutica); Prática cirúrgica e médica I.
4º	Aforismos (Hipócrates e Boerhaave); Prática cirúrgica e médica II.
5º	Prática cirúrgica e médica em regime de internato.

Com o advento das reformas de Passos Manuel o currículo muda, passando a integrar outras matérias e, no caso de Lisboa e Porto, um reforço das componentes teórico-práticas.¹¹⁸ Assim, os programas dos cursos de medicina de Lisboa, Porto¹¹⁹ e Coimbra¹²⁰ passam ao representado na Tabela 2.

A diferenciação das matérias de ensino entre as Escolas de Lisboa e Porto e a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra mantém-se sem grandes modificações até à I República, surgindo apenas algumas alterações programáticas na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, nomeadamente a inclusão do estudo de epidemias recentes na cadeira de patologia médica.¹²¹

¹¹⁷ Lemos considera que após a reforma pombalina o ensino médico em Portugal passa por uma “desnacionalização”, aproximando-o (e de outros países) ao restante continente. Cf. Maximiano Lemos, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, vol. II, p. 279.

¹¹⁸ Valentino Viegas et al., *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, p. 12.

¹¹⁹ Eduardo Augusto Mota, *Bosquejo Histórico da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*, Lisboa, Imprensa de J. G. de Sousa Neves, 1878, p. 8 e 9.

¹²⁰ Valentino Viegas et al., *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, p. 11.

¹²¹ *Programma das cadeiras da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa para o Anno lectivo de 1864-1865*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1865, pp. 27–31.

Tabela 2 – Programa curricular dos cursos de medicina nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra após 1836

Ano	Lisboa e Porto	Coimbra
1º	Anatomia; Química.	Anatomia descritiva; Histologia e fisiologia geral
2º	Fisiologia e higiene; Zoologia e botânica.	Fisiologia especial; Anatomia patológica; Anatomia topográfica e medicina operatória.
3º	História natural dos medicamentos, Matéria médica e farmácia; Patologia e terapêutica externa; Clínica cirúrgica I.	Patologia geral; Propedêutica; Matéria médica, farmacologia e farmácia; Patologia.
4º	Aparelhos e operações cirúrgicas e cirurgia forense; Partos, moléstias das mulheres de parto e dos recém-nascidos; Clínica cirúrgica II	Patologia interna; Clínica cirúrgica; Obstetrícia, moléstias de puérperas e de recém-nascidos.
5º	História médica; Patologia geral, patologia e terapêutica interna; Clínica Médica, higiene pública e medicina legal; Clínica cirúrgica III	Clínica médica; Medicina legal; Higiene pública e polícia médica.

Aqui devemos ainda mencionar as diferenças entre o ensino médico português e o inglês e francês, dado serem estes que mais podem ter influenciado o sistema português. O ensino de medicina nestes Estados é bastante distinto, tanto resultado de diferenças políticas, como dos seus fardos históricos.

Em Inglaterra as artes médicas detinham uma diferenciação semelhante à portuguesa, isto é, distingue-se médico de cirurgião ou boticário/farmaceuta. Porém, ao contrário de Portugal, estes já detinham associações da “classe” fortemente enraizadas desde os meados do século XVIII, como a Society of Apothecaries e a Surgeons’ Company.

O ensino da medicina também era mais independente do Estado do que no caso português, nomeadamente através do que poderia ser considerado um ensino privado aprovado pelo Estado britânico, mas sobretudo pelo privilégio da adoção de discípulos e aprendizes.

Contudo, este tipo de ensino também trazia desvantagens. Em primeiro lugar, o ensino de medicina “desregulado” criava uma incapacidade de averiguar uniformemente as competências dos diversos praticantes de medicina, criando médicos, cirurgiões e boticários/farmaceutas com pouca experiência profissional, visto que muitos destes

discípulos não passavam de assistentes dos seus mestres.¹²² Outra crítica aparente é a falta de competências práticas, indicando um ensino ainda predominantemente teórico.¹²³

O Medical Act de 1858 acaba por tentar uniformizar o ensino médico, particularmente aliciando estas associações e ordens a fundirem-se com as universidades. A eficácia desta primeira tentativa é questionável, surgindo um outro Medical Act em 1886 em resposta à ainda eclética formação dos praticantes médicos.¹²⁴

O ensino médico em França apresenta-se em moldes mais rigorosos e definidos à semelhança do português. Como tal, os estudantes cumpriam períodos específicos de aulas em diversas matérias. Em oposição ao modelo inglês, o francês era controlado pelo Estado, logo concentrando os estudos médicos para as áreas consideradas mais proveitosas para as especificidades da sociedade francesa, sendo sobretudo direcionados para a higiene e progresso científico em torno de melhorias na saúde pública nacional.¹²⁵

Em Portugal não aparenta existir uma componente tão liberta do ensino médico ao estilo britânico, mas sim uma clara formação de médicos para o serviço da melhoria da saúde pública. Isto pode ser visto tanto nos currículos da Faculdade de Medicina de Coimbra, como nas Escolas Médico-Cirúrgicas.

Outro aspeto que deve ser clarificado é a definição do ensino prático ou teórico-prático da medicina. Se por um lado os estudantes treinavam os seus conhecimentos teóricos e anatómicos em cadáveres ou representações humanas, na realidade grande parte das suas capacidades práticas não extravasavam para além disso. Neste aspeto Coimbra pode ser um caso de pioneirismo através do seu regime de internato no 5º ano de medicina entre a reforma pombalina e a de Passos Manuel.¹²⁶ Por oposição, em França e Inglaterra só um grupo restrito de alunos participava ativamente em regime de internato, sendo esta participação apenas incluída nos currículos gerais, respetivamente, em 1843 e 1860.¹²⁷

¹²² J.J. Rivlin, “Getting a medical qualification in England in the nineteenth century”, *Medical Historian*, vol. 9, 1997, pp. 56–60.

¹²³ A. J. Youngson, “Medical education in the later 19th century: the science take-over”, *Medical Education*, vol. 23, n. 6, 1989, pp. 480–491.

¹²⁴ J.J. Rivlin, “Getting a medical qualification in England in the nineteenth century”, pp. 61–63.

¹²⁵ Florent Palluault, *Medical students in England and France 1815-1885: A comparative study*, Doctoral thesis in Philosophy, Trinity, University of Oxford - Faculty of Modern History - History of Science, 2003, p. 99.

¹²⁶ Esta noção de pioneirismo pode ser comprometida por não encontrarmos memórias dos procedimentos adotados no internato.

¹²⁷ Florent Palluault, *Medical students in England and France 1815-1885: A comparative study*, p. 123.

Assim, até essas datas existia uma diferenciação entre alunos que faziam parte ativa nos trabalhos hospitalares¹²⁸ sobre tutela dos seus professores e aqueles que observavam passivamente, mantendo-se num estatuto de aprendizagem teórica.

Após formado, o médico poderia ingressar na prática de medicina em instituições públicas (misericórdias, hospitais ou como médicos na alçada das freguesias ou de *partido*) ou privadas (clínicas e medicina domiciliária). A função esperada do médico seria, em princípio, sempre a mesma, o tratamento e a cura de indivíduos adoecidos ou lesionados, mas também a pesquisa e desenvolvimento de novos tratamentos. Contudo, a interpretação desta função dependia do seu público alvo. O seu papel era mutável face às respetivas clientelas.¹²⁹

Os médicos que exerciam no domínio privado seriam considerados enquanto trabalhadores liberais tanto nos serviços domiciliários como quando procurados nas suas clínicas. O público alvo destes médicos não era o povo e tão pouco os desvalidos, mas sim as elites.¹³⁰

A medicina hospitalar trazia consigo uma carga de dupla pobreza. Por um lado, devido às condições materiais dos espaços de tratamento, por outro, o público alvo era precisamente constituído por pobres e aqueles sem capacidades físicas ou financeiras para pedir intervenção médica no seu espaço privado.¹³¹

Devemos aliar ainda o facto de o médico raramente ser um residente hospitalar, mas sim um visitante. Esta distinção é necessária para compreender as dinâmicas médicas hospitalares. Em primeiro lugar, o médico faz visitas pontuais de manhã e/ou de tarde, raramente aparecendo referências documentais a outros momentos em que está presente, salvo situações excepcionais como reuniões administrativas ou estados de emergência

¹²⁸ Estas operações eram adequadas ao grau de aprendizagem e raramente iam para além de trabalhos cirúrgicos simples (como incisões) ou treino de procedimentos curativos em doentes.

¹²⁹ Excluimos desta análise outras profissões médicas como o cirurgião ou o boticário/farmaceuta, visto que também os seus papéis são diferenciados socialmente, podendo dificultar a clarificação do médico.

¹³⁰ Luís Graça, “Diferenciação Socioeconómica dos Praticantes da Arte Médica até ao Século XIX”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2004, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos61.html>.

¹³¹ Luís Graça, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos100.html>.

(como epidemias, onde o número de visitas podia ser mais elevado).¹³² Paralelamente, é invulgar o médico que administre tratamentos, cabendo essas funções aos enfermeiros, exceto quando estes procedimentos requerem maior conhecimento técnico. Logo, o médico é ao mesmo tempo uma figura de exceção e continuidade na vida hospitalar, pelo menos no que diz respeito ao tratamento de doentes.

Por outro lado, se o médico não é a principal figura no tratamento de doentes, ele é sem dúvida aquele que mais contribui para a evolução desses tratamentos. Este contributo deve-se sobretudo ao trabalho teórico e ao teste empírico de hipóteses. Enquanto o trabalho teórico seria desenvolvido na privacidade, recorrendo às informações já obtidas da doença e procura de novas soluções face à moléstia ou condição em questão, o empirismo surge da necessidade de testar essas novas hipóteses. Daí a nossa anterior afirmação de o hospital servir como espaço tanto de tratamento como de laboratório. Porém, reconhecemos que o hospital não era um espaço único neste campo, surgindo na literatura outros como as prisões, sanatórios e semelhantes espaços de concentração de sujeitos aprisionados pelos seus desvios à norma social.¹³³ Contudo, se parece mais fácil ou “razoável” aos olhos da sociedade a experimentação nestes reclusos, devemos lembrar que o hospital nada mais era que um outro espaço de reclusão do desvio, neste caso sendo a doença o crime contra a sociedade.¹³⁴ Logo, um espaço para a livre experimentação de novos tratamentos em busca da perfeita cura para a moléstia *du jour*.

Assim, concluímos que o médico oitocentista não deve ser interpretado somente como um profissional hospitalar ou curativo. Aliás, desde a sua formação na universidade ou escolas, o médico é um profissional teórico, um intelectual e detentor de um conhecimento essencialmente academicista, mas com utilidades práticas. Também nos

¹³² No período epidémico decretou-se que estas visitas seriam duas vezes ao dia. Contudo, os regulamentos “ordinários” apenas obrigam a uma visita diária, nunca podendo terminar para além das 10 horas da manhã. Cf. ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, p. 6 e 7 (período epidémico) e *Hospital de São José, Regulamento das Enfermarias do Hospital Nacional e Real de S. José de Lisboa e Anexos*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1865, p. 5.

¹³³ Angeline Brasier, “Prisoners’ Veins: Failures and Advances in the Treatment of Cholera”, *Melbourne Historical Journal*, vol. 42, n. 1, 2014.

¹³⁴ Luís Graça, “Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa. Parte III: “Em Lisboa nem Sangria Má nem Purga Boa” [Portuguese Sayings About Health and Health Care. Part Three]”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos75.html>.

parece que é isto que distingue o médico do cirurgião.¹³⁵ Enquanto a atividade profissional do cirurgião requer interação direta com o corpo do doente, o médico age através da aplicação de conceitos teóricos e no desenvolvimento de novos tratamentos que podem ser aplicados por outros profissionais de saúde. O médico entra ainda em oposição à figura do enfermeiro. Enquanto é dever do enfermeiro estar presente ao lado dos doentes de modo a administrar tratamentos, assegurar o seu bem-estar e vigiar os seus comportamentos físicos e psicológicos, o médico é uma figura intermitente, somente aparecendo para dar o seu parecer uma a duas vezes ao dia e depois regressar à sua secretária. Em suma, o médico é um ator contrastante no palco hospitalar, desempenhando o trabalho teórico, face ao trabalho prático do cirurgião, mas também pontual em oposição à permanência dos enfermeiros.

¹³⁵ Bruno Barreiros apresenta a seguinte consideração face a esta oposição: “O médico limita-se a dissertar sobre o corpo, o cirurgião procura manipulá-lo e agir sobre ele.” Bruno Barreiros, *Concepções do Corpo no Portugal do Século XVIII: Sensibilidade, Higiene e Saúde Pública*, p. 216.

Segunda Parte – As epidemias de cólera

*Ha desordem no estomago,
Por não poder resistir
Ao transtorno que lhe veiu
D'aquelle acto refluir.*

*Tonicos portanto ao sacco,
Para a isto objectar:
Suadouro pela pelle,
Para a cura completar.*

Capítulo 3 – As epidemias de cólera em Lisboa

Os preparativos e a memória da primeira vaga de cólera

Nas poucas análises que surgem da epidemia de cólera de 1833, muitas são as vezes que aparece como principal (por vezes, única) causa da sua propagação a movimentação de tropas durante a guerra civil.¹³⁶ Porém, muito raras são as análises que a emparelham no grande espectro epidémico do século XIX. Lembremos que antes do despoletar da guerra civil, temera-se durante 20 anos a Febre Amarela, tendo a Junta e, após a sua extinção, a Comissão da Saúde Pública distribuído os seus esforços para a prevenir e, na sua inevitável chegada, combater. Acrescentamos que a análise desta epidemia é prejudicada pelo lapso de documentação da Comissão de Saúde Pública entre os períodos de abril e agosto de 1833. Como tal, recorremos a análises médicas da época e posteriores, aos estudos oitocentistas sobre a epidemia e aos registos de entradas dos hospitais provisórios, numa tentativa de superar essas lacunas documentais.

Em fevereiro de 1829 ainda a espada de Dâmocles da febre-amarela era sentida, mas depressa foi dada como extinta.¹³⁷ Aliás, tal como nos esforços seguintes, também durante a epidemia de febre-amarela as organizações destinadas ao seu combate viram-se obrigadas a batalhar contra outros interesses de Estado (em 1828 e 1829 contra a Marinha e o Exército, na forma da alocação dos militares e marinheiros, que asseguravam o funcionamento dos lazaretos e cordões sanitários marítimos, para as frentes da guerra e para limitar os custos da sua colocação) e com orçamentos que nunca se viam satisfeitos.¹³⁸ Esta batalha não só com a epidemia, mas também com os ministérios resultava frequentemente em recursos desperdiçados (tanto monetários como temporais), prejudicando assim os ofícios daqueles que tinham como objetivo a preservação da saúde pública. Contudo, isto não impedira o sucesso dos esforços preventivos, tendo não só reformado lazaretos e reorganizado a administração portuária para expedir a instauração de quarentenas, como ainda adaptado as leis de saúde pública para futuros casos epidémicos.

A ameaça da cólera só começou a penetrar a consciência da Comissão a 29 de julho de 1831, data em que surge o primeiro aviso sobre a cólera. Esta primeira notificação surge pela mão do Ministro da Marinha e Ultramar, no qual expressa receios

¹³⁶ Cf. José Mattoso, *História de Portugal: O Liberalismo*, vol. 5º, p. 432.

¹³⁷ ANTT: *Ministério do Reino*, caixa 1096, maço 979, pasta 1829;

¹³⁸ *Idem*.

sobre a entrada de navios vindos de zonas contaminadas. Face a este receio, a Comissão da Saúde Pública do Reino apenas declara que, por enquanto, nada haveria a temer, visto que os portos continuam a submeter os navios que pretendiam atracar na costa portuguesa a inspeções e à revisão da carta de saúde. A Comissão acrescenta ainda que, dado o alarme, deve zelar-se pelo cumprimento das leis sanitárias e que para se empregarem outras medidas de prevenção será necessário requisitar uma quantia próxima de 400\$000 ao erário régio, para além daquilo que ainda estava em dívida.¹³⁹

Estranhamente, neste primeiro momento a Comissão não demonstra grande preocupação perante a possibilidade de invasão, mas que a pedido régio vai pedir informações aos seus “aliados” noutros reinos.¹⁴⁰ No primeiro dia de agosto, volta-se a frisar que não existe necessidade de instaurar medidas preventivas adicionais e que ainda não existem factos que as necessitem, mais uma vez declarando que é preferível aguardar por mais informações ou por exigência régia.¹⁴¹ Esta atitude torna-se ainda mais peculiar quando no mesmo dia é lançado um comunicado da mesma Comissão relatando os impactos da invasão no império russo e a sua confirmação nos portos bálticos. Agora, indicam a importância de tomar novas medidas preventivas nos lazaretos e nas alfândegas. Adicionalmente, pedem ordem ao rei para efetuar obras nos lazaretos e a preparação de um fundo monetário destinado às renumerações daqueles que as realizarem.¹⁴²

Só a 24 de outubro é que se volta à questão colérica, momento em que chega informação à Comissão (através de uma carta enviada pelo Capitão General de Andaluzia) de que Gibraltar tivera alguns casos de cólera, ordenando assim que todos os portos do reino recusassem embarcações com carta de saúde remetida de Gibraltar.¹⁴³ Contudo, a 31 de outubro os cônsules portugueses em Gibraltar e Cádiz desmentem a existência de cólera nessa localidade. Dado isto, a Comissão reverte a decisão de 24 de outubro. A 17 de novembro, o cônsul português em Londres e o vice-cônsul em New

¹³⁹ *Idem*, Pasta 1831.

¹⁴⁰ A definição destes aliados aparece sempre de forma vaga nos regulamentos e documentação interna da Comissão de Saúde Pública. Aqui incluem-se cônsules, viajantes nobres ou de famílias reconhecidas socialmente, jornalistas, médicos, cirurgiões e outros representantes portugueses em Cortes estrangeiras.

¹⁴¹ ANTT: *Ministério do Reino*, caixa 1096, maço 979, pasta 1831.

¹⁴² *Idem*.

¹⁴³ *Idem*.

Castle declaram a existência de sinais de cólera nos portos de Sunderland. A Comissão age de igual modo a 24 de outubro, recusando a entrada de navios desta região.¹⁴⁴

Apesar da posição da Comissão ser a negação de entrada de navios oriundos de portos contaminados pela cólera ou com cartas de saúde suspeitas, a verdade é que os navios ingleses beneficiaram de amplos privilégios neste aspeto. No período entre dezembro de 1832 e março de 1833 os navios ingleses, vindos de Londres com carga para fins mercantis, deixam de ser submetidos a quarentenas prolongadas de tripulação e mercadorias (procedimento normal quando a embarcação vinha de destino suspeito), para uma simples verificação de carta de saúde.¹⁴⁵ Isto devera-se às pressões feitas por diplomatas e mercadores ingleses ao Ministro da Marinha e Ultramar¹⁴⁶ e à Comissão da Saúde Pública, acusando injustiça na aplicação destas quarentenas às embarcações inglesas, juntamente com a perda de lucros que estas provocavam. Como estabelecemos, ambos cedem às exigências inglesas.

Apropriadamente, no início de março surge uma carta assinada pelo Guarda-Mor do porto de Belém sobre a vistoria realizada ao navio inglês *Portland*. Nesta carta informa a Comissão que durante a vistoria da embarcação se deparou com 15 tripulantes infetados pela cólera epidémica e outros 3 já falecidos da mesma causa. Finalmente, este conclui indicando que escreve a carta a partir da quarentena de Belém.¹⁴⁷ Assim, surge uma explicação alternativa para a propagação da cólera no centro do país. As grandes narrativas historiográficas atribuem, por regra, a culpa da epidemia de cólera unamente à chegada dos reforços militares liberais durante o cerco do Porto. Contudo, isto levanta questões sobre a chegada da epidemia aos restantes pontos do país e sobre a lenta reação a esta.

O período médio de incubação da cólera é de 6 horas a 3 dias, a partir dos quais os sintomas são diarreias súbitas, dores na cabeça e abdómen, atrofia muscular (predominantemente câibras), vômitos e desidratação.¹⁴⁸ Logo, o percurso destas tropas

¹⁴⁴ *Idem*, Pasta 1832.

¹⁴⁵ *Idem*, Pasta 1832 e 1833.

¹⁴⁶ Bernardo de Sá e Nogueira, em funções entre 10/11/1832 e 29/05/1833. Cf. Maria Filomena Mónica, *Dicionário Biográfico Parlamentar 1834-1910: D-M*, vol. 2, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2005, pp. 171–175.

¹⁴⁷ *Idem*, Pasta 1833.

¹⁴⁸ Philip Sartwell et al., *Medicina Preventiva e Saúde Pública*, vol. 1, 2ª, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1979, p. 535–536, 539–540 e 542.

não deveria ser superior a 3 dias, após os quais o primeiro infetado estaria a experienciar os primeiros sintomas. A partir daqui apenas conseguimos lançar hipóteses sustentadas pelo conhecimento científico. Sendo a cólera maioritariamente transmitida através das excreções corporais, o contacto com os excrementos e os vômitos da tripulação infetada aumenta exponencialmente a probabilidade de contaminação do resto dos tripulantes. Supondo, mais uma vez, que a tripulação infetada fora quarentenada na embarcação, os restantes detinham 3 dias (se infetados) antes de manifestarem sintomas, que por sua vez iriam transmitir à restante população, logo iniciando o “circuito” epidémico. Isto aplica-se a qualquer uma das tripulações liberais com destino ao Porto ou outras localidades.

Caso a cólera tivesse chegado com os reforços de 1 de janeiro de 1833, mantém-se a hipótese acima, mas acrescentamos um novo conjunto de condicionantes: 1) a epidemia de cólera estaria contida dentro da cidade; 2) a probabilidade de sobrevivência dessa população seria bastante reduzida, dada a concentração de agravantes epidémicos (subnutrição, más condições higiénicas e concentração populacional); 3) a possibilidade de a cólera já estar na cidade do Porto e a partir daí avançar para outras localidades através das tropas realistas, circulação de tropas liberais (presentes no desembarque e que se movimentassem depois pelo país) ou outro método de propagação pelo país (contrabando de cargas infetadas, quebras no cerco, novos apoios liberais,¹⁴⁹ etc.).

Dada a natureza da cólera e as movimentações militares da guerra civil, parece-nos pouco provável que a cólera fosse propagada com facilidade por tão grandes distâncias e com o tempo que estas travessias demorariam. Contudo, não excluimos essa hipótese, mas privilegiamos a hipótese de que a cólera invadiu Lisboa através do navio *Portland* que atracou em Belém. Isto deve-se sobretudo a dois fatores: 1) a proximidade em que se dá a invasão (de Belém para a restante Lisboa, em oposição à expansão da epidemia do Porto para o resto do país); 2) a proximidade temporal (entre a chegada a Belém da tripulação contaminada e o primeiro registo hospitalar passa pouco mais de um mês).

Após a carta do Guarda-Mor deixa de existir documentação da Comissão de Saúde Pública, até ao final de agosto. Aqui, entre louvores ao novo governo e denúncia dos

¹⁴⁹ Hipótese que é lançada em 1864 por José de Goes e Sequeira Filho na sua tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Cf. José de Goes e Siqueira Filho, *These apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1º de Setembro de 1864*, Rio de Janeiro, Typographia de João Ignacio da Silva, 1864.

agitadores, apenas indicam que tudo tentaram fazer para prevenir a expansão da epidemia de cólera, apenas impedidos pela indiferença do Ministério dos Negócios do Reino,¹⁵⁰ do qual estavam dependentes.¹⁵¹ Sobre a epidemia nada mais é mencionado nesta documentação, algo que se deve, em parte, à extinção da Comissão poucos anos depois,¹⁵² mas também à possível perda de documentação.¹⁵³

Com esta falha, vemo-nos obrigados a recorrer aos trabalhos e memórias produzidos por médicos. No relatório produzido pelo diretor das enfermarias provisórias de cólera do Hospital de São José, Pedro Francisco da Costa Alvarenga, é constatado que a epidemia de Lisboa surgira e proliferara em Belém, e só depois fora transmitida para os restantes bairros.¹⁵⁴ Também as memórias da epidemia de 1833 de Lima Leitão permitem compreender como se procedeu a propagação e combate à epidemia em Lisboa.

Nas memórias de Lima Leitão encontramos uma justificação aparente para o silêncio governamental (por extensão, da própria Comissão de Saúde Pública). Este aponta que temiam que se fosse declarada oficialmente a cólera em Lisboa, as forças militares não viriam salvar “o trono e o altar”, como também se cortariam comunicações com o exército e Lisboa ficaria sem recursos.¹⁵⁵ Deste modo, Lima Leitão justifica o silêncio da Comissão ocorrido entre abril e maio como uma tentativa de não isolar a cidade, ou, como declara, “uma questão de Estado contra o Povo Português”.¹⁵⁶ O silêncio também se estendeu à imprensa da época que nunca menciona a epidemia de Lisboa, devido às mesmas pressões exercidas sobre os médicos.

O mesmo autor remete para o posicionamento das equipas do Hospital de São José perante a epidemia. Em primeiro lugar observa a impotência dos médicos face ao

¹⁵⁰ Cândido José Xavier da Silva Dias, em exercício de funções entre 12/01/1833 e 15/10/1833.

¹⁵¹ ANTT: *Ministério do Reino*, caixa 1096, maço 979, pasta 1833.

¹⁵² A Comissão de Saúde Pública é extinta em janeiro de 1837 através dos decretos de Passos Manuel, dando lugar ao Conselho de Saúde Pública do Reino

¹⁵³ Como mencionado, apesar da extinção da Comissão em 1837, a partir de dezembro de 1833 deixa de haver documentação, pelo menos no acervo já supracitado.

¹⁵⁴ Pedro Francisco da Costa Alvarenga, *Considerações sobre a Cholera-Morbus Epidemica no Hospital de S. José de Lisboa*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1856, p. 11.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 19.;

¹⁵⁶ António José de Lima Leitão, *Um fragmento da História da Epidemia que sob o nome Cholera-morbus Asiático, havendo percorrido a Ásia e a maior parte da Europa, chegou a Portugal no corrente anno de 1833.*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1834, p. 19.

governo, visto que temiam represálias caso agissem.¹⁵⁷ Em seguida, informa que a Comissão de Saúde Pública se negara a alertar as populações, reduzindo a epidemia de cólera a uma “febre com vermes” e resultado de batatas “estragadas” que estariam a ser vendidas na cidade,¹⁵⁸ obrigando a que tratamentos para a cólera fossem feitos de forma quase clandestina. Os trabalhos deste hospital também foram afetados pela intervenção do Físico-mor,¹⁵⁹ que impediu a aplicação de tratamentos específicos à cólera, ordenando que os doentes recebessem tratamento para a “febre”.¹⁶⁰

Tanto mais, pelos registos presentes no espólio do Hospital de São José para 1833, apenas teriam sido acolhidos doentes coléricos em quatro enfermarias. Em Belém, na Rua Formosa, Santa Apolónia e Bairro Alto, como disposto no Mapa 1.

Assim, os registos oficiais de entrada evidenciam a falta de preparação face à epidemia, como também nestas memórias concluímos que estes hospitais surgem como espaços duplamente isolados por dois motivos: 1) com o objetivo de isolar qualquer conhecimento de que existia cólera na cidade; 2) isolar os doentes de modo a evitar que estes propagassem a cólera. Paralelamente, não foram executadas medidas excecionais nestes hospitais, funcionando regularmente, apenas movendo os pacientes de cólera para outras enfermarias, isolando-os nas mais distantes das restantes, ou de preferência em enfermarias com serventia própria.¹⁶¹

Porém, as fontes para este primeiro momento contêm falhas, pelo que na seguinte análise dos impactos da epidemia ponderamos outras informações para além daquelas presentes nos registos hospitalares do Hospital de São José.

¹⁵⁷ Aqui o medo principal era o degredo, algo que Lima Leitão sofrera após se insurgir contra a passividade do governo e que o motivaria a escrever estas memórias.

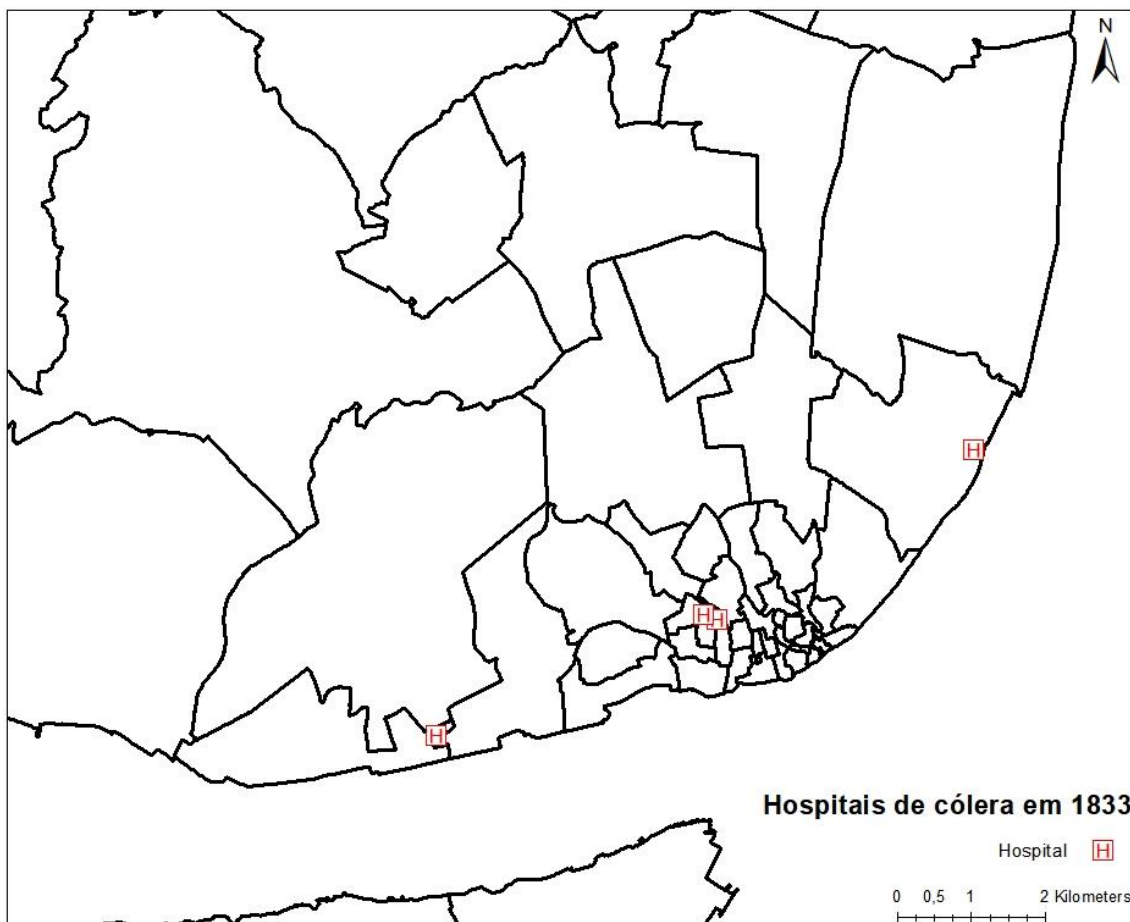
¹⁵⁸ António José de Lima Leitão, *Um fragmento da História da Epidemia que sob o nome Cholera-morbus Asiático, havendo percorrido a Ásia e a maior parte da Europa, chegou a Portugal no corrente anno de 1833.*, p. 18.

¹⁵⁹ Este refere que o Físico-mor da época seria um Dr. Tavares, possivelmente Manuel Tavares de Macedo. Cf. *Ibid.*, p. 17 e 35. Para mais informações sobre o cargo de Físico-mor do Reino cf. Laurinda Abreu, “A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados”, in *Arte Médica e Imagem do Corpo: De Hipócrates ao Final do Século XVIII*, Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal, 2010, pp. 97–120.

¹⁶⁰ António José de Lima Leitão, *Um fragmento da História da Epidemia que sob o nome Cholera-morbus Asiático, havendo percorrido a Ásia e a maior parte da Europa, chegou a Portugal no corrente anno de 1833.*, p. 6–7 e 35.

¹⁶¹ Medidas que voltariam a ser utilizadas na epidemia de 1855/56.

Mapa 1 – Hospitais onde se recebiam doentes de cólera em 1833 de acordo com os registos de entrada de doentes do Hospital de São José



O impacto da primeira vaga de cólera

Tal como atestamos anteriormente, existem fatores que não são concordantes com a narrativa historiográfica vigente.¹⁶² A mesma situação é verificável nos registos de entradas nos hospitais de cólera face aos dados considerados oficiais.

Aliás, não encontrámos valores nas fontes hospitalares que correspondessem aos 13523 mortos frequentemente referidos pela historiografia.¹⁶³ Assim, vemos a

¹⁶² Nomeadamente o número de doentes, mortes e método de entrada da epidemia. Cf. Rui Cascão, “Demografia e sociedade”, vol. 5, pp. 432–435. Teresa Maria Rodrigues, *Lisboa no Século XIX - Dinâmica populacional e crises de mortalidade*, pp. 391–400. Teresa Serafim, “Demografia. Quando os bairros históricos de Lisboa quase foram demolidos”, in *PÚBLICO*, acedido a 9 de abril de 2018, em <https://www.publico.pt/2016/12/28/ciencia/noticia/quando-os-bairros-historicos-de-lisboa-quase-foram-demolidos-1756264>.

¹⁶³ *Ibid. Ibid. Ibid.*

necessidade de explicar de onde este último valor surge e verificar se os registos do Hospital de São José correspondem à totalidade dos impactos da epidemia.

Graças ao trabalho desenvolvido por Teresa Rodrigues em torno das crises de mortalidade oitocentistas, apercebemo-nos que tanto a historiografia atual como a de tempos anteriores basearam as suas análises desta primeira hecatombe colérica numa mesma fonte e, quase sempre, numa interpretação historiográfica de 1882.¹⁶⁴

Isto levanta algumas questões em torno do número oficial de mortos, nomeadamente porque os relatórios da época sublinham frequentemente que esses valores foram perdidos, logo apenas seria possível fazer aproximações. Ainda assim, um número tão elevado de mortos parece difícil de explicar para Lisboa, mesmo no contexto da guerra civil e com as condicionantes expostas anteriormente. Contudo, vale a pena verificar as informações presentes nessa fonte.

Como fica exposto na Tabela 3, muitos dos espaços que receberam coléricos não estão ponderados nos registos do Hospital de São José.¹⁶⁵ Porém, nos dados do mapa estatístico, o número de mortos é diferente dos 13523 declarados como mortalidade “oficial” da epidemia de cólera em Lisboa. Assim, torna-se necessário apurar como se chegou a esse total.

À partida, a disposição destes dados na fonte é suficientemente confusa para induzir facilmente em erro. Contudo, proporcionam todos os valores necessários para perceber o que levava à interpretação errada do total de mortos deste primeiro momento.

Os dados referentes às freguesias (nascente e ponte) estão discriminados dos restantes valores, sucedendo o mesmo com os referentes aos expostos na Sé e na Cova da Moura e com os dos hospitais e enfermarias. Portanto, neste mapa surgem três categorias de valores de mortalidade: a) Freguesias (6896 mortos); b) hospitais e enfermarias (4189 mortos); c) expostos na Sé e Cova da Moura (446 mortos). A soma de todas elas dá o total presente na Tabela 3, ou seja, 11531 mortos. Como tal, faltam 1992 mortos para alcançar

¹⁶⁴ Uma estatística de enterros nos cemitérios de Lisboa por motivo da epidemia de cólera, supostamente mandada publicar pela Comissão de Saúde Pública, mas apenas presente no relatório da cólera epidémica de 1855/56. Cf. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Annos de 1855 e 1856 - Parte II*, pp. 54–55. e Eduardo Freire de Oliveira, *Elementos para a História do Municipio de Lisboa*, vol. 1, 1º, Lisboa, Typographia Universal, 1882, pp. 497–500.

¹⁶⁵ Matias Ferreira de Mira, *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, Edição da Empresa Nacional de Publicidade, 1947, pp. 403–404.

o valor dado como o total de sepultados. Assim, concluímos que, face à estatística, não podem ter sido enterrados 13523 mortos por cólera em Lisboa.

Tabela 3 – Comparação entre o número de mortos declarados para 1833 no mapa de enterramentos e aqueles presentes nos registos do Hospital de São José

Espaços declarados no mapa de enterramentos	Estimativa do número de mortos	Número de mortos segundo a fonte do HSJ ¹⁶⁶
H. Santa Apolónia	267	590
H. Bairro Alto	778	779
H. Boa-Hora	533	560 ¹⁶⁷
H. Bom Sucesso	25	-----
H. Castelo	57	-----
H. Estrelinha	302	-----
H. Hespanhol	1	-----
H. S. José	1696	-----
H. S. Luiz	19	-----
H. Marinha	98	-----
H. Polícia	3	-----
H. Rua Formosa	88	94
E. Aljube	13	-----
E. Casa pia	24	-----
E. Limoeiro	26	-----
E. Misericórdia	259	-----
Freguesias do Ponte	4965	-----
Freguesias da Nascente	1931	-----

¹⁶⁶ Em todos os dados retirados dos registos do Hospital de São José surgem ligeiras inconsistências face aos apresentados nos relatórios oficiais. Isto pode dever-se em parte à falta de treino em questões estatísticas por parte do pessoal responsável. Esta incapacidade e inconsistência é frequentemente aludida nos mesmo relatórios. Cf. Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal no Annos de 1855, e 1856*, p. 3.

¹⁶⁷ Nos registos este hospital aparece referenciado apenas como “Belém”, logo podendo ser a soma dos valores referentes ao Hospital da Boa-Hora e ao Hospital do Bom Sucesso no mapa de enterros.

“Anginhos expostos na Sé”	442	-----
Cova da Moura	4	-----
Total	11531	2023

Em seguida, por observação da fonte, verificamos que ao se referirem a freguesias de nascente e poente estão, possivelmente, a referir-se a todas as freguesias da cidade de Lisboa. Assim, a categoria a) pode ser considerada a totalidade das mortes na cidade. De igual modo, os espaços da categoria b) e c) são pertencentes ao concelho de Lisboa. Somando b) com c) chegamos a um total de 4635, o total de mortos nos espaços hospitalares e os da Cova da Moura e Sé. Subtraindo o valor conjunto às mortes no concelho de Lisboa obtemos um total de 2261 mortos.

Com isto apercebemo-nos daquilo que pode ter sido o erro interpretativo da análise¹⁶⁸ deste mapa de enterramentos. Para além de o mapa ser apresentado de uma forma pouco clara, não sendo o total proposto na sua primeira parte (mortes) correspondente com a segunda (enterros), também os totais apresentados na primeira parte são resultado de uma soma de todas as categorias, ignorando que a primeira (freguesias) se referiria ao total de mortos.

Assim, a nosso ver, o que estes dados demonstram é que em Lisboa deram-se 6896 mortos durante a epidemia de cólera. De entre esses, 4189 viriam dos hospitais e enfermarias, 446 da Sé e da Cova da Moura e, finalmente, 2261 teriam falecido fora destes espaços, possivelmente domicílios.

Posto de outro modo, estes enterros de 1833 podem não ser exclusivamente referentes à epidemia de cólera. Aliás, tal como Teresa Rodrigues indica na sua tese de doutoramento, com a guerra civil dá-se uma maior entrada de refugiados em Lisboa, talqualmente feridos de guerra e doentes de tifo.¹⁶⁹ Como tal, é natural que os enterros tenham sido mais elevados neste ano, originando uma crise de mortalidade; no entanto, como indicado, a epidemia não fora única causa desta crise de mortalidade. Resumidamente, a estatística de enterros pode não refletir somente as mortes por cólera, tão pouco a mortalidade expressa estará calculada corretamente.

¹⁶⁸ Teresa Maria Rodrigues, *Lisboa no Século XIX - Dinâmica populacional e crises de mortalidade*, pp. 392–399.

¹⁶⁹ *Ibid.*, pp. 396–400.

Paralelamente, o trabalho de Ferreira de Mira¹⁷⁰ contribui para a nossa hipótese visto que, baseado em estatísticas mais completas dos hospitais de Lisboa, concluí que o somatório de doentes de cólera atinge apenas os 6058 (2649 curas e 3409 óbitos).¹⁷¹

Com isto, passamos agora à análise dos dados presentes nos registos do espólio do Hospital de São José. Como ficou explícito na Tabela 3, os dados destes registos são parcelares, isto é, apenas representam uma parte dos impactos da epidemia de cólera nos hospitais.¹⁷² No entanto, isto não os despoja de significado, dado que através deles é possível verificar cerca de 48% da mortalidade hospitalar.

Nesta primeira epidemia, os registos apenas permitem averiguar o sexo dos pacientes, o período de entrada e saída dos pacientes, duração da sua estadia hospitalar e a mortalidade/percentagem de sobreviventes.

No Gráfico 1 apresentamos a distribuição de pacientes por hospital e por sexo (totalizando 3624; 2344 doentes masculinos e 1280 femininos) e no Gráfico 2 somente a distribuição por sexos. Estas representações permitem não só averiguar a proporcionalidade entre estes hospitais, mas também a relação entre entrada de pacientes masculinos e femininos. Aqui verificamos dois padrões, um primeiro onde a entrada de homens e mulheres está em relativa paridade (Rua Formosa e Bairro Alto) e um outro onde existe uma entrada significativa de homens face às mulheres (Santa Apolónia e Belém). Estes dois padrões devem-se à entrada de uma grande quantidade de militares (tanto liberais como miguelistas/realistas) nos hospitais de Santa Apolónia e Belém. Para além disso, estes dois hospitais estavam situados em regiões portuárias, logo privilegiando a entrada dos militares que atracavam na cidade por via marítima, mas também por estarem situados em grande proximidade dos principais quartéis (exército e artilharia em Belém e marinha em Santa Apolónia). Os hospitais onde entravam mais civis (Bairro Alto e Rua Formosa), não tendo a geografia para receber convenientemente um grande fluxo de militares, apresentam números muito semelhantes de pacientes de ambos os sexos.

¹⁷⁰ Matias Ferreira de Mira, *História da Medicina Portuguesa*, pp. 403–405.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 404.

¹⁷² Os dados doravante apresentados como referentes aos registos hospitalares de 1833 são provenientes das seguintes fontes: ANTT: Hospital de São José, Livro 1807; ANTT: Hospital de São José, Livro 1885. Esses dados estão também nos anexos 1 e 2 e para consulta no seguinte endereço: <https://drive.google.com/open?id=0Bx-fHfGgvIHOOVY5cTR5MmhZMlk>

Gráfico 1 – Distribuição de pacientes por hospital de acordo com o sexo em 1833

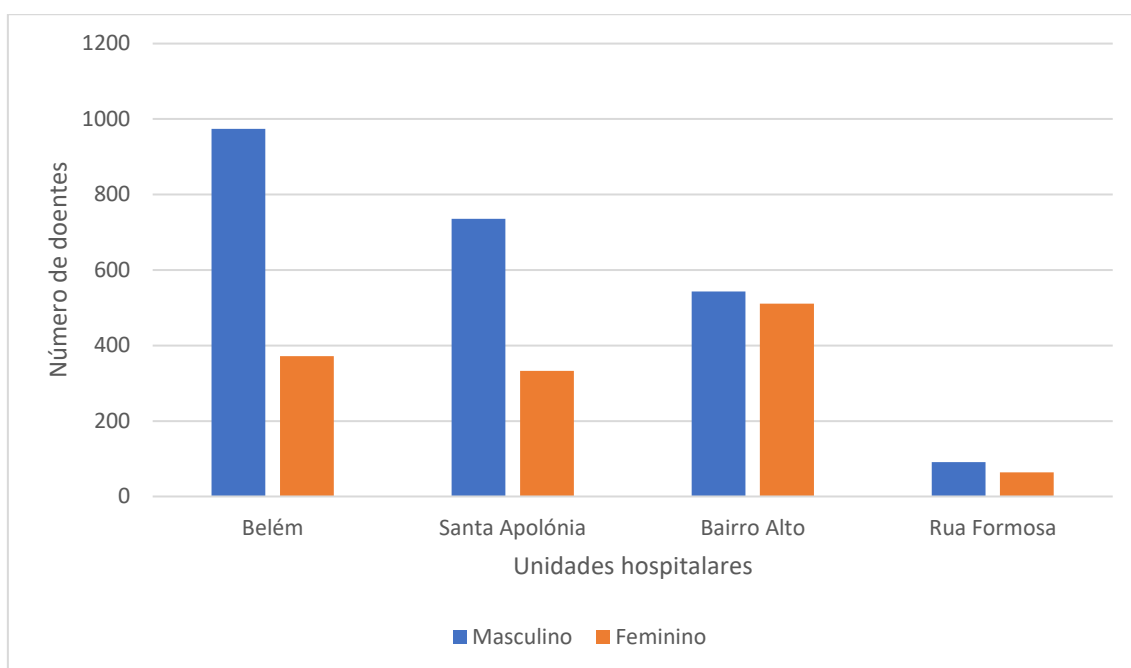
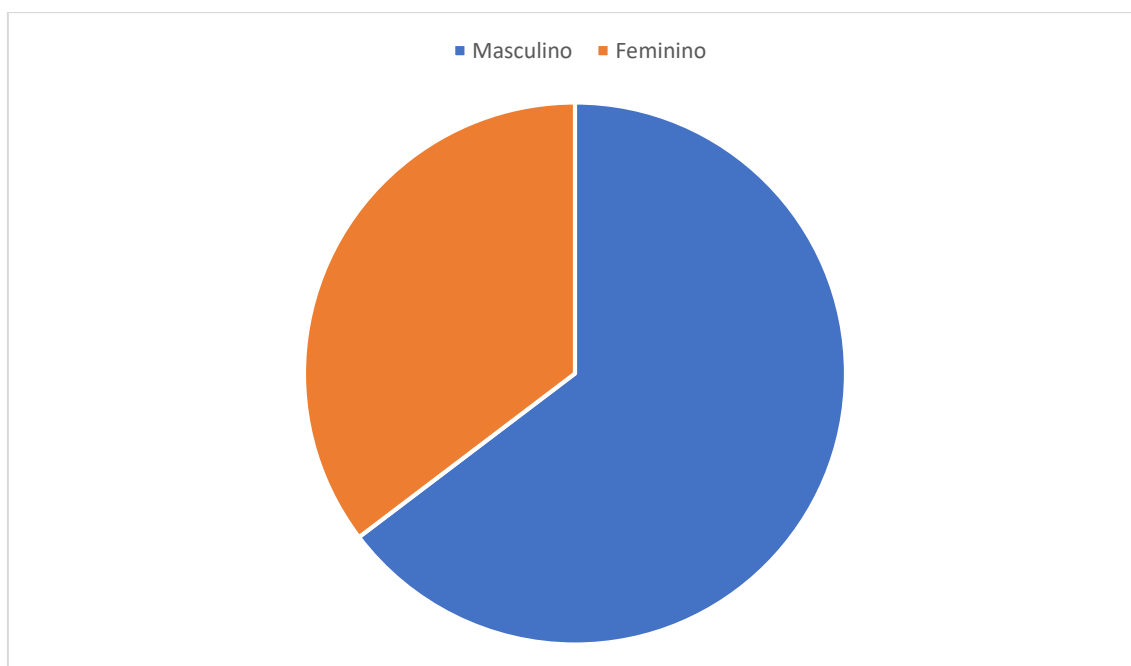


Gráfico 2 – Doentes de cólera em Lisboa de acordo com o seu sexo em 1833



A periodicidade da epidemia (Gráfico 3) permite tirar outras conclusões sobre os seus impactos. Em primeiro lugar, coincide com a teorização da cólera enquanto epidemia sazonal, estando representada nos meses de maior calor, diminuindo gradualmente a sua intensidade depois de um pico entre maio e junho e terminando em setembro. De igual modo, verificamos que o período de entrada de doentes e da sua saída por morte estão

próximas, fator que pode ser atribuído ao facto de grande parte dos casos fatais ocorrerem poucas horas ou poucos dias após a entrada dos pacientes (Gráfico 4). Por sua vez, quando a cidade é libertada pelos liberais, aumenta o número de curados face aos mortos, o que pode indicar uma mudança nas práticas hospitalares, traduzida num maior sucesso do tratamento da cólera. Contudo, isto não se traduz necessariamente numa diminuição da mortalidade, continuando elevada face às entradas, mas sim um aumento na esperança de vida dos internados.

Também a mortalidade desta primeira incursão colérica deve ser ponderada. Como verificamos na Tabela 4, a mortalidade em quase todos os hospitais é superior à taxa de cura. Contudo, destacam-se os casos dos hospitais de Belém e do Bairro Alto por motivos distintos.

Gráfico 3 – Distribuição de pacientes de acordo com o período de entrada e saída por cura ou morte em 1833

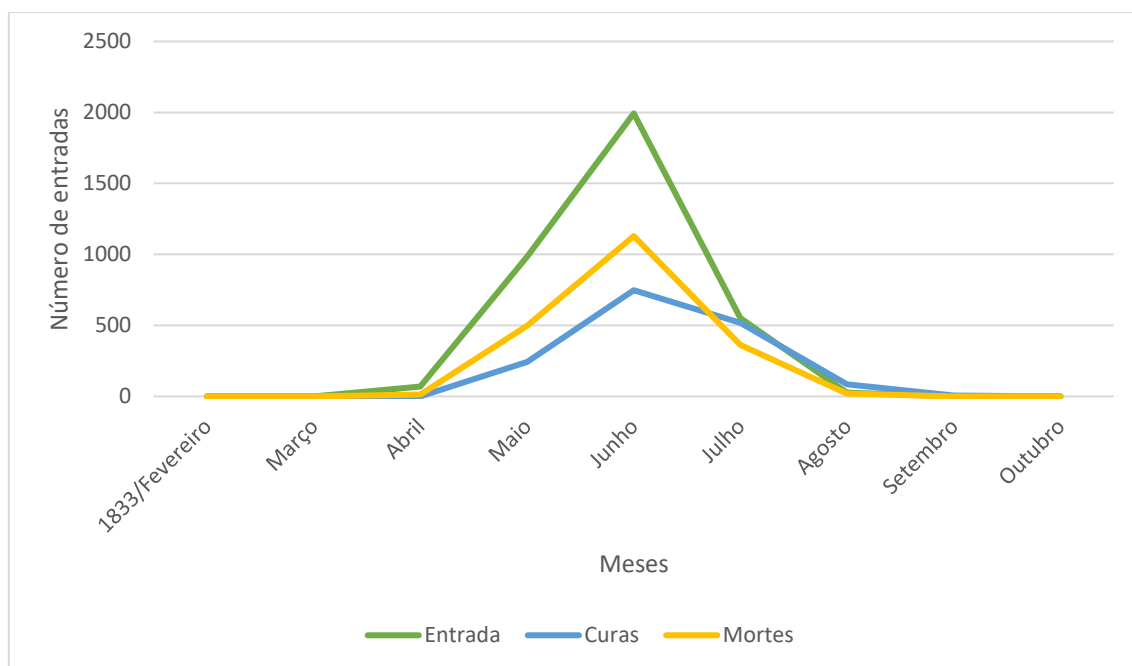


Gráfico 4 - Duração da visita hospitalar

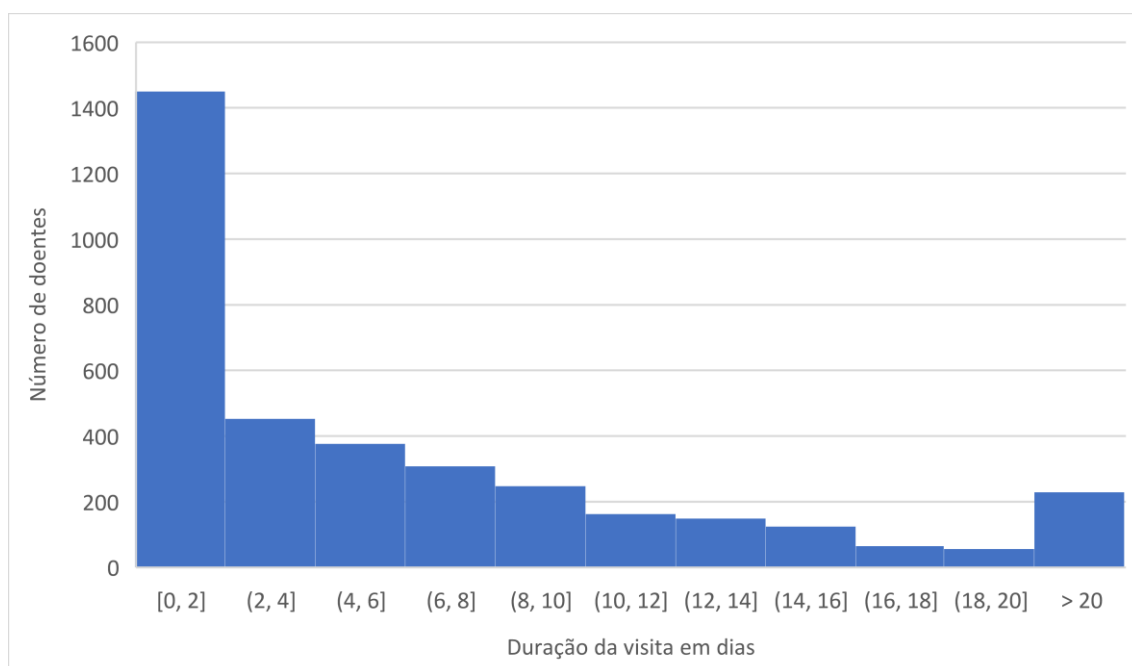


Tabela 4 – Número de mortes, sobreviventes e respetiva taxa de cura por hospital

Hospital	Mortes	Sobreviventes	Percentagem de Sobreviventes
Bairro Alto	779	275	26%
Rua Formosa	94	61	42%
Santa Apolónia	590	479	45%
Belém	560	786	58%
Total	2023	1601	44%

No caso do hospital situado no Bairro Alto, a sua taxa de cura é muito inferior face aos restantes. Sem dados específicos sobre esta unidade hospitalar, apenas conseguimos levantar algumas hipóteses que possam ter levado a este número de ocorrências. Primeiramente, parece-nos relevante considerar que entre 1811 e 1834 o Bairro Alto era constituído por 9 freguesias, contendo cerca de 53352 habitantes. Talqualmente, importa considerar quantos habitantes tem cada freguesia e bairro, de

modo a averiguar se existe uma relação entre densidade populacional e maior mortalidade nestes hospitais (Tabela 5).

Tabela 5 – Habitantes por bairro com base nos censos de 1801 e organização administrativa de 1811 a 1834

Bairro ¹⁷³	Nº de freguesias	Total de habitantes
Bairro de Alfama	6	13213
Bairro Alto	9	53352
Bairro de Andaluz	4	18658
Bairro de Belém	4	22031
Bairro do Castelo	10	24800
Bairro de S. Catarina	2	15748
Bairro do Magambo	4	27514
Bairro da Mouraria	5	22997
Bairro dos Remolares	3	11588
Bairro da Ribeira	2	4093
Bairro do Rossio	6	17370
Bairro do Limoeiro	6	9607
Bairro da Rua Nova	5	15046

Logo, este hospital seria aquele que serviria a maior quantidade de habitantes, que dependendo da distância entre a sua freguesia e o hospital poderiam ter de percorrer uma grande distância. Como tal, diminuindo a possibilidade de prontos primeiros socorros,

¹⁷³ Alguns destes bairros partilhavam freguesias entre si, pelo que o total de habitantes representado é uma soma com base no número de habitantes presentes no censo, e não o valor real.

chegando os pacientes já moribundos à unidade hospitalar.¹⁷⁴ Por último, os hospitais que receberam apenas pacientes civis parecem ser aqueles com pior probabilidade de sobrevivência; isto pode revelar piores cuidados de higiene e alimentação entre a população civil face aos militares, mas também pode estar relacionado com o estado psicológico da população face à epidemia,¹⁷⁵ tanto mais importante quando os órgãos governamentais da época negaram a existência de cólera na capital.¹⁷⁶

O Hospital de Belém, contrariamente ao Hospital do Bairro Alto, detém não só a taxa de cura mais elevada, mas também a única com valores positivos. Este espaço hospitalar não só recebia pacientes civis, como também uma grande quantidade de militares. Algo que pode justificar esta maior probabilidade de cura seria a experiência no tratamento de males epidémicos neste hospital. Lembremo-nos que o porto de Belém era a primeira barreira contra ameaças epidémicas vindas pelo mar, detendo um lazareto e concentrando em si conhecimentos práticos na forma como agir perante estas. Assim, a eficácia deste hospital pode ser devido ao tratamento de militares, que como afirmámos anteriormente poderiam estar melhor preparados para resistir aos efeitos da cólera, como também à concentração de um conhecimento prático que o pessoal hospitalar dos restantes hospitais não detinha.

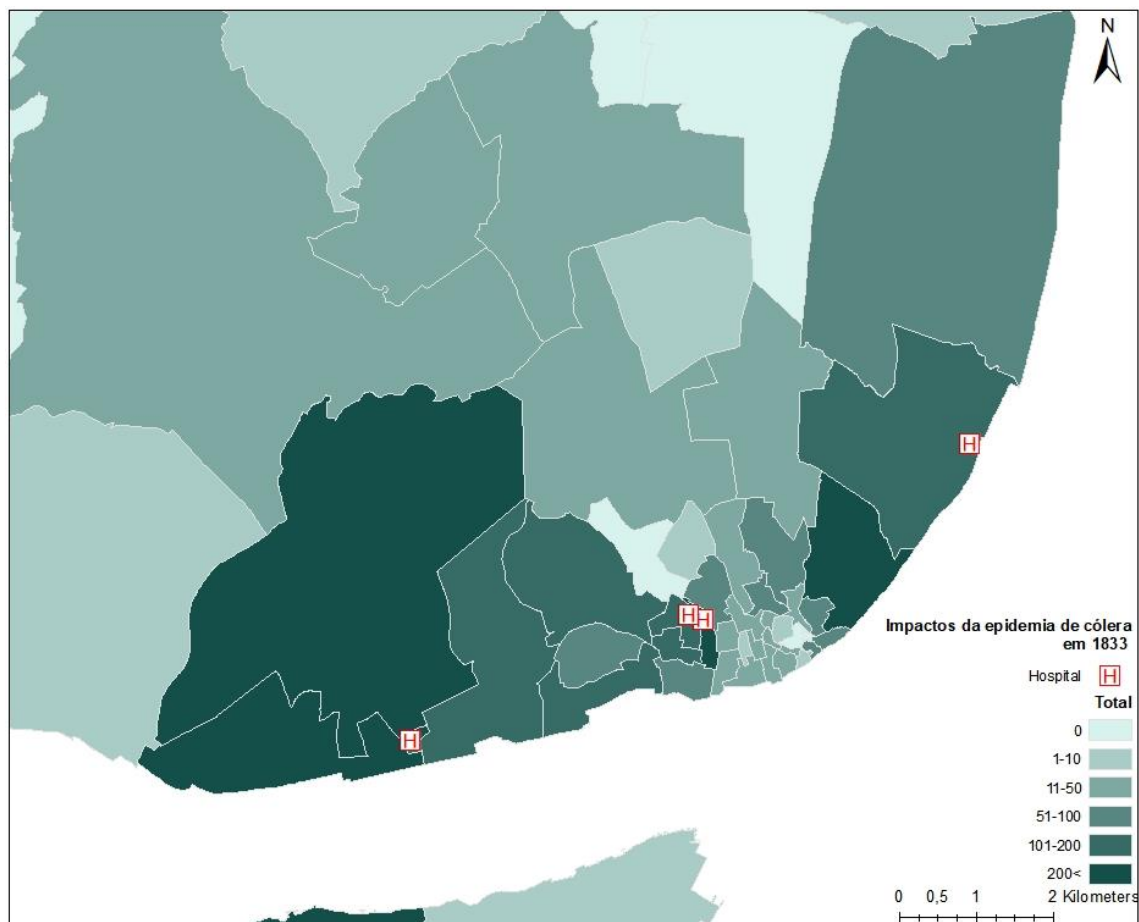
Isto é ainda verificável se georreferenciarmos esta informação, nomeadamente relacionando os impactos da epidemia de cólera com base na residência dos afetados, a distância entre estes e os hospitais, talqualmente determinando as freguesias mais afetadas. Através do Mapa 2 conseguimos constatar que os dois hospitais que acolhiam civis estavam localizados nas freguesias da cidade onde a epidemia mais se propagou. Por sua vez, apesar dos hospitais de Belém e Santa Apolónia também estarem localizados em zonas de grande impacto, obtiveram resultados mais positivos, mesmo recebendo uma maior quantidade de coléricos, tanto militares como civis.

¹⁷⁴ Relembramos que o número de mortes por cólera tem tendência a ocorrer entre as primeiras horas e o primeiro e segundo dia.

¹⁷⁵ Parte do perigo epidémico é o condicionamento psicológico das populações, que pode levar a reclusão, recusa de tratamento e outros comportamentos prejudiciais à prevenção e cura da epidemia em questão. Para uma análise mais extensa da importância de fatores psicológicos no controlo epidémico Cf. Jacqueline Le, “How Disease Instills Fear into a Population”, in *Hamilton's Forgotten Epidemics*, 2012, pp. 62–71.

¹⁷⁶ Outra explicação pode residir na obrigação dos militares em serem tratados, ao contrário da população que só seria tratada, grosso modo, voluntariamente.

Mapa 2 – Distribuição de doentes da epidemia de cólera, com base na sua residência e localização dos hospitais em 1833



Dado isto, concluímos que a análise da epidemia de cólera de 1833 não é de interpretação tão simples como normalmente é exposta na historiografia. Neste ano, a epidemia não surge necessariamente através do auxílio liberal, podendo ter origem na entrada de um navio mercante nas vésperas da epidemia. Também o número de vítimas da cólera em Lisboa pode ser contestado. Como averiguámos, parecem existir erros interpretativos da fonte base nas principais obras historiográficas que analisaram esta epidemia, considerando o número de enterros em 1833 equivalente ao número de vítimas de cólera, quando esta relação não é clara.

Com os registos do acervo do Hospital de São José verificámos que a hesitação em criar medidas preventivas levava a uma maior mortalidade do que seria esperado, mais claro quando comparado com a mesma epidemia no Porto (3621 mortos).¹⁷⁷ De igual

¹⁷⁷ Rui Cascão, “Demografia e sociedade”, vol. 5, p. 432.

modo, apurámos os impactos da guerra civil nestes dados, nomeadamente através da entrada de um grande número de soldados para os hospitais de Belém e Santa Apolónia. Contudo, esta entrada de um grande número de soldados não aparenta ter contribuído para um aumento de mortalidade, sendo os hospitais onde entravam sobretudo civis os que manifestaram maior mortalidade.

Os preparativos para a segunda vaga de cólera

A análise dos preparativos para o combate à segunda vaga de cólera epidémica deve ser dividida em três momentos. Um primeiro entre 1848 e 1849, outro entre 1853 e 1854 e um último em 1855 que termina com a invasão de cólera. O motivo para esta divisão resulta da formulação lógica preventiva que tomam. No primeiro momento estabelecem-se os alicerces daquilo que viria a ser o plano preventivo, no segundo a revisão e reformulação das medidas a aplicar e, por último, a aplicação de todos estes preparativos quando se manifestam os primeiros casos de cólera na capital portuguesa.

Tal como outras epidemias oitocentistas, também o reaparecimento de uma nova epidemia de cólera pela Europa não passara despercebida ao governo português. De facto, pouco depois da epidemia atingir a Inglaterra, em 1848, Lisboa começara a preparar-se para a eventualidade de ser atingida pela epidemia. A 5 de outubro chegam os primeiros ofícios e portarias ao Hospital de São José e à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, nos quais o Conselho da Saúde Pública do Reino pede a formação de uma comissão una entre estas instituições.¹⁷⁸

Neste primeiro momento, a preocupação do Ministério do Reino (por extensão, também do Conselho da Saúde Pública) é não só assegurar que as principais redes de assistência da cidade de Lisboa estivessem disponíveis, como tomar conhecimento de precauções prontas. A resposta seria que não só não havia qualquer medida preventiva planeada, como também os estabelecimentos de assistência não apresentavam condições favoráveis, mesmo sem a epidemia.¹⁷⁹

Aliás, tanto o Hospital de São José como as suas dependências estariam a funcionar com excesso de doentes, algo que afirmam ser recorrente há vários anos, passando-se o mesmo com os outros espaços de assistência. Sendo ainda destacado que

¹⁷⁸ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, p. 1.

¹⁷⁹ *Idem*.

este podia facilmente tornar-se o principal perigo no caso de nova invasão colérica, dada a facilidade de propagação da doença em espaços sobrelotados.

Perante isto, procura-se corrigir as diversas carências. Primeiramente, reduzir o número de doentes dentro do espaço hospitalar, passando o excedente de internados para outras enfermarias e criar mais em caso de epidemia confirmada. Adicionalmente, reforçam a necessidade de transferir os alienados para outros locais que reúnam condições higiénicas suficientes e convenientes para a continuação dos trabalhos médicos, visto que este tipo de paciente não devia ser conservado no mesmo espaço que os restantes.¹⁸⁰

Para além disto, reiteram a necessidade de melhorar o espaço físico dos hospitais e melhorar as práticas de higiene, não só em caso de epidemia, como também para o geral bom funcionamento dos espaços hospitalares. Neste aspeto surge a crítica constante das canalizações dos espaços hospitalares, a necessidade de maior atenção à limpeza dos espaços frequentados pelos doentes, maior cuidado com o despejo do lixo produzido no funcionamento dos hospitais, realocização de algumas indústrias em demasiada proximidade destes espaços,¹⁸¹ maiores cuidados com a conservação das medicações e ainda maior fornecimento de roupa de cama e calças para os doentes.¹⁸²

Com a possibilidade de ser necessário aumentar o número de enfermarias, procura-se também nomear um médico para cada uma delas e definir as suas obrigações. De igual modo, fazem-se estimativas do restante pessoal hospitalar que trabalharia nestas.¹⁸³ A isto acrescentam-se ainda os facultativos¹⁸⁴ que fossem necessários para o bom funcionamento das enfermarias e ainda a possibilidade de contratar mais moços e ajudantes como “reservas” caso necessário.¹⁸⁵ De facto, muitas destas preocupações a nível de pessoal refletem uma consciencialização da gravidade da cólera enquanto doença

¹⁸⁰ *Idem*, pp. 3.

¹⁸¹ Por exemplo, aponta-se a necessidade de realocar uma fábrica de velas de cebo na Rua de São Lázaro.

¹⁸² ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 4-5.

¹⁸³ A única consideração face aos médicos seria a obrigação de efetuar duas visitas ao estabelecimento por dia. O restante pessoal seria composto por um cirurgião ajudante para os casos que darem entrada na ausência do médico, um ou dois empregados encarregues das sangrias, cáusticos e ventosas escarificadas (estas como alternativa à prevista escassez de sanguessugas), um enfermeiro e ainda ajudantes e moços de enfermaria em relação ao número de doentes alojados ao espaço. *Idem*, pp. 6-7.

¹⁸⁴ A definição de “facultativo” sofre transformações ao longo do século, pelo que raramente permite compreender as suas funções. Neste caso, a documentação delimita as suas funções e qualificações: médicos por formação que executariam os trabalhos administrativos dos respetivos espaços hospitalares, intervindo medicamente quando necessário. Cf. ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 4-5

¹⁸⁵ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 4-5.

de qualidades ainda incertas, necessitando funcionários suplentes de todas as qualidades, isto é, desde médicos a moços de enfermaria.

No início do mês de novembro de 1848 dá entrada na secretaria do Hospital de São José uma representação feita pelo Conselho de sua Majestade e um outro documento assinado pelo Conselho de Saúde Pública e entregue ao Ministério do Reino. O objetivo destes dois documentos seria colmatar todas as dúvidas e preocupações que surgiram ao longo desta primeira preparação.

O primeiro documento, enviado pelo Conselho de sua Majestade, apela à colaboração entre a Comissão e os órgãos administrativos da cidade de Lisboa, visto que são estes os encarregues de assegurar a limpeza dos espaços da cidade e de conter os problemas relacionados com a insalubridade industrial. Contudo, a mensagem principal é a importância da “colaboração”. Afinal, medidas que implicassem alterações no funcionamento da cidade ou requisição dos seus espaços estariam dependentes destas autoridades locais.

Por sua vez, o Conselho de Saúde Pública propõe a criação de seis hospitais provisórios distribuídos pelo concelho. Proporcionalmente, veem necessidade em aumentar o número de cemitérios de Lisboa,¹⁸⁶ dada a possibilidade de um largo aumento da mortalidade. Seguidamente, solicitam o recrutamento de estudantes de quarto e quinto ano da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, tanto como forma destes adquirirem experiência prática, como para cobrir possíveis carências de pessoal. Adicionalmente, o Conselho propõe e autoriza o envio de médicos para outros Estados que estivessem a presenciar a epidemia de cólera, com o objetivo de recolher informações práticas e teóricas, que pudessem auxiliar mais tarde, no caso de invasão em espaço nacional.¹⁸⁷

Ainda neste primeiro período de preparação, pondera-se como será concretizada a administração e funcionamento dos espaços provisórios. Aqui destaca-se a importância de ter enfermarias que segregassem pacientes do sexo feminino do masculino, a

¹⁸⁶ À data existiam três cemitérios na cidade. Um no Alto de Pedro Teixeira, outro em Belém e ainda no Alto dos Prazeres e São João. Com esta proposta seriam contruídos novos cemitérios em Campo de Ourique e outro em São Sebastião da Pedreira. Adicionalmente, os mortos de cólera só deveriam ser transportados para os cemitérios de noite, como forma de prevenir o terror na população. Idem, pp. 15-18.

¹⁸⁷ Tanto quanto é possível averiguar, esta autorização não era realmente necessária, visto que já existiam médicos e cirurgiões no estrangeiro, os quais acompanhavam o progresso da epidemia no espaço europeu. Porém, admitimos existir um aumento de notícias sobre a epidemia de cólera após esta autorização, nomeadamente na Gazeta Médica de Lisboa e na sua rubrica “Noticiário Epidémico”.

necessidade de manter funcionários em proporcionalidade com o número de camas existentes no espaço,¹⁸⁸ a quantidade destes para cada hospital e quais as funções que executariam,¹⁸⁹ os seus rendimentos (Tabela 6) e reflexões sobre os materiais que os facultativos pudessem necessitar, mostrando o seu interesse em prestar as devidas apreciações quando fossem atribuídos.¹⁹⁰ No que é referente aos moços e ajudantes de enfermaria, apontam que estes já foram nomeados e em exercício de funções, com o objetivo de adquirirem os conhecimentos necessários para que uma vez declarada a invasão, estarem aptos ao tratamento desses doentes.¹⁹¹

Para além do pessoal, frisa-se ainda que já foram tomadas as providências a nível de roupas, utensílios e medicamentos que se julgaram necessários para um primeiro momento de invasão. No que toca ao fornecimento de medicamentos, o boticário residente do Hospital de São José ficaria encarregue de seleccionar boticários para os hospitais provisórios.¹⁹² Interessante ainda pelo facto de estes boticários terem de prestar serviços com o tabelamento de preços de 1834, em oposição aos valores mais recentes. Isto parece-nos tanto resultado da influência de alguns destes médicos no meio social da capital como também resultado da urgência na prestação de auxílio aos meios hospitalares na minimização dos impactos da cólera epidémica. Lembremo-nos que a memória da cólera de 1833 ainda estava presente, nomeadamente pelo grande número de vidas colhidas.

¹⁸⁸ Sendo considerado ideal uma relação de 1 enfermeiro e 1 moço de enfermeiro por cada 10 camas.

¹⁸⁹ A disposição destes seria a seguinte: 1 Enfermeiro-em-Chefe (com a função de vigiar e fiscalizar o serviço dos restantes enfermeiros); 1 Fiel (encarregue de da arrumação das roupas e utensílios, estando responsável pela guarda destes objetos); 1 cozinheiro (que exerceria paralelamente funções de despenseiro); 1 Moço de Cozinheiro (ajudante do cozinheiro e encarregue das compras da cozinha do hospital); 1 Porteiro; 1 Capelão; 3 Facultativos Visitantes e 1 escriturário (um destes facultativos seria o diretor desse hospital, a quem o escriturário responderia). Os restantes como facultativos de dia, encarregues de permanecer alternativamente no hospital para os casos ocorrentes de urgência); 1 Farmaceuta e um ajudante de farmácia. Para um total de 12 funcionários fixos, sendo os restantes em dependência das camas do hospital.

¹⁹⁰ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, p. 23.

¹⁹¹ *Idem*, p. 52.

¹⁹² Estes boticários são José Simões de Carvalho (Rua direita de São Vicente do Tojal nº11), Pedro Ferreira Norberto (Largo do Calhariz Nº12) e Manoel José Guedes da Horta Silva (Calçada da Ajuda nº68). De igual modo, prepararam-se os livros de registos e os regulamentos para os diversos hospitais.

Tabela 6 – Gratificações dos diferentes funcionários dos hospitais provisórios entre 1855 e 1856

Pessoal	Gratificações	
	Diárias	Mensais
Facultativos diretores	2\$400	-----
Outros facultativos médicos	2\$800	-----
Enfermeiros chefe	\$800	-----
Outros enfermeiros	\$400	-----
Moços de enfermeiros	\$240	-----
Fiéis	\$800	-----
Capelões	\$600	-----
Escriturários	\$600	-----
Cozinheiros	-----	4\$000
Moços da Cozinha	-----	2\$000
Porteiros	\$200	-----

O primeiro período de preparação para a invasão da cólera termina, formalmente, no dia 9 de dezembro de 1849, tendo a ameaça colérica cessado temporariamente no ocidente.¹⁹³ Só a 7 de outubro de 1853, com a reemergência da epidemia em Londres,¹⁹⁴ volta a surgir necessidade de convocar novas reuniões. Nessa data surge uma missiva urgente e confidencial, enviada pelo Enfermeiro-mor do Hospital de São José, pedindo uma reunião entre todos os facultativos designados para os hospitais de cólera.

¹⁹³ As epidemias de cólera de Londres e Paris terminam em 1849 e, não tendo chegado a Portugal, deixara de haver necessidade de manter medidas preventivas.

¹⁹⁴ Deve-se ainda mencionar que esta epidemia já estava a ser acompanhada pela comunidade médica portuguesa, visto que, como as outras epidemias de cólera, atingira primeiro a Rússia (1852), logo abrindo o precedente para se propagar para o ocidente. A chegada da epidemia a Londres é ainda relatada na *Gazeta Médica de Lisboa*, noticiando o número de vítimas e algumas medidas preventivas aplicadas. Cf. “Cholera em Londres”, *Gazeta Médica de Lisboa*, 1853, nº5, Lisboa.

Nesta primeira reunião pondera-se a utilidade de estabelecer as duas enfermarias de coléricos no Hospital de São José, a transferência dos asilados do Amparo e de outros estabelecimentos para o edifício da Santa Casa Misericórdia de Lisboa,¹⁹⁵ indica-se ainda que com ou sem apoios suplementares por parte do governo, a Comissão Administrativa vai tomar as medidas que achar necessárias para controlar os impactos da epidemia.¹⁹⁶ Esta última declaração surge como forma de frisar que ainda aguardam parte dos fundos prometidos pelo Ministério do Reino.

A 10 de outubro surge outra convocatória. Agora, entre a Comissão Administrativa e o Ministério do Reino, com o propósito de discutir as medidas preventivas a aplicar. Desta primeira reunião surgem algumas conclusões.

Quanto aos facultativos que ali devem servir, vão ser convidados com preferência os extraordinários ao Hospital de São José e só no caso de falta se convocariam deste mesmo espaço.¹⁹⁷ Este último aspeto não satisfaz os membros da Comissão Administrativa, visto que não só implicava reformular o pessoal hospitalar já convidado,¹⁹⁸ como também fora considerado um ataque às capacidades dos facultativos do São José.

No início do ano de 1854 volta a surgir a necessidade de reunir os principais intervenientes nos preparativos anticoléricos. A 6 de Janeiro é convocada uma nova reunião, da qual surge a necessidade de fazer o balanço dos espaços que seriam utilizados durante a epidemia.

Passados dez dias reúnem-se novamente, desta vez para limar alguns pontos do plano de assistência pública, juntamente com o desenvolvimento de um novo plano de administração sanitária para a cidade de Lisboa. Este último só seria aplicado após o fim da epidemia, temendo que clivagens entre o existente e o futuro comprometessem as

¹⁹⁵ Com isto procurava-se libertar espaço hospitalar para o internamento de doentes de cólera.

¹⁹⁶ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 61-63.

¹⁹⁷ *Idem*, pp. 65-66.

¹⁹⁸ Cf. Anexo 3 para os facultativos propostos até ao final de 1854 e Anexo 4 para aqueles que exerceram funções na epidemia de 1855/56.

precauções já aplicadas. Menciona-se ainda que tal plano agradara bastante à Rainha¹⁹⁹ e ao então Ministro do Reino,²⁰⁰ Rodrigo da Fonseca.²⁰¹

Entre os últimos preparativos de 1854 e 1855 não se dão novas alterações aos procedimentos a ter perante a epidemia de cólera. A 13 de outubro deste último ano surgem as primeiras notificações de casos de cólera na capital. Perante o início da epidemia de cólera os hospitais provisórios já estavam preparados (Mapa 3), porém, com os diminutos impactos em 1855, apenas dois hospitais receberam doentes (São José e Santa Clara).

Assim, verificamos que o longo processo de preparação para a invasão da cólera fora complexo. Por um lado, todas as partes intervenientes demonstraram intenção de ajudar no estabelecimento de medidas concretas que prevenissem o maior número de mortes possível. Por outro, também fica patente que estas intenções foram em grande parte fracassadas.

Igualmente, verificamos o lento amargar das relações entre a Comissão Administrativa constituída pelo Hospital de São José e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e os vários órgãos do governo e da cidade. Sendo referido frequentemente o perpétuo atraso na entrega dos fundos destinados a algo que o governo considerara essencial²⁰² e as limitações impostas pelo Conselho da Saúde Pública do Reino e Ministério do Reino ao recrutamento de pessoal hospitalar,²⁰³ quanto mais quando ficara aprovado que a Comissão detinha a habilidade de tomar e executar decisões autonomamente, na condição destas serem posteriormente reportadas aos seus superiores.

¹⁹⁹ Tendo D. Maria II falecido em novembro de 1853, esta referência sugere que a rainha acompanhou este plano ainda antes da formação da Comissão Administrativa.

²⁰⁰ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 90-91.

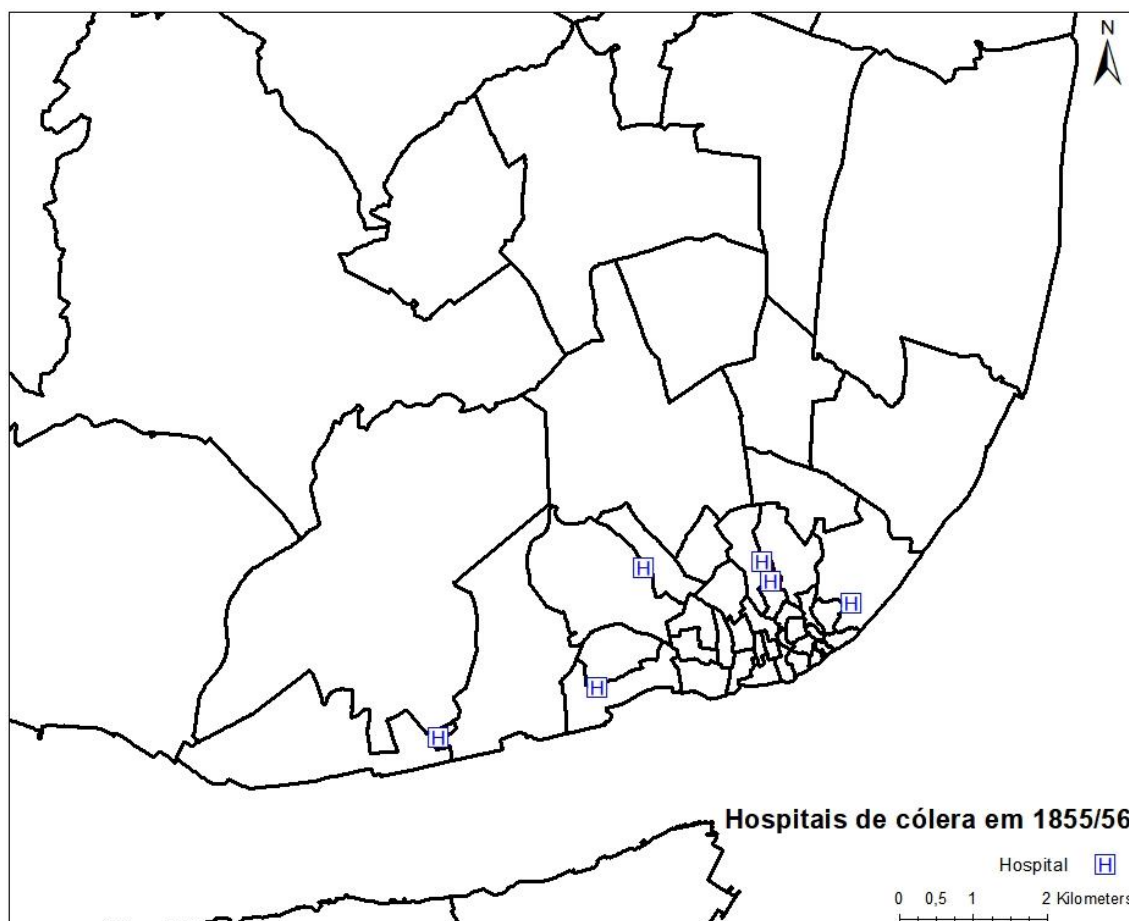
²⁰¹ Em exercício de funções entre 22/05/1851-06/06/1856. Cf. Maria Filomena Mónica, *Dicionário Biográfico Parlamentar 1834-1910: D-M*, vol. 2, pp. 721-724.

²⁰² A 7 de novembro de 1855 apenas tinham entrado nos cofres 2700\$000 (entre 1848 e 1855) dos prometidos 4400\$000, tendo o Hospital de São José cobrido as restantes despesas. Assim, ficando com uma dívida acumulada de 1013\$635. Num último ofício, datado de 1 de dezembro de 1855, notifica-se a receção de uma carta, autorizando o levantamento do montante em falta Cf. ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, p.107.

²⁰³ Esta crítica surge, em parte, de uma decisão que o próprio Enfermeiro-Mor aponta como “interina”. Ou seja, este ordenou a admissão de mais enfermeiros, ajudantes e moços de enfermaria por considerar que não existiam os suficientes para exercer as funções necessárias e, como tal, só comunicara a decisão ao Ministério do Reino depois do sucedido. Curiosamente, esta crítica é bem-recebida pelo governo e pelo Conselho de Sua Majestade, tendo este último congratulado o Enfermeiro-mor e as equipas hospitalares pelo seu zelo e trabalho. Cf. *Idem*.

Este descontentamento está patente num relatório elaborado pelo Enfermeiro-mor após os primeiros casos de cólera na capital, ao qual houve pouca resposta e nenhum desejo de acudir às críticas colocadas.

Mapa 3 – Hospitais provisórios para combate à epidemia de cólera de 1855/56



Adicionalmente, esta análise permite compreender como se pretendiam estabelecer os métodos de assistência em Lisboa perante a crise epidémica. Primeiro, devemos notar o longo período de preparação objetivado de modo a, se ou quando a epidemia se instalar, estarem reunidos os meios para a combater. Também é relevante a brevidade com que foram reunidos e recrutados facultativos médicos e outro pessoal hospitalar, tendo estes facultativos múltiplas reuniões ao longo destes 8 anos para discutir práticas e medidas contra a cólera. Por último, notamos que o Hospital de São José, apesar das múltiplas alusões ao excesso de trabalho face ao número de pessoal, demonstra agir para com o que ficara estabelecido no período de preparação, organizando e laborando no que são essencialmente 3 repartições (o Hospital de São José enquanto espaço físico, a

Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e os hospitais e enfermarias criados para fins epidémicos), a manutenção dos postos de socorro mantidos em cada paróquia,²⁰⁴ a distribuição de panfletos informativos pelas mesmas (elaborados pelos facultativos médicos) e o acompanhamento das iniciativas filantrópicas criadas durante a epidemia.²⁰⁵ Isto deve-se, a nosso ver, ao grau de independência concedida à Comissão Administrativa. Algo claro se tivermos em conta o relatório do Enfermeiro-Mor já aqui indicado, mas também verificável pela forma como as decisões da Comissão eram primeiro discutidas entre a própria, aplicadas e só depois levadas ao conhecimento das restantes instâncias. Também relembramos que em 1848 esta Comissão fora dotada de poderes para assim o fazer. Claro que esta independência tinha fronteiras. As mais óbvias sendo o poder régio e os cofres do Hospital de São José, dependentes do erário público para assegurar o seu funcionamento em tempos de epidemia.

Em suma, a preparação face à cólera e o próprio funcionamento do Hospital (paralelamente, da Comissão Administrativa) beneficiaram de um conjunto de circunstâncias que permitiu o seu funcionamento da forma expectada, mesmo com as dificuldades impostas. Sendo os mais destacados o seu corpo de médicos e enfermeiros e ainda a relativa liberdade de funções concedido a esta Comissão.

O impacto da segunda vaga

De um ponto de vista geral, a epidemia dos anos de 1855 e 1856 provocou menos mortalidade nos espaços provisórios do Hospital de São José. Isto deve-se à diminuição do número de pacientes de cólera (1554) quando comparado com o valor de 1833 (3624) e também ao clima de paz, à eficácia dos métodos preventivos e, discutivelmente, dos curativos.

Tal como para os dados referentes a 1833, através destes registos de entrada²⁰⁶ conseguimos retirar informações geográficas, permitindo averiguar onde estes doentes

²⁰⁴ *Idem*, pp. 11 e 12.

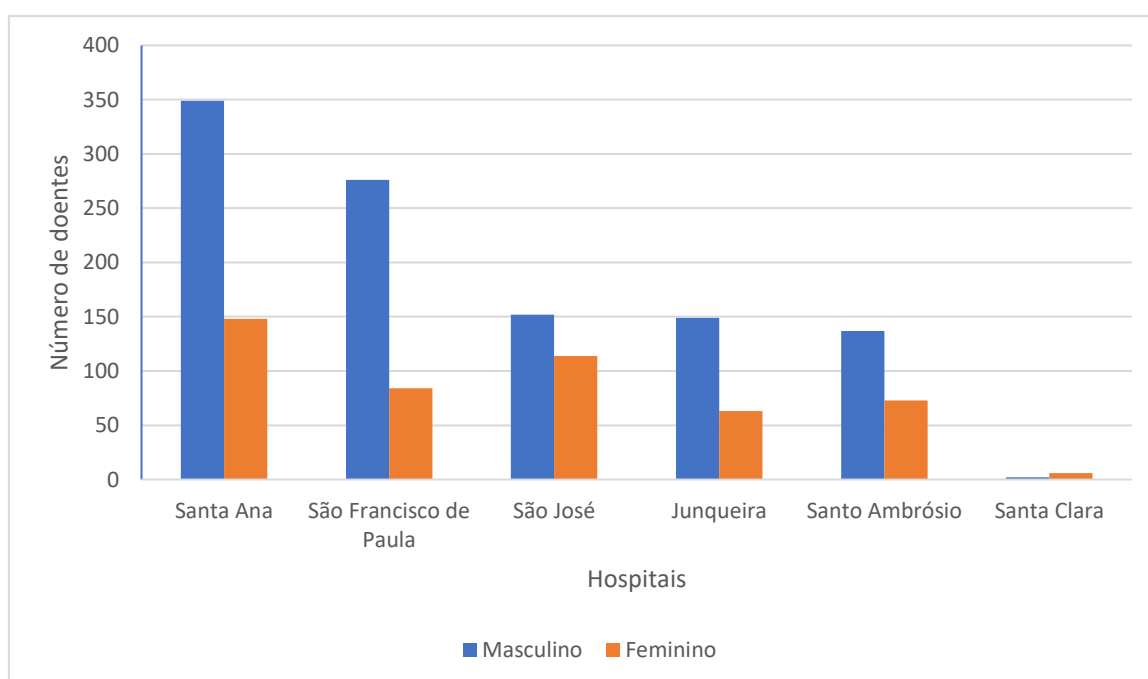
²⁰⁵ *Idem*, p. 28.

²⁰⁶ Por uma questão de pragmatismo expomos aqui as referências destes dados, de modo a que a sua referência não seja excessivamente repetida: ANTT: Hospital de São José, Livro 7001 (Hospital de São José), Livro 7003 (Hospital de Santo Ambrósio), Livro 7004 (Hospital de São Francisco de Paula), Livro 7005 (Hospital de Santa Ana), Livro 7006 (Hospital da Junqueira), Livro 7007 (Hospital de Santa Clara) e Livro 7009 (Hospital de Cólera). Notamos igualmente que os livros 7001 e 7009 são ambos referentes aos coléricos recebidos no espaço próprio do Hospital de São José. Tal como os dados referentes a 1833,

residiam e especular focos epidémicos, mas também dados referentes ao seu estado civil, sexo, idade e profissão. Igualmente, permitem o cálculo de mortalidade entre os internados, logo uma averiguação do sucesso das práticas médicas face à cólera.

O procedimento habitual dentro das enfermarias era a segregação dos pacientes por sexos e, através dos Gráficos 5 e 6, conseguimos constatar que o número de entradas do sexo masculino é quase sempre superior ao feminino (1066 entradas masculinas para 488 femininas). A única exceção é a enfermaria de Santa Clara, que apresenta um número superior de pacientes mulheres (6) face aos homens (2). A nosso ver isto pode ser analisado em função dos padrões culturais da época, como também das realidades económicas do século XIX. Para isto parece-nos importante refletir sobre o estado civil dos doentes destes hospitais (Tabela 7 e Gráfico 7).

Gráfico 5 – Distribuição dos doentes por enfermaria de acordo com o sexo dos doentes entre 1855 e 1856



também estes estão em anexo (anexos 5, 6 e 7) e disponíveis para consulta no endereço: <https://drive.google.com/open?id=0Bx-fHfGgvIHOTS1RSkNaM3Rra2s>

Gráfico 6 – Entradas de doentes de cólera em Lisboa de acordo com o seu sexo entre 1855 e 1856

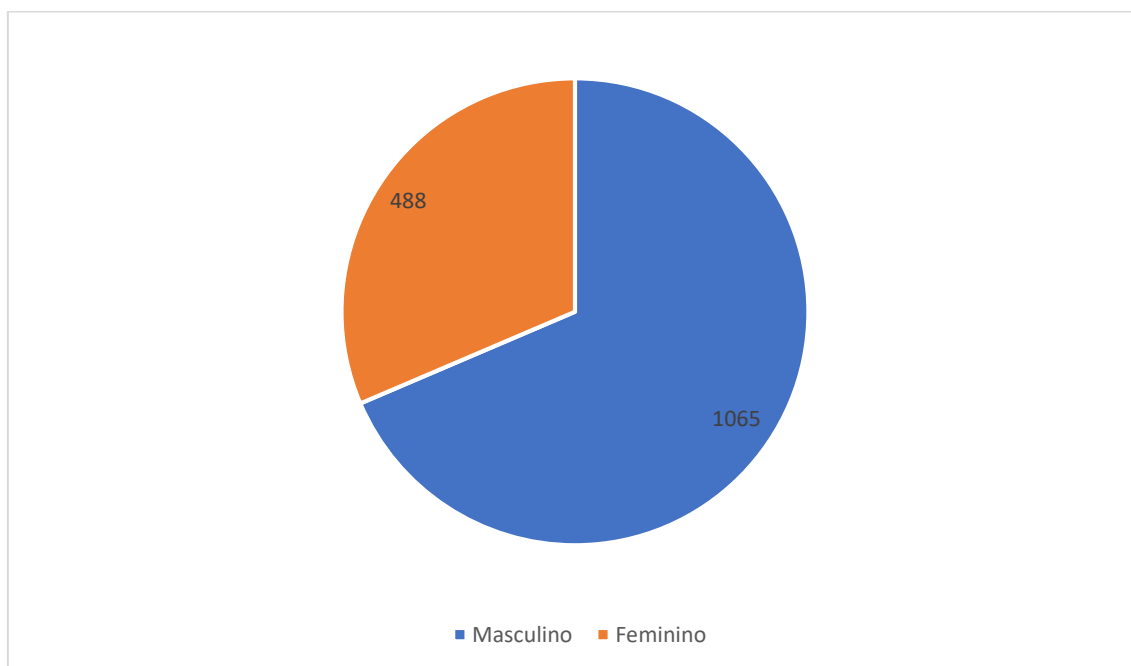
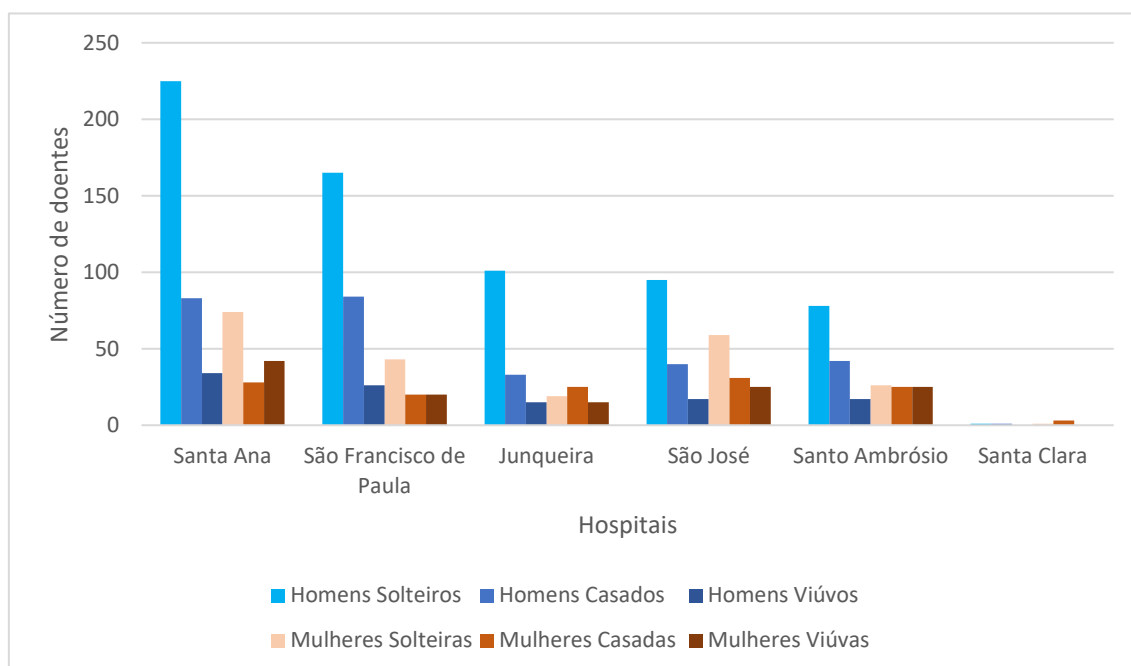


Tabela 7 – Impactos da cólera entre sexos, ordenado por estado civil

Sexo	Solteiro	% Solteiro	Casado	% Casado	Viúvo	% Viúvo	Total numérico
Masculino	665	62%	283	27%	109	11%	1066
M. Censo 1849	44956	56%	27777	34%	7046	9%	79779
Feminino	222	46%	132	27%	127	27%	488
F. Censo 1849	54934	58%	26267	28%	13697	14%	94898
Total	887	57%	415	27%	236	16%	1554
Total Censo 1849	99890	57%	54044	31%	20743	12%	174677

Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes de acordo base no seu estado civil e sexo por hospital



Claramente existe uma predominância de homens solteiros afetados pela cólera nestes hospitais em relação às restantes categorias. Isto dever-se-á à mobilidade profissional e social desta categoria, logo mais expostos aos espaços de sociabilidade pública.²⁰⁷ Porém, tal como no caso masculino, existe uma maior tendência para a infeção de solteiras e, ao contrário dos homens, viúvas.

Contudo, se pensarmos na realidade socioeconómica da época, encontramos várias explicações para este fenómeno. A mulher solteira oitocentista, que não fosse filha da burguesia ou da nobreza, tinha um percurso muito semelhante ao masculino. Assim, frequentando espaços semelhantes, exercendo uma profissão e, como tal, estando tão apta para interagir com matéria contaminada e pessoas infetadas. O mesmo acontece com as viúvas, que já exercendo uma profissão durante o casamento ou após a morte do conjugue, partilham as mesmas esferas que as solteiras.²⁰⁸ Destacamos ainda que a maioria das mulheres que deram entrada nestes hospitais exerciam uma profissão, logo sustentando as lógicas de sociabilidade da mulher trabalhadora como semelhantes à de homens

²⁰⁷ Maria Antónia Lopes, “As grandes datas da existência: momentos privados e rituais públicos”, in *História da Vida Privada: A Época Contemporânea*, vol. 3, Círculo de Leitores e Temas e Debates, 2011, pp. 382–386.

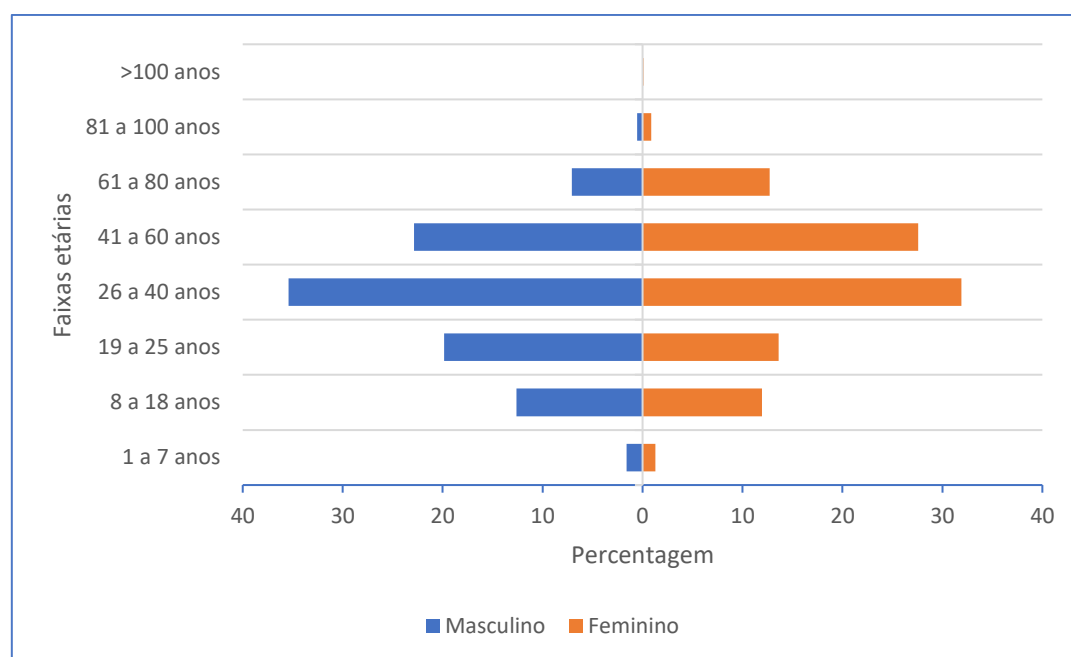
²⁰⁸ *Ibid.*, pp. 178–191.

trabalhadores. Interessantemente, tanto as mulheres como os homens casados apresentam a mesma quantidade de ocorrências em termos percentuais.

Através das pirâmides de idade (Gráficos 8 e 9) verificamos que as idades com maior representação inserem-se entre os 19 e os 60 anos, declinando nos intervalos anteriores e seguintes a este arco. Se compararmos estes dados com os presentes nos censos de 1849, constatamos que os impactos da epidemia não estão equitativamente distribuídos, acompanhando a distribuição censitária exceto nas categorias 1 a 7 anos. Como tal, ao contrário do sugerido por Teresa Rodrigues, não parece haver maior mortalidade nas camadas idosas e mais jovens,²⁰⁹ pelo contrário, a mortalidade está concentrada nas faixas etárias com maior concentração populacional, logo estabelecendo uma possível relação entre vida profissional e potencial de infeção.

No que toca à distribuição da mortalidade dos doentes de cólera que deram entrada nestes hospitais faleceram 904, dando uma probabilidade de sobrevivência de aproximadamente 41%. Adicionalmente, esta recolha permite distribuir esta informação pelas enfermarias (Tabela 8).

Gráfico 8 – Pirâmide de idades percentual de acordo com as entradas nos hospitais entre 1855 e 1856



²⁰⁹ Teresa Maria Rodrigues, *Lisboa no Século XIX - Dinâmica populacional e crises de mortalidade*, p. 410.

Gráfico 9 – Pirâmide de idades percentual de acordo com o censo de 1849

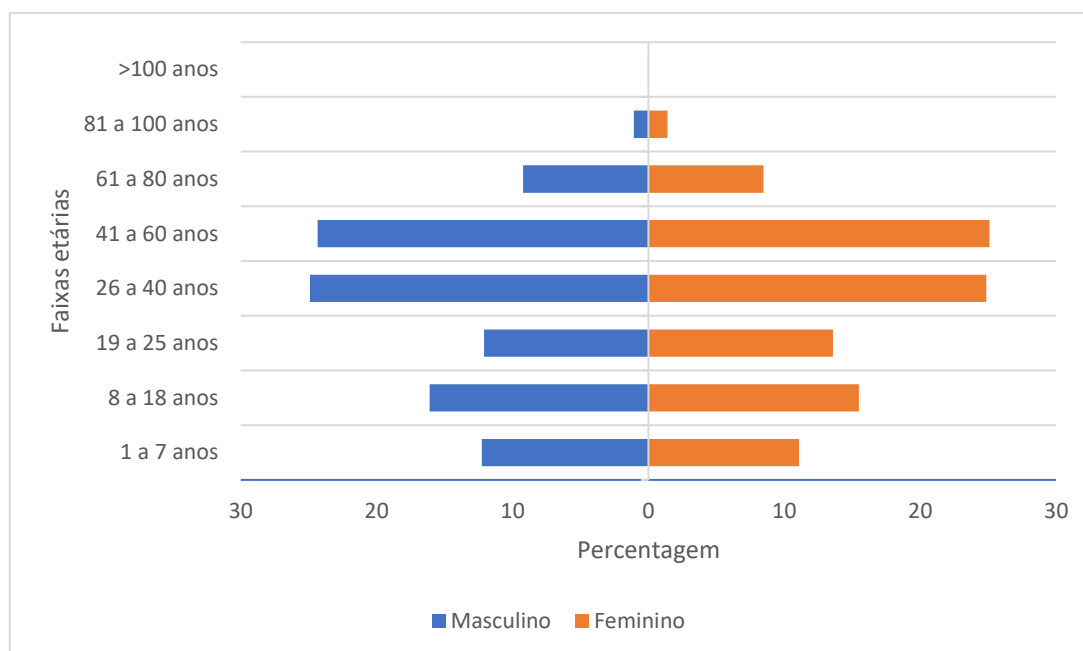


Tabela 8 – Número de mortes, sobreviventes e respectiva percentagem de curados por enfermaria

Enfermaria	Sobreviventes	Mortos	Totais	% de sobreviventes
Junqueira	109	103	212	51%
Santa Clara	3	3	6	50%
São Francisco de Paula	178	182	360	49%
Santo Ambrósio	91	119	210	43%
Santa Ana	192	307	499	38%
São José	77	190	267	29%
Total	650	904	1554	41%

Deste modo é possível verificar que, tal como em 1833, a mortalidade nos espaços hospitalares para o combate à cólera continua a ser elevada. Vale a pena destacar que os processos curativos pouco evoluíram em termos de eficácia desde a última epidemia de cólera. De igual modo, ponderamos que as alterações constantes que se deram no âmbito administrativo, financeiro e burocrático, tal como a aparente falta de intervenção estatal, provocaram dificuldades no combate à epidemia. Consultando as obrigações dos médicos nos espaços de tratamento da cólera epidémica, reparamos que, ao contrário dos outros intervenientes, este não é um residente do hospital, mas sim um visitador. Ou seja, se fosse necessária a consulta de um médico, o doente teria de esperar que chegasse um dos dois momentos em que a presença do médico era obrigatória (uma vez pela manhã e outra pelo final da tarde). Deste modo, quem exercia de facto uma função curativa seriam os enfermeiros, cirurgiões e outros residentes hospitalares. Para além disto, é necessário ponderar outra estatística hospitalar para além daquela referente aos coléricos. Uma breve análise das estatísticas hospitalares do Hospital de São José permite verificar que raras vezes a percentagem de sobrevivência é positiva.²¹⁰ Assim, é expectável que também a mortalidade provocada pela epidemia de cólera fosse elevada, ainda mais sendo uma doença de exceção.

Apesar da mortalidade ser claramente alta, importa também verificar se o tempo de estadia hospitalar era semelhante ao de 1833. Com isto, pretendemos observar se o tempo de resposta e os métodos utilizados para controlar ou curar a doença tiveram repercussões na esperança de vida dos internados (Gráficos 10 e 11).

Como é facilmente verificável, a tendência mantém-se idêntica à da epidemia de 1833, com a exceção de um pico de saídas entre agosto e setembro. Este pico apenas diverge do de 1833 por apresentar um número abrupto de saída de pacientes. Isto deve-se sobretudo ao elevado número de entradas entre junho e julho e não necessariamente a uma mudança nos tratamentos. Aliás, como verificamos no Gráfico 11, a duração dos internamentos continua a ser maioritariamente entre algumas horas e 2 dias. Paralelamente, denota-se um momento em que o número de pacientes curados ultrapassa as mortes (entre setembro e novembro), não sendo, mais uma vez, sinal de mudanças de tratamento, mas sim o resultado da cura dos doentes com entrada em meses antecedentes.

²¹⁰ Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal no Annos de 1855, e 1856*, pp. 460–463.

Gráfico 10 - Distribuição de pacientes de acordo com o período de entrada e saída por morte ou cura entre 1855 e 1857

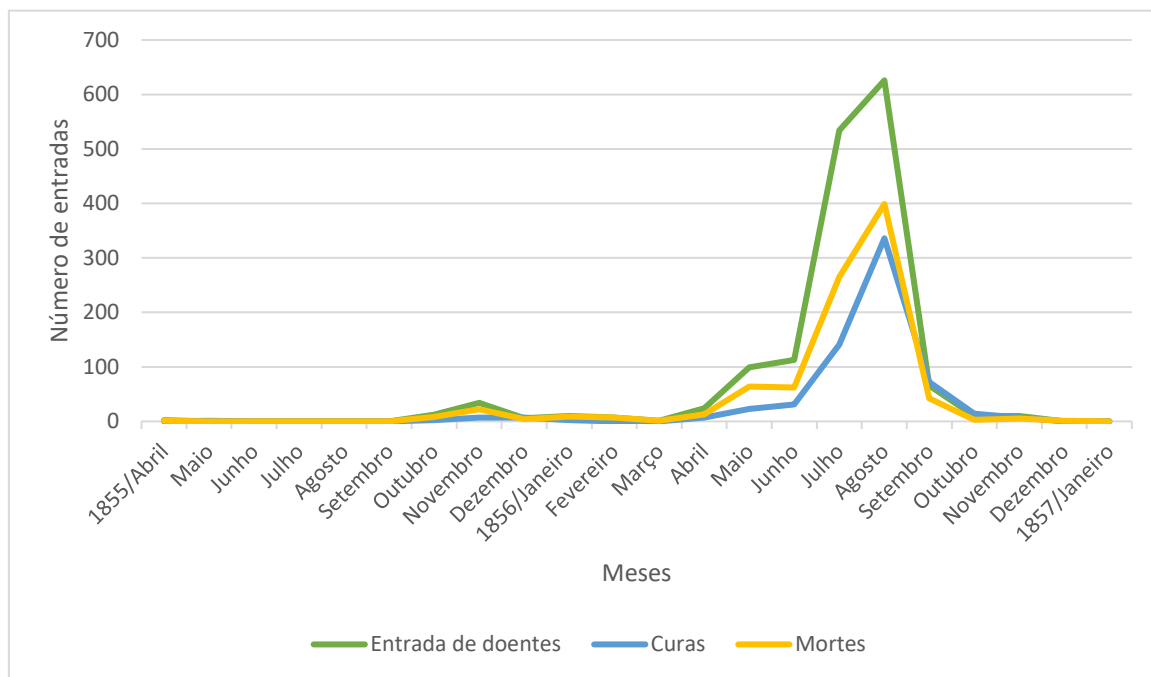
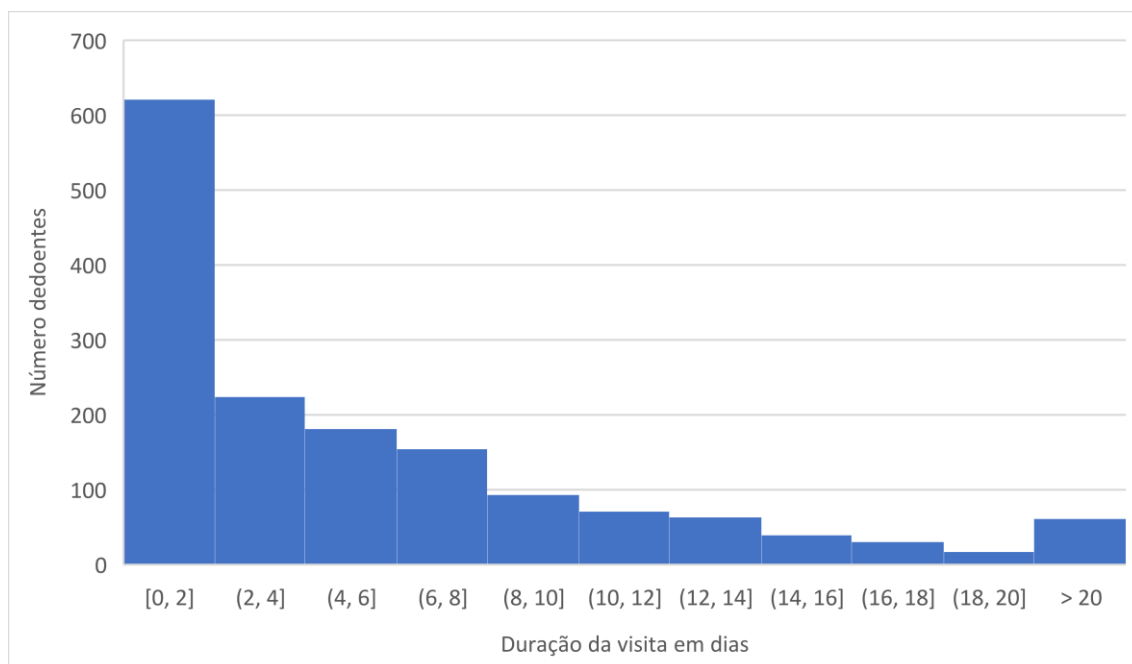


Gráfico 11 - Duração da visita hospitalar entre 1855 e 1856

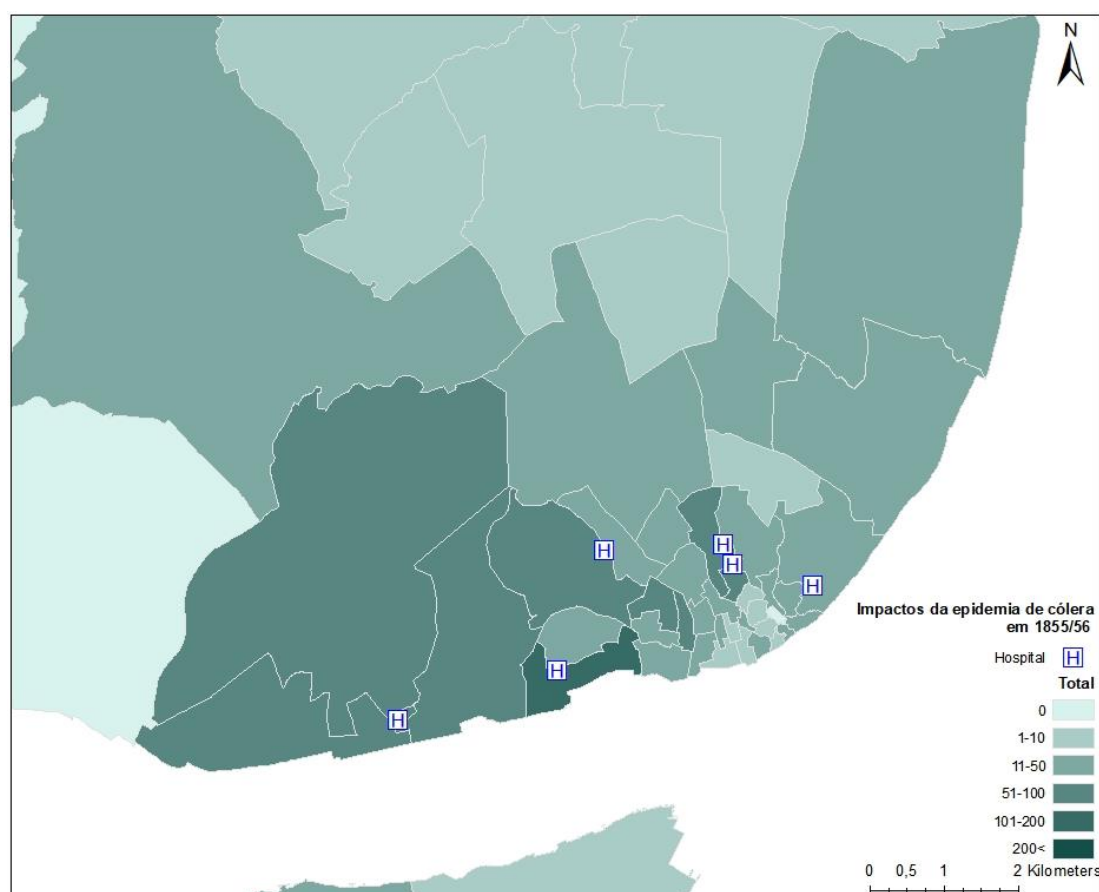


Esta representação também sugere duas interpretações da cólera de acordo com a teorização da época. Os três picos epidémicos (Verão de 1833, Inverno de 1855 e Verão de 1856) apresentam ao mesmo tempo motivos para a constatação da cólera enquanto epidemia sazonal, mas também contra. Por um lado, os picos de maior intensidade ocorrem durante o Verão; no entanto, existe um período de invasão durante o Inverno, ainda que mais curto e de menor impacto.

Os maiores impactos durante o Verão resultam do acumular de condições que podem provocar o enfraquecimento do corpo, logo evidenciando os seus sintomas. Algumas destas condicionantes são tão simples como o calor, que por sua vez torna os esforços físicos mais perigosos através da desidratação e fadiga ou o consumo de produtos sazonais que enfraqueçam os sistemas digestivos e intestinais, como é o caso da fruta de estio.

Outra semelhança é a predominância da epidemia nas freguesias de maior dimensão e do lado ocidental, como fica ilustrado no Mapa 4. Isto dever-se-á ao contexto político desta segunda vaga. Sem clima de guerra, os portos orientais e militares, como o localizado em Santa Apolónia, deixaram de transportar e receber militares contagiados, logo diminuindo os impactos nessas freguesias. Por oposição, os portos e cais da zona ocidental detinham sobretudo funções comerciais e de transporte de pessoas, algo que não deixara de acontecer na segunda metade do oitocentos, mantendo-se uma intensidade semelhante de casos.

Mapa 4 - Distribuição de doentes da epidemia de cólera, com base na sua residência e localização dos hospitais em 1855/56



Comparação dos registos hospitalares de 1855/56 com os relatórios oficiais de 1858 e 1866

Após análise dos dados recolhidos diretamente das fontes do Hospital de São José, devemos relacionar e compará-los com aqueles presentes nos relatórios oficiais. Ou seja, os dados que foram analisados e publicados pelo Conselho da Saúde Pública do Reino. Aqui distinguimos dois relatórios: um publicado em 1858 referente ao ano de 1855 e outro publicado em 1866 sobre 1856.

Para a epidemia de 1855 e 1856 já surgem relatórios que procuram analisar e compreender a epidemia de cólera. Contudo, estes dados não são inteiramente consensuais, existindo várias discrepâncias entre os registos de entrada e os que estão presentes nos relatórios. Estas diferenças não são de grandes valores, mas divergem daquilo que deviam ser os registos base que relatam.

Aliás, nestes relatórios existe uma certa consciencialização destas imperfeições. No relatório de 1858 para o período de 1855 alerta-se exatamente para a possibilidade de

existirem erros factuais, atribuindo essas falhas ao excesso de trabalho que o controlo da cólera epidémica provocara ao Conselho da Saúde Pública.²¹¹ Apesar do aparente solipsismo desta justificação, não nos podemos esquecer que este Conselho não era uma autoridade local, ou seja, restrita a Lisboa. Assim, estava dependente das estruturas médicas e administrativas de várias localidades, que não só não detinham treino para recolher e analisar este tipo de dados estatísticos, como tinham também obrigações para com as suas localidades durante a epidemia.²¹²

São também reconhecidas outras dificuldades, nomeadamente a construção do relatório editado em 1858 em paralelo ao combate à epidemia de febre-amarela, logo atrasando a sua produção devido à nova epidemia, mas também à falta de produção de papel nas fábricas portuguesas e a acumulação de trabalhos igualmente urgentes na Imprensa Nacional.²¹³

Por sua vez, o relatório produzido em 1866 para análise do segundo momento epidémico da década de 1850 constata que possíveis erros se devem à falta de médicos especializados em trabalho estatístico e com formação em questões epidémicas.²¹⁴

Assim, a nossa análise parte do confronto entre os registos de entrada dos hospitais e os relatórios de modo a averiguar não só as suas diferenças, como também as suas concordâncias.

No que diz respeito às entradas no Hospital de São José e enfermarias auxiliares, durante a epidemia de 1855, o relatório contabiliza 32 entradas, 17 mulheres e 15 homens. Para além disto, indica ainda que 11 foram curados e os restantes faleceram (Tabela 9).

Contudo, nos livros de registos do Hospital de São José surgem 64 casos, ou seja, o dobro dos contabilizados no relatório. Os restantes dados presentes neste relatório estão demasiado simplificados para retirar mais conclusões face às diferenças entre estes e os registos do hospital.

²¹¹ Interessante tendo em conta que a intervenção do Conselho de Saúde Pública do Reino apenas surge de um ponto de vista burocrático e como intermediário entre a Comissão Administrativa do Hospital de São José/Santa Casa da Misericórdia e o governo;

²¹² Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal no Annos de 1855, e 1856*, p. 3.

²¹³ Também estes problemas atrasariam a publicação da segunda parte do relatório, referente exclusivamente a 1856. Cf. *Ibid.*, p. 3 e 4.

²¹⁴ Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Annos de 1855 e 1856 - Parte II*, p. 6 e 7.

Tabela 9 – Casos de cólera com base no relatório da epidemia de 1855

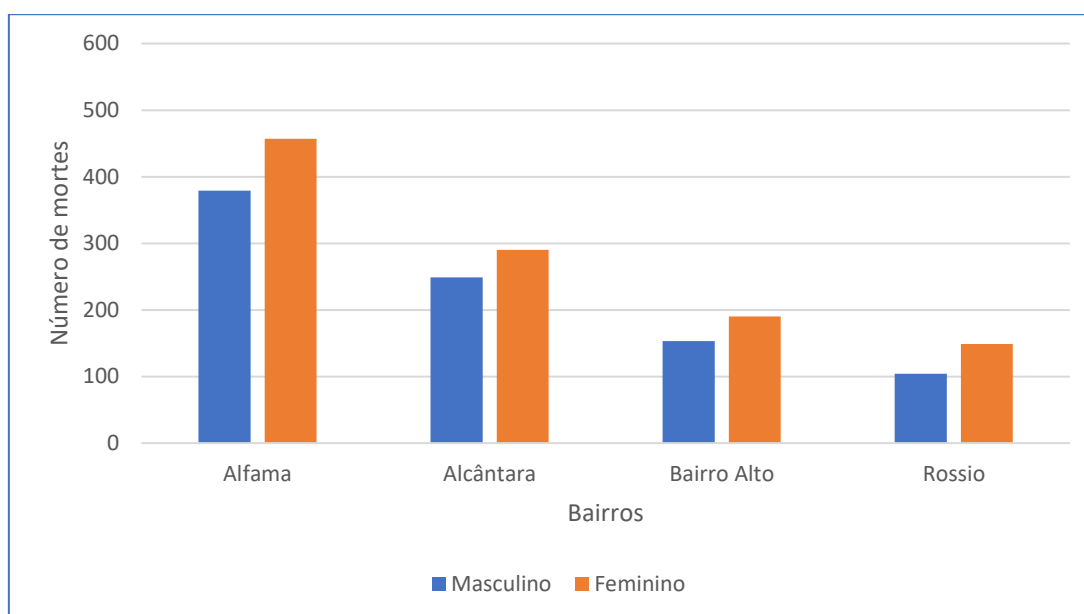
Hospitais	Atacados	Curados	Falecidos	% de Sobreviventes
Rilhafoles	31	13	18	42%
São José	32	11	21	34%
Totais	105	30	75	29%
Domicílios	42	6	36	14%
Total	210	60	150	29%

Por sua vez, o relatório para 1856 indica um total de 1971 mortos por cólera nos domicílios.²¹⁵ Nos hospitais registam-se 184 mortes que seriam das enfermarias do HSJ, 14 da Santa Casa da Misericórdia, 18 do Hospital Militar, 6 das unidades de saúde da Marinha, 2 da cadeia civil e 802 de Hospitais Provisórios.

Ao analisarmos a mortalidade nos domicílios em 1856 (gráfico 12), verificamos que existe uma maior quantidade de mortes de mulheres do que de homens em todos os bairros. Isto parece indicar que existia uma maior quantidade de mulheres a serem auxiliadas em casa em vez de recorrerem aos hospitais. Isto, como indicámos anteriormente, pode dever-se a uma questão cultural e de mentalidades. Contudo, relembramos que estes dados tratam de mortalidade e não pacientes, logo isto pode indicar simplesmente que morreram mais mulheres do que homens nos socorros domiciliares ou que o óbito fora declarado na residência e não que existia uma preferência clara em assistir pacientes do sexo feminino no seu lar.

²¹⁵ *Ibid.*, p. 18.

Gráfico 12 – Mortalidade nos domicílios em 1856 de acordo com o relatório

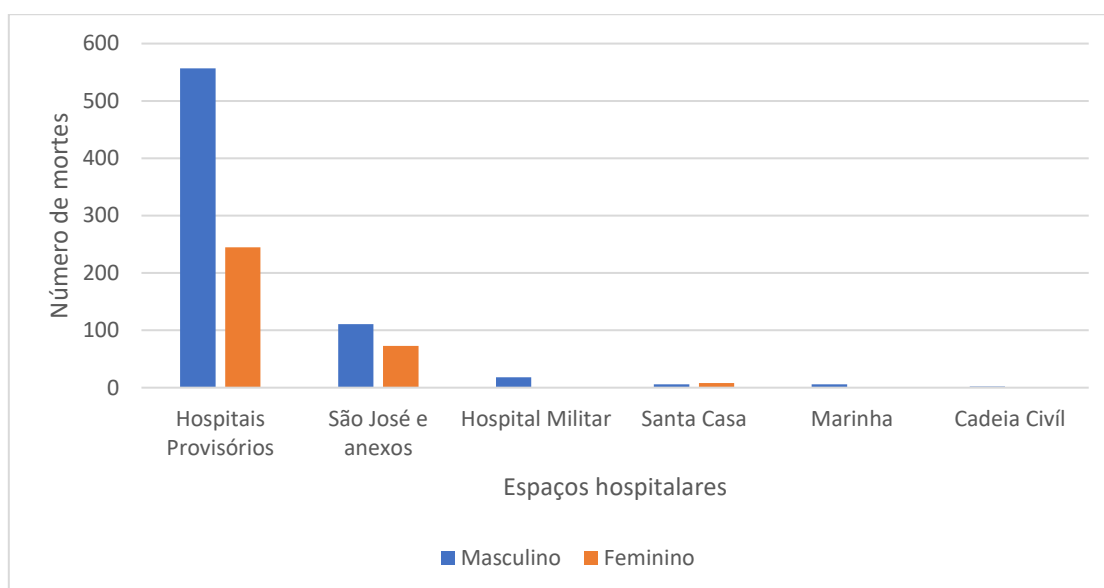


Os dados representados no Gráfico 13 apresentam o número de mortes nos hospitais provisórios, no Hospital de São José e outras unidades de assistência.²¹⁶ Os dados referentes ao São José e hospitais provisórios somam, em conjunto, um total de 986 mortes. Aqui existem algumas divergências entre os nossos dados e os do relatório. Os nossos dados indicam 188 mortes para o São José (184 no relatório) e 712 para os hospitais provisórios (o relatório aponta 802), dado um total de 896 mortes (para um total de 986).

Como vemos, o relatório aponta um número mais alto de mortes hospitalares do que os registros de entrada. Porém, se observarmos os números de ambos verificamos que esta discrepância pode ser resultado de um erro tipográfico (diferença de 4 mortes no Hospital de São José e números em posições diferentes nos hospitais provisórios). Mais uma vez verificamos que este relatório pode ser resultado das condições que lhe deram origem, isto é, os problemas existentes no período da sua escrita podem ter levado a erros que não foram intencionais.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 19.

Gráfico 13 – Mortalidade nos espaços hospitalares em 1856 de acordo com o relatório



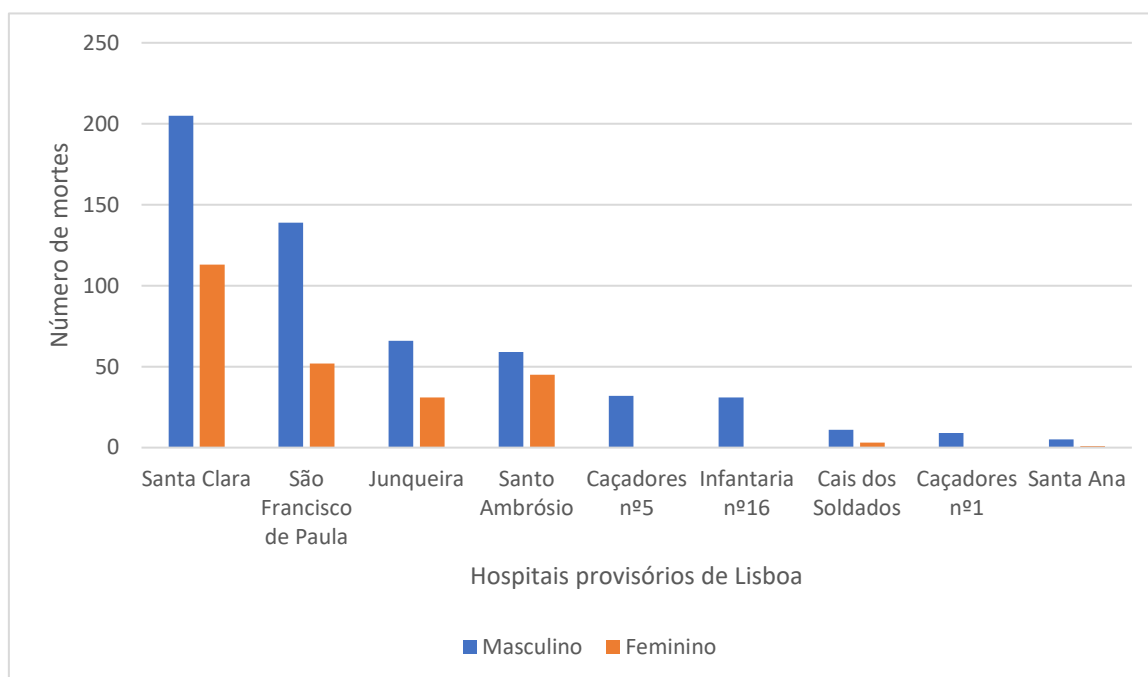
O relatório permite ainda verificar o número de mortes dentro de cada hospital provisório e aquelas que ocorreram nos hospitais de Caçadores nº1, nº5, Cais dos Soldados e da Infantaria nº16 (gráfico 14).²¹⁷

Assim, a distribuição da mortalidade atribuiria 104 mortes ao hospital de Santo Ambrósio, 6 a Santa Ana, 318 a Santa Clara, 191 a São Francisco Paula e 97 na Junqueira. Mais uma vez, os nossos dados divergem dos deste relatório. Nos dados presentes nos livros de registo do HSJ o Hospital de Santo Ambrósio aponta 119 mortes (diferença de 15), 307 em Santa Ana (diferença de 301), 2 em Santa Clara (diferença de 316),²¹⁸ 182 em São Francisco de Paula (diferença de 9) e 103 na Junqueira (diferença de 5). Assim, o relatório aponta 716 mortes e os dados dos livros de registos do Hospital de São José apontam 712, sugerindo um ligeiro erro de contabilização, mas um conhecimento concreto dos impactos desta segunda vaga.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 50.

²¹⁸ Os valores atribuídos aos hospitais de Santa Ana e Santa Clara podem estar trocados no relatório, não devido a uma mudança física do hospital, mas sim resultado de um erro tipográfico ou descuido por parte do editor.

Gráfico 14 – Mortalidade nos hospitais provisórios de acordo com o relatório de 1866



Concluindo, os dados do relatório de 1856 não apresentam diferenças significativas entre os dados dos registos de entrada, isto se partirmos do princípio que as diferenças são resultado de erros tipográficos. Estes dados também revelam que pode existir um certo nível de preferência por sexos nos espaços de tratamento. Os homens por regra optam ou são dirigidos para os hospitais, enquanto as mulheres são preferencialmente tratadas no seu lar. Revelam igualmente que existe uma maior concentração de doentes de cólera nos bairros mais próximos do rio, algo que se deve à entrada de doentes da margem sul do rio Tejo, mas também pode ser resultado da entrada de tripulações contaminadas nos portos lisboetas ou de condições de maior insalubridade nos portos. Também verificamos que existe uma maior entrada de coléricos nos hospitais provisórios sobre gestão da Comissão Administrativa face aos hospitais militares, indicado que a epidemia atingiu sobretudo a população civil, visto que sem clima de guerra existiam menos militares hospedados ou em circulação pela capital.

Capítulo 4 – Portugal e o estrangeiro: uma análise comparativa da epidemia de cólera

Os impactos da cólera no estrangeiro

Para esta análise comparativa foi necessário recorrer a vários tipos de fonte e estudos da época de forma a encontrar dados suficientes. No caso parisiense fundamentamo-nos sobretudo em relatórios oficiais das epidemias, visto que os dados presentes nestas obras estão justificados e consistentes nas suas análises. Por outro lado, os dados referentes a ambas as epidemias de Londres são muito menos certos, apresentando por vezes dados contraditórios dentro dos mesmos relatórios. Dada esta dificuldade em encontrar informações estatísticas coerentes para as epidemias de Londres, o nosso critério de seleção para os dados que apresentaremos adiante foi a coerência analítica dessas informações dentro do relatório base.

Antes de mais, torna-se igualmente necessário refletir sobre as diferenças de densidade populacional e o tamanho das cidades quando comparadas com Lisboa. Este tipo de análise pode criar problemas de um ponto de vista analítico, dado que são mais as diferenças territoriais entre estes três espaços do que as semelhanças. Porém, isto não invalida a análise comparativa se tivermos em conta os impactos percentuais da epidemia face à população e os métodos empregues para a sua prevenção e tratamento, que oferecendo potencialmente resultados diferentes, atestam o posicionamento dos seus respetivos Estados face à cólera epidémica.

Paris e Londres face a Lisboa

Como referimos anteriormente, os mapas estatísticos para a epidemia de cólera em Paris, em ambos os momentos, encontram-se num estado bem trabalhado e coerente, não surgindo discrepâncias entre relatórios ou fontes médicas. Assim, partimos dos dados presentes no *Report on the Cholera in Paris*²¹⁹ da autoria do governo francês em 1832 e traduzido para inglês pelo Board of Health e pela Academy of Medicine de Nova Iorque e publicado em 1849 e naqueles detalhados no *Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et de 1849*,²²⁰ redigido por Paul Dupont e editado pela *Administration Générale de*

²¹⁹ Authority of the French Government, *Report on the Cholera in Paris*, New York, Samuel S. & William Wood, 1849.

²²⁰ Paul Dupont, *Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et de 1849*, Paris, Imprimeur de l'assistance publique, 1850.

l'Assistance em 1850. Para o caso londrino recorreremos sobretudo aos dados presentes no *Report on the Mortality of Cholera in England, 1848-49*²²¹ da autoria de George Graham, publicado em 1852, no qual constam dados para as epidemias de 1832 e 1849. Contudo, estes dados, apesar de mais consistentes que outros relatórios da época, continuam a acusar diferenças entre si, pelo que podem não estar inteiramente corretos.

Paralelamente, recorreremos aos censos de ambas as cidades (Paris: 1832 e 1846;²²² Londres: 1831 e 1841),²²³ juntamente com os de Lisboa (1801 e 1849),²²⁴ de modo a obter dados populacionais para cada cidade e estabelecer elos de comparação entre estas. Tanto os dados referentes às epidemias como aqueles referentes às populações estão representados na Tabela 10.

O confronto destes dados permite uma análise mais clara da mortalidade em âmbito comparado. Em termos de mortalidade geral, as mortes devido à cólera revelam resultados nunca superiores a 4,2% em todas cidades, ainda que com dinâmicas diferentes entre elas.

Paris e Lisboa são duas cidades em que a segunda epidemia de cólera mata menos do que a primeira (diferença de 2,07% em Lisboa e 0,29% para Paris). Enquanto que em Londres a mortalidade aumenta entre as vagas (subida de 0,37%). Porém, o acréscimo, ainda que ligeiro, no caso londrino deve-se sobretudo ao diminuto impacto da primeira vaga de cólera na cidade. Visto que a epidemia de 1831 em Inglaterra se propagou com mais eficácia nas regiões exteriores à cidade de Londres e com maiores impactos em Gales e na Irlanda anexada.²²⁵

Por outro lado, Lisboa tem uma distribuição da mortalidade percentual entre sexos diferente das restantes cidades. Enquanto Paris e Londres têm maior mortalidade no sexo feminino, acompanhando a tendência de população feminina superior à masculina, Lisboa

²²¹ George Graham, *Report on the Mortality of Cholera in England, 1848-49*, London, W. Clowes and Sons, 1852.

²²² Félix Lazare and Louis Lazare, *Dictionnaire Administratif et Historique des Rues et Monuments de Paris*, 2ª, Paris, Imprimerie de Morris et Cª, 1855, pp. 135-.

²²³ “A Vision of Britain through Time”, in *GB Historical GIS / University of Portsmouth, London GovOf through time | Population Statistics | Total Population, A Vision of Britain through Time*, accessed 17 July 2017, at http://www.visionofbritain.org.uk/unit/10097836/cube/TOT_POP.

²²⁴ Luís Nuno Espinha da Silveira, *Os Recenseamentos da População Portuguesa de 1801 e 1849. Edição Crítica*, vol. 3, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, 2001.

²²⁵ Charles Creighton, *A History of epidemics in Britain: From the Extinction of Plague to the present time*, vol. II, Cambridge, Cambridge University Press, 1894, pp. 813–820.

apresenta valores de mortalidade masculina mais elevados do que a feminina, apesar de existir uma maior população feminina em Lisboa do que masculina.

Tabela 10 – Comparação dos impactos da epidemia de cólera em Lisboa, Paris e Londres

Dados populacionais	Lisboa 1833 (Censo 1801)	Lisboa 1855/56 (Censo 1849) ²²⁶	Paris 1832 (Censo 1831)	Paris 1849 (Censo 1846)	Londres 1832 (Censo 1831)	Londres 1849 (Censo 1841)
População	164024	137455	759135	1021530	1862970	2185804
Mortalidade por cólera	6896	2925 ²²⁷	16572	19265	5275	14137
% mortalidade por cólera face à pop.	4,2%	2,13%	2,18%	1,89%	0,28%	0,65%
População masculina	79928	61395	368749	500781	867632	1026710
% população masculina	48,73%	44,67%	48,54%	49,02%	46,57%	46,97%
Doentes masculinos		1993		9594		
% doentes masculinos face à pop. masc.		3,25%		1,92%		
Mortalidade masculina		1520	7975	5126		6701
% de mortalidade masculina face à pop. masc.		2,48%	2,16%	1,02%		0,65%
População feminina	84096	76060	390245	520749	995338	1159094
% população feminina	51,27%	55,33%	51,46%	50,98%	53,43%	53,03%
Doentes femininos		1582		9671		
% doentes femininos face à pop. fem.		2,08%		1,86%		
Mortalidade feminina		1405	8597	4460		7436
% mortalidade feminina face à pop.		1,85%	2,20%	0,86%		0,64%

Isto pode dever-se à maior participação da população feminina na esfera pública, nomeadamente enquanto trabalhadoras em pequenos estabelecimentos ou como operárias. Isto torna-se mais aparente no caso parisiense, especialmente pela prevalência

²²⁶ Estes números refletem a reordenação administrativa das freguesias da cidade de Lisboa

²²⁷ Todos os valores referentes aos doentes e à mortalidade por cólera em Lisboa nesta tabela incluem, para além dos hospitais, as mortes ocorridas nos domicílios, espaços da Santa Casa da Misericórdia, espaços do exército, marinha e nas prisões. Porém, omitem aqueles que foram curados nestes espaços, pelo que os valores referentes a doentes apenas contabilizam os mortos destes.

de mortalidade feminina naquilo que o relatório apelida de “pequenos profissionais” e entre os industriais.²²⁸ Isto pode ser um reflexo da rápida e crescente industrialização destas cidades e a integração de uma maior quantidade de mulheres nos trabalhos fabris enquanto operárias, criando condições onde estas estavam mais suscetíveis a contágio o que, juntamente com as más condições de trabalho da época, levariam a mais mortes. Os relatórios para Londres não fazem distinção de mortalidade entre categorias profissionais, mas a mesma hipótese pode ser aplicada, tanto mais com a rápida industrialização desta cidade. Dada a tardia industrialização portuguesa, a força de trabalho feminina ainda não tinha tanta expressão nas indústrias, sendo sobretudo masculina.²²⁹

Uma hipótese lançada nos relatórios médicos ingleses seria a mortalidade com base na condição social, com maior concentração da mortalidade nos distritos mais pobres.²³⁰ Isto por si só não é suficiente para compreender os impactos da epidemia, porém se tivermos em conta a localização geográfica destes distritos, constatamos que estes ficam próximos do rio Tamisa²³¹ e detêm condições materiais e habitacionais mais pobres.²³²

Apesar destas diferenças geográficas entre territórios, algumas questões são transversais a todos eles, nomeadamente a duração das visitas hospitalares das vítimas. Este aspeto, como já fora mencionado, torna-se importante porque acaba por medir a esperança média de vida de um paciente de cólera. Aqui apenas é possível obter informações das segundas epidemias, por este tipo de informações só constarem nos relatórios estrangeiros destas vagas (Gráfico 15).

Em todos os casos, mesmo na primeira vaga em Lisboa, o número de doentes que permanecem nos espaços hospitalares até 2 dias é muito superior aos restantes períodos. Isto acaba por refletir a alta mortalidade da cólera, dado que estas visitas de curto tempo terminam, muito frequentemente, com a morte. Por sua vez, as visitas de maior duração

²²⁸ Esta categoria engloba o pequeno comércio em estabelecimento físico ou ambulante e os artesãos a título individual.

²²⁹ David Justino, *Formação do espaço económico nacional*, vol. I, Lisboa, Vega, 1988, pp. 77–91.

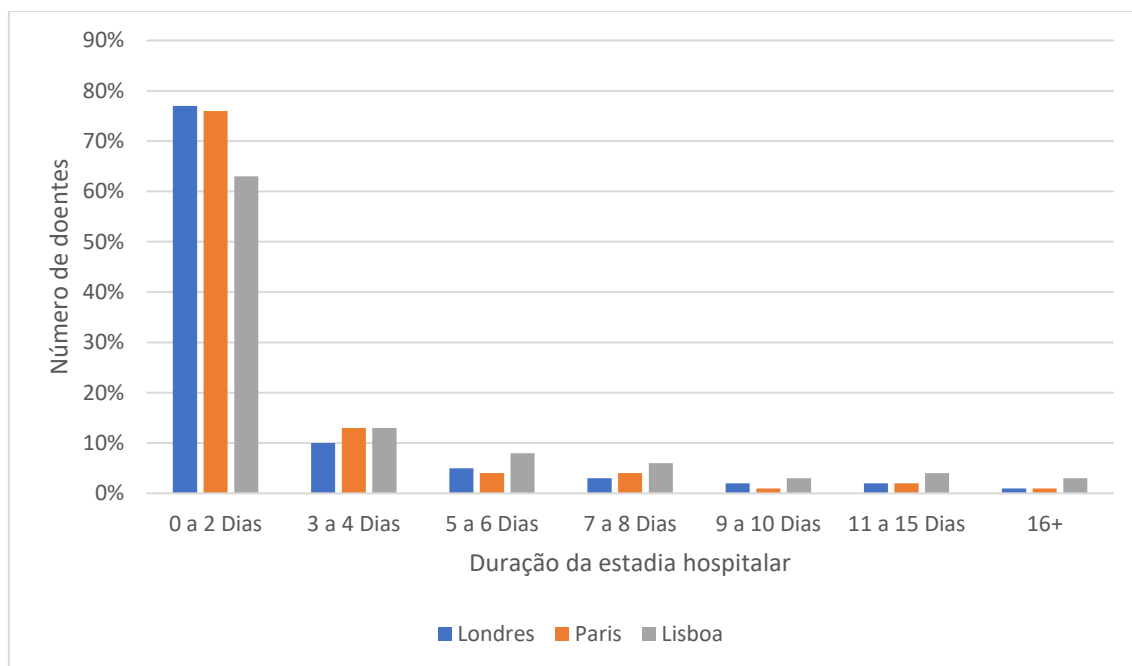
²³⁰ J. Gillkrest, *Cholera gleanings, a family handbook*, Gibraltar, Garrison Library Press, 1848, p. 54.

²³¹ Referimos o rio porque a cólera tem uma componente de transmissão hídrica, isto agregado às más condições habitacionais torna-se um fator de risco, quer através de cheias, como de infiltrações. Também este factor pode ser contabilizado para a mortalidade em Lisboa, nomeadamente nas zonas ribeirinhas, observável nos mapas 2 e 4 do capítulo anterior.

²³² J. Gillkrest, *Cholera gleanings, a family handbook*, p. 66.

não significam necessariamente recuperação, mas, tal como no caso português, refletem uma maior probabilidade de sobrevivência.

Gráfico 15 – Duração das visitas hospitalares mortais em Londres, Paris e Lisboa durante a segunda vaga de cólera epidémica



Em suma, entre estes três espaços surgem várias concordâncias, mas também diferenças. Se por um lado a população lisboeta é muito menor que a das cidades de Londres e Paris, por outro acaba por ter uma maior mortalidade percentualmente que as restantes. De igual modo, a população mais afetada pela cólera em Londres e em Paris é feminina, enquanto em Lisboa é sobretudo masculina. Porém, no que toca às características específicas da cólera, os seus impactos acabam por ser semelhantes, especialmente visível na duração das visitas hospitalares terminando em morte, muito semelhante entre territórios.

Por último, devemos ter em conta que apesar das particularidades estatísticas dos impactos desta epidemia em todos os territórios analisados, a mortalidade causada é consideravelmente diminuta nestes centros urbanos, mais ainda se tivermos em conta que

a mortalidade por doença ou ferimento ainda era relativamente alta nestes períodos.²³³

Comparação dos métodos e discursos

Os métodos curativos ou as terapias face à cólera cingem-se sobretudo a métodos preventivos, sendo a discussão de métodos curativos remetida para um segundo plano. Isto não implica que não sejam trabalhadas curas e os seus resultados discutidos. No entanto, grande parte da atenção e difusão de conhecimento está em torno da prevenção, sendo a cura uma preocupação secundária.

No campo curativo existe um grande role de “hipóteses” lançadas, todas elas com taxas de sucesso diversas e nem sempre constantes entre aplicações. Porém, torna-se importante distanciar as duas vagas no que diz respeito ao tratamento.

Neste primeiro momento parece-nos que não seria erróneo afirmar que as terapias experimentais contribuíram tanto para a mortalidade como a própria epidemia, algo suportado pela análise dos tratamentos aplicados a prisioneiros levado a cabo por Angeline Brasier.²³⁴ Paralelamente, isto pode ter contribuído para a proliferação de medicinas alternativas (como a homeopatia), mas também de charlatães em busca de lucro com produtos, que nos melhores dos casos não passavam de placebos ou, nos piores, atentados à saúde individual.

A segunda vaga (finais da década de 1840 a meados de 1860) é igualmente empirista em tratamentos. No entanto, já detém base teórica fundamentada nos acontecimentos passados. Aqui os métodos passam a responder mais concretamente aos sintomas da cólera enquanto doença. Assim, passam a ser aplicados tratamentos com função hidratante e aplicação mais controlada de sangrias, por corte, sanguessugas ou ventosas.²³⁵ Simultaneamente, começa a aumentar a utilização de injeções intravenosas de soluções salinas, ou seja, combatendo a desidratação de modo mais direto e eficaz.

²³³ Para efeitos comparativos, lembramos que a febre-amarela matou, em Lisboa, entre 1856 e 1857 cerca de 2,6% da população total de Lisboa (3580 mortos) e em 1856 a mortalidade por outras causas de morte nos hospitais e domicílios rondava os 4,39% (6048 mortos).

²³⁴ Angeline Brasier, “Prisoners’ Veins: Failures and Advances in the Treatment of Cholera”, pp. 158–161. e Angeline Brasier, “Prisoners’ bodies: methods and advances in convict medicine in the transportation era”, *Health History*, vol. 12, n. 2, 2010.

²³⁵ Um dos sintomas da cólera é a desidratação. Logo, o sangue torna-se espesso levando a que, na ótica da medicina à época, houvesse necessidade de remover o sangue desidratado. Outro efeito da aplicação de sangrias seria a promoção da circulação do sangue.

Este desenvolvimento deve-se sobretudo aos testes levados a cabo por médicos ingleses²³⁶ e com resultados positivos,²³⁷ mas não consensuais.

Apesar desta terapêutica mais eficaz, a sua aplicação não se torna generalizada. Isto parece dever-se sobretudo à resistência na aplicação de novos tratamentos sem teorização internacionalmente reconhecida.²³⁸ Para além disso, estes resultados eram positivos em comparação com taxas de sucesso já de si baixas e, existindo espaço para melhoramentos, desejava-se aprimorar a técnica, levando a que outros médicos tentassem “otimizar” estes métodos. Assim, atrasava-se a adoção deste tipo de terapia e atribuindo o fracasso das suas fórmulas modificadas ao original.²³⁹

Como tal, de um ponto de vista estritamente terapêutico ou curativo, os progressos na cura da cólera até 1883 podem ser considerados tentativos e de último recurso. Tanto pelo desconhecimento dos detalhes científicos da cólera (como a constituição do vibrião), como pela falta de consenso entre a comunidade científica médica nacional e internacional. De igual modo, as terapias e curas não se revelam particularmente diferentes entre regiões, sendo a paternidade de diferentes experiências reconhecida, mas desconsiderada até os resultados serem unânimes.

Por outro lado, se a discussão dos tratamentos era regularmente contestada, em torno da prevenção existia mais concordância na sua importância. Ainda assim é importante distinguir prevenção individual (isto é, parte de cada indivíduo) e pública (parte das entidades).

Em ambas as vagas epidémicas são produzidos vários trabalhos médicos com indicações para prevenir a cólera, destinados ao público em geral. Isto aplica-se tanto ao caso português como aos restantes casos estudados. Porém, parece-nos que o caso português importa, traduz e publica obras deste género sobretudo do “mercado” francês

²³⁶ Nomeadamente, William Brooke O’Shaughnessy, William Stevens e Thomas Latta. O objetivo destes tratamentos era, em oposição aos métodos essencialmente anti-inflamatórios e purgativos da época, o retorno do corpo ao estado normal através da restauração dos “elementos” em falta. No caso da cólera, a hidratação e o retorno do corpo à temperatura normal. Cf. William O’Shaughnessy, “Proposal of a New Method of Treating the Blue Epidemic Cholera”, *Lancet*, 1831, 17, p. 366; William Stevens, *Observations on the Nature and the Treatment of the Asiatic Cholera*, Londres, Hippolyte Bailliere, 1853, p. 442; Thomas Latta, “Saline Venous Injection in Cases of Malignant Cholera Performed While in Vapour Bath”, *Lancet*, 1832, 19, p. 173. Apud Angeline Brasier, “Prisoners’ Veins: Failures and Advances in the Treatment of Cholera”.

²³⁷ Angeline Brasier, “Prisoners’ Veins: Failures and Advances in the Treatment of Cholera”, p. 154 e 155.

²³⁸ *Ibid.*, pp. 153–154.

²³⁹ *Ibid.*, pp. 156–158.

em paralelo com a difusão de obras portuguesas. Ainda assim, não pudemos afirmar que o mesmo não aconteça nos restantes países, tendo sido apenas consultado obras estrangeiras de autores com nacionalidade correspondente.²⁴⁰

As temáticas da prevenção individual estão em torno da alimentação, higiene pessoal e habitacional e hábitos diários. Assim, grande parte destes conselhos entram na ótica de mudanças de hábitos para uma melhor saúde pessoal e podem ser consideradas críticas gerais à saúde da sociedade. Isto porque não passam de apreciações que ainda hoje são tidas em conta como boa prática.

Alguns exemplos destes conselhos são uma alimentação regrada,²⁴¹ a prática do pequeno-almoço²⁴² e de várias refeições ao dia em porções adequadas,²⁴³ os malefícios dos abusos alcoólicos,²⁴⁴ a manutenção da higiene corporal,²⁴⁵ mas também habitacional

²⁴⁰ Com uma exceção. A obra *Relação historica, statistica e medica da Cholera-Morbus em Paris* é produzida por um médico português, formado em França, impressa em Paris e escrita em português. Nas suas notas prévias o autor não indica se a intenção é exportar a obra para Portugal ou para consumo doméstico.

²⁴¹ “bom pão, boa carne, poucos vegetais, e esses cozidos, rejeitando como nocivos todos os alimentos conhecidamente indigestos” Agostinho Albano da Silveira Pinto, *Noções sobre a cholera-morbus indiana: Extrahidas principlamente da obra de James Kennedy e d’outros*, Lisboa, Impressão Regia, 1832, p. 54.

²⁴² “O uso de aguardente em jejum, uso infelizmente disseminado na classe jornaleira, e tão nocivo em todos os tempos, torna-se particularmente mais funesto na ocasião da duração da Cólera; os indivíduos que houverem este hábito, devem comer, sequer um bocado de pão, antes de beber.” Comissão Central de Saúde Pública de Paris, *Instrução popular ácerca da enfermidade chamada cholera-morbus ou uteis providencias contra essa molestia publicadas pela comissão central da saude pública de Paris*, Lisboa, Impressão Regia, 1832, p. 13.

²⁴³ “(Sobre má digestão) O mesmo acontece com aquelas pessoas que não almoçam, e que ceiam muitos alimentos e diversos. Evitam-se, pois, estas digestões imperfeitas, limitando-se ao jantar a três diversos alimentos, em pequena quantidade, bebendo água pura, ou com vinho, cerveja em pequena dose.” François-Joseph-Victor Broussais, *Manual da Cholera-Morbus Nº3: o qual contém o resumo do tratado da cholera-morbus observada na epidemia de Paris de 1832*, Lisboa, Impressão Regia, 1833, p. 71.

²⁴⁴ “Abstenção das bebidas espirituosas, sem serem diluídas” *Ibid*; “(...) predispõem às moléstias em geral, e à Cólera-Morbus em particular (...) O mesmo tem lugar na embriaguez, ou mesmo simplesmente no abuso das bebidas mal fermentadas; como cervejas, cidra, vinhos ácidos (...)” Ignacio António da Fonseca Benevides, *Manual de instruções preservativas, e curativas da Cholera-Morbus Epidemica, Espasmodica, Asiatica, Pestilencial, Etc.*, Lisboa, Impressão Regia, 1832, p. 49.

²⁴⁵ “São também proveitosos os banhos d’um calor agradável, cumpre porém demorar neles somente o espaço de lavar o corpo, e haver todo o cuidado de limpar-se imediatamente com um lençol quente, e de não expor-se repentinamente ao ar.” Comissão Central de Saúde Pública de Paris, *Instrução popular ácerca da enfermidade chamada cholera-morbus ou uteis providencias contra essa molestia publicadas pela comissão central da saude pública de Paris*, p. 7.

através da ventilação e limpeza regular,²⁴⁶ o cuidado com os esforços físicos,²⁴⁷ a necessidade do consumo de água para fins de hidratação,²⁴⁸ entre outras.

Num âmbito governamental e de políticas públicas discutem-se maioritariamente questões, abordadas em capítulos anteriores, em torno da aplicação (ou não) de quarentenas e outra em torno da salubridade e saúde pública.²⁴⁹

Dada a facilidade de transmissão da informação durante o século XIX, parece-nos que o conhecimento teórico em torno da ciência e medicina já se divulgava com relativa facilidade, em muito graças à difusão da imprensa periódica. Como tal, a disseminação e repetição destes conselhos em todas as línguas não é estranho.²⁵⁰ O que se torna particularmente interessante no discurso médico em torno da epidemia são as pequenas diferenças entre contextos nacionais.

Ao estudar e comparar estas três diferentes cidades encontramos focos temáticos distintos face à epidemia. De modo sintetizado, os discursos dividem-se nos já abordados científico ou cientificista (por exemplo, a questão miasmática, a teorização em torno do contagionismo e discussão de resultados científicos), políticas públicas e de saúde (como a discussão em torno dos impactos e resultados da aplicação de quarentenas e a necessidade de reforços nas políticas de saúde), mas também, mais subtilmente, a culpabilização de sectores da sociedade pela transmissão e propagação da epidemia de cólera. Este último aspeto em particular parece ser mais dependente e restrito ao espaço onde origina.

Os textos analisados para o caso francês parecem colocar mais ênfase na cooperação entre população, governo e instituições no combate à epidemia de cólera. Isto, de acordo com Francisco Vaz, durante a epidemia de 1832, acabava por manifestar-se numa maior solidariedade para com as vítimas, mas também na entreatajuda das classes

²⁴⁶ “Não basta arejar os quartos, em que se dorme, é preciso conservar no estado mais sadio as mais casas, e suas dependências” *Ibid.*, p. 5.

²⁴⁷ “A vida ativa, evitando o excesso de fadiga, é um dos melhores meios de diversão à inquietação; não são convenientes, porém as ocupações que exigem esforços do espírito, nem tão pouco os trabalhos, que distraem o sono da noite.” *Ibid.*, p. 7.

²⁴⁸ “As bebidas devem tornar-se igualmente objeto da maior consideração. Toda a bebida fria, tomada enquanto se está quente, é perigosa; cumpre por isso tomá-la depois de se haver descansado, e que não esteja transpirando, as consequências destes abusos são mui funestas, mormente quanto mais quentes os corpos se acham, e as bebidas forem mais frias.” *Ibid.*, p. 12.

²⁴⁹ Tendo já abordado estas temáticas nos capítulos introdutórios, não voltaremos a elas.

²⁵⁰ Maximiano Lemos, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, vol. II, pp. 392–400.

sociais. Dum ponto de vista governamental, relata que o governo se disponibilizou, após os primeiros casos de cólera verificada nos limites fronteiriços, a atribuir um milhão de francos para os trabalhos de prevenção e implementação de medidas sanitárias na cidade de Paris.²⁵¹ Além das instituições, juntas e comissões apontadas pelo governo (nas quais integravam vários membros da Academia Real de Medicina), vários médicos e cidadãos parisienses colaboraram nos trabalhos sanitários de forma espontânea,²⁵² mas também formando associações de caridade e beneficência com o fim de melhorar as condições de vida dos bairros mais afetados, através de doações monetárias, de bens de subsistência e roupas.²⁵³

Outro ponto que é destacado por este médico português é a inexistência de um discurso classista, isto é, a culpabilização de uma classe social pelos impactos da epidemia de cólera. Apontando que apesar da epidemia se ter manifestado primeiramente e matado mais nos *arrondissements* onde se acumulam “as classes desgraçadas, e indivíduos malnutridos, mal alojados, malvestidos, etc.”, acrescenta que a cólera não é seletiva, aparecendo também nos bairros considerados ricos. De facto, os *arrondissements*²⁵⁴ mais afetados foram exatamente aqueles com piores condições materiais, habitados por operários, jornaleiros e artesãos e onde se concentram as indústrias poluidoras (Tabela 11). Porém, tanto na obra de Francisco Vaz, como nos relatórios oficiais, não surge propriamente um discurso acusatório. Isto somado ao facto de rapidamente se terem acionado mecanismos de apoio informais pode assinalar uma consciencialização

²⁵¹ Francisco D’Assis Souza Vaz, *Relação historica, statistica e medica da Cholera-Morbus em Paris*, Paris, J.P. Aillaud Quai Voltaire, 1833, p. 47.

²⁵² *Ibid.*, p. 52 a 59 e 66 a 67.

²⁵³ *Ibid.*, p. 62.

²⁵⁴ Síntese das condições de cada bairro de acordo com Francisco Vaz: D1 – Boas condições de salubridade *Ibid.*, p. 23.; D2 – Concentra dois bairros com qualidades distintas. Chaussée d’Antin é habitado pela população rica e a condição das casas e ruas é ótima. Já o subúrbio de Montmartre tem más condições, sendo habitado sobretudo por operários em habitações sobrelotadas e mal construídas. Feydeu e Palais-Royal são frequentados e habitados por negociantes abastados e em casas bem construídas e habitadas (não sobrelotadas) *Ibid.*, p. 24 e 25.; D3 e D5 – Boas condições materiais e ambientais e ruas salubres *Ibid.*, p. 25 e 26.; D4 – Más condições de salubridade generalizadas, ruas apertadas, habitações sobrelotadas e demasiado próximas entre si *Ibid.*, p. 26 a 28.; D6 e D7 – Más condições de salubridade, resultado da presença de fábricas perto do espaço habitacional *Ibid.*, p. 28 e 30.; D8 - É um dos distritos onde se concentram as indústrias e manufaturas, nessas zonas existem algumas das piores condições de salubridade de Paris *Ibid.*, p. 30 e 31.; D9 - Com a exceção dos bairros S. Luiz e de Hôtel-Dieu, é neste bairro que se concentra a “classe indigente” como pedreiros, marceneiros e outros trabalhadores assalariados *Ibid.*, p. 31 a 35.; D10 - Obedece às regras de higiene, concentrando em si alguns dos principais espaços de assistência, aumentando assim a mortalidade do distrito *Ibid.*, p. 35 e 36.; D11 – Distrito húmido e salubridade inconstante resultado das frequentes cheias, condições materiais razoáveis *Ibid.*, p. 36 e 37.; D12 - Um dos pontos menos salubres da cidade. Aqui concentram-se grande parte das oficinas e artífices, também operários e outros jornaleiros. As casas e as ruas são em grande parte imundas *Ibid.*, p. 37 a 41.

generalizada de que a cólera não tem alvos preferenciais, logo pode atacar qualquer indivíduo, ou indicar um sentimento de dever público para com o combate, a prevenção e a assistência dos lesados.

Pelo contrário, o discurso inglês aparenta ser muito mais crítico para com as classes populares, ao ponto de culpabilização direta e quase caricatural. Isto está presente no relatório consultado para a análise estatística da epidemia de cólera em Londres, mas particularmente nos relatórios médicos paralelos a este.

Tabela 11 – Impactos da epidemia de cólera em Paris de acordo com os *arrondissements* em 1832

Distrito	Pop. Masc.	Morte Masc.	% Morte Masc.	Pop. Fem.	Morte Fem.	% Morte Fem.	Total Pop.	Total Morte	% Total
1	31079	395	1,27%	35427	417	1,17%	66497	812	1,22%
2	35239	353	1%	39848	352	0,83%	75087	705	0,93%
3	23727	259	1,09%	25344	288	1,13%	49071	547	1,11%
4	22821	390	1,70%	22380	443	1,98%	45151	833	1,84%
5	31696	502	1,57%	34651	490	1,41%	66547	992	1,49%
6	39478	665	1,68%	41559	642	1,54%	81037	1307	1,61%
7	29531	843	2,85%	29413	884	3,00%	58944	1727	2,92%
8	35524	991	2,79%	37205	1005	2,70%	72729	1996	2,74%
9	20756	963	4,64%	21139	959	4,53%	41895	1922	4,58%
10	39566	1023	2,58%	41914	1363	3,25%	81480	2386	2,92%
11	24432	611	2,50%	26076	746	2,86%	50508	1357	2,66%
12	34900	980	2,80%	35289	1008	2,85%	70189	1988	2,83%
Total	368749	7975	2,16%	390245	8597	2,20%	759135	16572	2,18%

Nestes relatórios, quando é feita a análise geográfica da epidemia é frequente a utilização de argumentos culpabilizantes munidos de juízos de valor face aos hábitos das classes baixas. Isto dever-se-á parcialmente ao moralismo e à moral inglesa oitocentista, colocando o ónus da questão no comportamento individual,²⁵⁵ nestas classes, caracterizado como desviante, e não numa responsabilização comunitária ou governamental.²⁵⁶ O outro fator parece-nos ser a forma como a profissionalização da

²⁵⁵ Christopher Hamlin faz uma reflexão interessante em torno da conceção de saúde pública inglesa durante os períodos epidémicos: “The individuals [referindo-se a um trabalho de Charles Collignon onde é indicado que a saúde, o bem-estar e a riqueza dos impérios estava assente na *Saúde Individual*] he had in mind were not the poor but the wealthy, and in this humanitarian age one of the illnesses they might suffer was insensitivity to sentiment.” Christopher Hamlin, *Public Health and social justice in the age of Chadwick Britain 1800-1854*, p. 53.

²⁵⁶ *Ibid.*, pp. 52–53.

classe médica se deu em Inglaterra, nomeadamente pela formação de fortes redes de saúde privadas e “caciquistas”²⁵⁷ e uma complicada luta por prestígio individual, prejudicando a prevenção através da distribuição de informação às populações.²⁵⁸

Deste modo, para ambos os períodos, no discurso médico londrino surge um maior foco nos comportamentos individuais que levam à prevalência e alastrar da epidemia e não nas condições materiais já existentes ou, por exemplo, à associação da insalubridade como resultado direto da industrialização do espaço urbano e concentração do operariado e outros trabalhadores nessas áreas por razões materiais e não comportamentais. Para legitimar a ligação da pobreza com a cólera utilizam estatísticas comparativas e relatos jornalísticos,²⁵⁹ de forma seletiva,²⁶⁰ reforçando sempre negativamente o facto de ser nas regiões onde se concentravam os pobres que a cólera mais rapidamente se propagara e provocara mais mortalidade.²⁶¹

Contudo, isto não implica a inexistência de estruturas de assistência e caridade, governamentais ou paralelas, continuando a existir assistência hospitalar e movimentos filantrópicos que envergam a causa da assistência às vítimas desta hecatombe. Ou seja, dá-se uma tentativa de justificar os seus impactos nas classes desprivilegiadas como resultado do seu ócio, conduta imoral e má higiene²⁶² e, paralelamente, acudir estes como dever humanístico, mas sem melhorar as suas condições de vida a longo prazo.

²⁵⁷ *Ibid.*, pp. 17–22.

²⁵⁸ *Ibid.*, p. 52.

²⁵⁹ “(...) for instance, a ship-scraper or a coal-barge-man was spoken of at one time, it occurred, about the same time, that two miserable women, who gained their wretched living by picking out of the mud, for sale (...) had had attacks that proved fatal” J. Gillkrest, *Cholera gleanings, a family handbook*, p. 54.

²⁶⁰ Parece-nos que os mesmos dados podem ser ilustrativos de como a cólera, tal como outras doenças epidémicas, não escolhe a vítima com base em estatuto e “pureza moral”, visto que a comparação é estabelecida entre regiões de alta mortalidade e baixa mortalidade. Logo, demonstrando que existem outros fatores. As investigações de John Snow acabam por dismantelar parcialmente esta conceção da epidemia através da comprovação empírica da transmissibilidade da cólera por via hídrica, porém também James Kennedy trata a importância das condições materiais em oposição a atributos moralistas nas suas obras escritas durante a primeira vaga. Para mais relatos Cf. *Ibid.*, p. 56 a 62.

²⁶¹ “Three of the cases occurred in Rotherhithe; one a coaldredger, one a ship scraper, and one a sailor out of employ. Three took place at Limehouse; one a Women of Loose character; two a mother and her child nine years of age...” Charles-Nicolas Halma-Grand, *Relation du Choléra-Morbus Épidémique de Londres*, Paris, Mansut Fils, Libraire-Éditeur, 1832, p. 8.

²⁶² “The epidemic is severe among the lower classes in the low, wet and dirty habitations; and, consequently, in the quarters where this population abounds, drunkenness, debauchery, bad quality food, incontinence, exposure to colds, predispose more especially to it.” Thomas Hancock, *The laws and progress of the epidemic cholera, illustrated by facts and observations*, London, Hamilton, Adams & CO, 1832, p. 30.

O caso português aparenta estar algures entre estes dois casos. Se, por um lado, não é clara a existência um discurso culpabilizante nas obras produzidas por médicos ou nos relatórios oficiais, tão pouco existe uma participação comunitária generalizada no combate e prevenção à cólera. De igual modo, o governo também não dispõe de uma quantidade considerável de fundos (40\$000 réis para a Comissão Administrativa do Hospital de São José e Misericórdia de Lisboa, face ao milhão de francos atribuído pelo governo francês). Os órgãos locais de Lisboa também não se apresentam particularmente cooperativos com as equipas destacadas contra a epidemia, cabendo a personalidades individuais da sociedade portuguesa conceder doações a seu título ou através de associações filantrópicas de senhoras e cavalheiros ilustres.²⁶³

Em suma, entre estes três casos surgem estatísticas e discursos diferentes. Estas epidemias resultam sempre na morte de uma percentagem relativamente reduzida da população, sendo os seus impactos diferentes entre vagas e consoante as cidades. Isto aparenta dever-se às diferenças administrativas, geográficas, demográficas e estruturais entre territórios e períodos. O discurso entre estes três pontos também é distinto, sendo que no caso parisiense existe uma maior tendência para a comunitarização de responsabilidades e do auxílio face à epidemia, no caso londrino dá-se uma maior culpabilização de grupos sociais e em Lisboa verifica-se uma dependência nos corpos médicos locais, na caridade e filantropia. Como veremos no capítulo seguinte, as diferenças entre o caso português e os restantes devem-se também à interpretação dos agentes médicos pelos vários atores sociais, estimulando relações sociais e de poder diferentes face aos outros Estados.

²⁶³ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, página 28.

Terceira parte - A emergência e afirmação do poder médico

E para o que publicàmos

Novo canhão decisivo,

No combate da moléstia

Por meio transpirativo.

É n'isto em que resumimos

Nossa especial teoria;

Não crendo em peste e lombrigas,

Nem na alada bicharia.

Capítulo 5 - O sujeito médico: imagem de si, o médico face aos outros e os outros face aos médicos

O médico ao espelho

Este exercício de análise baseia-se sobretudo na interpretação dos trabalhos produzidos por médicos, tendo como principal foco o discurso proferido pelos mesmos em torno da sua profissão. Ou seja, como é que os médicos se abordam nos seus textos e como isso define a sua postura na sociedade.

Dada a natureza deste tipo de análise tivemos que estar atentos à construção dos argumentos destes médicos, com especial atenção à linguagem usada e estabelecida tanto num discurso dentro da classe (confronto de ideias científicas), como em referências à classe na própria produção científica. De igual modo, torna-se importante verificar como o médico interpreta a sua posição dentro da sociedade, isto é, se considera que a sociedade deve dar maior relevância à sua classe ou se o seu grau de importância é satisfatório ou o desejado.

Para responder à primeira questão temos de virar a nossa atenção para os paratextos, prefácios e notas de rodapé das obras médicas e para as críticas do trabalho médico pelos médicos presentes nos mesmos textos.²⁶⁴ Como tal, cingimo-nos tematicamente às obras que analisámos para o nosso caso de estudo,²⁶⁵ de modo a ao mesmo tempo ter uma base de análise sólida e um conhecimento do contexto da sua criação, visto que o contexto também condiciona o discurso em torno das mais diversas matérias.

O *Ensaio sobre a Cholera Epidemica*²⁶⁶ de Cunha Vianna e António Barbosa, dispõe de um prefácio rico para esta análise, visto que contém nele vários argumentos que contribuem para a compreensão da imagem do médico. Para além das esperadas reflexões

²⁶⁴ Baseamo-nos no tipo de análise empregue por Jean Luíz Neves Abreu em algumas das suas obras para o século XVIII. Cf. Jean Luiz Neves Abreu, “Tratados e Construção do Saber Médico: Alguns Aspectos dos Paratextos nos Impressos de Medicina Luso-brasileiros Século XVIII”.

²⁶⁵ Ainda dentro destas obras optamos por analisar aprofundadamente neste subcapítulo apenas as seguintes por conterem reflexões mais claras em torno da sua profissão: Francisco José da Cunha Vianna e António Barbosa, *Ensaio sobre a Cholera Epidemica*, Lisboa, Livraria de J. P. M. Lavado, Rua Augusta N°8, 1854 (trabalho científico); Pedro Francisco da Costa Alvarenga, *Considerações sobre a Cholera-Morbus Epidemica no Hospital de S. José de Lisboa* (trabalho científico); Pedro Francisco da Costa Alvarenga, *Relatório sobre a Epidemia de Cólera no Hospital de Sant’Anna em 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858 (relatório) e António José de Lima Leitão, *Um fragmento da História da Epidemia que sob o nome Cholera-morbus Asiático, havendo percorrido a Ásia e a maior parte da Europa, chegou a Portugal no corrente anno de 1833* (memórias).

²⁶⁶ Francisco José da Cunha Vianna e António Barbosa, *Ensaio sobre a Cholera Epidemica*, Lisboa, Livraria de J. P. M. Lavado, Rua Augusta N°8, 1854.

sobre os impactos da epidemia de cólera no continente europeu entre 1830 e a época para si presente, procuram ainda expor o que é, a seu ver, o papel dos médicos (ou facultativos hospitalares) face a esta doença.

Em primeiro lugar, contemplam que os médicos não podem ser atores passivos e muito menos deixarem-se levar pelas “crises (...) tão adversas e ltuosas, [que] põem todos os ânimos em continuo desassossego e sobressalto (...)”,²⁶⁷ afinal são estes que devem aconselhar e permitir a superação desse “terror”.²⁶⁸ Assim, para estes autores, os médicos em geral e, em particular, os facultativos que enfrentam a epidemia devem estar imbuídos de calma para que “nem a extrema brevidade de tempo, com que o facultativo tem de lutar no desempenho dos seus deveres para com a sociedade consternada, lhe permitem, que consulte esses escritos, que compare as suas doutrinas, e as estude debaixo de todos os aspetos, apreciando convenientemente os factos, e que elas se baseiam.”²⁶⁹

Nestes excertos depreende-se que o médico é um intelectual (“que consulte”; “que compare”; “estude”; etc.), mas um intelectual com expressão social e prática. Logo, que materializa esse conhecimento em melhores tratamentos, em melhores instruções e, a longo prazo, em menos mortalidade. Em suma, nesta obra a imagem do médico é de um profissional essencialmente teórico dotado de conhecimentos de melhoramento social práticos, adquiridos através do estudo e introspeção.

Porém, Pedro Alvarenga, médico no Hospital de São José no período da segunda vaga epidémica, apresenta uma outra imagem do médico. Sem nunca contestar a caracterização de teórico apresentada por Vianna e Barbosa, específica o campo físico e prático da intervenção médica.

Alvarenga salienta que “o médico afana-se, forceja, por achar nestas condições o núcleo, o ponto de partida, a causa primitiva do desenvolvimento epidémico; magoa-se confrange-se (...) É uma propensão de todos nós, e o que nos deve maravilhar é que ainda apareça alguém que não lhe obedeça cegamente, que tenha força para lhe resistir.”²⁷⁰ Aqui destaca-se também um outro fator, na forma da contestação ou resistência à medicina e aos seus agentes. Para além de evidenciar os esforços teóricos e práticos que os médicos

²⁶⁷ *Ibid.*, p. X.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. XI.

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ Pedro Francisco da Costa Alvarenga, *Considerações sobre a Cholera-Morbus Epidemica no Hospital de S. José de Lisboa*, p. 8.

carregam, coloca-os (e a si indiretamente) numa posição de mártires perante uma sociedade que ainda não os estima devidamente.

Noutro relatório da mesma autoria,²⁷¹ expande para além dessa martirização para um discurso quase heroico. Neste indica, enquanto justifica o atraso da sua publicação, que “no remanso da paz, mas ainda não inteiramente extintas as fadigas de tão renhido e aturado combate, outro flagelo horroroso, a febre amarela, acomete a cidade. Abrimos as mãos das lidas literárias, corremos em continente às armas e fomos pelejar em novos arraiais contra tão terrível inimigo, que a todos ameaçava meter na orbita de sua devastação. Sempre à face do inimigo não podíamos arredarmo-nos um instante para por remate à obra.”²⁷² Deste modo, Alvarenga coloca um maior foco nas características sociais da profissão, definindo sempre um “outro”. No primeiro excerto deste autor o outro era a população (a procura da cura e os esforços para curar, mas também o desprezo deste outro para com as suas ações) e no segundo as epidemias, através do uso frequente de palavras que remetem para um léxico agressivo e de confrontação (“renhido e aturado combate”; “corremos (...) às armas”; “fomos pelejar”; etc.).

Grande parte dos trabalhos médicos seguem esta lógica argumentativa quando se referem à sua profissão.²⁷³ Contudo, também existem outros trabalhos mais críticos deste tipo de caracterização,²⁷⁴ onde acusa este tipo de interpretação romântica do médico de ocultar algumas das circunstâncias mais problemáticas, como a utilização do seu

²⁷¹ Pedro Francisco da Costa Alvarenga, *Relatório sobre a Epidemia de Cólera no Hospital de Sant'Anna em 1856*.

²⁷² *Ibid.*, p. III.

²⁷³ Outros exemplos deste tipo de elogio profissional podem ser verificados ao longo das seguintes obras: João da Soledade Moraes, *Novo argumento sobre a Cholera-Morbus ou A Cholera-Morbus Encarada por Novo Combatente na Cruzada Humanitária em Campo para o Descobrimento da sua Causa, Prevenção e Curativo*, pp. 3–8. (folheto); João Daniel de Sines, *Cholera-Morbus. Appendice á Memoria já Offerecida ao Povo pela Sociedade Humanitaria Raspalhista*, Lisboa, Typographia, Rua da Condessa N°3, 1855 (folheto); Severiano José da Silva, *Propagação, Prophylaxia e Tratamento do Cholera-Morbus*, Porto, Typographia de Arthur José de Sousa e Irmão, 1890, pp. 15–16 (dissertação inaugural); Ignacio António da Fonseca Benevides, *Manual de instrucções preservativas, e curativas da Cholera-Morbus Epidemica, Espasmodica, Asiatica, Pestilencial, Etc.*, pp. IV–VI (folheto); Agostinho Albano da Silveira Pinto, *Noções sobre a cholera-morbus indiana: Extrahidas principiamente da obra de James Kennedy e d'outros*, pp. III–V (trabalho científico)

²⁷⁴ Em torno deste tópico tivemos que ser mais seletivos na nossa escolha, visto que algumas das críticas apresentadas do médico para o médico incidem em discórdias “académicas” (exemplo: alopatas vs. homeopatas ou contagionistas vs. anticontagionistas) e não questões estruturais da profissão. Ainda assim, também estes apresentam algum tipo de crítica à postura da classe médica. Cf. A.P. de Mesquita, *Tratamento Homeopathico do Cholera-Morbus*, Bahia, Typ. Camilo de Lellis Masson & Co., 1855; João Stuart da Fonseca Torrie, *A Cholera-Morbus*, Nova Goa, Imprensa Nacional, 1868, pp. I–III; Bernardino António Gomes, *Memoria sobre a epidemia da cholera-morbus que grassou na cidade do Porto durante o sitio de 1832 e 1833*, Lisboa, Typ. da Sociedade Propagadora de Conhecimentos Úteis, 1842, pp. 3–4.

conhecimento por terceiros, de modo a favorecer interesses que não os do povo. Uma destas obras é escrita por Lima Leitão,²⁷⁵ que escreve grande parte da sua obra em torno da epidemia de cólera durante a primeira vaga portuguesa. Parte da sua escrita é condicionada pela sua apreciação negativa do governo miguelista e pelo seu controlo da autoridade médica durante a epidemia, ainda assim atribuindo parte dos seus impactos à postura dos médicos.

Ao longo desta obra a sua abordagem das competências e responsabilidades médicas baseia-se num confronto entre o que era esperado ou desejado (seguindo a linha argumentativa dos três autores anteriores) e o que aconteceu após envolvimento superior (poder político, governo e interesses de Estado). Para tal, Lima Leitão recorre aos acontecimentos que o levaram ao exílio e às reuniões mantidas no Hospital de São José aquando da chegada da epidemia a Lisboa.

A mensagem que passa ao longo desta obra é, por entre a crítica do governo miguelista da “usurpação”, que a autoridade médica é importante, mas que não deve deixar-se subjugar por interesses superiores (poder político). O caso do Hospital de São José parece ser o seu exemplo mais claro, visto que salienta como médicos, que reconhece enquanto homens hábeis e inteligentes, sucumbiram à pressão política e não exerceram a sua função profissional e moral de cuidar e proteger o povo, declarando que “tais são os motivos, e não posso crer outros, porque os Facultativos daquela numerosa e oficial conferência se aterraram e perturbaram a ponto de lavrarem um parecer tão dúbio, tão contraditório em si, tão próprio, contra as boas intenções de seus autores, a favorecer as danadas vistas do Governo em prejuízo público”.²⁷⁶

Mesmo esta última perspetiva mais crítica não foge à interpretação geral do médico pelo médico. Aqui o fator de distanciamento é a necessidade de impor a autoridade e o conhecimento médico, mesmo que não esteja de acordo com o poder político. Deste modo, continua a reivindicar para o médico o dever de guiar um outro, seja ele o povo, o poder político, a sociedade, mesmo que não seja consensual (discurso heroico) ou exista a possibilidade de represálias (discurso martirizante).

²⁷⁵ António José de Lima Leitão, *Um fragmento da História da Epidemia que sob o nome Cholera-morbus Asiático, havendo percorrido a Ásia e a maior parte da Europa, chegou a Portugal no corrente anno de 1833*.

²⁷⁶ *Ibid.*, p. 19.

Nas obras médicas surgem outros dois discursos distintos, mas que acabam por declarar a imagem que o médico quer transmitir de si para os restantes. Este binómio discursivo procura expor o médico enquanto ser humano, logo dotado das mesmas sensibilidades e atributos físicos que a restante população, mas ao mesmo tempo impondo distanciamento. O local onde estes discursos distintos surgem também é diferente. O discurso humanizante aparece sobretudo nas obras para o grande público,²⁷⁷ por sua vez, o de afastamento está limitado aos meios fechados. Este terceiro padrão discursivo refere-se sobretudo ao médico enquanto indivíduo também suscetível à doença.

O discurso de aproximação destaca frequentemente que era necessário lembrar “que os médicos não têm o privilégio de ser exemptos da moléstia; e que ainda que o fossem, o seu número não é suficiente para acudir a todos os doentes quando a epidemia ataca com força”.²⁷⁸ Trata-se de evidenciar que o médico não passa de um outro ser humano, cuja profissão é lidar com a saúde e a doença.

Por oposição, o discurso de afastamento surge sobretudo em relatórios interinos, de acesso exclusivo ao pessoal hospitalar e governamental, onde por vezes surgem considerações como “estabelecer medidas policiais para o melhor tratamento dos doentes de modo que os coléricos, sobretudo os primeiros, não sejam julgados pelos espetadores, ainda mesmo os da arte [médica]”²⁷⁹. Para além do conhecimento empírico em torno do impacto que o terror podia provocar na população, denota-se a necessidade de proteger a imagem pública dos médicos perante o resto da sociedade. Esta imagem do médico destaca-se com a referência a “ainda mesmo da arte”, ou seja, aqueles que prestam o auxílio, os da arte médica. Destacamos a importância e o significado que esta “ocultação” do médico enquanto ser sensível à doença pode trazer, tanto a nível social, como na relação de poder estabelecida entre médico e doente.²⁸⁰

Esta dicotomia pode parecer contraditória, mas contribui para a emergência do poder médico por afetarem campos diferentes. Por um lado, a transmissão de uma imagem mais “terrena” e humana do médico permite que este ganhe relevância junto da população, a qual ainda os olhava com suspeição. Por outro, a manutenção da imagem de

²⁷⁷ Ou seja, a população em geral, sem distinção entre classes sociais, estatuto ou profissão.

²⁷⁸ José Romão Rodrigues Nilo, *Aviso ao Povo relativamente a Cholera-Morbo*, Lisboa, Typ. de Joaquim Germano de Sousa Neves, 1854, p. 9.

²⁷⁹ ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 11 e 12.

²⁸⁰ Jacqueline Le, “How Disease Instills Fear into a Population”, p. 62 a 72.

imunidade promove o sujeito médico enquanto símbolo vivo da saúde, ao qual a restante população deveria aspirar e seguir.

Paralelamente, estes excertos definem o grau de satisfação que os médicos têm para com a sua posição na sociedade. Tal como outros intelectuais, também os médicos tinham interesses em jogo, concepções sobre a sociedade e como a transformar.²⁸¹ A nossa interpretação aponta para que apesar de considerarem que estão a cumprir com aquilo que lhes é esperado de um ponto de vista profissional, ponderam igualmente que isso não é suficiente. Daí as referências ao “espanto” de a população ainda duvidar da sua palavra ou dos seus métodos ou cautela para com o governo e o desejo de continuação dos trabalhos médicos mesmo sem aprovação política.

Assim, sumariamente, parecem prevalecer três principais padrões ou tropos discursivos que contribuem para a imagética que os médicos têm de si mesmos. Em primeiro lugar, o destaque constante dos sacrifícios, conquistas e esforços, talqualmente o uso de uma linguagem cuidada e elogiosa da profissão, destaca as características heroicas dos trabalhos médicos, recorrendo por vezes à associação ao martírio como forma de o exemplificar. Em seguida, revela-se uma certa insubmissão ou desejo de libertação perante outros tipos de poderes, como o político, ou uma tentativa de substanciar a classe exclusivamente pelos seus esforços. Por último, depreende-se que os médicos apesar de considerarem que estavam a exercer as suas funções de forma satisfatória, ainda não alcançavam o grau de relevância social e política que seria desejada tanto junto da população como dentro da esfera política. Assim, procuram recolher para si uma função quase espiritual, de guia ou conselheiro, como os bispos de tempos anteriores.²⁸² Tendo em conta este último aspeto, os médicos vão munir-se de novas técnicas discursivas e de integração junto destas duas diferentes esferas.

O médico perante a população e o poder político

Os médicos parecem seguir, enquanto profissionais predominantemente teóricos, as mesmas ordens de pensamento que outros intelectuais da primeira metade do século

²⁸¹ Maria de Lourdes Lima dos Santos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, p. 52 e 53.

²⁸² *Ibid.*, p. 59.

XIX. Porém, convergem em si qualidades que não são recorrentes nos restantes intelectuais.

Seguindo a mesma metodologia utilizada no subcapítulo anterior, partiremos da análise do discurso produzido pelos médicos, contudo passando o foco da análise dos médicos sobre os médicos para dos médicos sobre a população e o poder político, nomeadamente o poder governamental.

Para estabelecer uma análise discursiva sobre a população, primeiro temos de compreender como os intelectuais a definiam. Ao longo deste esforço apercebemo-nos que, tal como explicita Maria Lourdes dos Santos,²⁸³ existiam várias interpretações heterogéneas e dicotómicas dos conceitos de povo e população.

Ao longo da sua análise, a autora conclui que existem dois momentos interpretativos. Um primeiro com duração entre o Vintismo e a guerra civil e outro que se explana após a guerra até à Regeneração.

No primeiro a relação estabelecida forma-se na oposição entre os que “trabalham e/ou possuem propriedade” *versus* “os que trabalham, mas não possuem” *versus* “os que possuem, mas não trabalham.”²⁸⁴ No segundo momento, a autora destaca uma distinção hierarquizada por classes mais clara, onde a classe média começa a assumir características de classe dominante, semelhante à aristocracia de antigo regime.²⁸⁵ A característica transversal de ambos os momentos é a crítica da conceção da estrutura social vigente onde se colocam os capitalistas como “os antigos parasitas” (aristocracia e clero do feudalismo e antigo regime), uma classe média que trabalhava e possuía menor parte da propriedade, que com o avançar do século considera assumir as roupagens da antiga aristocracia, e as classes populares onde se incluía aqueles que apesar de trabalhar não tinham acesso à propriedade. Contudo, de acordo com esta autora, nestes últimos surgem análises intelectuais onde existe uma subcategoria que não trabalha nem possui, logo sendo qualificados de “parasitas inferiores”.²⁸⁶

Porém, parece-nos que os médicos enquanto intelectuais se afastam deste tipo de discurso, estabelecendo os seus próprios critérios de análise e de estruturação da

²⁸³ *Ibid.*, p. 52.

²⁸⁴ *Ibid.*

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 53.

²⁸⁶ *Ibid.*

sociedade. Para estes a distinção aparente é dicotômica e possível resultado da sua vivência profissional. Assim, a diferenciação emergente é entre os que possuem as condições necessárias e os que não as reúnem. A primeira categoria pode ainda ser subdividida entre os que podem e procuram manter a saúde e aqueles que mesmo podendo não demonstram essa preocupação.²⁸⁷

A população ou o povo a que os médicos se referem nos seus trabalhos está, por regra, incluído naqueles que não possuem as condições necessárias. Ainda assim, os médicos consideram que a deficiência reside apenas em parte na propriedade ou posse, sendo a principal carência a falta de conhecimento, logo a ignorância face à saúde individual que se transforma em mal público.²⁸⁸

Ainda que esta definição seja ligeiramente diferente daquela apresentada acima por Maria Lourdes dos Santos, os médicos também reivindicam para si uma função quase pastoral, de guias das almas através da educação e transmissão de conhecimento para a saúde.

Claro que este tipo de discurso também decorre de motivações menos altruístas, assentes em necessidades mais pragmáticas da classe médica, particularmente a necessidade de obter reconhecimento social e profissional entre as diversas camadas populacionais, mas especialmente entre os seus membros mais pobres e de regiões afastadas dos centros urbanos.

Assim, face ao povo, os médicos assumem uma posição quase paternalista e de educador. Isto denota-se no discurso através do recurso a linguagem reconfortante, sem considerações imperativas, mas sim de aconselhamento. Como tal, recorrendo a exemplos práticos daquilo que devem fazer, comer, beber e como podem prestar pronto-socorro aos seus familiares atacados²⁸⁹ e lembrando os leitores que a melhor opção é manter a calma

²⁸⁷ Particularmente prevalente nas obras que não são relatórios a título individual ou de cariz governamental, logo nas obras redigidas para o consumo geral. Cf: José Romão Rodrigues Nilo, *Aviso ao Povo relativamente a Cholera-Morbo*, pp. 10–19.; Ignacio António da Fonseca Benevides, *Manual de instruções preservativas, e curativas da Cholera-Morbus Epidemica, Espasmodica, Asiatica, Pestilencial, Etc.*, pp. 27–30; A. M. R. dos Santos, *Conselhos Hygienicos, e Therapeuticos Contra o Cholera-Morbus*, Lisboa, Silvania, 1848, pp. 5–8; João Stuart da Fonseca Torrie, *A Cholera-Morbus*, pp. 81–89; João da Soledade Moraes, *Novo argumento sobre a Cholera-Morbus ou A Cholera-Morbus Encarada por Novo Combatente na Cruzada Humanitária em Campo para o Descobrimento da sua Causa, Prevenção e Curativo*, pp. 13–15.

²⁸⁸ Francisco José da Cunha Vianna and António Barbosa, *Ensaio sobre a Cholera Epidemica*, p. 49.

²⁸⁹ J. F. Pereira, *Breves e claras instruções contra a Cholera-Morbus ordenadas em beneficio das familias e a ellas dedicadas*, Lisboa, Impressão Regia, 1833, pp. 5–16.

e procurar apoio médico aquando da invasão.²⁹⁰ No entanto, isto não implica que os médicos não assumam um tom mais autoritário em certos escritos, com o intuito de alertar a população para os perigos que podem surgir quando se ignora a mensagem dos médicos (“por isso é do primeiro dever destes [a população] sujeitarem-se às medidas sanitárias, porque a experiência tem provado mais de uma vez que a desordem, o tumulto, e a insubordinação e a indocilidade aumentam os perigos da epidemia, e que esta ataca maior número de indivíduos, quando a moléstia adquire maior gravidade; os socorros tornam-se mais difíceis e por consequência necessária, é maior a mortalidade”).²⁹¹

O reverso da medalha surge na forma como os médicos abordam a esfera política e os seus representantes. Ao contrário de outros intelectuais e profissionais liberais,²⁹² os médicos já beneficiavam de um “mercado” próprio e com procura. Como tal, o problema não surge da demanda de profissionalização da atividade médica²⁹³ nos mesmo cânones aplicáveis a outros intelectuais, como os escritores e jornalistas. A forma como os médicos se manifestam face ao poder político é diferente destes.

A já profissionalização da classe imprime no seu discurso uma outra dimensão que evolui entre as vagas epidémicas, refletindo a crescente importância das artes médicas. Num primeiro momento o discurso médico ainda não imprime uma carga significativamente explícita para a esfera governamental, incidindo sobretudo em conselhos gerais, remetendo apenas para essa esfera quando fazem ponderações que apenas podem ser levadas a cabo pelo Estado (quarentenas, controlo portuário, reforços nas medidas de saúde pública, etc.). Por sua vez, no segundo período o discurso já é dirigido, delimitando ou questionando aspetos das políticas públicas executadas pelo governo²⁹⁴.

²⁹⁰ Comissão Central de Saúde Pública de Paris, *Instrução popular ácerca da enfermidade chamada cholera-morbus ou uteis providencias contra essa molestia publicadas pela comissão central da saude pública de Paris*, p. 3.

²⁹¹ Ignacio António da Fonseca Benevides, *Manual de instruções preservativas, e curativas da Cholera-Morbus Epidemica, Espasmodica, Asiatica, Pestilencial, Etc.*, p. 28.

²⁹² Maria de Lourdes Lima dos Santos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, p. 153.

²⁹³ Importa referir que isto extingue-se nos médicos. O reconhecimento profissional de outras profissões da área da saúde como parteiros/as, a enfermagem e a cirurgia é menos claro. Isto deve-se, em parte, aos seus atributos práticos, sendo frequentemente ignorada a componente teórica ou intelectual que partilham com a medicina dos médicos. Para uma análise mais detalhada Cf. Luís Graça, “Diferenciação Socioeconómica dos Praticantes da Arte Médica até ao Século XIX”.

²⁹⁴ Francisco José da Cunha Vianna and António Barbosa, *Ensaio sobre a Cholera Epidemica*, p. 133.

Porém, como os restantes intelectuais, também os médicos manifestam interesse na esfera política.²⁹⁵ Contudo, nunca nos mesmos contornos. Isto porque enquanto os primeiros apresentam críticas viscerais às deficiências da política na sua expressão mais etérea ou teórica (questões de dever, honra, definição de bem público, “consanguinidade política”, condenação formal da política, etc.),²⁹⁶ os médicos condicionam frequentemente as suas críticas à sua área de formação, raramente criticando diretamente os atores políticos ou as suas vidas e relações exteriores às paredes da câmara ou cortes.²⁹⁷

Como tal, parecem-nos ser estas as principais diferenças entre os médicos e os restantes intelectuais. De igual modo, são estas distinções que condicionam o discurso médico face ao governo e à vida política. Ou seja, por não serem enfrentados pelos problemas da profissionalização emergente, como as principais ocupações de outros intelectuais, não havia necessidades de procurar na vida política protagonismos ou “segundas vias”.²⁹⁸ Paralelamente, o reconhecimento do mérito público da profissão pelo governo e as provas de constante utilidade num período em que o seu conhecimento é necessário levam a que o discurso da classe médica não assuma características necessariamente acusatórias ou de crítica da vida política alheia, centrando-se sim nos contributos que a aplicação das suas qualidades específicas podem trazer para o bem da população e governo, valorizando e fazendo valer a sua utilidade.

Assim, consideramos que os médicos viam a política como um meio adicional de valorização e não de emancipação ou justificação da sua existência. Isto por sua vez manifesta-se no seu discurso e linguagem quando se dirigem ao governo ou a outros representantes políticos.

Portanto, as considerações surgem sob a forma de alertas, pedidos de reformas e, por regra, num tom elogioso como “As vantagens que desta medida devem provir são tantas e de tanta monta, que ficariam plenamente justificados e remunerados todos os sacrifícios para a levar a efeito. É um ato que imortalizaria a administração ou o governo

²⁹⁵ Maria de Lourdes Lima dos Santos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, pp. 153–155.

²⁹⁶ *Ibid.*, p. 156.

²⁹⁷ Colocamos “raramente” porque apenas encontrámos um relato crítico de atores individuais (na já citada obra de Lima Leitão, já de si condicionada pela sua participação nos acontecimentos da guerra civil). As restantes obras e periódicos médicos consultados para o período em análise não apresentam considerações a entidades singulares, porém não excluimos a hipótese deste tipo de discurso aparecer noutros escritos.

²⁹⁸ Maria de Lourdes Lima dos Santos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, pp. 158–161.

que o praticasse.”²⁹⁹ Ou, quando não plenamente elogioso, reforçando que a culpa não é necessariamente do governo, mas de figuras individuais ou de condições externas ao seu controlo (“Não faltou a força, porque o Governo de Sua Majestade robustecia pelas suas ordens repetidas, e providencias acertadas e enérgicas a posição oficial daquele Delegado. (...) Mas forçoso é confessar, que tudo era pouco para vencer a inércia, se não oposição, de uns, e afrontar as iras de outros...”).³⁰⁰

Na sua expressão mais agressiva, o discurso dos médicos face ao governo enfatiza sempre aquilo que consideram ser as obrigações do poder político, mas nunca imprimindo uma ideia de culpa, deixando claro que alternativas podem ser cumpridas e o que ainda pode ser feito, nomeadamente delimitando competências pelos diversos campos (“Às autoridades competirá: I. Procurar ter notícias circunstanciadas e verdadeiras sobre o modo por que se comporta a epidemia da cólera nos países (...) II. Nas principais cidades do reino, sobretudo em Lisboa e no Porto, criará tantas comissões de socorros, quantas forem as suas freguesias ou paróquias. III. Para o serviço higiénico dos bairros (...).”).³⁰¹

Em suma, a principal diferença entre o discurso aplicado ao povo e aquele aplicado ao poder político está no conteúdo e na linguagem utilizada para se dirigirem a estes. Face ao povo o discurso pode ser sintetizado como de aconselhamento, utilizando uma linguagem simples e partindo do princípio que a população não tem culpa da sua condição, visto que não têm o conhecimento necessário para melhorar a sua saúde. Como tal, a classe médica investe na disponibilização de folhetos e conselhos práticos e simples para melhorar a sua situação das populações. Já no campo governamental ou político, os médicos partem da sua condição privilegiada para apresentar aquilo que consideram ser preceitos para o melhoramento do bem comum, utilizando um discurso mais imperativo, mas ao mesmo tempo apologético. Logo, em ambas as situações mantêm o seu estatuto autoimposto de conselheiros, adaptando-se ao seu público alvo, tanto em discurso, como conteúdo e forma.

²⁹⁹ Pedro Francisco da Costa Alvarenga, *Considerações sobre a Cholera-Morbus Epidemica no Hospital de S. José de Lisboa*, p. 15.

³⁰⁰ Conselho de Saúde Pública do Reino, *Breve relatório da Cholera-Morbus em Portugal nos annos de 1855 e 1854*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1855, p. 17 e 18.

³⁰¹ Francisco José da Cunha Vianna and António Barbosa, *Ensaio sobre a Cholera Epidemica*, pp. 133–135.

A população e o poder político face aos médicos

Dada a relação que os médicos procuram junto da população e governo, parece-nos útil verificar como é o inverso desta relação, ou seja, como é que estes contemplam estes profissionais.

O comum da população não deixou muitas fontes primárias pelas quais verificar a sua opinião em torno dos médicos ou da medicina. Porém, a memória popular permite averiguar algumas destas lembranças, nomeadamente através do recurso aos provérbios deixados em torno destas áreas. Partiremos dos seguintes exemplos para a nossa análise:

*"A doença é o celeiro do médico"; "O médico e o calceteiro cobrem os erros com terra"; "Com o que sara o fígado, enferma o braço"; "Salamanca a uns sara e a outros manca"; "Mais vale um ano de tarimba do que dez de Coimbra"; "Mal por mal antes cadeia que hospital e antes justiça que misericórdia"; "Guarde-nos Deus do físico experimentador e de asno ornejador"; "Se não morre do mal, morre da cura"; "Dia de purga, dia de amargura"; "Sangrai-o e purgai-o e, se morrer, enterrai-o."*³⁰²

Estes provérbios são, de acordo com Luís Graça, datados como sendo de entre o século XVII e XIX. Portanto, transmitem uma longa duração da imagem negativa do médico dentro do povo.

Nestes provérbios denota-se um conjunto de conceções em torno do que é um médico (mas também de outras profissões da área da saúde) e das práticas curativas da saúde. É ainda possível sintetizar estes provérbios pelas críticas que apresentam.

Dentro desta seleção surgem provérbios que criticam de várias formas a profissão, classificando os médicos enquanto “propagadores” das doenças, e, menos contestável, a interpretação das suas práticas como prejudiciais e não como curativas.

Os médicos não são necessariamente acusados de transmissores de doenças enquanto vetores, mas possivelmente porque são os médicos que declaram a doença, ou

³⁰² Recolha de Luis Graça, disponível em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos75.html> (consultado a 31 de julho de 2017).

seja, evidenciam a sua existência. Talqualmente, também as práticas dos médicos são contestadas como adversas. Este último ponto é particularmente interessante se tivermos em conta as taxas de mortalidade e os métodos de tratamento que eram praticados na época.³⁰³ Assim, os métodos empregues pelos médicos para a cura e terapia das diversas moléstias são também parte do problema, particularmente devido às técnicas usadas para os tratamentos mais viscerais, como as sangrias, cirurgias e outras terapias invasivas.³⁰⁴

Outra questão destacada nestes provérbios populares é a questão dos espaços de tratamento (tanto os hospitais, como as misericórdias). Nestes é frequente a comparação entre estes espaços e outros de punição, tortura ou isolamento (prisão ou tribunal). Isto parte das próprias condições materiais destes espaços, a isolamento a que os doentes são sujeitos e a forma como são interpretados por quem os retém para tratamento (ou tortura na ótica dos doentes).

Somente a análise dos espaços coordenados pelo Hospital de São José, que estabelecemos no terceiro capítulo, permite a compreensão de algumas destas expressões. Afinal, a apreciação dos próprios médicos e administrativos destes espaços é que, materialmente, não existem condições satisfatórias, tanto pela sobrelotação, como pelos equipamentos e degradação das infraestruturas. Também as misericórdias, como indica Laurinda Abreu, partilhavam estes problemas, daí resultando as reflexões acima dispostas.³⁰⁵

Nesta pequena amostra destaca-se ainda uma expressão em torno do ensino de medicina ("Mais vale um ano de tarimba do que dez de Coimbra"). O provérbio em si ecoa, numa interpretação literal, pela preferência da reclusão da prisão (tarimba é uma cama simples de ferro ou madeira normalmente utilizada nas prisões) ou, figurativamente, por um ano de azar ou de grandes esforços face à incursão no curso de medicina. Assim, para o olhar popular, a própria vida de estudante em medicina é indesejável, algo que depois adaptam para a profissão, considerando que os seus quadrantes morais acabam por

³⁰³ Aliás, através das taxas de mortalidade dos casos de cólera em Portugal verificamos que estas são bastantes altas, mesmo nos centros urbanos. De igual modo, a mortalidade também é elevada para as restantes doenças e problemas de saúde. Cf Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Annos de 1855 e 1856 - Parte II*, pp. 16–27.

³⁰⁴ Basta verificar alguns dos tratamentos experimentais para a cólera. Cf. Angeline Brasier, "Prisoners' Veins: Failures and Advances in the Treatment of Cholera".

³⁰⁵ Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*.

ser distorcidos ("Guarde-nos Deus do físico experimentador e de asno ornejador" e "O médico e o calceteiro cobrem os erros com terra").

Ainda assim reconhecemos que os provérbios são fontes passíveis de outras interpretações. Porém, a prevalência de estereótipos negativos associados às artes médicas³⁰⁶ revelam como estes profissionais são interpretados pelos populares.

O governo limita, por sua vez, as suas considerações mais públicas à câmara dos deputados, senadores e pares do reino e às cortes ou através da atribuição de cargos nos órgãos de gestão governamental, como é o caso da Junta, Comissão e Conselho de Saúde Pública do Reino e na sua inclusão e discussão nas diversas câmaras.

Dentro dos debates das câmaras e nas cortes constituintes as temáticas da medicina (quer por via das epidemias, saúde pública ou necessidade de melhoramento nas redes de tratamento), dos médicos em si (como a falta de médicos em determinados pontos do país ou os seus salários) e a sua representação parecem aumentar com o progredir do século, refletindo a crescente importância dada tanto à profissão como às suas áreas.³⁰⁷

Os principais temas debatidos em torno da profissão médica são, excluindo os de exceção como as epidemias, a sua renumeração e a sua formação. Aliás, durante a Monarquia Constitucional não aparentam existir casos em que o poder político denuncia a ação médica,³⁰⁸ pelo contrário, procuram proteger os médicos de alguns tipos de “perseguição”.³⁰⁹

³⁰⁶ Luís Graça, “Vale Mais um Ano de Tarimba que Dez de Coimbra” [Portuguese Sayings About Medical Teaching and Practice in the Old Age](a)”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 1999, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos13.html>.

³⁰⁷ Meramente a título ilustrativo expomos aqui uma breve listagem de onde e quando estes temas são debatidos e o número de diários de governo onde estas temáticas são abordadas: Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa (1821-1822): 132 diários do governo; Câmara dos Pares do Reino (1835-1836): 9 diários do governo; Cortes Gerais, Extraordinárias e Constituintes da Nação Portuguesa (1837-1838): 40 diários do governo; Câmara dos Senadores (1839-1841): 27 diários do governo; Câmara dos Pares do Reino (1842-1859): 120 diários do governo; Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa (1822-1860): 642 diários do governo. Cf. <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc> (Consultado a 2 de agosto de 2017).

³⁰⁸ Durante a I República isto já é visível, nomeadamente com a questão do recrutamento de médicos civis para as frentes europeias da Grande Guerra. Contudo, as críticas nunca são unânimes, existindo sempre uma defesa da classe médica quando o assunto é discutido. Cf. *Diário das Sessões do Senado*, N°53, 1917/05/10, p. 8.

³⁰⁹ No seguinte debate analisa-se o caso do médico municipal de Grândola que supostamente estava a ser alvo de perseguições por parte do Inspetor Geral de Saúde. A Câmara coloca-se a favor do médico. Cf. *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, N°75, 1908/08/22.

Face à renumeração dos médicos é por vezes abordada a necessidade de atualizar os seus salários, tendo como base o tipo de funções prestadas (médicos do *partido*, médicos militares, etc.),³¹⁰ mas também a fiscalização desses pagamentos, existindo exemplos de médicos que não estão a ser pagos pelos serviços que prestam, apesar de terem sido chamados a exercer.³¹¹

O crescente valor dos salários médicos é um reflexo do aumento da importância social da profissão médica. De facto, como aponta Luís Graça,³¹² até ao final do século XIX os salários dos médicos e de outros profissionais de saúde têm tendência a aumentar, resultado dessa crescente importância e pelo seu reconhecimento político.³¹³ Comparando a renumeração base de um facultativo médico do Hospital de São José na década de 1850³¹⁴ com aqueles que seriam aplicados após as reformas de Ricardo Jorge (1899-1901),³¹⁵ verificamos que se dá um aumento de, no mínimo, 453% sobre os seus vencimentos anuais. Porém, estas discussões no poder político só começam a tomar mais expressão na segunda metade do século,³¹⁶ estando até então vinculadas a temas mais alargados da saúde e relegadas para uma importância secundária.

Por outro lado, as questões em torno da formação médica já remontam às sessões das Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa. Neste primeiro momento as principais questões levantadas remetem para a necessidade de formar médicos e outros

³¹⁰ *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº37, 1898/03/28, p. 724 e 732. *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº34, 1898/03/17, p. 665-666.

³¹¹ O seguinte debate aborda a situação de 5 médicos dos serviços de saúde dos caminhos-de-ferro, onde só 1 está a ser renumerado pelos seus serviços, enquanto os restantes apenas usufruem de viagens gratuitas de comboio na linha onde exercem. Cf. *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº72, 1883/04/25, p. 1246.

³¹² Luís Graça, “Diferenciação Socioeconómica dos Praticantes da Arte Médica até ao Século XIX”.

³¹³ *Ibid.*

³¹⁴ Tal como explicitámos na tabela 6 do capítulo 3, um facultativo médico receberia 2\$800 réis por dia, levando a 84\$000 réis por mês de serviços prestados. Contudo, isto são valores para uma situação extraordinária. De acordo com Carlos Subtil, os vencimentos anuais dos médicos do Hospital de São José entre 1844 e 1852 seria de 320\$000 réis, ou seja, cerca de 26\$000 réis mensais. Cf. Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, pp. 439-444.

³¹⁵ O diretor-geral de saúde teria um vencimento anual de 1480\$000 réis anuais (cerca de 124\$000 mensais), um médico inspetor receberia cerca de 1450\$000 réis anuais (cerca de 120\$000 mensais), um médico adjunto 1200\$000 (100\$000) e um auxiliar 600\$000 (50\$000). Cf. Luís Graça, “Diferenciação Socioeconómica dos Praticantes da Arte Médica até ao Século XIX” e Luís Graça, “A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX [History of Health at Work: 2.1. The 1899-1901 Portuguese Public Health Reform]”.

³¹⁶ O seguinte debate parece marcar esse ponto de viragem. Cf. *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº37, 1864/02/24, pp. 555-557.

profissionais de saúde mais aptos a exercer diversas funções e adequadas a novas realidades, a necessidade de alargar a rede de ensino médico e o melhoramento dos currículos através da implementação de outras disciplinas preparatórias e aumento da duração de outras, como a matemática.³¹⁷

Já com o liberalismo instalado, observamos um aprofundamento das propostas dos anos 1820. Porém, o que acaba por ser mais frequentemente discutido até à Regeneração é a equiparação dos diplomas de bacharel atribuídos por Lisboa e Porto aos de Coimbra, quando as suas preparações eram, na prática, diferentes.³¹⁸

Após estes dois momentos assistimos ao desenvolvimento de novos tipos de debates. A discussão passa a centrar-se nas necessidades de saúde das comunidades locais e nos seus impactos nacionais, já não exclusivamente nas rivalidades entre Lisboa-Porto e Coimbra e com as particularidades curriculares dos bacharéis e outros diplomados. Aqui destaca-se o esforço de assegurar mais fundos para a faculdade e escolas médico-cirúrgicas do continente e ilhas para o seu funcionamento geral e para melhoramento das aulas;³¹⁹ o repensar da rede de saúde do reino, de modo a alocar mais médicos nas regiões onde estes não existem de forma permanente; a formação de médicos veterinários;³²⁰ uma possível transição da Faculdade de Medicina de Coimbra para um ensino exclusivamente teórico e das Escolas de Lisboa e Porto para espaços de ensino somente prático;³²¹ e outras potenciais reformas.³²² Algumas destas propostas nunca avançariam, no entanto o facto de já surgirem em debate demonstra um aumento de interesse por parte do poder político na profissão e nos cuidados médicos prestados às populações.

Portanto, surgem duas interpretações muito diferentes da classe médica nestes dois públicos. Por um lado, o povo ainda teme ou desconfia dos médicos, contemplando-os como seres perigosos, de moral dúbia ou torturadores que reinam e usufruem dos doentes em vez de os curarem. Por outro, os diversos governos reconhecem a sua

³¹⁷ Carlos Louzada Lopes Subtil, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, pp. 325–328.

³¹⁸ *Ibid.*, pp. 389–392. Cf. Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, N°59, 1845/03/19.

³¹⁹ Cf. Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, N°10, 1855/05/11, p. 185.

³²⁰ Cf. Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, N°4, 1858/03/05, pp. 69-75.

³²¹ O objetivo desta proposta não seria propriamente criar dois tipos de ensino médico, mas sim estabelecer o ensino de Coimbra como preparatório, abordando todas as matérias teóricas relevantes e, só depois disso, passar para o ensino prático em Lisboa ou Porto, justificado pelo acesso facilitado a doentes e a hospitais. Cf. Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, N°5, 1859/05/06, pp. 77-78

³²² Cf. Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, N°37, 1886/02/27, p. 554-555.

utilidade, a necessidade de melhorar a sua formação, de aperfeiçoar as suas condições de trabalho e, eventualmente, de os integrar enquanto pares. Daqui depreende-se os diferentes discursos aplicados pelos médicos a estes dois diferentes públicos. Consequentemente, importa confortar e provar ao povo que existem para servir as suas necessidades, mas também continuar a dar exemplos ao governo que de facto são necessários e merecem melhores condições e funções.

A ascensão do médico na consciência pública

Tendo em conta as diferentes agendas e públicos alvo, é natural que a ascensão dos médicos na consciência pública seja resultado de diversos processos. Sumariamente, parece-nos que estes processos se centram na simplificação da mensagem técnica para a compreensão das massas, a aproximação gradual às populações, a crescente importância do conhecimento médico para as matérias de ordem pública e a sua tradução na maior representação de médicos e profissionais da medicina nos órgãos representativos.

Primeiramente, não pudemos esquecer que o discurso médico surge em dois formatos. Um discurso intelectual, que serve para transmissão de conhecimentos entre pares, sendo assim um discurso essencialmente técnico onde são discutidos os métodos, tratamentos e características de doenças e outros distúrbios. Contudo, também surge um discurso mais simplificado, como os que aqui apresentámos. Estes, por sua vez, procuravam aproximar e difundir um conhecimento médico entre a população comum. Deve notar-se que este último tipo de discurso é relativamente recente para a época, surgindo de uma necessidade de finais do século XVIII em difundir conhecimentos práticos, até à data concentrados nas profissões médicas e estratos elevados da sociedade, para o povo. Uma iniciativa que poderá ser atribuída a Tissot, ficando o seu intento expresso sobretudo na frase “Eu dei receitas mais simples dos remédios e indiquei o modo de os preparar com bastante especificidade, para esperar que ninguém se embaraçará a este respeito”.³²³ Esta tática resulta de várias condicionantes.

Por um lado, surge a preocupação em controlar a expansão e influência dos charlatães junto das diversas comunidades. Através da simplificação do receituário e os métodos de terapia permitia-se que estes tratamentos fossem aplicados por qualquer

³²³ Jean Luiz Neves Abreu, “Tratados e Construção do Saber Médico: Alguns Aspectos dos Paratextos nos Impressos de Medicina Luso-brasileiros Século XVIII”, p. 31.

membro da população com acesso a uma farmácia (ou frequentemente uma botica), caso houvesse necessidade de algum tipo de componente, podendo ainda o farmacêutico/boticário servir de suporte técnico ou intérprete da mensagem médica. Para além disso, este tipo de ensinamentos poderia facilmente ser propagado pela força da palavra, assegurando uma rápida propagação e integração no conhecimento popular.

Em seguida, a abertura do médico para com as classes sociais mais pobres ou afastadas dos espaços urbanos, por vezes supersticiosas, permitia o desmantelamento da figura do médico enquanto intocáveis, eremitas das escolas, ou até mesmo de figuras imorais que exploram o sofrimento alheio para adquirir conhecimentos faustianos, como sugerem alguns dos provérbios populares.

Isto, associado também às crescentes funções políticas e evolução das representações sociais dos médicos na sociedade portuguesa, vai contribuir para o longo e gradual desmantelamento destas imagens negativas da classe médica, dando lugar a figuras de reconhecimento social, quer por puro utilitarismo, quer pela desmitificação da medicina. Ainda assim, apesar das reformas e imposições legais ao longo do século XIX sobre a medicina popular,³²⁴ a verdade é que o recurso a este tipo de conhecimento sobre a doença e cura continuava a ser frequente, ora por eficácia, ora por superstição ou receio.³²⁵

Para além disto, apontam-se outros fatores, nomeadamente recursos limitados para consultar ou “chamar vir” um médico, as terapêuticas médicas ainda se encontrarem num estado precoce suscitando receio e a habituação de comunidades notoriamente dependentes da medicina tradicional a um método completamente diferente, que de acordo com estes sujeitos engravatados seria superior, porém incompreensível para o sujeito comum.

Isto torna-se mais claro se tivermos em consideração que as práticas de medicina dos médicos acabariam por chocar com os hábitos e práticas destas comunidades. Dando um caso específico, Jorge Crespo salienta a diferença entre uma vacina, que as comunidades não compreendem como é feita ou usada, face à simplicidade dos

³²⁴ Bruno Barreiros, “As complexas teias da medicina popular: Projecto político e resistências populares em Portugal no Século XIX”, *Cultura, Espaço e Memória*, n. 5, 2014, p. 190.

³²⁵ Elsa Frazão Mateus, *Ervas que curam: Da “Terra das Ervanárias” à produção de plantas medicinais e de conhecimento*, Tese de Doutoramento em Antropologia da Saúde, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, 2014, p. 190.

componentes dos remédios tradicionais e à fácil compreensão da sua elaboração.³²⁶ Contudo, este processo de transfiguração da imagem social do médico é demasiado longo, e, discutivelmente, ainda em curso.

Através da formulação de um diálogo simples, sem linguagem técnica ou procedimentos complexos e baseado em factos facilmente verificáveis por qualquer pessoa, a classe médica abria novas vias de comunicação com a sociedade. A título de exemplo, os receituários presentes nas obras médicas destinadas ao povo são acompanhadas por pequenas notas explicativas da preparação e função dos medicamentos, nunca surgindo uma análise técnica dos processos químicos ou de funções específicas dos componentes anatómicos humanos, mas sim simples relações de causa-efeito.³²⁷ Talqualmente, estas indicações surgem endereçadas como sugestões e não ordens superiores, reforçando a imagem do médico enquanto um sujeito desejável e confiável.³²⁸

Outro aspeto que também deve ser tido em conta é que apesar dos médicos raramente escreverem para a imprensa generalista ou noticiosa, existe uma aparente abertura para integrar temas de ciência nestes periódicos.³²⁹ Isto contribui indiretamente para a consciencialização pública da importância da atividade científica e, por extensão, médica. Maria Antónia Almeida acaba por reforçar a importância que muitas das gazetas médicas tinham na produção deste tipo de notícias, referindo a forma como são apresentadas e destacadas.³³⁰

Contudo, é igualmente importante referir que sendo este tipo de notícia processado em antemão, a sua mensagem por vezes não é a original. Logo, estando factualmente correta, mas correspondendo à mensagem que o interlocutor tenciona passar e não à intenção original. Isto é recorrente em temáticas fraturantes para outras esferas de poder.

³²⁶ Jorge Crespo, *História do Corpo*, p. 189 e 190.

³²⁷ Cf. Ignacio António da Fonseca Benevides, *Manual de instruções preservativas, e curativas da Cholera-Morbus Epidemica, Espasmodica, Asiatica, Pestilencial, Etc.*, pp. 68–69; A. M. R. dos Santos, *Conselhos Hygienicos, e Therapeuticos Contra o Cholera-Morbus*, pp. 8–16; José Romão Rodrigues Nilo, *Aviso ao Povo relativamente a Cholera-Morbo*, pp. 49–51; Miguel António Dias, *Directorio anti-cholerico*, Lisboa, Typographia da Real Academia das Sciencias de Lisboa, 1833, pp. 4–13.

³²⁸ Jean Luiz Neves Abreu, “Tratados e Construção do Saber Médico: Alguns Aspectos dos Paratextos nos Impressos de Medicina Luso-brasileiros Século XVIII”, pp. 27–31.; Jorge Crespo, *História do Corpo*, p. 106.

³²⁹ Maria Antónia Pires de Almeida, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”, p. 1059.

³³⁰ *Ibid.*, p. 1059 a 1061.

A título ilustrativo retomamos às questões relativas às quarentenas e cordões sanitários, onde os interesses económicos e comerciais não só negaram a existência da epidemia em diversos pontos do país, como também argumentavam contra a possibilidade ou fissibilidade da implantação de quarentenas.³³¹ Para tal, socorreram-se de um conhecimento científico e médico, seletivo e sem contexto, refugiando-se na discussão existente na comunidade médica em torno da sua eficácia e sublinhando os aspetos negativos que resultariam da sua implementação.

Ao contrário dos restantes intelectuais com raízes mais literárias, os médicos raramente dominavam estes órgãos de comunicação que moldavam a consciência pública e que, através deles, podiam favorecer os seus “mecenas” e interesses de ascensão política.³³² Todavia, isto não implica que os médicos não usassem os seus órgãos de classe para ganhar prestígio nos mesmo moldes que os restantes. No entanto, parte do reconhecimento político parece-nos surgir através de mecanismos de socialização direta, nomeadamente dentro das academias de ciência³³³ e nos corredores dos estabelecimentos de ensino,³³⁴ mas também indiretamente com a crescente necessidade de integrar o conhecimento médico nos quadros das políticas públicas e na progressiva abertura da população para temáticas relacionadas com a ciência.

A socialização direta tem impactos mais localizados e individuais, isto é, só afetam o indivíduo que é reconhecido e não a classe. Já a integração de médicos nos órgãos governamentais e evolução das políticas públicas afeta a classe como um todo, podendo ser valorizado o trabalho individual de figuras com maior reconhecimento social/político, mas sempre fortalecendo a imagem da profissão.³³⁵

Assim, o primeiro dá-se sobretudo através do reconhecimento do trabalho científico individual e o recompensar do médico que o produz. Numa lógica de ascensão

³³¹ *Ibid.*, pp. 1061–1064.

³³² Maria de Lourdes Lima dos Santos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, p. 165 e 166.

³³³ Para uma análise mais detalhada da influência que a integração nas academias podia ter no percurso político dos seus integrantes Cf. Maria Alexandre Lousada, *Espaços de Sociabilidade em Lisboa*, pp. 327–345.

³³⁴ Se verificarmos a integração de médicos nos órgãos de representação constatamos que muitos deles partilhavam espaços de sociabilidade, como a Academia Real das Ciências e as escolas/faculdade de medicina.

³³⁵ Para isto basta consultar alguns dos dicionários biográficos, onde é frequente a referência ao percurso académico dos deputados e parlamentares e como isto influenciara a sua ascensão política. Cf. Maria Filomena Mónica, *Dicionário Biográfico Parlamentar 1834-1910: D-M*, vol. 2.

política, este tipo de reconhecimento podia levar a que estes ocupassem lugares nas assembleias, parlamento e cortes através do seu mérito, reconhecido pelos partidos e seus integrantes ou pelo poder real.³³⁶ O segundo é resultado da conjuntura epidémica da época, à qual Portugal não fora indiferente, obrigando a que os vários Estados adotassem medidas mais profundas na área da saúde e assistência. Esta necessidade leva à integração de médicos e outros profissionais de saúde³³⁷ nas suas estruturas, visto serem estes que detinham os conhecimentos teóricos necessários.

Nos três órgãos de saúde criados e em funcionamento ao longo da primeira metade do oitocentos (excluimos a Intendência Geral da Polícia do Reino pelas vastas e distintas funções que executava, várias das quais não envolviam questões de saúde pública)³³⁸ o número de médicos aumenta face a outros tipos profissionais. Tendo a Junta da Saúde Pública começado com 6 médicos, que como referimos em capítulos anteriores pertenciam à Academia Real das Ciências, a Comissão da Saúde Pública é temporária e mantém a mesma estrutura que a Junta, sendo só na segunda “fase” do Conselho que a representação de médicos nestes órgãos diminui, porém, dando lugar a uma maior paridade dentro das artes médicas, englobando um maior número de cirurgiões e farmaceutas.³³⁹ A grande perda só se dá com os governos da década de 1860, nomeadamente devido à integração e subordinação dos órgãos de saúde a uma repartição da Secretaria dos Negócios do Reino. Assim, subordinando a saúde à burocratização geral do aparelho de Estado.³⁴⁰ Apesar dos efeitos negativos que este processo de burocratização teve a curto prazo, reduzindo a importância das políticas de saúde e a representatividade das artes médicas naqueles que eram os seus principais órgãos governativos, permitira uma maior integração de médicos dentro das câmaras de representação parlamentar e como parte da máquina burocrática do Estado.

Em suma, face à percepção que a população e o poder político tinham dos médicos e aos interesses que os médicos detinham junto deste público, fora necessário desenvolver formas de se integrarem. Para tal, recorreram tanto a táticas de aproximação, como a

³³⁶ Relembramos o reconhecimento dado pela Rainha aos médicos e enfermeiro-mor do Hospital de São José, durante os preparativos para a segunda vaga epidémica, referidos no capítulo 3.

³³⁷ Quase sempre farmaceutas, poucas vezes surgindo referência à ocupação de funções políticas de outros profissionais médicos.

³³⁸ Laurinda Abreu, *Pina Manique: Um Reformador no Portugal das Luzes*, pp. 285–296.

³³⁹ Dentro das profissões médicas representadas 3 são médicos, 2 são cirurgiões e 2 farmacêuticos.

³⁴⁰ Valentino Viegas et al., *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, p. 14.

simplificação da sua mensagem para melhor integração no léxico popular, de modo a combaterem as percepções negativas da sua profissão. Talqualmente, procuraram expandir os fatores pelos quais eram valorizados junto daqueles que já os tinham em melhor consideração, como o governo, como forma de alcançarem ainda maior prestígio e representatividade política.

Capítulo 6 - A ascensão e afirmação do poder médico: um lento e gradual processo de consolidação da autoridade médica.

Dada a rápida evolução da medicina durante o século XIX no campo da ciência, mas também na forma como o público interpretava a medicina, é natural que a sua interpretação pelos vários atores tenha mudado gradualmente.

Igualmente, dado o número de epidemias e a mortalidade que delas resultaram neste século, houve necessidade de todos os campos se adaptarem a este tipo de condição. Logo, como fomos reforçando ao longo deste trabalho, a emergência do poder médico é resultado tanto da intervenção direta destes, como também da transição de políticas e mentalidades em torno das questões de saúde.

Ao longo do século XIX a formação académica e profissional dos atores médicos sofre várias modificações, nomeadamente a diferenciação entre os currículos de Coimbra e os de Lisboa e Porto, mas também mesmo dentro destes estabelecimentos. Para além destas diferenças, a valorização do ensino de disciplinas como as de física, química, anatomia, clínica e fisiologia vêm não só melhorar a qualidade da formação médica, como também a sua preparação para a atividade fora das academias.³⁴¹ A gradual evolução do ensino médico vai também permitir o fim do médico enquanto curandeiro universal, permitindo a especialização por ramos da medicina, isto é, iniciando a era do médico especialista.³⁴² Logicamente, com a concentração dos estudos numa área específica, aumenta a qualidade de resposta aos diversos problemas de saúde através do desenvolvimento de ramos da medicina como a oncologia e a criação dos seus respetivos institutos e laboratórios de investigação e desenvolvimento.³⁴³

Para além das melhorias no ensino médico, parecem-nos ser as transformações sociais e a maior aplicação da medicina para estes fins que vão facilitar a ascensão dos

³⁴¹ Paulo Jorge Moura Pires Pancrácio, *História da Medicina Internacional no Século XIX*, Monografia, Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012, p. 15.

³⁴² George Weisz, “The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century”, *Bulletin of History of Medicine*, n. 77, 2003, pp. 540–555.

³⁴³ Alguns destes institutos e laboratórios já detêm estudos pelo que apresentamos alguns daqueles consultados: Alexandra Marques, *O tratamento anti-rábico e a criação do Instituto Bacteriológico em Lisboa.*; António Pinto Santos, *O Combate à Tuberculose - Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica: O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975).*; Rui Manuel Pinto Costa, *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*, Tese de Doutoramento, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2010.; Luíz da Silveira Botelho, *Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil- 75º Aniversário*, Mafra, Elo - Publicidade, Artes Gráficas, LDA, 2000.

médicos nas várias esferas. Enquanto na primeira metade do século XIX as iniciativas sociais da medicina são o resultado exclusivo da tentativa de aproximação à população, nomeadamente através da criação de textos de aconselhamento, durante a segunda metade os trabalhos médicos passam a incidir na medicina social enquanto área própria. Ou seja, a integração de temas com consequências sociais claras e que só podem ser tratados com colaboração governamental. Dentro destas temáticas destacam-se obviamente a proteção da saúde infantil, a purificação das águas para consumo, a repressão do alcoolismo e os movimentos nacionais contra as doenças,³⁴⁴ nomeadamente as infecciosas como as venéreas.

O facto de tanto os médicos como a esfera política investirem no combate ao charlatanismo permitira que as populações dependentes da medicina tradicional se adaptassem à medicina oficial,³⁴⁵ procurando médicos e não curandeiros. Esta quebra na dependência à medicina tradicional não se deve somente à repressão do charlatanismo. Com o evoluir do século, o próprio poder político começa a reformular as sua redes de assistência e conclui que muitas localidades, sobretudo do interior, não tinham acesso a médicos,³⁴⁶ ora porque estes nunca foram atribuídos às localidades ou porque por diversos motivos o médico local já não exercia funções.³⁴⁷

Aqui voltamos à questão da (já) profissionalização dos médicos. Sendo o médico reconhecido pelo Estado enquanto encarregue da saúde, atribui-lhe um diploma e certificado de competências.³⁴⁸ Através destes símbolos, o Estado concede ao médico

³⁴⁴ Um bom exemplo seria a criação da Liga Nacional contra a Tuberculose. Cf. António Pinto Santos, *O Combate à Tuberculose - Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica: O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*, Dissertação de Mestrado em História Regional e Local, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 2010.

³⁴⁵ Definimos medicina oficial como medicina alopática (ou ocidental), contrastando com a medicina homeopática, popularizada a meio do século e com avale de algumas figuras políticas como Passos Manuel. Cf. Yann Loïc Macedo de Moraes Araújo, “Heterodoxias da Arte de Curar portuguesa de oitocentos – o caso da homeopatia”, *Revista da Faculdade de Letras do Porto – História*, vol. 6, 2005, (III).

³⁴⁶ Esta consciencialização não se dá exclusivamente na segunda metade do século, já no triénio liberal se discutia a necessidade de colocar médicos nestas localidades, porém só no topo do oitocentos é que estas iniciativas começam veridicamente a ser aplicadas e vigiadas. Jorge Crespo faz um breve levantamento dos médicos em exercício por hospital e localidade, porém apenas para os períodos entre 1813 (criação da Junta da Saúde Pública do Reino) e 1817 (início da elaboração do Sistema de Medicina Nacional). Cf. Jorge Crespo, *História do Corpo*, pp. 35–41.

³⁴⁷ Para alguns exemplos Cf. *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº21, 1857/02/28, p. 276; *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº67, 1878/04/22, p. 1162; *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº51, 1883/03/28, p. 839; *Câmara dos Pares do Reino*, Nº43, 1883/05/08, p. 312; *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº15, 1900/01/31, p. 18; *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, Nº19, 1902/02/18, p. 3.

³⁴⁸ Desde que tenha sido ensinado nas escolas/faculdades de Portugal continental.

uma superioridade intelectual face às outras áreas de conhecimento, destacando-o de entre os demais profissionais.³⁴⁹ Assim, o sacerdócio de que se falara em capítulos anteriores já estava alcançado a nível de reconhecimento político e profissional. Ainda mais, quando o próprio Estado pelejava contra aqueles que exerciam atividades “medicinais” ilegalmente e continuava a relegar os outros profissionais da área da medicina a uma posição inferior, subordinada ao médico.³⁵⁰

Esta relação é clara na forma como o Estado aborda os profissionais médicos durante as duas vagas de cólera em Lisboa. Num primeiro momento é o governo central que ordena as medidas a (não) tomar, enquanto na segunda vaga os médicos e a Comissão Administrativa agem em relativa independência do poder político. De igual modo, na segunda vaga, os médicos são os membros mais abordados nos registos internos dos hospitais provisórios e aqueles com gratificações mais significativas, apesar da sua condição de “visitante”.

Contudo, a profissionalização não estava imune a problemas externos nem assegurava um monopólio em torno dos tratamentos medicinais. Pelo contrário, não só o Estado demorara a eliminar o charlatanismo,³⁵¹ como o próprio estatuto profissional e reconhecimento do médico faziam com que tivesse obrigações constantes, especialmente em tempo de guerra. Este último ponto torna-se particularmente interessante se contemplarmos o caso da participação portuguesa na Primeira Guerra Mundial, visto que é representativo tanto das novas responsabilidades dos médicos, como também enquanto demonstração do poder simbólico e verídico que adquiriram.

Durante a Grande Guerra, os médicos civis foram forçosamente mobilizados para os palcos europeus, causando uma onda de contestação nos órgãos de comunicação médicos, em particular no periódico especializado *A Medicina Contemporânea*. Onde outras classes profissionais se viram incapazes de contornar as exigências governamentais, os esforços dos médicos não só conseguiram alterar a legislação de modo

³⁴⁹ Maria Rita Lino Garnel, “O Poder Intelectual do Médico: Finais do século XIX - inícios do século XX”, *Revista História das Ideias*, vol. 24, 2003, p. 219.

³⁵⁰ Isto é particularmente flagrante em termos de pagamento pelos seus serviços, onde um médico tem gratificações até 350% mais elevadas que o chefe de enfermagem. Cf. Tabela 6 do Capítulo 3.

³⁵¹ Maria Rita Lino Garnel, “O Poder Intelectual do Médico: Finais do século XIX - inícios do século XX”, pp. 219–220.

a adquirirem regalias semelhantes aos médicos estrangeiros,³⁵² como adicionalmente obtiveram apoio dos populares, mais particularmente aqueles das populações do interior do país.³⁵³ Porém, este tipo de diálogo só foi possível porque os médicos já se encontravam organizados, particularmente através de associações e agremiações,³⁵⁴ que frequentemente organizavam congressos para discutir tanto questões científicas como profissionais. Assim, estando já organizados profissionalmente, as suas considerações surgiam como uma voz una perante a sociedade, logo tendo maior impacto perante a esfera política, como o exemplo da Grande Guerra demonstra.

Esta maior aceitação da população para com o poder médico pode também dever-se a fatores menos óbvios, como um aumento do interesse público para com as temáticas científicas. O principal motivo que nos leva a considerar o interesse do grande público pela ciência como fator de importância para a emergência e consolidação do poder médico resulta, sobretudo, do impacto que a entrada de matérias científicas pode ter, mesmo que apenas da ótica do curioso, na percepção social da medicina.

Para efeitos comparativos, durante a década de 1830 eram poucos os periódicos que integravam notícias científicas nas suas páginas, preferindo temáticas políticas ou de acompanhamento dos acontecimentos internacionais.³⁵⁵ Por sua vez, nas décadas seguintes os periódicos “generalistas” já englobam regularmente no seu alinhamento notícias em torno das descobertas científicas, novos métodos de tratamento ou de reconhecimento do trabalho de cientistas e médicos nacionais e internacionais. Maria Pires de Almeida detém, possivelmente, o trabalho mais desenvolvido para o caso português, indicando que somente para o período 1853-1856 recolhera 1613 artigos

³⁵² Entre a entrada de Portugal nos palcos europeus e a sua saída surgiram 3 projetos, sendo o aprovado de 24 de junho de 1917. Paralelamente, durante este período foram aprovados vários decretos que procuravam colmatar as carências criadas com a saída dos médicos para estes palcos. Os vários projetos e decretos estão dispostos na íntegra nas edições d’*A Medicina Contemporânea* de 21/05/1916, 4/06/1916, 2/07/1916, 16/07/1916, 17/09/1916, 8/10/1916, 29/10/1916, 4/03/1917, 25/03/1917, 6/05/1917, 13/05/1917, 20/05/1917, 3/06/1917, 24/06/1917, 8/07/1917, 26/08/1917, 16/09/1917 e 10/02/1918.

³⁵³ “Serviço de médicos milicianos”, *A Medicina Contemporânea*, 23 de setembro 1917, Lisboa.

³⁵⁴ A maior seria provavelmente a Associação dos Médicos Portugueses, contando com 3 agremiações sediadas nos pontos do país onde se encontravam os estabelecimentos de ensino de medicina (Coimbra, Lisboa e Porto). Durante a I República os médicos rurais também formaram agremiações semelhantes, sendo frequentemente citados os seus pareceres n’*A Medicina Contemporânea* durante a questão da mobilização dos médicos para a Grande Guerra.

³⁵⁵ Para referência, consultamos os seguintes periódicos desta década: *A Águia/A Águia do Occidente*, *O Nacional* e *O Panorama*. Para uma análise mais detalhada das limitações da imprensa deste período Cf. José Tengarrinha, *História da Imprensa Periódica Portuguesa*, Lisboa, Portugal Editora, 1965, pp. 94–116.

noticiosos em torno dos temas da ciência, dos quais 862 eram exclusivamente em torno da saúde pública.³⁵⁶

O aumento deste tipo de notícias pode ainda ser analisado como uma das bases para a crescente relevância da medicina na consciência pública. Afinal, não só existia um público interessado em conhecer este tipo de temáticas como também o período em que surge este aumento coincide com o momento em que a medicina e os médicos se tornam pilares das políticas de saúde. Como tal, esta popularização da medicina pode ser considerada um dos efeitos da emergência do poder médico,³⁵⁷ mas também um dos meios que sustenta a sua consolidação daqui em diante.³⁵⁸ Aliás, este crescente interesse manifesta-se de outras formas, inclusive na criação de museus e outros espaços lúdico-recreativos, subtraindo a ciência e a medicina do controlo exclusivo do intelectual, tornando-as públicas e abrindo-as, através da diluição das matérias expostas, às massas sobre a égide de mais um tipo de manifestação cultural.³⁵⁹

De igual modo, estas iniciativas sociais só foram possíveis graças ao crescente reconhecimento das classes médicas junto da população e governos. Como tal, informalmente, acaba por ser concedido aos médicos uma condição privilegiada enquanto protetores da saúde pública, pela segurança dos trabalhadores e defensores da saúde.

Num âmbito governamental isto traduz-se em leis e decretos em torno da segurança dos trabalhadores (concretamente industriais e operários),³⁶⁰ proteção da maternidade, da primeira infância e controlo do trabalho infantil.³⁶¹ Aliás, a discussão

³⁵⁶ Maria Antónia Pires de Almeida, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”, pp. 1058–1059.

³⁵⁷ Katherine Pandora, “Popular Science in National and Transnational Perspective: Suggestions from the American Context”, *Focus-Isis*, vol. 100, n. 2, 2009, p. 347.

³⁵⁸ Maria Antónia Pires de Almeida, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”, p. 1059.

³⁵⁹ Katherine Pandora, “Popular Science in National and Transnational Perspective: Suggestions from the American Context”, pp. 350–356.

³⁶⁰ Na última década do século XIX surgem várias medidas para regular o trabalho industrial. Em 1891 é regulado o trabalho de menores e das mulheres na indústria e as 8 horas de trabalho para os manipuladores de tabaco. Até 1893 são ainda lançados decretos que regulavam a inspeção das condições de trabalho. Por último, em 1895 surge a primeira lei em torno das condições de higiene e segurança no trabalho para os operários do sector da construção. Contudo, será só durante a I República que Portugal levará a cabo medidas mais profundas em torno da saúde e segurança no trabalho, nomeadamente ingressando enquanto membro fundador na Organização Internacional do Trabalho.

³⁶¹ Maria Rita Lino Garnel, “Os médicos, a saúde pública e o Estado improvidente (1890-1926)”, p. 28 e 36-38.

política em torno deste tipo de temáticas só surge no final da segunda metade do século.³⁶² Porém, dentro do espaço governamental as alterações não se diluem exclusivamente aos cuidados de saúde generalizados ou à medicina social. Ao longo do século vão surgindo várias medidas de controlo, muitas das quais encontram o seu reflexo nos códigos penais. Várias destas alterações legais passam pela criminalização de comportamentos contra a saúde, a defesa da salubridade dos espaços (tanto de trabalho, como habitacionais) e do estado dos bens de consumo.

Apesar da já existência de códigos de leis que contemplam comportamentos contra a saúde pública como crime desde o século XVII,³⁶³ será só na segunda metade do século XIX que estes passam a ser apelidados como tal. Aliás, só com o Código Penal de 1852 é que surgem artigos legais especificados como “crimes contra a saúde pública”, engajados no capítulo VII referente aos “crimes contra a ordem e a tranquilidade pública”.³⁶⁴ Neste primeiro momento, os artigos limitam-se a criminalizar a venda e aplicação de substâncias venenosas ou com potenciais abortivos sem autorização legal (artigo 248º), o controlo da venda de medicamentos deteriorados (artigo 249º), assegurar que os médicos prestam auxílio sempre que necessário (artigo 250º) e punição da contrafação de qualquer produto que por isso possa pôr em risco a saúde dos restantes (artigo 251º).³⁶⁵ O Código Penal de 1886 não traria qualquer alteração ou acrescento às leis de 1852, sendo somente no século XX que se daria uma nova revisão nestas considerações legais.

A defesa da salubridade já fazia parte da agenda política no período em estudo, inclusive antes dele, tanto que, antes da revolução liberal, era supervisionada pela Intendência Geral da Polícia e pela Junta de Saúde Pública. Porém, será em 1855 que se começa a considerar necessário regular o estado de salubridade dos espaços de trabalho, mais particularmente os industriais. Isto dever-se-á em grande parte ao foco dado a partir

³⁶² A título de exemplo, a discussão política em torno dos cuidados na primeira infância surge pela primeira vez em 1879, nomeadamente relacionando a necessidade de promover a educação e a higiene das crianças no espaço familiar. Cf. Câmara dos Deputados da Nação Portuguesa, N°091, 1879/05/07, p. 1598.

³⁶³ João Cosme, “As preocupações higio-sanitárias em Portugal (Segunda metade do século XIX e princípio do XX)”, *Revista da Faculdade de Letras – História*, vol. 7, 2006, (III), p. 182.

³⁶⁴ *Código Penal aprovado por decreto de 10 de Dezembro de 1852*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1855, pp. 71–72.

³⁶⁵ *Ibid.*, pp. 72–73.

de 1852 às obras públicas e à nova tentativa de industrialização.³⁶⁶ As transformações levadas a cabo por estes esforços de modernização acabariam por criar a necessidade de regulação destes espaços, nomeadamente pela poluição resultante, logo perturbando a salubridade.³⁶⁷ Deste modo, procurou-se criar mecanismos legais para vigiar e impor um tipo de ordem sobre estes novos espaços. O primeiro decreto surgiria a 27 de agosto de 1855, no qual pretendia-se regulamentar e licenciar novos estabelecimentos industriais, com base no risco de insalubridade que apresentavam.³⁶⁸ A 21 de outubro de 1863 apresenta-se um novo decreto com o objetivo de acelerar os processos formais de concessão ou renovação de licenças.³⁶⁹ Já no final do século, em agosto de 1899, são implementadas medidas mais específicas, tendo como base determinados resíduos produzidos pelas indústrias e a obrigatoriedade de os neutralizar ou remover.³⁷⁰

Os espaços habitacionais também não passam impunes às medidas de salubridade. Apesar dos códigos legais só começarem a incluir este tipo limitações durante o século XX,³⁷¹ considerações deste género aparecem em quase todas as obras médicas do período epidémico. Contudo, esta regulamentação extrapola para além das condições materiais das habitações, concentrando-se em questões de abastecimento de água (qualidade para consumo, canalizações e despejo) e construção (regulamentação da área habitacional, de modo a existir a possibilidade de arejamento e iluminação natural).³⁷² Como tal, indicando a habitação como algo que deve apresentar um conjunto de condições antes de ser habitável, já não responsabilizando exclusivamente o indivíduo pela salubridade da sua casa.

Por último, coloca-se a necessidade de regular a venda e produção dos bens de consumo, especialmente os alimentares. Neste âmbito especificam-se produtos e áreas da

³⁶⁶ João Cosme, “As preocupações higio-sanitárias em Portugal (Segunda metade do século XIX e princípio do XX)”, p. 184.

³⁶⁷ Nos preparativos da epidemia de cólera de 1855/56 denunciam-se as indústrias de velas de sebo, visto que provocam insalubridade nos espaços em seu redor, mais especificamente por estarem demasiado perto de um hospital. Cf. ANTT: *Hospital de São José*, Livro 3010, pp. 4-5.

³⁶⁸ João Cosme, “As preocupações higio-sanitárias em Portugal (Segunda metade do século XIX e princípio do XX)”, pp. 184–185.

³⁶⁹ *Ibid.*, p. 185.

³⁷⁰ *Ibid.*, p. 186.

³⁷¹ O primeiro regulamento habitacional surge em 1902. Cf. *Regulamento de Salubridade das Edificações Urbanas*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1902.

³⁷² João Cosme, “As preocupações higio-sanitárias em Portugal (Segunda metade do século XIX e princípio do XX)”, pp. 187–189.

produção alimentar específicos, como o pão e as padarias,³⁷³ a venda de bolos, leite e manteigas,³⁷⁴ mas também a já referida água para consumo.³⁷⁵ Tal como expusemos no quarto capítulo, a medicina também se preocupou com a alimentação das populações, tanto pelos efeitos que poderiam surtir no organismo, como pela importância da qualidade dos bens alimentares. Assim, também o poder político teve de agir face aos problemas que lograriam no campo alimentar. Deste modo, surgem regulamentos que visam tanto controlar a produção, a venda e a circulação deste tipo de produtos.

Com esta crescente representatividade nos vários meios, o fator específico das suas particularidades sociais, o seu diploma e participação nas grandes redes científicas, o médico vai adquirindo e solidificando o seu poder. Tal como indica Rita Garnel, a crescente presença de médicos no parlamento e cortes pode ser o melhor indicador deste reconhecimento social.³⁷⁶

Tabela 12 – Número de médicos em lugares de representatividade política entre a segunda metade da Monarquia Constitucional e a I República.

Período	Número de médicos
1861	7
1872	5
1880	8
1900	17
1908	14
1911-1915	58
1915-1917	44
1918-1919	29
1919-1921	29
1921-1922	27
1922-1925	22
1925-1926	33

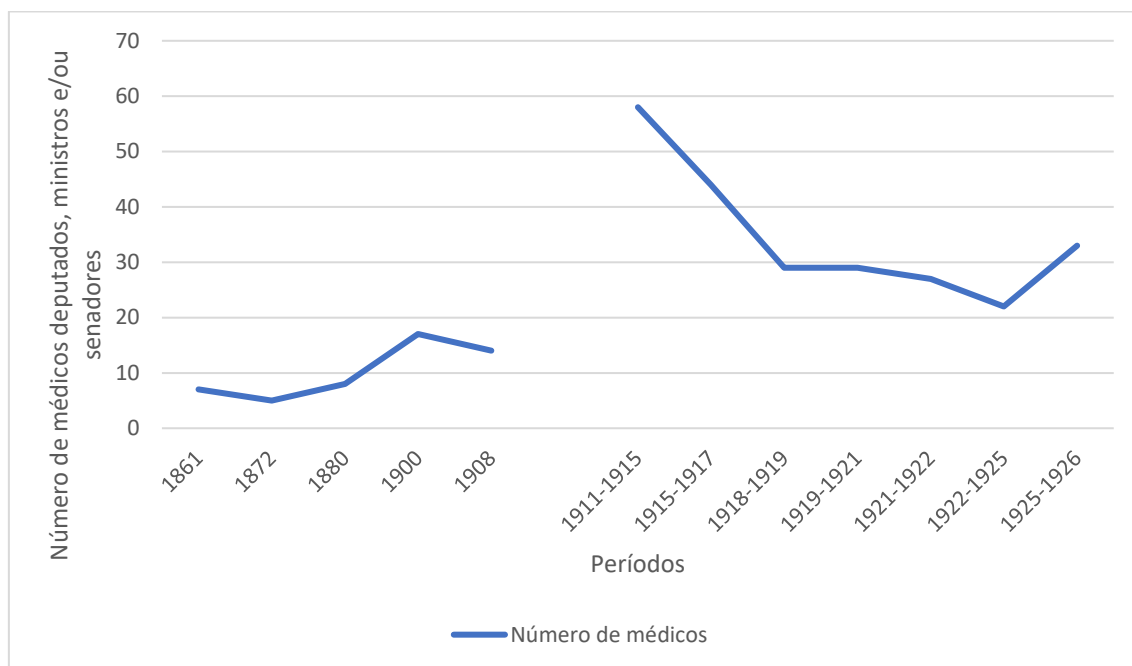
³⁷³ *Ibid.*, pp. 191–192.

³⁷⁴ *Ibid.*, pp. 193–194.

³⁷⁵ *Ibid.*, pp. 192–193.

³⁷⁶ Maria Rita Lino Garnel, “O Poder Intelectual do Médico: Finais do século XIX - inícios do século XX”, p. 231.

Gráfico 16 – Número de médicos em lugares de representatividade política entre 1861 e 1926



Tendo em conta a Tabela 12 e o Gráfico 16,³⁷⁷ verificamos que durante a segunda metade do oitocentos a presença de médicos nos espaços de representatividade política era ainda muito limitada, sendo que durante todo este primeiro período apenas 2,3% dos deputados, ministros e senadores tinham a prática médica enquanto atividade profissional única/principal.³⁷⁸ De facto, apesar da tendência crescente para a integração de médicos na representatividade política, é apenas com a I República que vai existir um aumento significativo na presença de profissionais da área da medicina,³⁷⁹ passando agora a

³⁷⁷ Os dados representados nestas tabelas e gráfico foram recolhidos das seguintes obras: Pedro Tavares de Almeida, *A construção do Estado Liberal: Elite política e burocracia na “Regeneração” (1851-1890)*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia Política, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 1995, p. 156.; Pedro Tavares de Almeida, *Eleições e Caciquismo no Portugal Oitocentista (1868-1890)*, Lisboa, Difel, 1991, p. 185. e A. H. Oliveira Marques, *Parlamentares e Ministros da 1ª República (1910-1926)*, Lisboa, Assembleia da República, 2000. Talqualmente reforçamos que os dados referentes à Monarquia Constitucional têm como base as sessões legislativas dos anos indicados, enquanto os referentes à I República refletem a totalidade das legislaturas.

³⁷⁸ Pedro Tavares de Almeida e António Costa Pinto, “Portuguese Ministers, 1851-1999: Social Background and Paths to Power”, *Harvard University*, n. 100, 2003, p. 14.

³⁷⁹ Este aumento dá-se em quase todos os campos da prática da medicina, tendo também representação os cirurgiões e os farmacêuticos (com 3 e 11 lugares respetivamente). Deve-se ainda reparar que alguns destes médicos (25) exerciam funções militares e não civis. Aparentemente, entre 1910 e 1926, somente a enfermagem é que ainda não tem este tipo de representação. Cf. A. H. Oliveira Marques, *Parlamentares e Ministros da 1ª República (1910-1926)*.

corresponder a 12,1% do total de deputados, ministros e senadores entre os vários governos até à sua queda.³⁸⁰ A distribuição destes médicos pelos diversos cargos também é representativa da sua crescente importância, tendo vários assegurado funções enquanto ministros e senadores, para além da elevada quantidade de deputados (Tabela 13).

Tabela 13 – Cargos políticos ocupados por médicos durante a I República³⁸¹

Cargos	Deputado	Ministro	Senador	Deputado e ministro	Deputado e senador	Ministro e Senador	Ministro, deputado e senador	Total
Médicos	65	1	19	14	24	2	7	132

Enquanto que durante a Monarquia Constitucional os médicos apenas têm representatividade enquanto deputados, ao longo da I República já é frequente a sua integração enquanto ministros e como membros do senado. Deste modo, já não ingressam exclusivamente enquanto deputados dos seus círculos eleitorais, sendo também já chamados a exercer funções enquanto parte superior do aparelho de Estado (ministros), abandonando a sua antiga condição enquanto “assistentes” de órgãos paralelos ao mesmo, como a Junta, Comissão e Conselho de Saúde Pública.

Assim, de forma sintetizada, parece-nos que a ascensão e afirmação do poder médico se devem a fatores de ordem técnica, social, política e cultural.

Dentro dos fatores técnicos inserimos os vários desenvolvimentos da medicina que levaram a melhores tratamentos, mas, mais importante, a tratamentos menos intimidatórios e com menor mortalidade.

De igual modo, a ligação da medicina à sociedade permitira que a manutenção da saúde dos povos não fosse uma causa individual, passando a ter uma expressão social e universal, através dos múltiplos movimentos contra os mais diversos distúrbios, deste

³⁸⁰ Pedro Tavares de Almeida e António Costa Pinto, “Portuguese Ministers, 1851-1999: Social Background and Paths to Power”, p. 14.

³⁸¹ A listagem destes integrantes e os seus respetivos cargos está no Anexo 8, de modo a facilitar a consulta na obra de onde foram retirados. Cf. A. H. Oliveira Marques, *Parlamentares e Ministros da 1ª República (1910-1926)*.

modo explicitando que a luta pela saúde não é um exercício exclusivo dos profissionais da área da medicina.

A esfera política adapta-se, reconhecendo gradualmente a importância da medicina e dos seus operativos. Isto manifesta-se tanto através da integração de um número crescente de médicos nos órgãos de representatividade política, como pelo crescente número de propostas e considerações feitas em parlamento, desde a segunda metade do oitocentos, para preservar a saúde das populações.

Por último, culturalmente dá-se uma abertura da medicina e das restantes temáticas científicas à restante população e dessa às ciências. Isto fica patente através da integração deste tipo de matérias nos periódicos noticiosos, já não sendo este tipo de informação exclusiva dos especializados. Logo, demonstrando uma abertura da população a novos assuntos, mas o inverso acontece, por exemplo, com a criação de museus científicos,³⁸² permitindo a interação de um público não necessariamente intelectual com o trabalho dos intelectuais das ciências.

³⁸² Um exemplo disto é o percurso do Museu Nacional de História Natural e da Ciência. Tendo os seus primórdios no Real Museu de História Natural e Jardim Botânico na Ajuda (Séc. XVIII), depois agregado à Academia Real das Ciências, transferido para a Escola Politécnica em 1858 e transformado em Museu Nacional de Lisboa em 1861 e inaugurado o Jardim Botânico em 1878. Cf. <http://www.museus.ulisboa.pt/pt-pt/historia-e-patrimonio> (consultado a 28 de agosto de 2017).

Conclusão

No período oitocentista, especialmente em Portugal, tanto o poder médico como a medicina encontravam-se em situação de transição, condicionados por conhecimentos em constante atualização e por contextos políticos nacionais e internacionais em mutação.

Tal como determinámos na nossa introdução, ao longo deste trabalho procurámos responder à questão: “se no final do século XIX e início do XX já é possível considerar a existência do poder médico enquanto algo consolidado, como é que lá se chegou?” Dada a quantidade de hipóteses de investigação que poderiam surgir deste tipo de premissa, procuramos aliar este tipo de análise a um caso concreto, as epidemias de cólera em Lisboa, de forma a restringir balizas cronológicas e matérias temáticas.

As estruturas de saúde e controlo sanitário do século XIX são um desenvolvimento daquelas estabelecidas no final do século XVIII. Assim, não se dá uma rutura total com as lógicas de “polícia”, mas sim uma tentativa de as melhorar. Afinal, um dos principais mecanismos desenvolvidos neste primeiro momento seria a estatística, algo que continuaria a ser usado e aprofundado no regime liberal.

A principal rutura entre estes dois períodos está na forma como se contempla os diversos assistidos. Enquanto que em setecentos a pobreza estava sacralizada e apreciada enquanto uma necessidade, algo que levaria à salvação das almas, o período oitocentista começa a observar a pobreza e os pobres enquanto indesejáveis, procurando delimitar e segregar aqueles que seriam os “verdadeiros” pobres dos “falsos”. De igual modo, a caridade deixa de ser considerada como alicerce da assistência, tendo o Estado oitocentista assumido a responsabilidade de assegurar o bem-estar dos povos, seus constituintes. Assim, a caridade deixa de ter primazia, dando lugar ao desenvolvimento da assistência pública enquanto prática e doutrina.

Esta transição reflete-se igualmente nos órgãos governamentais que lidavam com a saúde e a doença. Enquanto no século XVIII estes tinham funções diversas e nem sempre direcionadas para a saúde, com o avançar do novo século estas restringem as suas competências de forma a aumentar a eficácia na aplicação de medidas sanitárias e fiscalização de potenciais perigos. Contudo, num plano governamental esta transição sofre de problemas de aplicação, como explorámos anteriormente.

Também a medicina é um campo de mudanças. Ao longo do século encontramos várias alterações nos paradigmas, factor propulsor da emergência de diversas formas de

interpretação da doença e, mais particularmente, das epidemias. Até ao final do século XIX, não se sabia em concreto como determinadas doenças “funcionavam”. No caso da cólera epidémica, só com a descoberta do vibrião é que se torna possível criar tratamentos viáveis. Até à descoberta do vibrião, em 1883, todos os métodos eram pouco mais que hipóteses empíricas de resposta aos sintomas, sendo a prevenção mais eficaz que a teorizada cura.

Todas estas transformações estão, completas ou parcialmente, presentes no “palco hospitalar”. Os médicos eram produto de um ensino que passara da exclusividade coimbrã para uma “concorrência” tripartida com as outras duas grandes cidades. Manifesto tanto nas competências curriculares destes atores, como também na sua componente prática. Não nos esqueçamos que o médico é essencialmente um académico ou teórico com pouca experiência prática na sua saída da faculdade ou escola. Este fenómeno é facilmente verificável através do seu papel no meio hospitalar, onde é o menos presente dos profissionais da saúde. Como tal, a função do médico não é prestar assistência no seu sentido absoluto, mas sim propor tratamentos para serem praticados por outrem.

Por sua vez, o hospital é o resultado da tentativa de criar um espaço público de assistência médica, longe das providências religiosas das misericórdias e, idealmente, aberto a todos, indiferente à distinção social dos seus doentes. No entanto, a definição de “hospital” neste período não é tão simples, existindo algumas subtilezas. Para além da curativa verificámos existir uma faceta laboratorial e outra educacional. A primeira devido às formas de investigação médica praticadas nestes espaços. A segunda é o resultado da gradual integração de componentes práticas no ensino de medicina, levando a que estes espaços de tratamento público fossem utilizados no ensino dos estudantes de medicina através do regime de internato.

As epidemias de cólera em Lisboa acabam por ser ilustrativas de tudo isto e ao mesmo tempo revelando outras nuances. De um ponto de vista histórico, os estudos em torno da primeira vaga de cólera pouco desenvolvem para além da narrativa da “epidemia enquanto resultado da guerra civil”. Apesar de não estar totalmente incorreta, esta narrativa também não apresenta todos os detalhes necessários à sua compreensão. Para isto procurámos consultar os registos hospitalares, as memórias deixadas e a documentação do governo como forma de testar estas interpretações. Aquilo que concluímos é que existe uma explicação alternativa para a entrada da epidemia na cidade de Lisboa e que a mortalidade apontada pode não ser tão rigorosa como inicialmente

pensado. Paralelamente, verificámos que a ação médica na capital estava limitada por ordem do governo miguelista e respetivo temor dos médicos pelas possíveis represálias. Logo, o poder médico ainda estava controlado pelo poder político através da pressão para não executar tratamentos específicos para a cólera e a incapacidade dos médicos em recusar estas ordens.

A ação médica face à segunda vaga colérica já não se apresenta limitada por este tipo de imposições políticas superiores, mas sim por limitações económicas e desinteresse por parte das autoridades locais. Apesar da menor mortalidade causada conseguimos compreender que existiam deficiências nas estruturas de assistência. As mais óbvias são as materiais, tendo o Hospital de São José más condições para o acolhimento de doentes, agravado pela falta de outros bens essenciais, como medicamentos e roupas de cama para utilização dos doentes. A inflexibilidade das autoridades locais também prejudica as atividades preventivas, impedindo a rápida localização e preparação dos espaços provisórios. Em contrapartida, o governo e a rainha apoiam os trabalhos da comissão destacada para lidar com esta situação, demonstrando apoios nas estruturas políticas mais elevadas.

Face a esta análise das epidemias de cólera lisboetas sentimos necessidade de compará-las com as de outras cidades. Com os casos de Paris e Londres constatámos que os impactos destas epidemias são semelhantes, mas com nuances, produto de condições territoriais, lógicas governativas e diferentes realidades do poder médico. Deparamo-nos também com discursos distintos face à epidemia. Em Londres o discurso face à cólera assume características acusatórias, procurando atribuir a culpa da propagação e os seus impactos às classes pobres, raramente refletindo o contributo das estruturas vigentes para os resultados das hecatombes. Pelo contrário, o discurso médico parisiense toma contornos mais compassivos, promovendo o auxílio comunitário espontâneo e refletindo em torno das falhas das estruturas de saúde e organização territorial que permitiram a propagação e mortalidade provocadas pela cólera. Em Lisboa a comunidade médica age de forma a cobrir as carências deixadas pelo governo, nomeadamente através do trabalho individual do pessoal hospitalar e sua participação na mobilização e gerência dos movimentos filantrópicos que emergiram em resposta à epidemia.

O discurso médico português em torno destas epidemias acaba por ser resultado das suas vivências, invariavelmente condicionadas pelo seu período. Interessantemente, este discurso apresenta uma progressão entre vagas, reveladora da evolução da classe

médica e do poder que representa. A emergência e gradual afirmação deste tipo de poder acaba por ser resultado tanto da intervenção direta destes atores, como da transição de políticas e mentalidades em torno das questões de saúde.

A forma como os médicos se percecionam é revelador desta realidade. A construção de uma narrativa heroica e igualmente martirizante revela os seus esforços para se integrarem numa sociedade em transformação. Paralelamente, o seu discurso demonstra a insatisfação desta classe face à incapacidade de serem aceites socialmente. Sendo alvos de desconfiança por parte do povo que deviam servir (martírio) e sentindo a necessidade de se libertarem de algemas políticas para melhor exercer as suas funções (heroísmo). Assim, as esferas políticas e populares tinham interpretações diferentes da medicina e dos seus praticantes. O povo continuava a recluir a intervenção médica, os seus espaços e os seus objetivos e o Estado reconhecia a sua utilidade, mas não os considerava pares no jogo político.

A postura da comunidade médica portuguesa é ainda o reflexo de uma tentativa de insubmissão ou emancipação face à esfera política e de aproximação face aos populares. Ou seja, sabendo a comunidade médica que grande parte da população não tinha os conhecimentos necessários ou condições materiais favoráveis, os médicos procuraram difundir este conhecimento em falta à população numa tentativa de melhorar as suas condições de vida e quebrar preconceitos. Esta iniciativa fora feita de forma bipartida. Por um lado, através da adaptação dos seus textos de modo a serem compreendidos pelas classes sociais menos instruídas. Por outro, no plano político, pela implementação de medidas de controlo e vigilância dos espaços industriais e a aplicação de uma medicina social com impactos diretos na vida dos populares. Talqualmente, na esfera política, antes da implementação da medicina social, fora necessário continuar a justificar a utilidade do conhecimento médico aos órgãos governamentais. A segunda vaga de cólera em Lisboa traz um bom exemplo destes sucessos, nomeadamente pelo reconhecimento dos seus trabalhos preventivos por uma das representantes máximas do poder político, a rainha.

Porém, e como fomos apresentando ao longo deste trabalho, isto só se dá de forma mais clara no término do século XIX e com diferentes ramificações, sejam elas políticas, sociais ou intelectuais. Ainda assim, estas transformações começam logo a ser visíveis no início do oitocentos, sendo contributos inalienáveis para este longo processo.

Ainda assim, só com estes esforços de “atualização” da postura médica no início do século é que se conseguira alcançar um novo patamar neste tipo de poder, isto é, consolidando-o. Visível na forma como as temáticas relacionadas com a medicina começaram a integrar a consciência pública, mas também na gradual aceitação dos seus membros junto das comunidades pelas quais eram anteriormente temidos. As epidemias oitocentistas são exemplo disto, demonstrando como em períodos de crise os médicos eram peças essenciais para a manutenção da sociedade. Os diferentes impactos e estados de controlo político sobre esta classe durante as duas vagas de cólera aqui estudadas demonstram-no. Num primeiro momento revelando as “fraquezas” deste poder (limitações políticas), mas também como o fortalecer (imposição da “vontade” médica justificada pelo bem-comum) e, na segunda vaga, a sua concretização (gestão da epidemia mais independente da esfera política) e construção de outros alicerces (aumento do seu prestígio e representatividade política, afirmação da medicina científica junto das populações, etc.) que eventualmente levariam à sua consolidação mais definitiva no avançar do século.

Concluindo, o poder médico é construído de forma gradual. A consolidação deste tipo de poder no final da monarquia e início do século XX é resultado de várias transformações políticas, sociais e médicas da primeira metade do oitocentos. Aqui o panorama epidémico é um factor essencial na promoção deste tipo de desenvolvimentos, visto que leva à criação de novos meios de organização políticos e sociais para a saúde e dando oportunidade para as elites médicas se integrarem nas já referidas esferas de poder.

Dando esta dissertação por encerrada, aludimos a outras vias de investigação que nos parecem contribuir para a análise de questões relacionadas com a História da Medicina e da Ciência e fortalecer aspetos pouco desenvolvidos aqui. Dentro da Medicina ainda faltam estudos de outras áreas profissionais (como cirurgiões, parteiras/os, especialistas e os próprios estudantes desta área), mas também de questões mais gerais como as representações da ciência e medicina na cultura e pensamento popular (já existem alguns trabalhos em torno desta temática, mas de forma alguma suficiente). Ainda neste último campo seria interessante a abordagem de movimentos e revoltas que tenham as práticas médicas como questão central (por exemplo, a “Revolta da Vacina” dada no Brasil em 1904), como também da relação entre ciência/medicina e a esfera política, tanto num campo de políticas públicas como nas políticas científicas dos Estados ao longo da

“contemporaneidade”. Por último, parece-nos necessário compreender como funcionavam os restantes hospitais do país em período epidémico e no “regular”, visto que aquilo que encontramos para os tempos da cólera vai contra o que alguns estudos destes espaços explicitam.

Fontes e referências bibliográficas

Fontes manuscritas

Arquivo Nacional Torre do Tombo: *Hospital de São José*, livros 1807, 1885, 3010, 7001, 7003-7007 e 7009.

Arquivo Nacional Torre do Tombo: *Ministério do Reino*, caixa 1096, maço 979, pastas 1829-1833.

Periódicos

A aguia: diario politico, literario, analytico e mercantil, 1834, Lisboa.

A aguia do occidente, diario politico, literario, analytico e mercantil, 1834, Lisboa.

A Medicina Contemporanea: hebdomadario portuguez de sciencias medicas, 1915-1917, Lisboa.

Gazeta Médica de Lisboa, 1853-1858, Lisboa.

Fontes impressas, memórias e relatos da época

Alvarenga, Pedro Francisco da Costa, *Considerações sobre a Cholera-Morbus Epidemica no Hospital de S. José de Lisboa*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1856.

Alvarenga, Pedro Francisco da Costa, *Relatório sobre a Epidemia de Cólera no Hospital de Sant'Anna em 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858.

ANNAES do Conselho de Saude Publica do Reino. Tomo 1, N°1, Lisboa, Conselho de Saude Pública do Reino, 1838.

Authority of the French Government, *Report on the Cholera in Paris*, New York, Samuel S. & William Wood, 1849.

Benevides, Ignacio António da Fonseca, *Manual de instrucções preservtivas, e curativas da Cholera-Morbus Epidemica, Espasmodica, Asiatica, Pestilencial, Etc.*, Lisboa, Impressão Regia, 1832.

Broussais, François-Joseph-Victor, *Manual da Cholera-Morbus Nº3: o qual contém o resumo do tratado da cholera-morbus observada na epidemia de Paris de 1832*, Lisboa, Impressão Regia, 1833.

Câmara dos Pares do Reino, Nº116, 1855/06/27; Nº43, 1883/05/08.

Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, Nº59, 1845/03/19; Nº10, 1855/05/11; Nº21, 1857/02/28; Nº4, 1858/03/05; Nº5, 1859/05/06; Nº67, 1878/04/22; Nº091, 1879/05/07; Nº51, 1883/03/28; Nº72, 1883/04/25; Nº37, 1886/02/27; Nº34, 1898/03/17; Nº37, 1898/03/28; Nº15, 1900/01/31; Nº19, 1902/02/18; Nº75, 1908/08/22.

Código Penal aprovado por decreto de 10 de Dezembro de 1852, Lisboa, Imprensa Nacional, 1855.

Comissão Central de Saúde Pública de Paris, *Instrução popular ácerca da enfermidade chamada cholera-morbus ou uteis providencias contra essa molestia publicadas pela comissão central da saude pública de Paris*, Lisboa, Impressão Regia, 1832.

Conselho de Saúde Pública do Reino, *Breve relatório da Cholera-Morbus em Portugal nos annos de 1855 e 1854*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1855.

Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal no Annos de 1855, e 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858.

Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatorio da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Annos de 1855 e 1856 - Parte II*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1866.

Dias, Miguel António, *Directorio anti-choleric*, Lisboa, Typographia da Real Academia das Sciencias de Lisboa, 1833.

Diário das Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa, sessão nº 199, 13/10/1821, p. 2639.

Dupont, Paul, *Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et de 1849*, Paris, Imprimeur de l'assistance publique, 1850.

Gillkrest, J., *Cholera gleanings, a family handbook*, Gibraltar, Garrison Library Press, 1848.

Graham, George, *Report on the Mortality of Cholera in England, 1848-49*, London, W. Clowes and Sons, 1852.

Halma-Grand, Charles-Nicolas, *Relation du Choléra-Morbus Épidémique de Londres*, Paris, Mansut Fils, Libraire-Éditeur, 1832.

Hancock, Thomas, *The laws and progress of the epidemic cholera, illustrated by facts and observations*, London, Hamilton, Adams & CO, 1832.

Hospital de São José, *Regulamento das Enfermarias do Hospital Nacional e Real de S. José de Lisboa e Annexos*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1865.

Jorge, Ricardo d'Almeida, *Hygiene Social Applicada À Nação Portuguesa*, Livraria Civilização, 1885.

Latta, Thomas, “Saline Venous Injection in Cases of Malignant Cholera Performed While in Vapour Bath”, *Lancet*, 1832, 19.

Lazare, Félix; Lazare, Louis, *Dictionnaire Administratif et Historique des Rues et Monuments de Paris*, 2^a, Paris, Imprimerie de Morris et C^a, 1855.

Leitão, António José de Lima, *Um fragmento da Història da Epidemia que sob o nome Cholera-morbus Asiático, havendo percorrido a Ásia e a maior parte da Europa, chegou a Portugal no corrente anno de 1833.*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1834.

Mesquita, A.P. de, *Tractamento Homeopathico do Cholera-Morbus*, Bahia, Typ. Camilo de Lellis Masson & Co., 1855.

Moraes, D. João da Soledade, *Novo argumento sobre a Cholera-Morbus ou A Cholera-Morbus Encarada por Novo Combatente na Cruzada Humanitária em Campo para o Descobrimento da sua Causa, Prevenção e Curativo*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1856.

Mota, Eduardo Augusto, *Bosquejo Histórico da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa*, Lisboa, Imprensa de J. G. de Sousa Neves, 1878.

Nilo, José Romão Rodrigues, *Aviso ao Povo relativamente a Cholera-Morbo*, Lisboa, Typ. de Joaquim Germano de Sousa Neves, 1854.

Oliveira, Eduardo Freire de, *Elementos para a História do Municipio de Lisboa*, vol. 1, 1^o, Lisboa, Typographia Universal, 1882.

O'Shaughnessy, William, “Proposal of a New Method of Treating the Blue Epidemic Cholera”, *Lancet*, 1831, 17.

Pereira, J. F., *Breves e claras instrucções contra a Cholera-Morbus ordenadas em beneficio das familias e a ellas dedicadas*, Lisboa, Impressão Regia, 1833.

Pinto, Agostinho Albano da Silveira, *Noções sobre a cholera-morbus indiana: Extrahidas principiamente da obra de James Kennedy e d'outros*, Lisboa, Impressão Regia, 1832.

Programma das cadeiras da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa para o Anno lectivo de 1864-1865, Lisboa, Imprensa Nacional, 1865.

Queiroz, Eça de, *Os Maias: Episódios da vida romântica*, Lisboa, Livros do Brasil, 2008.

Regulamento de Salubridade das Edificações Urbanas, Lisboa, Imprensa Nacional, 1902.

Santos, A. M. R. dos, *Conselhos Hygienicos, e Therapeuticos Contra o Cholera-Morbus*, Lisboa, Impressão Silvania, 1848.

Silva, Severiano José da, *Propagação, Prophylaxia e Tratamento do Cholera-Morbus*, Porto, Typographia de Arthur José de Sousa e Irmão, 1890.

Sines, João Daniel de, *Cholera-Morbus. Appendice á Memoria já Offerecida ao Povo pela Sociedade Humanitaria Raspalhista*, Lisboa, Typographia, Rua da Condessa Nº3, 1855.

Siqueira Filho, José de Goes e, *These apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1º de Setembro de 1864*, Rio de Janeiro, Typographia de João Ignacio da Silva, 1864.

Stevens, William, *Observations on the Nature and the Treatment of the Asiatic Cholera*, Londres, Hippolyte Bailliere, 1853.

Torrie, João Stuart da Fonseca, *A Cholera-Morbus*, Nova Goa, Imprensa Nacional, 1868.

Vaz, Francisco D'Assis Souza, *Relação historica, statistica e medica da Cholera-Morbus em Paris*, Paris, J.P. Aillaud Quai Voltaire, 1833.

Vianna, Francisco José da Cunha; Barbosa, António, *Ensaio sobre a Cholera Epidemica, Lisboa*, Livraria de J. P. M. Lavado, Rua Augusta Nº8, 1854.

Bibliografia

“A Vision of Britain through Time”, in *GB Historical GIS / University of Portsmouth, London GovOf through time | Population Statistics | Total Population, A Vision of Britain through Time*, accessed 17 July 2017, at http://www.visionofbritain.org.uk/unit/10097836/cube/TOT_POP.

Abreu, Jean Luiz Neves, “Tratados e Construção do Saber Médico: Alguns Aspectos dos Paratextos nos Impressos de Medicina Luso-brasileiros Século XVIII”, *Território e Fronteiras*, vol. 6, n. 2, 2013, pp. 22-34.

Abreu, Laurinda, “A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados”, in *Arte Médica e Imagem do Corpo: De Hipócrates ao Final do Século XVIII*, Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal, 2010, pp. 97–120.

Abreu, Laurinda, *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal 1500-1755: Aspetos de Sociabilidade e poder*, Setúbal, Santa Casa da Misericórdia de Setúbal - 1990, 1990.

Abreu, Laurinda, “Emergência das Políticas Sociais e de Saúde Pública”, *COMMUNIO – Revista internacional católica*, vol. XXXI, n. 2, 2014, pp. 201-208.

Abreu, Laurinda, *European Health and Social Welfare Policies*, Reprocentrum, 2002.

Abreu, Laurinda, *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Viseu, Palimage Editores, 1999.

Abreu, Laurinda, *Pina Manique: Um Reformador no Portugal das Luzes*, 1ª, Lisboa, Gradiva, 2013.

Ackercknecht, Erwin, “Anticontagionism between 1821 and 1867”, *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 22, n. 5, 1948, pp. 562-593.

Almeida, Maria Antónia Pires de, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”, *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, vol. 18, n. 4, 2011, pp. 1057-1071.

Almeida, Maria Antónia Pires de, *Saúde Pública e Higiene na Imprensa Diária em anos de epidemias, 1854-1918*, Colibri, 2013.

Almeida, Pedro Tavares de, *A construção do Estado Liberal: Elite política e burocracia na “Regeneração” (1851-1890)*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia Política, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 1995.

Almeida, Pedro Tavares de, *Eleições e Caciquismo no Portugal Oitocentista (1868-1890)*, Lisboa, Difel, 1991.

Almeida, Pedro Tavares de; Pinto, António Costa, “Portuguese Ministers, 1851-1999: Social Background and Paths to Power”, *Harvard University*, n. 100, 2003, pp. 1–25.

Araújo, Yann Loïc Macedo de Moraes, “Heterodoxias da Arte de Curar portuguesa de oitocentos – o caso da homeopatia”, *Revista da Faculdade de Letras do Porto – História*, vol. 6, 2005, (III), pp. 153-167.

Araújo, Yann Loïc Macedo de Moraes, *Passos Manuel: Medicina, Homeopatia e Saúde Pública*, Coimbra, Gabinete de Publicações da F.L.U.C., 2006.

Baldwin, Peter, *Contagion and the State in Europe (1830-1930)*, Cambridge University Press, 2005.

Barreiros, Bruno, “As complexas teias da medicina popular: Projecto político e resistências populares em Portugal no Século XIX”, *Cultura, Espaço e Memória*, n. 5, 2014, pp. 77-88.

Barreiros, Bruno, *Concepções do Corpo no Portugal do Século XVIII: Sensibilidade, Higiene e Saúde Pública*, 1ª, Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus, 2016.

Bastos, Cristiana; Barreto (orgs.), Renilda, *A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2011.

Beltrão, Jane Felipe, “Memórias da cólera no Pará (1855 e 1991): tragédias se repetem?”, *História, Ciência e Saúde-Manguinhos*, vol. 14, 2007, pp. 145-167.

Botelho, Luíz da Silveira, *Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil- 75º Aniversário*, Mafra, Elo - Publicidade, Artes Gráficas, LDA, 2000.

Brasier, Angeline, “Prisoners’ bodies: methods and advances in convict medicine in the transportation era”, *Health History*, vol. 12, n. 2, 2010, pp. 18–38.

Brasier, Angeline, “Prisoners’ Veins: Failures and Advances in the Treatment of Cholera”, *Melbourne Historical Journal*, vol. 42, n. 1, 2014, pp. 147-164.

Cascão, Rui, “Demografia e sociedade”, in *História de Portugal: O liberalismo*, vol. 5, Editorial Estampa, 1994, pp. 425–439.

Cosme, João, “As preocupações higio-sanitárias em Portugal (Segunda metade do século XIX e princípio do XX)”, *Revista da Faculdade de Letras – História*, vol. 7, 2006, (III), pp. 181-195.

Costa, Rui Manuel Pinto, *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização de uma área científica (1839-1974)*, Tese de Doutoramento, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2010.

Creighton, Charles, *A History of epidemics in Britain: From the Extinction of Plague to the present time*, vol. II, Cambridge, Cambridge University Press, 1894.

Crespo, Jorge, *História do Corpo*, Difel, 1990.

Esteves, Alexandra; Araújo, Marta Lobo, “Cholera in the Portuguese Region of Alto Minho in the Second Half of the Nineteenth Century: Epidemic Outbreaks, Treatment and Behaviors”, *Hygiea International*, vol. 9, n. 1, 2010, pp. 183-198.

Foucault, Michel, *A Microfísica do Poder*, Edições Graal, 1982.

Foucault, Michel, *O Nascimento da Clínica*, Forense-Universitária, 1977.

Garnel, Maria Rita Lino, “O Poder Intelectual do Médico: Finais do século XIX - inícios do século XX”, *Revista História das Ideias*, vol. 24, 2003, pp. 213–253.

Garnel, Maria Rita Lino, “Os médicos, a saúde pública e o Estado improvidente (1890-1926)”, in *O Espectro da Pobreza: História, Cultura e Política em Portugal no Século XX*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, 2016, pp. 27–57.

Garnel, Maria Rita Lino, “Prevenir, cuidar e tratar: O ministério e a saúde dos povos (1834-1958)”, in *Do Reino à Administração Interna: História de um Ministério (1736-2012)*, INCM - Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2015, p. 389 a 413.

Garnel, Rita, “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, n. 9, 2009, pp. 229–251.

George, Francisco, “Doenças de transmissão hídrica: notas para a história da epidemiologia”, *Nota Histórica*, vol. 18, n. 2, 2000, pp. 33-34.

Graça, Luís, “A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX [History of Health at Work: 2.1. The 1899-1901 Portuguese Public Health Reform]”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos16.html>.

Graça, Luís, “Assistência Pública e Filantropismo Privado no Séc. XIX [Public Assistance and Private Charity (Portugal, XIX Century)]”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos100.html>.

Graça, Luís, “Diferenciação Socioeconómica dos Praticantes da Arte Médica até ao Século XIX”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2004, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos61.html>.

Graça, Luís, “Função Supletiva do Estado no Domínio da Saúde até à II Guerra Mundial”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 2004, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos96.html>.

Graça, Luís, “Higia e Panacea: da Arte de Curar a Doença à Arte de Conservar a Saúde [Hygia and Panacea: from the Art of Healing to the Art of Health Promotion]”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 1999, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos2.html>.

Graça, Luís, “Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa. Parte III: “Em Lisboa nem Sangria Má nem Purga Boa” [Portuguese Sayings About Health and Health Care. Part Three]”, in

Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work], 2000, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos75.html>.

Graça, Luís, ““Vale Mais um Ano de Tarimba que Dez de Coimbra” [Portuguese Sayings About Medical Teaching and Practice in the Old Age](a)”, in *Textos sobre Saúde e Trabalho [Papers on Health and Work]*, 1999, at <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos13.html>.

Hamlin, Christopher, *Public Health and social justice in the age of Chadwick Britain 1800-1854*, Cambridge University Press, 2009.

Herring, Ann; Battles, Heather, *Hamilton's Forgotten Epidemics*, 2012.

Jewson, Nicholas, “The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology: 1770–1870”, *Sociology*, vol. 10, n. 2, 1976.

Justino, David, *Formação do espaço económico nacional*, vol. I, Lisboa, Vega, 1988.

Le, Jacqueline, “How Disease Instills Fear into a Population”, in *Hamilton's Forgotten Epidemics*, 2012, pp. 62-71.

Lefebvre, Henri, *The production of Space*, Editions Anthropos, 1991.

Lemos, Maximiano, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, vol. II, 1ª, Lisboa, Manoel Gomes Editor, 1889.

Lemos, Maximiano, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, vol. I, 1ª, Lisboa, Manoel Gomes Editor, 1889.

Lopes, Maria Antónia, “As grandes datas da existência: momentos privados e rituais públicos”, in *História da Vida Privada: A Época Contemporânea*, vol. 3, Círculo de Leitores e Temas e Debates, 2011, pp. 152–193.

Lopes, Maria Antónia, “Misericórdias portuguesas: poderes e cobiças pessoais, políticas e eclesiásticas (sécs. XVIII-XX)”, *Seminário de Investigação “Modernidade e Tradição: Economia, Sociedade e Inovação no Mundo Contemporâneo”* - Série V. FCSH-UNL, 2015.

Lopes, Maria Antónia, “Os pobres e a assistência pública”, in *História de Portugal: O liberalismo*, vol. 5, Editorial Estampa, 1994.

Lopes, Maria Antónia; Sá, Isabel dos Guimarães, *História Breve das Misericórdias Portuguesas (1495-2000)*, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

Lousada, Maria Alexandre, “A cidade vigiada: A Polícia e a Cidade de Lisboa no início do século XIX”, *Cadernos de Geografia*, n. 17, 1998, pp. 227–232.

Lousada, Maria Alexandre, *Espaços de Sociabilidade em Lisboa*, Dissertação de Doutoramento em Geografia Humana, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 1995.

Marques, A. H. Oliveira, *Nova História de Portugal: Portugal e a Instauração do Liberalismo*, vol. 9, Editorial Presença, 2002.

Marques, A. H. Oliveira, *Nova História de Portugal: Portugal e a Regeneração*, vol. 10, Editorial Presença, 2004.

Marques, A. H. Oliveira, *Parlamentares e Ministros da 1ª República (1910-1926)*, Lisboa, Assembleia da República, 2000.

Marques, Alexandra, *O tratamento anti-rábico e a criação do Instituto Bacteriológico em Lisboa*, Dissertação de Mestrado em História das Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, 2010.

Mateus, Elsa Frazão, *Ervas que curam: Da “Terra das Ervanárias” à produção de plantas medicinais e de conhecimento*, Tese de Doutoramento em Antropologia da Saúde, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, 2014.

Mattoso, José, *História de Portugal: O Liberalismo*, vol. 5º, Editorial Estampa, 1994.

Mira, Matias Ferreira de, *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, Edição da Empresa Nacional de Publicidade, 1947.

Mónica, Maria Filomena, *Dicionário Biográfico Parlamentar 1834-1910 : D-M*, vol. 2, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2005.

Palluault, Florent, *Medical students in England and France 1815-1885: A comparative study*, Doctoral thesis in Philosophy, Trinity, University of Oxford - Faculty of Modern History - History of Science, 2003.

Pancrácio, Paulo Jorge Moura Pires, *História da Medicina Internacional no Século XIX*, Monografia, Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012.

Pandora, Katherine, “Popular Science in National and Transnational Perspective: Suggestions from the American Context”, *Focus-Isis*, vol. 100, n. 2, 2009, pp. 346-358.

Pita, João Rui, *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal (1772-1836)*, Minerva Editora, 1996.

Risse, Guenter, “Epidemics and medicine: the influence of disease on medical thought and practice”, *Bulletin of History of Medicine*, vol. 53, n. 4, 1979, pp. 505-519.

Rivlin, J.J., “Getting a medical qualification in England in the nineteenth century”, *Medical Historian*, vol. 9, 1997, pp. 56–63.

Rodrigues, Teresa Maria, *Lisboa no Século XIX - Dinâmica populacional e crises de mortalidade*, Lisboa, Tese de Doutoramento em História Económica e Social dos Séculos XIX e XX da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Santos, António Pinto, *O Combate à Tuberculose - Uma Abordagem Demográfico-Epidemiológica: O Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975)*, Dissertação de Mestrado em História Regional e Local, Lisboa, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 2010.

Santos, Maria de Lourdes Lima dos, *Intelectuais portugueses na primeira metade de oitocentos*, Editorial Presença, 1988.

Sartwell, Philip; Maxey, Kenneth; Rosenau, Milton; Coelho, Aloísio Moreira, *Medicina Preventiva e Saúde Pública*, vol. 1, 2ª, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1979.

Serafim, Teresa, “Demografia. Quando os bairros históricos de Lisboa quase foram demolidos”, in *PÚBLICO*, accessed 9 April 2018, at <https://www.publico.pt/2016/12/28/ciencia/noticia/quando-os-bairros-historicos-de-lisboa-quase-foram-demolidos-1756264>.

Silveira, Luís Nuno Espinha da, *Os Recenseamentos da População Portuguesa de 1801 e 1849*. Edição Crítica, vol. 3, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, 2001.

Snow, John, *Snow on cholera: being a reprint of two papers*, New York, The Commonwealth Fund, 1936.

Subtil, Carlos Louzada Lopes, *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração (1821-1852)*, 1ª, Porto, Universidade Católica do Porto, 2016.

Tengarrinha, José, *História da Imprensa Periódica Portuguesa*, Lisboa, Portugalia Editora, 1965.

Tulodziecki, Dana, “A case study in explanatory power: John Snow’s conclusions about the pathology and transmission of cholera”, *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 42, n. 3, 2011, pp. 306-316.

Viegas, Valentino; Frada, João; Miguel, José Pereira, *Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde, 2006.

Weisz, George, “The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century”, *Bulletin of History of Medicine*, n. 77, 2003, pp. 536–575.

Youngson, A. J., “Medical education in the later 19th century: the science take-over”, *Medical Education*, vol. 23, n. 6, 1989, pp. 480–491.

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição de pacientes por hospital de acordo com o sexo em 1833. Página 57.

Gráfico 2 – Doentes de cólera em Lisboa de acordo com o seu sexo em 1833. Página 57.

Gráfico 3 – Distribuição de pacientes de acordo com o período de entrada e saída por cura ou morte em 1833. Página 58.

Gráfico 4 - Duração da visita hospitalar em 1833. Página 59.

Gráfico 5 – Distribuição dos doentes por enfermaria de acordo com o sexo dos doentes entre 1855 e 1856. Página 72.

Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes de acordo base no seu estado civil e sexo por hospital entre 1855 e 1856. Página 73.

Gráfico 7 – Entradas de doentes de cólera de acordo com o seu sexo entre 1855 e 1856. Página 74

Gráfico 8 – Pirâmide de idades percentual de acordo com as entradas nos hospitais entre 1855 e 1856. Página 75.

Gráfico 9 – Pirâmide de idades percentual de acordo com o censo de 1849. Página 76.

Gráfico 10 - Distribuição de pacientes de acordo com o período de entrada e saída por morte ou cura entre 1855 e 1857. Página 78.

Gráfico 11 - Duração da visita hospitalar entre 1855 e 1856. Página 78.

Gráfico 12 – Mortalidade nos domicílios em 1856 de acordo com o relatório. Página 83.

Gráfico 13 – Mortalidade nos espaços hospitalares em 1856 de acordo com o relatório. Página 84.

Gráfico 14 – Mortalidade nos hospitais provisórios de acordo com o relatório de 1866. Página 85.

Gráfico 15 – Duração das visitas hospitalares mortais em Londres, Paris e Lisboa durante a segunda vaga de cólera epidémica. Página 90.

Gráfico 16 – Número de médicos em lugares de representatividade no governo entre 1861 e 1926. Página 130.

Lista de mapas

Mapa 1 – Hospitais de cólera em 1833 de acordo com os registos de entrada de doentes do Hospital de São José. Página 52.

Mapa 2 – Distribuição de doentes da epidemia de cólera, com base na sua residência e localização dos hospitais em 1833. Página 62

Mapa 3 – Hospitais provisórios para combate à epidemia de cólera de 1855/56. Página 70.

Mapa 4 - Distribuição de doentes da epidemia de cólera, com base na sua residência e localização dos hospitais em 1855/56. Página 80.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Plano curricular da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra da reforma pombalina até à formação das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto. Página 39.

Tabela 2 – Programa curricular dos cursos de medicina nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra após 1836. Página 40.

Tabela 3 – Comparação entre o número de mortos declarados para 1833 no mapa de enterramentos e aqueles presentes nos registos do Hospital de São José. Páginas 54 e 55.

Tabela 4 – Número de mortes, sobreviventes e respetiva taxa de cura por hospital em 1833. Página 59.

Tabela 5 – Habitantes por bairro com base nos censos de 1801 e organização administrativa de 1811 a 1834. Página 60.

Tabela 6 – Gratificações dos diferentes funcionários dos hospitais provisórios entre 1855 e 1856. Página 67.

Tabela 7 – Impactos da cólera entre sexos, ordenado por estado civil entre 1855 e 1856. Página 73.

Tabela 8 – Número de mortes, sobreviventes e respetiva percentagem de curados por enfermaria entre 1855 e 1856. Página 76.

Tabela 9 – Casos de cólera com base no relatório da epidemia de 1855. Página 82.

Tabela 10 – Comparação dos impactos da epidemia de cólera em Lisboa, Paris e Londres. Página 88.

Tabela 11 – Impactos da epidemia de cólera em Paris de acordo com os *arrondissements* em 1832. Página 96.

Tabela 12 – Número de médicos deputados, ministros e senadores no governo entre a segunda metade da Monarquia Constitucional e a I República. Página 129.

Tabela 13 – Cargos ocupados por médicos durante a I República. Página 131.