



COMMUNIO

Revista Internacional Católica

Adalberto Campos Fernandes - Saúde. Escolhas, custos e valor

Laurinda Abreu - Emergência das políticas sociais e de saúde pública

José M. Pereira de Almeida - As desigualdades sociais fazem mal à saúde

J. Queiroz e Melo - Sustentabilidade em saúde, um novo paradigma de cuidados

Ana Escoval - Patrícia Barbosa - O Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Isabel Fernandes - Os sentidos da hospitalidade ou a medicina narrativa

Olivier Chaline - 1914-1918. Defesa ou autodestruição da civilização?

Sérgio Deodato - O direito à protecção da saúde no Estado social

Vitor Feytor Pinto - Pastoral da Saúde

Saúde e questões sociais

EMERGÊNCIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE PÚBLICA

LAURINDA ABREU

Do ponto de vista social, um dos mais relevantes legados do século XVIII foi a identificação da pobreza como o principal problema de saúde pública. Sob a égide dos iluministas, a associação entre a situação económica dos indivíduos e a incidência da doença ganhava uma nova formulação conceptual, fazendo caminho em direcção à Revolução Francesa, que haveria de proclamar os valores da cidadania e dos direitos sociais, entre os quais o direito à assistência e à saúde. Pesem embora as devidas diferenças, alguns dos pressupostos das novas políticas sociais já tinham sido identificados no início da modernidade, quando se tornou claro que as mudanças económicas poderiam contribuir para a degradação das condições de vida das populações mais débeis. Com maior dificuldade de resposta, os mais pobres ficavam mais expostos a todo o tipo de enfermidades, num tempo em que a vida era breve. A fronteira entre a pobreza e a miséria revelava-se ténue e difícil de restabelecer uma vez ultrapassada, e a sociedade era compelida a agir. O que se propõe neste texto é uma viagem, necessariamente curta e fragmentada, ao modo como foram organizadas as primeiras políticas sociais em Portugal, tendo em conta o contexto europeu e, como baliza cronológica, o final de Setecentos. A análise terá as misericórdias como núcleo central, mas numa perspectiva relacional com outras instituições e iniciativas sociais.

I

A doença, a infância, a velhice e a vividez, sobretudo feminina, eram as situações que mais convocavam a generosidade das populações, na Europa Ocidental, moldada pelos valores do cristianismo. Assistir aos enfermos, a quinta das sete obras de misericórdia corporais, foi das socialmente mais apelativas, sobretudo na vertente da criação de hospitais; terão sido na ordem de vários milhares, fundados na Europa medieval. Os maiores tendiam a seguir o traçado monástico e dispunham de espaços para a realização do culto, mas a maioria era constituída por residências particulares de reduzida dimensão. Comum a grandes e a pequenos, a vertente religiosa, expressa no dever de os administradores mandarem celebrar as missas e mais ofícios litúrgicos determinados pelos instituidores, mas também na obrigação de quem neles se acolhia rezar pelas almas dos seus beneméritos.

Foi no cenário das disrupções provocadas pela crise do século XIV, que acentuou a discrepância entre os recursos disponíveis e o número de necessitados, que os poderes políticos iniciaram a reorganização dos mecanismos de apoio formal, isto é, os que providenciavam assistência com alguma base institucional, mas não necessariamente em contextos de institucionalização. Lentamente, vê-se emergir a figura do pobre, mercedor da caridade, conformada com requisitos de índole moral e religiosa, sendo os mendigos e os vagabundos condenados – em Portugal o marco jurídico determinante foi a Lei das Sesmarias de 1375 –, perseguidos pelas comunidades por se recusarem a acatar a ordem estabelecida e, muito particularmente, pela ociosidade usurpadora de bens, sempre escassos. Em termos institucionais, as grandes reformas iriam começar precisamente pelos hospitais.

Na variedade de designações que nestes tempos se encontram para o vocabulo “hospital” – albergaria, hospedaria, hospício, entre outras – se espelha a indefinição funcional destes organismos, confirmada pela diversidade de de “pacientes” que os registos documentais permitem descorinar, entre velhos, parturientes, peregrinos, viajantes, prostitutas e crianças, alguns deles efectivamente doentes, outros procurando “apenas” recuperar forças e o conforto de um tecto. Eram poucos os hospitais que possuíam um aparato médico, como o de S. Bartolomeu, de Londres, o Hôtel-Dieu, de Paris, o Hospital do Espírito Santo, de Roma, o Hospital de Santa Maria Nuova, de Florença, ou o mais recente Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, com

regimento de 1504. Como aqueles, também o hospital central de Lisboa devia excluir os portadores de doenças incuráveis ou contagiosas, remetendo os viajantes e os peregrinos para espaços exteriores ao complexo das enfermarias, limitando a hospedagem a duas ou três noites, como era comum ao tempo. A importância do respeito por este procedimento era lembrada por D. Manuel I, em 1502, à Câmara Municipal de Évora, responsável pelo Hospital do Espírito Santo: os hospitais apenas deviam aceitar doentes.

Reunindo os bens e os encargos de um conjunto alargado de pequenos hospitais e outros institutos, prodigamente dotado pela Coroa, o Hospital de Todos os Santos afirmava-se como paradigma do hospital moderno, sob a tutela do poder político que, em Portugal como no resto da Europa, subvertia as orientações do Concílio de Viena, de 1311, que apelavam a reformas urgentes, reconhecendo as dificuldades das administrações eclesiásticas: a defesa dos direitos das almas daqueles que tinham partilhado o seu património com os pobres, que estariam a ser desrespeitados, foi um argumento decisivo no sentido de convencer a Igreja da benevolência dos monarcas quando chamaram a si os hospitais, num momento em que as questões de saúde pública ganhavam terreno nas políticas governamentais. A luta contra a mendicidade, atrás mencionada, reforçou-se no quadro epidemiológico decorrente da Peste Negra, com a Coroa portuguesa também a assumir a gestão centralizada das epidemias. Quando, no cumprimento das decisões do Concílio de Trento (1545-1563), a Igreja procurou recuperar poder sobre os hospitais, encontrou a resistência dos monarcas que se recusaram a ceder direitos considerados como adquiridos; Portugal foi a excepção nesta tendência, não porque a Coroa tivesse prescindido do controlo administrativo dos hospitais, mas porque a Igreja não o requereu. No que à assistência diz respeito, Portugal encontrou no papado um esteio seguro para todas as suas decisões, com especial realce para as que visaram as confrarias de misericórdia. Recorde-se que foi neste concílio que a Coroa alcançou o reconhecimento das misericórdias como confrarias de protecção régia, o mesmo era dizer, não sujeitas à autoridade da Igreja. Nesta altura, as misericórdias já tinham conquistado o seu lugar na sociedade e preparavam-se para dominar o campo da assistência.

A primeira misericórdia portuguesa, a de Lisboa, foi fundada a 15 de Agosto de 1498, seguindo os princípios das confrarias coevas, mas transportando desejos de inovação nas práticas de caridade e assistência, cuja

orientação era assumida pela Coroa. Portugal acompanhava neste ponto as transformações que corriam um pouco por toda a Europa e que procuravam responder aos modernos quadros socioeconómicos e a um desejo de maior intervenção social dos leigos. A particularidade da situação nacional expressou-se na decisão régia de reproduzir a nova confraria à escala nacional, império incluído: em 1521, à morte do rei D. Manuel I, existiam perto de 80 misericórdias, cerca de 140 trinta e seis anos depois, no final do reinado de D. João III, e mais de 300, em 1640;¹ todas tinham como matriz organizacional a Misericórdia de Lisboa, perseguiram os mesmos objectivos e actuavam de acordo com as mesmas regras.² Refira-se, todavia, que a importância das misericórdias só se consegue apreender em toda a sua extensão analisando-as em função do projecto de reorganização social, que foi também de definição e centralização do poder real, um poder consciente do valor político e económico da população, que tinha no exercício da caridade pública – a *caritas* – uma das virtudes morais expectáveis no bom governante.

Na origem da disseminação das confrarias de misericórdia esteve a vontade de o poder político dar alguma organização às manifestações da caridade privada, de forma a torná-las socialmente mais eficientes. As catorze obras de misericórdia registadas nos seus primeiros compromissos não podem ser tomadas literalmente, como se se tratasse de um programa de acção, até porque poucas confrarias teriam capacidade para as implementar; de resto, a prioridade régia ia para os presos e para os doentes pobres. Num sistema judicial com um elevado nível de corrupção, só os pobres permaneciam na prisão. Privados de liberdade, os presos ficavam sem capacidade para custear a sua subsistência, já que tudo era pago nas cadeias, endividando-se junto de carcereiros pouco escrupulosos, que transformavam as prisões em autênticos mercados, dominando-as em benefício próprio. Muitos deles, presos por dívidas ou roubos relacionados com bens de consumo – os crimes mais representados nas prisões do período moderno – acumulavam dívidas sobre dívidas, enredando-se num círculo vicioso, sem saída possível. Foi a

entrada das misericórdias nas prisões que permitiu a milhares de presos receber, para além da assistência espiritual, alimentação, cuidados médicos e apoio judiciário. Quando assumiram os hospitais, as misericórdias tenderam a desinvestir nos presos, por incapacidade de atender a tantos pobres, segundo se queixavam.

Inicialmente, a intervenção das misericórdias na área da saúde restringia-se ao apoio domiciliário dos doentes e ao encaminhamento das situações mais graves para os hospitais. A aproximação das misericórdias aos hospitais foi bastante lenta até 1564, quando a Coroa transferiu o Hospital de Todos os Santos para a Misericórdia de Lisboa. Dois anos mais tarde, os hospitais do Espírito Santo de Évora e de Setúbal eram entregues às respectivas misericórdias e, a partir daí, poucos ficariam fora da sua administração.

A integração dos hospitais nas misericórdias esteve na origem de uma verdadeira refundação destas confrarias, quer em termos de prioridades assistenciais, quer patrimoniais. No primeiro caso porque, para além dos doentes hospitalizados, as misericórdias receberam também as crianças abandonadas que estavam sob a responsabilidade hospitalar, uma vertente assistencial igualmente regulamentada por D. Manuel I, sendo que ambos, doentes e expostos, se sobrepujaram a todos os outros grupos assistidos pelas Santas Casas. No segundo, porque os hospitais, para além do seu património, transportavam a capacidade de atrair novas doações, que transformaram muitas misericórdias em poderosas entidades financeiras. Neste percurso, há que relevar o engenho demonstrado pela Coroa de envolver as elites locais no projecto das misericórdias. As condições que lhes foram oferecidas, facilitando a mobilidade social ascendente, permitindo-lhes franquear as portas do governo das comunidades, em muito contribuíram para a efectiva execução das directrizes emanadas do poder central. E aqui uma palavra é devida aos monarcas castelhanos, sobretudo a Filipe II (Filipe I de Portugal), que não só continuou o programa social dos seus antecessores como, pela provisão de 30 de Junho de 1593, reforçou as competências assistenciais das misericórdias, afastando as outras confrarias, que ficaram impedidas de competir com as Santas Casas nas funções por elas desempenhadas.

No contexto da estruturação do sistema de apoio social desenvolvido ao longo do século XVI, que atribuía cada vez maior protagonismo às misericórdias, um outro evento deve ser referido, até porque interagiu com estas

¹ José Pedro PAIVA, "O movimento fundacional das misericórdias (1498-1910)". *A Solidiedade nos Séculos: A Confraternidade e as Obras*. Porto: SCMP e Alêtheia Editores 2009, pp. 397-412.

² É vasta a bibliografia especializada sobre misericórdias. Entre outros, podem consultar-se os trabalhos de Isabel dos Guimarães Sá, Maria Marta Lobo de Araújo, Maria Antónia Lopes e Laurinda Abreu. Para aprofundamento documental, *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, coord. José Pedro Paiva, 9 Vols., Lisboa: Universidade Católica/União das Misericórdias Portuguesas 2002-2010.

contrárias: a decisão régia, já no final da dinastia de Avis, de criar condições para que os pobres tivessem acesso a cuidados médicos gratuitos – um bem que estava ao alcance de poucos, dada a escassez de médicos e o elevado custo do seu trabalho.³ Por diploma de 1568, a Coroa deu início a um processo de formação de médicos na Universidade de Coimbra, financiada com 33 bolsas de estudo pagas por 74 municípios. Em 1604, foram acrescentadas bolsas para 20 boticários e mais que duplicado o contributo financeiro do poder local, forçado a investir em recursos de saúde com a promessa de que, na escolha dos bolseiros, a universidade daria preferência aos candidatos provenientes dos municípios pagantes. Ainda não é possível confirmar se assim aconteceu, mas a nomeação de médicos e boticários concebidos a partir dos finais dos anos 70 de Quinhentos demonstra o desejo de recuperarem o investimento realizado. Mais ainda, a documentação revela que os salários destes profissionais foram maioritariamente pagos pelos rendimentos régios; uma análise mais fina haveria de mostrar a ligação entre este movimento e o das misericórdias, actuando conjuntamente para potenciar resultados; o facto de se tratar de redes de elites locais, que circulavam entre as câmaras e as Santas Casas, explica a coesão desta iniciativa. Independentemente do seu grau de eficácia, de difícil avaliação, está-se em presença de uma estrutura institucionalizada, de dimensões consideráveis, que coloca o país num lugar de relevo em termos europeus no que concerne à organização de cuidados médicos para as populações mais carenciadas. A circunstância de ter sido desenvolvida ao mesmo tempo que o cardeal-rei D. Henrique foimentava a criação dos celeiros do trigo para ajudar os mais carenciados, tem uma importância social e política que não pode ser menosprezada.

Os celeiros do trigo foram o último elemento do conjunto das políticas sociais estabelecidas ao longo de Quinhentos, que deram consistência a um edifício capaz de resistir ao passar dos séculos, com alguns dos seus atributos a revelarem uma longevidade assinalável. Isto mesmo, se confrontado com as reformas do século XVIII, quando triunfou a ideia de que a saúde das populações estava mais dependente das escolhas políticas do que de

algum determinismo social, ao mesmo tempo que era reconhecido ao Estado o direito de controlar a distribuição de recursos e os comportamentos dos seus utilizadores. Ainda que combatendo a ideologia da revolução e os seus defensores, em Portugal, o intendente Pina Manique (1780-1805) combinava o modelo francês com o germânico conduzido por Johann Peter Frank e, na articulação das competências e dos recursos da Intendência Geral da Polícia com os da Casa Pia, delineava uma série de utopias sociais e sanitárias, assentes no envolvimento dos médicos na assistência gratuita e preventiva aos pobres e na formação escolar e profissional dos seus filhos: à semelhança do que se fazia em Hamburgo, Paris ou Londres. Procurando cativar a Igreja para os seus projectos, Pina Manique quis estender ao país as experiências realizadas no Castelo de S. Jorge, local onde funcionavam os diversos organismos que compunham a Casa Pia. Mas, ao ignorar as dinâmicas subjacentes a um sistema assistencial que durava há cerca de três séculos e ao prescindir do diálogo com os seus principais actores, as misericórdias, criou as condições do seu insucesso.⁴

II

De todo este processo, importa ainda discutir o número dos seus beneficiários: apesar de todas as fragilidades inerentes ao tratamento estatístico da informação para épocas tão distantes, está provado para várias cidades europeias que a assistência formal apenas atingiria entre 6% a 10% das populações, quando os níveis de pobreza seriam da ordem dos 35% a 50%. Valores similares de assistidos foram encontrados para Évora,⁵ a única cidade portuguesa que, até ao momento, dispõe de estudos desta natureza, mas não é de supor que fosse muito diferente no resto do país: regra geral, são pequenas as listas dos pobres regularmente assistidos pelas misericórdias. A respeitabilidade como critério de atribuição deste tipo de auxílio, para além da residência conhecida, automaticamente afastava os mendigos

³ De referir que o reduzido número de médicos diplomados não significava que os pobres não acessem a cuidados de saúde. A concorrência dos empiricos era enorme, em Portugal sob a tutela do físico-mor e do cirurgião-mor, o primeiro também responsável pelos médicos graduados no estrangeiro. A luta entre a universidade e o físico-mor por benefícios económicos e poder haveria de ter consequências negativas na forma como evoluíram o ensino e a prática da medicina em Portugal.

⁴ Laurinda Abreu, *Pina Manique. Um reformador no Portugal das Luzes*. Lisboa: Gradiva 2013.

⁵ Rute Parval, *Práticas de caridade, assistência e controlo social, em Évora, no período moderno: séculos XVI-XVIII* (dissertação de doutoramento polycopiada), Universidade de Évora 2013.

e os vadios, que constituiriam, a crer nos textos coevos, uma parcela importante da população. Alguns deles poderiam ter acesso às “esmolas da porta”, distribuídas por várias misericórdias em determinados momentos do calendário litúrgico, ou receberem assistência nos hospitais – as instituições assistenciais que mais pobres acolheram durante o Antigo Regime –, contornando as regras e apresentando-se com identidades alteradas, nomeadamente como trabalhadores. Os administradores dos hospitais estavam cientes da vulnerabilidade dos trabalhadores, sujeitos à precariedade do mercado laboral, mas também da importância de os manter nas comunidades, papel que os hospitais podiam desempenhar dando-lhes guarida entre diferentes tarefas e, na impossibilidade de se certificarem da veracidade das informações transmitidas, aceitavam todos aqueles que se apresentassem nessa condição. Mendigos e vagabundos estariam também entre os contempulados pelas cartas de guia, espécie de salvo-conduto concedido aos pobres em trânsito, que lhes garantia o apoio das misericórdias por onde passavam, a que às vezes se juntavam pequenas esmolas e transporte; seguramente, também entre os presos, mas, no cômputo geral, teriam uma expressão residual. O mesmo acontecia, à excepção das grandes misericórdias, com as raparigas que recebiam dotes para casar e com os cativos para adquirirem a sua liberdade. Outra dimensão, quer em termos numéricos, quer de impacto financeiro, teve a assistência às crianças abandonadas, provavelmente o maior fracasso das políticas assistenciais em Portugal, se a avaliação tiver em conta as taxas de mortalidade, que podiam ultrapassar os 90%.

Quaisquer que sejam os números, contudo, a assistência foi um fenómeno socialmente bastante amplo, que não se pode confinar a uma mera divisão dicotómica entre pobres e doadores/administradores do sistema. Antes, por inúmeras razões, demandava toda a sociedade, e só contextualizando as práticas e os actores se consegue ter uma visão mais próxima do que terá sido um universo de grande complexidade. Também por isso se torna absolutamente imperioso revalorizar comportamentos de subsistência, como o roubo ou a prostituição, e a assistência prestada no seio da família ou no âmbito das relações vicinais.

Laurinda Abreu é professora de História na Universidade de Évora, tendo-se especializado no estudo da caridade, assistência e saúde pública no Período Moderno. Publicou recentemente *Pina Manique. Um reformador no Portugal das Luzes*. Lisboa: Gradiva 2013. Tem no prelo *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (sec. XVI-XVIII)*.