

A assistência e a saúde como espaços de inovação: alguns exemplos portugueses

Laurinda Abreu

Historiadora. Professora da Universidade de Évora

A análise histórica demonstra que as questões da caridade, assistência e saúde tiveram no Portugal Moderno um momento único em termos de organização e desenvolvimento de novas políticas: tratou-se de um longo século XVI, para usar a célebre expressão de Braudel, que recua ao reinado de D. João II e se prolonga pelo tempo da União Ibérica. De todas as iniciativas então tomadas destaca-se a primeira reforma dos hospitais planeada e executada a nível nacional, a criação e a expansão das confrarias de Misericórdia, quer na metrópole, quer nos territórios ultramarinos, e a estruturação de uma rede de profissionais de saúde, composta por médicos, cirurgiões e boticários, academicamente formados com o apoio dos impostos e depois colocados ao serviço das populações economicamente mais frágeis. No seu conjunto, e já numa perspectiva europeia, estas intervenções configuram uma realidade com especificidades próprias ainda que enquadrada nas grandes linhas reformadoras das políticas sociais que então se experimentavam.

Da Peste Negra à Reforma dos Hospitais

Devastadora em termos populacionais e de funcionamento da sociedade, a grande peste que em Setembro de 1347 entrou na Europa com as galeras genovenses que faziam o comércio asiático foi determinante para a concepção, desenvolvimento e aplicação de um conjunto de medidas preventivas e profilácticas precursoras das modernas políticas de saúde pública. A primazia foi das cidades italianas onde a epidemia deflagrara – Veneza, Florença, Pistóia, Orvieto, Milão –, mas no início de 1348 várias cidades europeias estavam já a reflectir e a escrever sobre o fenômeno, permutando a informação. Ainda que a ritmos diferenciados, a aceleração das trocas comerciais, em boa parte responsável pela dimensão da pandemia, facilitava a circulação do conhecimento e a partilha de experiências e aprendizagens. Nos finais do século XV prefigurava-se já a formação de um espaço europeu não só ao nível das representações sobre a peste mas também das práticas e procedimentos relacionados com as questões sanitárias e de saúde pública. O impacto, raramente positivo, do desenvolvimento económico sobre a saúde das populações, seguido de intervenções institucionais no sentido de criar soluções para as disfunções provocadas, fazendo evoluir os meios de protecção, tornando-os mais eficientes é, em termos europeus, uma evidência histórica fortemente sustentada em provas empíricas, precisamente a partir da Peste Negra.

Depois da regulamentação das medidas de combate e prevenção da peste, da criação dos Conselhos de Saúde, da organização das quarentenas e da construção dos lazaretos, as autoridades, civis e religiosas, voltaram-se para os hospitais. Ainda que indirectamente, o mote partira do Concílio de Viena, de 1311, e das sugestões dali saídas em relação ao (des)governo dos hospitais, as principais formas de apoio institucional que a piedade tardo-medieva fizera surgir. Polissémicos no sentido, nas funcionalidades e até na estrutura física, os *hospitais* medievais resistiam mal às transformações decorrentes da nova ordem económica, social e política que despontava nos alvores do Período Moderno e impulsionava o poder a agir.

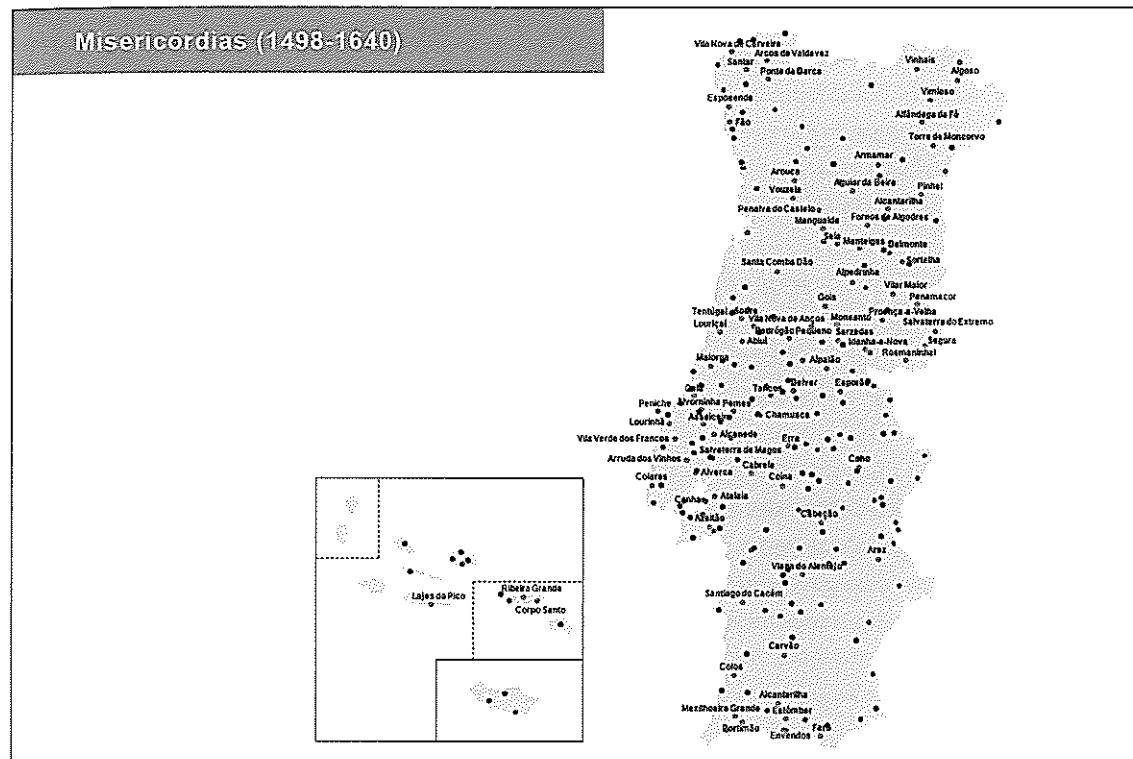
A reforma iniciada em Milão, em 1448, pelo Arcebispo Rampini, foi o modelo amplamente difundido, de certa forma codificado no Regimento do Hospital de Florença, que vários monarcas europeus, nomeadamente D. João II e Henrique VIII, procuraram seguir. Assente na concentração dos pequenos institutos e seus rendimentos num único hospital (o que em cada centro urbano oferecesse melhores condições ou, em alternativa, transferindo o património reunido para um hospital construído de raiz), o Hospital Moderno nascia submetido a novas regras jurídico-administrativas, transportando orientações precisas quanto aos serviços a prestar e, não menos importante, quanto aos grupos a assistir. Determinações que reflectiam uma renovada política contra mendigos e vagabundos, contra a ociosidade, portanto, mas também a novíssima percepção social de que doença e pobreza poderiam constituir realidades separadas e, por isso mesmo, necessitavam de cuidados diferenciados. Como de resto, D. Manuel I claramente expressa na carta que dirige ao município de Évora em 1502, a propósito do Hospital do Espírito Santo, proibindo a entrada de «*proues saños que bem podem trabalhar*», porque o hospital se destinava ao tratamento dos doentes.

Em Portugal, pelo menos desde 1496, que a Coroa integrara a questão da avaliação dos institutos assistenciais numa dimensão mais abrangente que incluía as capelas, albergarias, gafarias e confrarias, além dos resíduos e dos bens dos órfãos, aproveitando para inquirir sobre o estado em que se encontravam e recolher provas de incúria dos administradores e da ruína das fundações, nos casos em que tal se verificasse, argumentos fortes que iriam facilitar a anuência papal – necessária, tratando-se de bens sujeitos ao direito canónico – a um alargado processo de centralização e reforma hospitalar, concretizado por D. Manuel I, ainda que iniciado pelos seus antecessores. O Hospital de Todos os Santos, em esboço desde 1479, é um dos resultados, indiscutivelmente o mais conhecido, da acção da Coroa nesta área.

Mandado edificar em 1492 por D. João II e inaugurado por D. Manuel I em 1501, o que ficaria conhecido como *Hospital Real*, ou *Hospital Grande*, erguer-se-ia como um símbolo emblemático de soberania, testemunho da magnificência de um poder político que se oferecia em grandioso espectáculo. Juntamente com o Hospital das Caldas, um hospital termal fundado pela rainha D. Leonor em 1488, o Hospital de Todos os Santos constitui um marco no panorama hospitalar português. Não só em termos arquitectónicos – pela introdução de uma nova gramática, renascentista, de linhas geométricas e racionalmente planeado de acordo com as funcionalidades atribuídas aos diferentes espaços – mas, sobretudo, pela nova concepção de *hospital* que transportava: um espaço que embora não descurasse a assistência espiritual, presente em múltiplos elementos, devia privilegiar as funções curativas.

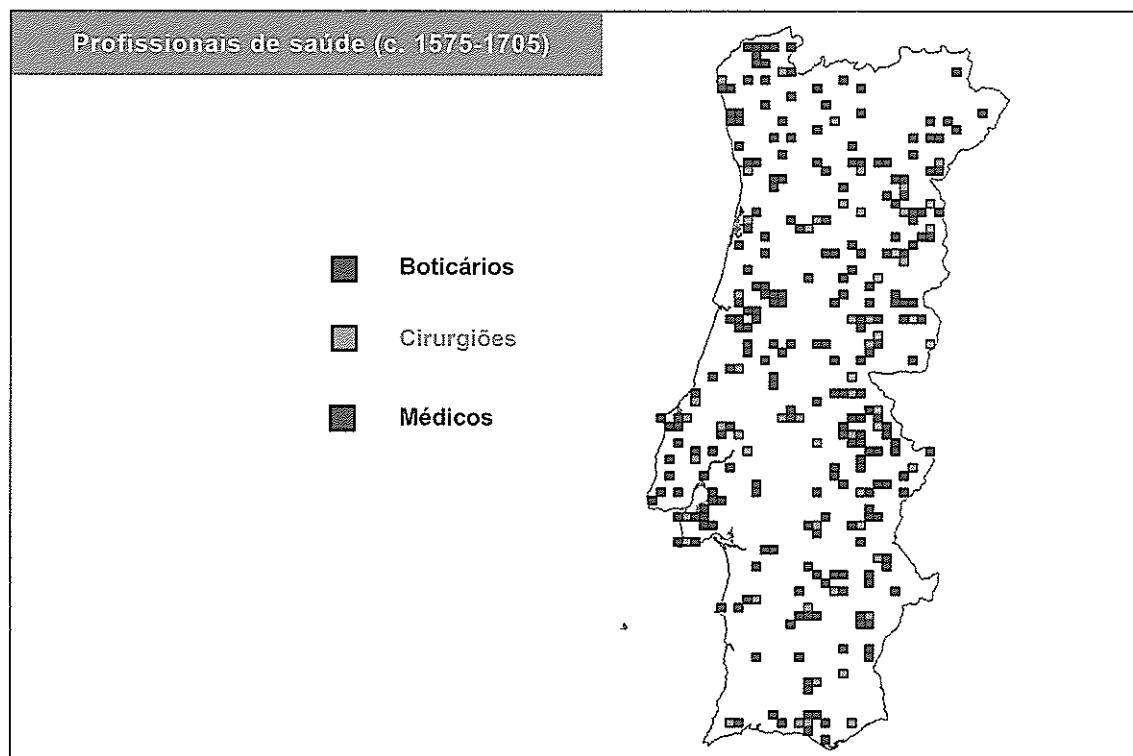
Com cerca de cem leitos e um corpo de profissionais de saúde com competências definidas, ainda que, como era comum ao tempo, a maioria não tivesse qualificações médicas, o hospital limitava, de acordo com o seu regimento, a presença de «*pedymtes amdamtes*», confinados a um anexo, exclusivamente destinado a estadias curtas. Nas enfermarias, sifilíticos incluídos, perseguia-se a cura – razão pela qual os portadores de doenças contagiosas e os doentes incuráveis não eram ali admitidos («*porque aquelles que forem yncuraves e sem remedyo avemos por bem que nam sejam no dyto esprital recebidos*») – e davam-se os primeiros passos no sentido da medicalização da assistência hospitalar.

Misericordias (1498-1640)



**MAPA CRIADO A PARTIR DA OBRA *PORTUGALIAE MONUMENTA MISERICORDIARUM*,
LISBOA, UNIVERSIDADE CATÓLICA/UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS**

Profissionais de saúde (c. 1575-1705)



MAPA CRIADO A PARTIR DAS CHANCELARIAS RÉGIAS (IAN/TT) RELATIVAS AO PERÍODO EM CAUSA

Ainda que sem a dimensão do Hospital Real de Todos os Santos, vários outros hospitais gerais foram surgindo pelo país, num processo relativamente comum ao resto da Europa mas que em Portugal era organizado pela Coroa e implementado à escala nacional, sem que se conheça, como aconteceu noutras geografias, qualquer contestação por parte da Igreja à profunda reforma em curso. Reforma e inovação no campo da caridade e assistência eram também características das confrarias que então nasciam pela mão régia: as confrarias de Misericórdia.

As confrarias de Misericórdia

Oficialmente instituída em Lisboa no dia 15 de Agosto de 1498, a Misericórdia surgia como uma confraria de leigos irmanados pelos mesmos propósitos caritativos, que o seu Compromisso registava sob a forma das catorze obras de misericórdia.

Porém, não era ao nível dos objectivos definidos nem do discurso que lhes dava forma, que a Misericórdia de Lisboa se distinguia das confrarias tardo-medievais que a tinham antecedido. A diferença impunha-se em termos da sua operacionalidade, composição social e estatuto. No essencial, a Misericórdia de Lisboa nascia assente numa organização funcional precisa nos intentos e com algum cuidado na distribuição das tarefas e mecanismos de administração; pressupunha uma representação equitativa de nobres e das elites de segunda condição e era assumida pelo poder político como uma confraria sob protecção régia. Uma prerrogativa de maior importância, esta última, que deve ser integrada no processo mais vasto de centralização e reforço do poder da Coroa que estava em movimento. E neste sentido, através das Misericórdias, a monarquia propunha-se reorganizar o quadro das práticas caritativas e assistenciais, numa dinâmica sociopolítica que reverteria em proveito próprio por quanto incrementaria o seu domínio sobre áreas que antes lhe escapavam.

É nesta perspectiva que importa analisar o investimento de D. Manuel I na criação de Misericórdias nas principais cidades e vilas do país. O envio de emissários régios às câmaras municipais instando os notáveis das terras a fundarem uma Misericórdia, propondo-lhes como matriz o Compromisso da Misericórdia de Lisboa, demonstra bem os intentos do monarca em todo este processo. A forma como procurou envolver as elites locais, apelando aos seus valores cristãos e ensejos de intervenção social, concedendo-lhes, enquanto gestores das novas confrarias, os mesmos privilégios, honras e distinções inerentes ao governo municipal, revelam o interesse régio nas novas confrarias. Confirmado, aliás, pelo meticoloso e célebre trabalho desenvolvido por diferentes organismos da administração central no sentido de dotar as Misericórdias de personalidade jurídica e condições institucionais e económicas que lhes permitissem iniciar as suas actividades. As mais de setenta Misericórdias existentes à morte de D. Manuel I, em Dezembro de 1521, mostram, de sobremaneira, os resultados desse esforço. No final do reinado de Filipe IV, em 1640, ascendiam a mais de três centenas.

Contudo, mais impressivo que o número de Misericórdias fundadas em Portugal e no seu império é o que elas representavam em termos de regulação dos procedimentos na área da caridade e da assistência e, em certa medida, de redistribuição de recursos locais. Inicialmente vocacionadas para a assistência aos presos e aos pobres, apesar do seu amplo programa de intenções, assistir-se-ia, a partir de meados do século XVI, a um recentramento das funções das Misericórdias, orientado pela Coroa, agora mais interessada em as ligar à administração hospitalar. Por detrás desta nova estratégia encontrava-se uma conturbada experiência de governo dos primeiros *Hospitais Gerais* mas também directos interesses das elites locais, já perfeitamente conscientes das potencialidades das Misericórdias, inclusivamente ao nível das hipóteses de mobilidade social que abriam. Uma posição que se reflecte no modo como, no espaço de cinquenta anos, as elites locais, ou quem a elas queria pertencer, alteraram a sua atitude em

relação às Misericórdias deixando de ser meras, e às vezes resistentes, receptoras das propostas régias, para passarem à condição de proponentes de novas Misericórdias. O que cronologicamente coincide com o processo de transferência dos hospitais.

A entrega do Hospital Real de Todos os Santos à Misericórdia de Lisboa em 1564 não inaugura o movimento de transferência dos hospitais para as Misericórdias mas representa o momento em que a Coroa o decidiu fazer de forma sistemática. Com muitos dos hospitais recebidos, às Misericórdias chegava também a responsabilidade pelos expostos, geralmente em parceria com as câmaras municipais que deviam co-financiar as despesas com as crianças e com as suas amas, embora raramente o fizessem nos moldes e no tempo a que os contratos celebrados entre as duas instituições obrigavam.

O reforço de competências das Misericórdias na área da assistência e da saúde acabaria consagrado por diploma de 1593, o documento que, ao impedir que outras entidades pudessem ser suas concorrentes nos serviços por elas prestados, oficializava uma situação de quase-monopólio em vários ramos da assistência institucionalizada. Concretamente, aos doentes (em situação hospitalar ou não), aos pobres (incluindo aqui diversos tipos de pobreza e de pobres), aos presos e muitas vezes às crianças abandonadas.

Em suma, concentração de diversas valências assistenciais sob a responsabilidade de confrarias que, ainda que com alguma autonomia, se regiam pelos mesmos princípios estatutários, desenvolviam o seu trabalho no quadro das mesmas orientações administrativas e financeiras e dependiam directamente do poder tutelar da Coroa. Uma Coroa cada vez mais interventora, em boa parte devido às tensões e conflitos gerados à conta da administração das riquezas acumuladas pelas Misericórdias no âmbito das doações recebidas para celebração de missas pelas almas do Purgatório: um culto que havia sido incentivado pelo Concílio de Trento (1545-1563), que acabaria por beneficiar estas confrarias, transformadas em receptoras privilegiadas dos sonhos de eternidade dos católicos e do património que os suportava. O direcionamento desses recursos para a assistência hospitalar justificaria, aliás, a não-celebração de muitos milhares de missas e, acima de tudo, o não-financiamento por parte Coroa, escudada que estava na auto-sustentação das Misericórdias. Que, de resto, funcionariam como fonte de recursos, partilhada por um Estado em insolvência crónica e, muitas vezes, pelas pouco escrupulosas elites que dirigiam as confrarias.

Em termos genéricos, a intervenção do poder régio neste campo foi pautada, desde o reinado de D. Manuel I, por uma notória continuidade política cujo propósito foi o de definir as regras que conduziam as práticas institucionais de caridade, assistência e saúde, fixando-as no espaço político da Coroa, em articulação e diálogo com as elites locais. Uma forma de pensar e organizar um sistema que o país difundiu à escala do império.

Idêntico propósito é evidenciado no modo como foi estruturada e implementada uma nova realidade institucional destinada à prestação de cuidados de saúde às populações mais pobres. Referimo-nos à rede de médicos, cirurgiões e boticários que desde o terceiro quartel do século XVI se começou a espalhar pelo país.

Uma rede de profissionais de saúde

Ao fundar a dinastia de Avis, talvez cerca de 1575, a Coroa promulgou um diploma obrigando 74 municípios ao pagamento de um novo tributo, no valor total de 750 000 réis anuais, destinado à formação académica de trinta médicos e cirurgiões na Universidade de Coimbra. Em 1604, Filipe III ordenava um aumento da contribuição municipal para 1 600 000 réis justificando-o com a necessidade de igualmente formar vinte boticários. A partir de uma análise prévia das finanças dos municípios em causa, a Coroa estabeleceu diferentes níveis de participação económica, tornando geral o princípio de que o pagamen-



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA, LARGO TRINDADE COELHO, [19--]
© ARQUIVO MUNICIPAL DE LISBOA/ARQUIVO FOTOGRÁFICO, PT/AMLSB/AF/PAG/000514



to deste imposto deveria ser o primeiro a satisfazer pelas rendas dos concelhos. Como contrapartida, solicitava à Universidade de Coimbra – entidade a quem o monarca acometera a responsabilidade pela recolha e gestão destes fundos – que no acesso ao curso de medicina desse prioridade aos alunos (exclusivamente cristãos-velhos) provenientes das áreas contribuintes. Deviam ser eles os alvos privilegiados das verbas acumuladas na Arca dos Médicos e Boticários, desde que cumprissem os requisitos exigidos nos regulamentos e não faltassem às aulas.

A análise da documentação resultante do processo iniciado com a promulgação do diploma acima referido revela, entre outras características, que a distribuição geográfica dos municípios onerados com este novo tributo teve uma incidência nas zonas de recente crescimento, que excluía os grandes centros urbanos, à excepção de Setúbal e Santarém. Mostra também que enquanto se operacionalizava esta nova estrutura que era, simultaneamente, fiscal, jurisdicional e académica, alguns municípios começavam a solicitar ao rei autorização para nomearem médicos, cirurgiões e boticários para prestarem serviços de saúde às suas populações. De acordo com o alvará régio de 23 de Dezembro de 1585, os concelhos deveriam preferir os profissionais que tivessem beneficiado das bolsas (*partidos*) concedidas pela Arca dos Médicos e Boticários. Não sendo ainda possível comprovar se tal orientação régia foi respeitada, constata-se, no entanto, uma correlação directa entre a geografia dos municípios contribuintes e a colocação dos *profissionais de saúde* nesses mesmos espaços e/ou nas pequenas localidades pertencentes à sua jurisdição administrativa. A partir de meados do século XVII verificar-se-ia um alargamento espacial das nomeações régias, em resposta aos pedidos das câmaras, particularmente das zonas do litoral, e depois com maior incidência na costa norte e nordeste.

À parte outras medidas institucionais em termos de possível impacto nas questões de saúde pública, nomeadamente a activa participação da Coroa no desenho da profissão de médico, que lentamente começava a emergir, a organização económica desta nova estrutura tem uma incontestável dimensão política e social. Exemplifica-o o já referido financiamento compulsivo para a qualificação de recursos humanos na área da saúde que depois eram colocados em locais que dificilmente investiriam por vontade própria neste tipo de formação, mas também, subsequentemente, a questão salarial que lhe andava associada. Contabilizadas as diferentes formas de pagamento dos salários destes profissionais, três situações se detectam: cobrança de impostos directos às populações (fintas); rendas municipais e, finalmente, sisas. A sisa era o mais importante dos impostos reais, de aplicação geral – de que apenas estavam isentos os eclesiásticos e os comendadores da Ordem Militar de Avis – e permanente, que incidia sobre todos os bens e produtos comprados e vendidos. Ora indicam os documentos que este foi o fundo que mais contribuiu para os salários de profissionais que tinham como missão cuidar gratuitamente dos pobres. Ao contrário, as fintas foram as menos usadas: sendo um imposto com carácter extraordinário que apenas recaía sobre os grupos não privilegiados – precisamente o público-alvo dos médicos, cirurgiões e boticários municipais –, a sua aplicação era, neste caso, considerada uma penalização social, que suscitava fundadas reservas, quer ao poder local, quer à Coroa.

São estas duas circunstâncias – colocação de recursos médicos em áreas sob a jurisdição administrativa dos concelhos contribuintes e pagamento dos seus salários maioritariamente através dos impostos (sobretudo os régios) – que, pese embora algum anacronismo conceptual, permitem considerar que se está em presença de uma específica concepção de partilha de riqueza: parte das rendas cobradas às populações com alguns recursos económicos, pelo menos com capacidade para comprar e/ou vender, regressavam às mais carenciadas sob a forma de serviços de saúde. Opções políticas justificadas, entre outras razões, por preocupações populacionistas, que se traduziram na criação, e efectiva concretização de uma rede de profissionais de saúde que, tal como a das Misericórdias, se estendia ao longo do país.

Conclusão

Embora as diferentes peças pareçam encaixar com uma precisão assinalável num qualquer plano superior, é pouco provável que tenha existido um programa ou um projecto predefinido que tivesse conduzido a vontade régia em termos das políticas de caridade e assistência ao longo do Período Moderno. O curso dos acontecimentos e um conjunto de circunstâncias particulares foram determinantes para a promulgação e efectiva concretização de medidas na área da assistência e da saúde que acabaram por se materializar numa política governativa com regras definidas e especificidades próprias. De entre os determinantes desse processo devem destacar-se os problemas sociais e demográficos causados pelas recorrentes epidemias e pelos fluxos migratórios para o império; o específico momento político – emergência do Estado Moderno; a ausência de poderes intermédios fortes – o que facilitou uma comunicação directa entre a Corte e o poder local –; a reduzida dimensão geográfica do território metropolitano e, ainda, as imensas riquezas provenientes das colónias – o que dava uma maior margem de manobra ao poder central. Elementos que confluíram num momento particular da história nacional, que foi também de inovação no campo das políticas sociais e de saúde. Provavelmente, um momento demasiado breve.

Bibliografia

Por uma questão de economia de texto, e por serem já muitos, e muito relevantes, os trabalhos sobre Misericórdias, remetemos para as obras e autores que referenciamos no texto «Misericórdias: patrimonialização e controle régio (séculos XVI e XVII)», *Ler História* 2003; 44: 5-24. De todas elas permito-me destacar os diversos volumes da *Portugalae Monumenta Misericordiarum* (Lisboa: Universidade Católica/União das Misericórdias Portuguesas, em publicação desde 2002) e os já clássicos trabalhos de Artur de Magalhães Basto, *História da Misericórdia do Porto* (Porto: 1934); Fernando Correia da Silva, *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas* (Lisboa: 1944); e Víctor Ribeiro, *A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa: subsídios para a sua história* (Lisboa: 1902).

Em relação à rede de profissionais de saúde, aqui sumariada nos seus contornos gerais, as fontes primárias que a suportam, bem como o mapa incluído, e toda a bibliografia consultada, de que este texto claramente faz eco, encontram-se indicadas em texto que está em fase de publicação.