



Direitos Reservados

Hospital Real de Todos os Santos (Praça da Figueira em Lisboa)

PENSAR HISTORICAMENTE OS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

LAURINDA ABREU*

TENDO A SAÚDE EM Portugal constituído matéria da governação política pelo menos desde o século XVI, sobretudo no que concerne ao enquadramento legislativo e à tutela das instituições assistenciais, verifica-se que o poder cen-

tral nunca assumiu o seu cabal financiamento: o conseqüente subfinanciamento, a par do carácter assistencial da prestação de cuidados de saúde, são os dois atributos mais marcantes do sector, quando a análise é feita na longa duração.

A sua estruturação remonta ao reinado de D. Manuel I (1495-1521), quando, a partir do trabalho desencadeado pelos monarcas precedentes, foram lançadas as bases do edifício que haveria de perdurar durante vários séculos.

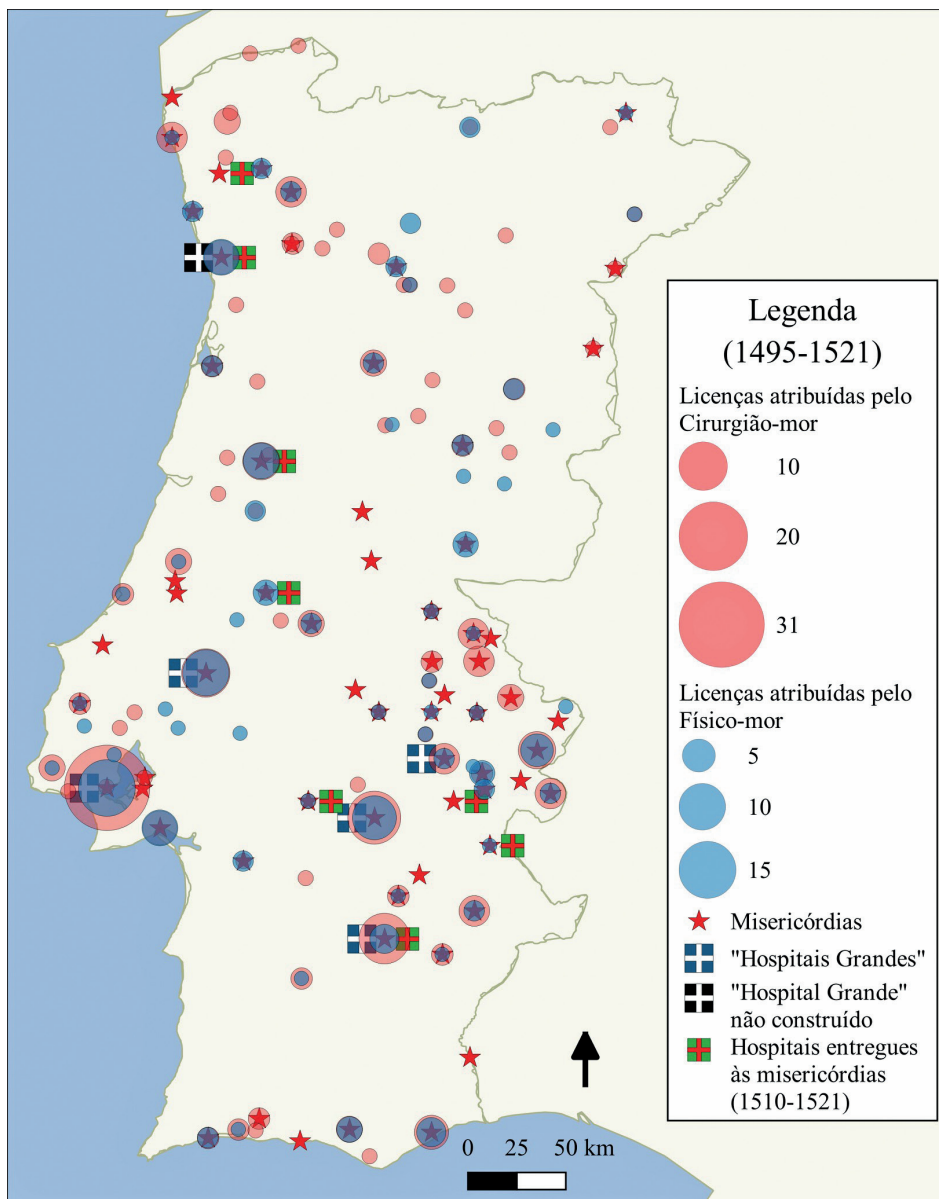
Num contexto europeu de desregulação social e de graves problemas de saúde pública, mas também de novas preocupações humanistas e religiosas com os mais pobres e desprotegidos, D. Manuel I transformou as questões da saúde e da assistência em questões da governação política. Entre outras razões, visava-se promover o aumento da população, em tempos de construção de um império transcontinental, que carecia de recursos humanos. Por vontade régia, nasceram os hospitais *médicos*, assumidos como locais de cura e, por isso, afastando das enfermarias peregrinos, viajantes, doentes contagiosos ou incuráveis, grupos que, até então haviam partilhado aqueles espaços: assim aconteceu no maior e mais importante hospital português, o Hospital de Todos os Santos, e nos que foram fundados ou remodelados à sua imagem. Paralelamente, a Coroa procurava reformar o ensino médico universitário e desenhava, com a colaboração do cirurgião-mor e do físico-mor, um alargado programa de controlo e regulação dos agentes da saúde com formação empírica. A concessão e a renovação de licença para trabalhar a centenas de médicos e cirurgiões, neste enquadramento, respondiam também à crescente procura social, especialmente a oferecida pelas misericórdias, criadas neste reinado.

Oficializada a 15 de Agosto de 1498, a Misericórdia

**POR VONTADE RÉGIA,
NASCERAM OS HOSPITAIS
MÉDICOS, ASSUMIDOS
COMO LOCAIS DE CURA
E, POR ISSO, AFASTANDO
DAS ENFERMARIAS PEREGRINOS,
VIJANTES, DOENTES
CONTAGIOSOS OU INCURÁVEIS,
GRUPOS QUE,
ATÉ ENTÃO HAVIAM PARTILHADO
AQUELES ESPAÇOS.**

córdia de Lisboa iniciava um tempo novo em Portugal no que concerne à saúde e à assistência. Em Dezembro de 1521, à morte de D. Manuel I, existiriam já 77 misericórdias, no reino e no império, ultrapassando as trezentas no início do século XVII. As misericórdias eram confrarias laicas, ancoradas em valores religiosos, e tinham como missão o auxílio aos pobres, sobretudo os doentes e os presos. A partir da década de 1510, a Coroa começou a entregar-lhes os hospitais, uma política ampliada após o Concílio de Trento (1554-1563), momento decisivo da consolidação do poder das misericórdias na área da saúde.

SAÚDE – UM DIREITO CONSTITUCIONAL



Mapa 1 – Recursos formais de saúde e assistência ao tempo de D. Manuel I
Fonte: "Oferta e regulação em saúde: o legado de D. Manuel I (1495-1521)", Laurinda Abreu, in *As sete obras de misericórdia corporais nas Santas Casas de Misericórdia* (séculos XVI-XVIII), Maria Marta Lobo de Araújo (coord.), Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2018, p. 52.

Além da impressionante distribuição de meios de assistência e saúde ao tempo de D. Manuel I, ilustrada no mapa 1, cabe realçar a fixação de instrumentos normativos tendentes à padronização do território, embora adaptados localmente às circunstâncias, a partir de dois documentos matriciais: o regimento do Hospital de Todos os Santos e o compromisso da Misericórdia de Lisboa. De salientar, ainda, a capacidade de negociação régia, que soube convencer os concelhos a seguir os desígnios do poder central e, por essa via, aumentar a sua influência sobre o reino. A chave esteve, precisamente, nas Misericórdias: apesar de seguirem a tradição confraternal há muito instalada no Ocidente, distinguiram-se, entre outros factores, pela tutela régia – a título de exemplo, só o Rei podia aprovar a sua fundação e os seus compromissos. Diferenciavam-se igualmente pela composição social equitativa, entre representantes da nobreza e do povo: a integração de membros do povo nos órgãos de gestão das misericórdias, ainda que dos estratos mais elevados, constitui-se, em alguns casos, como uma oportunidade de mobilidade social; num país onde a nobreza era escassa, as misericórdias ajudaram a construir elites provenientes de camadas populares, que dominaram a assistência, às vezes conjuntamente com o principal órgão do poder local – as câmaras municipais. Com as Misericórdias, a Coroa quis centralizar numa instituição as iniciativas individuais de caridade, mas também a competência para seleccionar os pobres de acordo com os padrões morais da época, num universo de muitos ne-

cessitados e poucos recursos. Para custear as despesas, D. Manuel I concedeu-lhes o direito de receberem legados e doações testamentárias com o objectivo do seu autofinanciamento, um expediente que conduziu à desresponsabilização financeira estatal em relação à saúde. Rapidamente esta política se mostrou problemática, não só pelo volume dos encargos assistenciais acumulados pelas misericórdias, mas também devido a situações de má gestão patrimonial e práticas danosas, em benefício dos próprios confrades. Destes factos germinaria uma relação de suspeição mútua entre o poder central e as elites locais administradoras das misericórdias: o primeiro efabulando riquezas (que muitas não tinham) incorrectamente aplicadas; os segundos desconfiando do poder central e dos seus tribunais, prontos a interferir nas suas práticas governativas e a apropriar-se dos seus bens.

A estrutural falta de dinheiro do Estado, traduzida na dificuldade em garantir o acesso à saúde em todo o território, resultaria num sistema de apoio mínimo, assente na caridade, reservado a alguns pobres. Para minorar os problemas, e também afastar os cristãos-novos ligados à saúde, em 1568 a Coroa determinou a criação de bolsas de estudo, suportadas pelos municípios, destinadas a formar médicos e boticários na Universidade de Coimbra. As vantagens para os municípios consistiam na possibilidade de os recrutar depois de formados: os designados médicos e boticários de “partido”.

Apesar desta medida política, a Coroa revelou-se incapaz de acompanhar as mudanças em curso além-fronteiras, embora a informação

chegasse a Portugal, nomeadamente a partir de Paris, onde residia Ribeiro Sanches, o médico português mais cosmopolita do século XVIII. Defensor de uma profunda reforma do ensino de todos os agentes da saúde, propunha, para os médicos, a prática da cirurgia desde a entrada na universidade – em Portugal a cirurgia continuava a ser considerada uma actividade menor, não académica –, experiência em universidades e hospitais estrangeiros e contínua actualização bibliográfica. Ribeiro Sanches condenava ainda o ancestral atavismo nacional para pagar salários baixos, compensados com estímulos honoríficos. Algumas das suas ideias terão chegado a Pina Manique através de um sobrinho-neto, Henriques de Paiva, colaborador próximo do intendente-geral da Polícia, que tentou implementá-las no último quartel de Setecentos. À maneira autoritária que se lhe reconhece, Pina Manique quis obrigar os médicos a servir gratuitamente os pobres e a Igreja e as misericórdias a transferirem para o Estado os recursos gerados pela caridade: só o Estado, afirmava, seria capaz de os repartir segundo critérios de racionalidade e de controlar a sua aplicação. Partindo de distintos pressupostos ideológicos, convergiam ambos, o médico e o governante, na necessidade de quebrar as lógicas dos interesses instalados e do favorecimento pessoal em detrimento do mérito e do trabalho. E, também, no princípio de que o Estado devia regular a colocação dos médicos pagos pelas rendas públicas de forma a evitar a sua concentração em Lisboa, enquanto o resto do país ficava entregue aos cirurgiões, muitos

PINA MANIQUE QUIS OBRIGAR OS MÉDICOS A SERVIR GRATUITAMENTE OS POBRES E A IGREJA E AS MISERICÓRDIAS A TRANSFERIREM PARA O ESTADO OS RECURSOS GERADOS PELA CARIDADE: SÓ O ESTADO, AFIRMAVA, SERIA CAPAZ DE OS REPARTIR SEGUNDO CRITÉRIOS DE RACIONALIDADE E DE CONTROLAR A SUA APLICAÇÃO.

deles com formação muito questionável. A situação de subfinanciamento estatal da saúde e os apelos à caridade privada por parte dos poderes políticos manter-se-ia ao longo do século XIX, mesmo depois do triunfo do liberalismo. Num ambiente de permanente instabilidade governativa, apesar do maior investimento estatal na saúde e na assistência, faltou à Monarquia Constitucional capacidade política e financeira para executar integralmente as leis promulgadas: entre outras, a primeira lei de saúde pública, de 3 de Janeiro de 1837, que previa já a existência de uma relativamente densa

estrutura de apoio médico a nível nacional, sob supervisão do Ministério do Reino. A maioria da população oscilava entre a pobreza e a miséria, com muitas doenças ainda endémicas em Portugal, quando já recuavam noutros países da Europa. Como os iluministas franceses haviam reconhecido no século anterior, a pobreza constituía o principal problema de saúde pública, e não era com paliativos que se fazia uma revolução. Cabe aqui uma palavra para os filantropos, comprometidos politicamente e detentores de um programa de acção higienista e moralizador, que visava transformar a sociedade; nestes, contam-se vários médicos que colocavam o seu saber e os novos conhecimentos científicos ao serviço da saúde pública e dos mais vulneráveis.

Foi com as Misericórdias – sobretudo com as Misericórdias – e com uma multiplicidade de outras instituições, como as sociedades de socorros mútuos, quase sempre com poucos recursos e destinadas a alvos circunscritos, que Portugal entrou no século XX, sem cumprir os princípios da redistribuição da riqueza tão propalados pelos liberais. E assim se manteria, dependente das dinâmicas locais, caritativas ou de autofinanciamento, apesar do reformista *Regimento Geral dos Serviços de Saúde e de Beneficência* Pública, de 1901, e da legislação republicana que se lhe seguiu, na sequência da Constituição de 1911. Sob a égide da Constituição de 1933 e do Código Administrativo de 1936, assistir-se-ia a um renovado movimento fundacional de instituições assistenciais, de cariz corporativo, acompanhado pelo surgimento da Previdência Social (1935).

Para si e para os serviços públicos, o Estado reservava um papel meramente supletivo, embora continuando a regular a iniciativa privada e associativa, sobremaneira as misericórdias, a quem o Estado Novo reconhecia um lugar central em toda a assistência, onde se incluía a administração dos hospitais. Não obstante o crescente número de beneficiários dos serviços prestados, mantinha-se um sistema socialmente restrito e conotado com a pobreza.

Assim, a saúde e a assistência foram das áreas menos dadas a mudanças em Portugal até ao século XX. Não nas formas nem nos pressupostos, que esses foram evoluindo com o tempo, mas no modelo organizativo, modo de financiamento e características de relacionamento entre os protagonistas envolvidos: o poder central e as entidades que, no terreno, cuidavam das populações. Seria preciso esperar pela década de 1980, na sequência da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979, que criou o Serviço Nacional de Saúde, para que o Estado chamasse a si a responsabilidade pela saúde e bem-estar de todos os portugueses, financiada pelos impostos pagos pelos cidadãos.

*Universidade de Évora/Cidehus