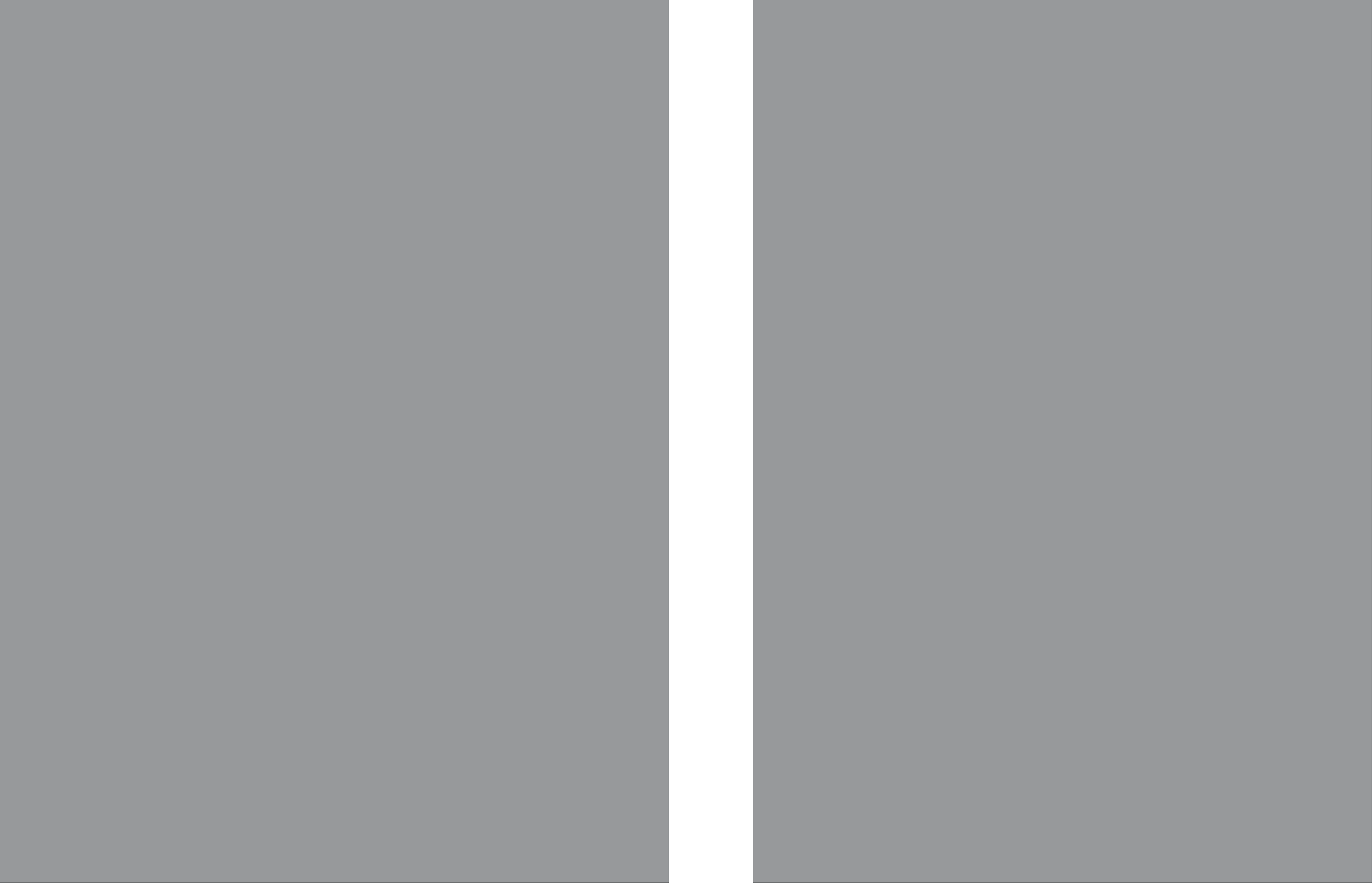




Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Emanuel Levy F. C. do Nascimento

O olhar médico sobre as doenças, as epidemias e os problemas sanitários no Portugal de oitocentos (1855-1920)





Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Emmanuel Levy F. C. do Nascimento

**O olhar médico sobre as doenças,
as epidemias e os problemas
sanitários no Portugal de
oitocentos (1855-1920)**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em História
Trabalho efetuado sob a orientação da
**Professora Doutora Alexandra Patrícia
Lopes Esteves**

outubro de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho acadêmico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e as boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contatar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A realização desta etapa jamais teria sido possível sem o apoio, colaboração, atenção, carinho e dedicação de várias pessoas ao longo do processo de minha formação. Devido a isto, não poderia deixar de utilizar esta oportunidade para agradecer as pessoas que contribuíram para minha chegada aqui.

Em primeiro lugar, todos os professores que, desde a licenciatura, especializações e agora no mestrado, e auxiliaram no processo de formação, nomeadamente a Doutora Alexandra Patrícia Lopes Esteves, que, com a imensa capacidade intelectual, que conduziu pela investigação e com o senso de humanidade gigantesco me apoiou nos momentos de dúvida e dificuldades.

Ao meu saudoso pai, que foi grande exemplo e melhor amigo de toda vida, e minha mãe, ue sempre me incentivou a estudar, sendo exemplo de amor e responsabilidade.

A minha recém amiga, Marina Prezotti, que durante o mestrado me ajudou com ideias e palavras, sendo meu contraponto em debates intelectuais e amiga de trabalho.

E de forma mais que especial, quero agradecer a minha esposa, Paula Magalhães Barbosa, amor da minha vida, namorada, amiga, companheira e a única pessoa que faz do meu mundo um lugar feliz. Seu apoio foi fundamental para embarcar neste projeto, sendo compreensiva mesmo quando tenho que dividir a atenção entre a investigação e a gestação do nosso filho Mateus, mas superando tudo, como sempre, juntos!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

O olhar médico sobre as doenças, as epidemias e os problemas sanitários no Portugal de oitocentos (1855-1920)

RESUMO

Portugal, em meados do século XIX e início do XX, assim como outros Estados europeus, enfrentou epidemias que desafiaram os governos, as estruturas sanitárias e os profissionais de saúde, estando em destaque, nesta investigação, os médicos.

Neste trabalho, analisamos o conhecimento médico português de 1855 a 1920, período em que o país enfrentou epidemias da cólera, varíola, peste bubónica, tifo, a febre tifoide e ainda a pneumónica. O objetivo deste estudo consiste em conhecer e compreender o saber destes profissionais sobre estas doenças e em relação às descobertas científicas que alteraram os paradigmas sanitários.

Para realizar esta investigação, interpretamos os discursos médicos, através das teses inaugurais apresentadas na Escola Médico-Cirúrgica do Porto e, após 1911, Faculdade de Medicina do Porto, buscando compreender o nível do saber científico dos clínicos no momento em que a população se encontrava sob ameaça e estes profissionais ampliavam o seu protagonismo perante a sociedade.

Palavras-chave: Epidemia. Medicina. Porto. Saúde pública.

The medical perspective on diseases, epidemics and sanitation problems in Portugal from the mid 19th century to the early 1920s

ABSTRACT

During the middle of the 19th Century and the beginning of the 20th Century, Portugal and other European states faced epidemics that defied governments, sanitary structures and healthcare professionals, the ones highlighted in this investigation are the doctors.

In this research it was analyzed the Portuguese medical knowledge from 1855 to 1920, when the country faced the epidemics of cholera, smallpox, bubonic plague, typhus, typhus fever and the 1918 influenza pandemic. The purpose of it is to comprehend the knowledge of these professionals about the aforementioned diseases, regarding the scientific discoveries that altered the sanitary paradigms.

To accomplish this research, it was interpreted the medical discourses of the inaugural thesis presented in the Medical School for Surgery in Porto and after 1911 The Medical School of Porto, trying to understand the knowledge of the medical practitioners during a time when the population was under threat and these professionals were broadening their leading role towards society.

Keywords: Epidemic. Medicine. Porto. Public health.

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – MUDAR PARA GARANTIR O FUTURO	5
1.1 NOVOS PARADIGMAS: CARIDADE E DIREITO	5
1.2 AS INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO MÉDICA SOB OS NOVOS PARADIGMAS.....	16
1.3 O ARTÍFICE DO FUTURO: O MÉDICO	22
CAPÍTULO II – AS DISSERTAÇÕES DO ATO GRANDE DE MEDICINA COMO FONTE DOCUMENTAL	29
2.1 FERRAMENTAS DE ACESSO E METODOLOGIA ADOTADA NA SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS.....	30
2.2 A ESTRUTURA FORMAL DOS DOCUMENTOS.....	47
2.3 A CREDIBILIDADE DAS FONTES	50
CAPÍTULO III – ANALISANDO AS DISSERTAÇÕES MÉDICAS FRENTE AS EPIDEMIAS	55
3.1 A CÓLERA	57
3.2 A VARÍOLA.....	66
3.3 A PESTE BUBÔNICA.....	73
3.4 TIFO.....	79
3.5 A FEBRE TIFOIDE	83
3.6 GRIPE ESPANHOLA.....	88
CONCLUSÃO	94
FONTES E BIBLIOGRAFIAS	99
FONTES IMPRESSAS	99
BIBLIOGRAFIA	102
WEBGRAFIA	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Divisão das 122 dissertações por temas	34
Figura 2: Divisão das 122 dissertações por doenças	34
Figura 3: Dissertações de medicina social.....	38
Figura 4: Dissertações associadas a um tema específico.....	41
Figura 5: Cartaz da Sociedade Exterminadora de Rato	78

INTRODUÇÃO

As doenças acompanham o ser humano desde sempre. Porém, o homem procura superá-las, recorrendo a diferentes mecanismos. No ano de 2020, a sociedade deparou-se com uma nova pandemia, a segunda ocorrida no século, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde, que classificou como pandêmicas a gripe “Influenza A”, causada pelo vírus H1N1, em 2009, e mais recentemente, a doença respiratória aguda, causada pelo coronavírus (Covid-19).

A doença ainda persiste em 2021. Todavia, com o uso de vacinas, tem diminuído o número de hospitalizações e vítimas fatais. Os desafios são diversos, sendo preciso ampliar a vacinação em todos os países, impedir a circulação de novas variantes e manter as medidas sanitárias.

Portugal tem ocupado lugar de destaque na imprensa internacional desde o início da pandemia, sendo avaliado de forma positiva em relação a outros países, como a Espanha, a Itália, a Inglaterra e a França. Em meados de 2021, o país alcançou 80% de sua população completamente imunizada, tornando-se o país da União Europeia que mais vacinou sua população. Esse bom resultado no combate à Covid-19 teve como fator essencial o funcionamento do sistema de saúde pública português, que, mesmo não sendo o mais financiado da Europa, tem sido um dos mais eficazes por mitigar os efeitos da pandemia, com uma estrutura que conseguiu auxiliar e dar suporte aos profissionais de saúde.

Os surtos epidêmicos e pandêmicos despertam interesse sobre as doenças. Isso tem levado ao crescimento, nos últimos anos, no número de investigações nas mais diversas áreas que atuam sobre as enfermidades que atingiram e ainda atingem a sociedade. No âmbito da História, não foi diferente. É importante ressaltar os estudos no campo da História da Saúde e das Doenças, realizados por Rosen (1994), Foucault (2008) e Graça (2015).

Essa área de investigação desenvolveu-se a partir da década de 1970, e promoveu um maior diálogo com outras áreas de conhecimento. Isso ampliou a possibilidade de novas abordagens nas ciências sociais, uma vez que os objetos de estudo, antes, exclusivamente da Medicina, foram redimensionados. Por terem um lugar e um tempo passíveis de serem recriados historicamente, passaram a ter historicidade.

Com base nessa compreensão, buscou-se, neste estudo, abordar o sistema de saúde português. A criação desse sistema é derivada de um contexto político, científico e sanitário, em que médicos, em busca de maior afirmação como classe, passaram por um amadurecimento na formação e no conhecimento, alterando, dessa forma, os paradigmas médicos e de higiene em Portugal.

A temática da emergência e da consolidação de poder médico durante o Oitocentos não é nova. Há trabalhos que tratam dessa disputa política, do modo como a imprensa retratava as doenças, dos debates legislativos, das reformas nas instituições de formação e da assistência e da emergência da classe médica, como Pontes (2012) e Almeida (2013). Com o objetivo de não repetir esses temas, esta dissertação priorizou a análise do saber científico dos médicos sobre as doenças enfrentadas de meados do século XIX até as primeiras décadas do século XX.

Grande parte dos médicos que alteraram e criaram as novas estruturas de saúde e higiene em Portugal deriva desse momento histórico, em que diversas pandemias atingiram a humanidade, e as descobertas científicas forneceram subsídios para o enfrentamento. Os nascimentos da bacteriologia, da epidemiologia, bem como os novos paradigmas higiênicos geraram impactos positivos em toda a sociedade. Porém, foram os facultativos os responsáveis por decodificar esses saberes e os colocarem em prática.

Tendo em vista essas considerações, procurou-se compreender como estava estruturado o conhecimento médico científico português no período especificado, partindo do profissional clínico e do seu saber particular como forma de mensurar o acesso às descobertas, às informações sobre as doenças, às terapêuticas utilizadas e à visão dos clínicos sobre aquele momento.

É comum encontrar trabalhos que apontam um atraso científico português no século XIX, como Bernardo (2021) e a conclusão sobre “atrasos significativos nas políticas de saúde pública e estruturas sanitárias, públicas e privadas” (Abreu, 2018, p. 101). Contudo, indaga-se: como isso foi mensurado? Esse atraso atingia todas as áreas? Durante todo o século, o conhecimento estava obsoleto? Se havia atraso, como um médico português diagnosticou a peste bubônica na cidade do Porto, em 1899, enquanto a comunidade científica portuguesa julgava ser impossível o retorno dessa doença ao país?

Diante disso, o desafio inicial encontrado foi o de identificar o conhecimento médico científico dos clínicos portugueses e buscar entender os impactos científico e terapêutico no

enfrentamento das epidemias. Para tanto, procedeu-se à análise da produção científica acadêmica dos clínicos portugueses por meio dos trabalhos obrigatórios de conclusão de curso apresentados no Ato Grande da Escola Médico Cirúrgica do Porto, que, após 1911, passou a ser a Faculdade de Medicina do Porto.

A escolha por trabalhos acadêmicos como fonte de pesquisa deve-se ao fato de esses trabalhos serem, tradicionalmente, meios de proliferação de novos saberes. Com relação ao período selecionado para a análise, contemplou-se de 1850 a 1920, em virtude do número considerável de epidemias que Portugal conheceu nesse momento neste tempo, bem como das descobertas científicas que mudaram diversos paradigmas no âmbito da medicina.

Em contato com esses documentos, através do repositório da Universidade do Porto, procedeu-se a uma análise por meio do método quantitativo, para organizar uma base de dados, e qualitativo, para interpretar seus conteúdos. A metodologia utilizada nessa abordagem seguiu o modelo de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A base de dados permitiu separar as teses médicas por doenças e outros assuntos abordados pelos autores, sendo possível, na análise, traçar comparações com as epidemias ocorridas, as descobertas científicas e os acontecimentos importantes que estavam refletidos nos trabalhos. Essa catalogação facilitou o processo de interpretação qualitativa dos dados.

As teses inaugurais da Escola Médico-cirúrgica do Porto foram analisadas em alguns trabalhos, como destaque para Amaral e Felgueiras (2013) e Costa e Vieira (2011). Estes trabalhos possibilitaram que as dissertações fossem examinadas com diferentes objetivos, mas sempre ressaltando a importância como fontes, em razão das “(...) potencialidades desses documentos para a historiografia da saúde e das ciências biomédicas em Portugal, enquanto fontes incontornáveis à reconstrução do saber médico” (Costa & Vieira, 2011, p. 2).

Assim sendo, a presente dissertação consiste numa contribuição para a reconstrução do saber médico. Nota-se que há um desfasamento de conhecimento em torno da vanguarda científica até a década de 1880, quando, segundo Garnel (2003, p. 221), por influência da Sociedade das Ciências Médicas, surgiu uma imprensa médica especializada, contando com quatro revistas médicas e se ampliou a presença no Parlamento, buscando a separação do ensino da Medicina Legal do da Higiene Pública.

Porém, nas duas décadas finais do século XIX, o distanciamento entre o que era descoberto e descrito nas dissertações analisadas começou a diminuir progressivamente. Os

trabalhos com análises sobre a gripe espanhola, datados de 1920, apresentam, por exemplo, citações de pesquisas e descobertas publicadas poucos meses antes de seu término.

No que diz respeito às terapêuticas, à bacteriologia e à compreensão das causas das doenças relacionadas com o “mundo invisível” microbiológico, foi possível perceber a falta de um saber uniforme, pois cada dissertação apresentou bases científicas parecidas, mas com o acréscimo de crenças, opiniões e interpretações diferentes sobre um mesmo assunto.

A existência de uma diferença entre os saberes apresentados e as descobertas técnicas é algo comum em se tratando de novidades científicas, pois estas estavam em processo de aprendizado e maturação. Com o tempo, as divergências entre trabalhos sobre um mesmo tema foram diminuindo.

As mudanças ocorridas no século XIX nas estruturas de formação profissional médica, no fortalecimento da importância dessa classe perante a sociedade, bem como as reformas nas estruturas de saúde configuraram-se como aspectos fundamentais no processo de modernização higiênica e sanitária de Portugal, o que continuaria no século XX.

Posto isso, esta dissertação inicia-se analisando essas mudanças, pois estas foram consequências da necessidade de enfrentar as ameaças epidêmicas e de outras enfermidades que afligiam o país, levando a uma aproximação dos clínicos portugueses com o saber científico que o mundo estava descobrindo.

No segundo capítulo apresentamos a metodologia utilizada para seleção e catalogação das fontes. Este processo viabilizou a análise quantitativa, com a separação dos trabalhos médicos por conteúdo e o estabelecimento de relações com a conjuntura sanitária e social de Portugal nos períodos em que foram elaboradas.

No terceiro capítulo elaboramos uma análise sobre as teses relacionadas as doenças, nomeadamente a cólera, a varíola, a peste, a febre tifoide, o tifo e a gripe espanhola. Assim, os conhecimentos médicos foram interpretados em relação ao saber científico, buscando mensurar o acesso que os clínicos possuíam as descobertas do período, bem como a técnicas e terapêuticas utilizadas para combater os males que afligiam a sociedade portuguesa de forma epidêmica.

CAPÍTULO I – MUDAR PARA GARANTIR O FUTURO

1.1 NOVOS PARADIGMAS: CARIDADE E DIREITO

Em Portugal, o século XIX ficou marcado como um período de transformações de conceitos nas áreas da saúde e da assistência. O processo de mudanças não se iniciou naquele período, devendo, portanto, ser compreendido de forma associada às alterações políticas, às novas correntes ideológicas, aos novos saberes científicos, aos problemas sociais e às epidemias que atingiram o país no Oitocentos.

Diante disso, a análise empreendida nesta dissertação tem como foco o olhar médico frente aos problemas sanitários no período de 1855 a 1920. Para essa compreensão, deve-se acompanhar as ações do Estado naquela época, sendo preciso fazer um recuo cronológico e investigar as alterações nas ideias acerca do cuidar, uma vez que influenciaram as mentalidades, as instituições e os profissionais da área da saúde no século XIX.

A influência religiosa moldou o comportamento social diante do auxílio desde a Idade Média (Abreu, 2005), sendo esse um ato de grandeza social e espiritual. O crescimento econômico do século XI deu origem a iniciativas religiosas que fizeram com que o crente adquirisse uma devoção mais próxima da experiência evangélica. Nota-se que a mudança em torno da religiosidade levou a um maior sentimento fraternal, o que fez com que grupos laicos se unissem com o objetivo de criarem irmandades e ordens de apoio aos desafortunados (Abreu, 2005; Sá & Lopes, 2008).

É importante evidenciar nesse contexto que, durante a Idade Moderna, seguindo essa mesma lógica, ocorreu uma ampliação da estrutura de assistência na Península Ibérica, por meio da ação de ordens religiosas e do Estado (Sá & Lopes, 2008).

Em Portugal, o papel do Estado na área do cuidado teve como marco a intervenção da rainha D. Leonor, em 1498, que fundou, em Lisboa, a primeira misericórdia. A instituição foi criada seguindo o ideal cristão de caridade, a fim de prestar assistência em diversas áreas. Como cita Araújo (2017) a prática das catorze obras de misericórdia com sete objetivos espirituais e sete corporais abriram caminho à rápida disseminação destas confrarias. Um movimento que se aplicou por toda a Metrópole e Império.

Consistiu, portanto, em uma importante estrutura para o país nos últimos cinco séculos. Essa medida foi ao encontro do processo de consolidação do Estado Moderno, em que a saúde e a assistência passaram a compor áreas de poder, sob a atuação fortalecida da figura do monarca. A lógica era baseada em uma ideia paternalista: “O príncipe deve cuidar da saúde dos seus vassalos como filhos da sua grande família que é o Reino. Um modelo baseado na lógica familiar e da pastoral cristã” (Subtil, 2015, p. 39).

Quando D. Manuel I atribuiu privilégios às misericórdias, garantindo a formação e manutenção de património, recursos próprios e áreas de atuação específicas como explicado em Sá e Lopes (2008, p. 24).

Os privilégios fortaleceram as misericórdias com o objetivo de generalizar essas confrarias por todo reino em uma ação de criação de hegemonia. A criação das misericórdias, no final do século XV, inaugurou a entrada do Estado no cenário da assistência, atendendo ao interesse político de controlar o cuidar.

Neste sentido, a rede de apoio e assistência foi ampliada sob estatutos que faziam as instituições responderem perante a Coroa, mas mantendo a autonomia jurisdicional que garantiam sua liberdade (Abreu, 2005).

Durante o século XVIII, a sociedade, por meio de Iluminismo, debateu sobre a necessidade de delimitar as responsabilidades estatais, visto que o Estado havia definido para si as esferas pública e privada como áreas de atuação. O Iluminismo, movimento intelectual e filosófico que se baseava na valorização da razão, acreditava na melhoria do homem por meio do processo educativo e de instituições livres. Pensadores como Diderot, d’Alembert e Rousseau acreditavam que seus trabalhos trariam melhorias para a humanidade, pois atendiam aos verdadeiros objetivos da sociedade (Rosen, 1994).

As análises e as ideias desses pensadores ficaram registradas n’A *Enciclopédia*, por meio de diversos artigos sobre questões relacionadas com a saúde, as instituições de cuidado, o crescimento e o declínio populacional. Diderot, por exemplo, apresentou soluções para enfrentar problemas sociais, preconizando uma rede de assistência pública, com atendimento médico hospitalar e seguro para a velhice (Rosen, 1994).

As ideias iluministas promoveram reflexões e impactos mediante propostas de mudanças no papel do indivíduo, da sociedade e do Estado. Como explica Rosen (1994), na Europa, os anos compreendidos entre 1750 e 1830 foram decisivos para a construção de novos alicerces sob influência dessas ideias. Na França, as revoluções políticas, o Império

Napoleônico e as tentativas de restauração do Antigo Regime consistiram nos episódios mais expressivos desse processo. Dentre os novos alicerces, encontrava-se a evolução da saúde pública, que seria a base para os movimentos sanitários do século XIX.

Em Portugal, a década de 1820 foi o momento em que os novos ideais se materializaram em estatutos, por meio da Constituição de 1822. A Revolução Liberal portuguesa iniciou a adequação do país às novas estruturas. Todavia, a instabilidade política nos primeiros cinquenta anos daquele século atrasou a consolidação de medidas nesse sentido.

A monarquia constitucional superou as ameaças absolutistas e se consolidou a partir de setembro de 1836, por meio de diversas reformas políticas, territoriais, educacionais e sanitárias, mediante a atuação de Manuel da Silva Passos (Pinheiro, 1996), que teve participação de destaque no movimento setembrista e ocupou cargos importantes, como os de secretário e ministro do Reino¹.

Em seu curto governo², Manuel da Silva Passos implementou reformas que modernizaram estruturas nacionais fundamentais para que Portugal pudesse acompanhar as mudanças na Europa Ocidental. Na área da educação, algumas medidas de destaque foram: o novo plano para escolas primárias, a criação do Conservatório de Artes e Ofícios de Lisboa³, a Academia de Belas Artes⁴, a Academia Politécnica do Porto⁵, a Faculdade de Direito⁶ e a nova organização das escolas de cirurgia de Lisboa e do Porto, que passaram a ser denominadas de Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

A reorganização das escolas cirúrgicas, para além da educação, inseriu-se também no processo de intervenção na área da saúde. O novo governo procurou o estabelecimento, a organização e a regulamentação da saúde pública no país, de modo a atender aos novos interesses políticos, voltados para a ação sobre os indivíduos (Subtil, 2021). Devido a isso, a

¹ Manuel da Silva Passos (1801-1862) foi um importante liberal português do século XIX. Formado em direito se envolveu em questões políticas, participando ativamente da oposição à Carta Constitucional outorgada por D. Pedro IV. Foi membro do movimento setembrista em 1836, onde vitorioso assumiu diversas funções governativas com extrema centralização de poder em sua pasta. Depois deste processo assumiu posições legislativas promovendo renovação do ensino público e o estabelecimento de um código administrativo.

² Manuel da Silva Passos ocupou o cargo de ministro do Reino durante nove meses, de 10 de setembro de 1836 até um de junho de 1837.

³ O Conservatório de Artes e Ofícios de Lisboa foi criado em 18 de novembro de 1836, com o objetivo de ensinar os processos da prática industrial.

⁴ A Academia de Belas Artes foi criada em 25 de outubro de 1836, e buscou incentivar o saber e as artes. Ficou sob o cuidado do rei D. Fernando e D. Maria II, e contemplava também a Biblioteca Especial de Belas Artes.

⁵ A Academia Politécnica do Porto foi criada em 13 janeiro de 1837, e procurou incrementar o saber industrial. Nas palavras de Passos Manuel: “fim de plantar no país as ciências industriais” (Pinto, H., 2011).

⁶ A Faculdade de Direito foi criada em 5 de dezembro de 1836, mediante a fusão das faculdades de Cânones e de Leis da Universidade de Coimbra.

estrutura sanitária adotou a nova regulamentação da Saúde Pública⁷ e criou o Conselho de Saúde Pública, que substituiu a Comissão de Saúde Pública, a fim de atender à nova legislação e reformar a saúde pública em Portugal. O Conselho era composto por três médicos, dois cirurgiões e dois farmacêuticos, todos nomeados pelo governo, além de seis delegados representantes da Administração Geral de Lisboa e da Câmara Municipal de Lisboa, e do Diretor Geral da Alfândega, do Exército e da Marinha (Subtil, 2021, p. 147).

O Conselho de Saúde Pública tinha o poder de controlar o trabalho de alguns profissionais, como boticários, cirurgiões, parteiras e dentistas. Para tanto, procedia à fiscalização de seus diplomas e cadastros profissionais. Com relação às epidemias, poderia estabelecer quarentenas, devendo exercer a polícia sanitária, adotar medidas de higiene e de educação, com foco na preservação da saúde. Acerca do cuidado, o referido órgão buscou uniformizar o sistema do Reino por meio do estabelecimento de guias para hospitais e misericórdias, obituários e atestados médicos (Subtil, 2021, p. 148).

Observa-se que o Conselho de Saúde Pública modernizou o sistema de saúde português ao inserir medidas de fiscalização, análises estatísticas, intervenções e tratamento. Outra característica do Conselho estava relacionada com a gestão, uma vez que o protagonismo era dos médicos, que comandavam as decisões e as ações, conferindo ao órgão um caráter técnico-científico (Jorge, 1885).

No entanto, algumas adversidades apareceram durante o funcionamento do Conselho, como a grande variedade e a inconstância no governo, o que impediu a consolidação de uma política única de Estado, e a falta de pessoal qualificado para atender a todos os postos administrativos, o que dificultou, dessa forma, a organização de um sistema único de saúde no país e comprometeu o processo de educação sanitária, a fiscalização dos portos e a regulamentação da atividade profissional (Garnel, 2015).

Em 1868, uma nova reforma⁸ foi estabelecida, agora sob o comando do ministro do Reino, António Alves Martins, que transformou o Conselho em Junta Consultiva, transferindo os poderes desse órgão ao ministro dos Negócios do Reino. Apesar da importância do Estatuto de 1837, D. António Alves Martins afirmou que este possuía falhas ao acumular muitas funções executivas, o que lhe concedia muita autonomia em relação ao governo, o que, muitas vezes, causou “embaraços e dificuldades” (Subtil, 2015, p. 52). Com essa medida

⁷ Estabelecida em 3 de janeiro de 1837.

⁸ Decreto de 3 de dezembro de 1868.

foram eliminados os conflitos entre a administração sanitária e a administração geral (Alves & Carneiro, 2014).

O governo assumiu o comando das decisões na área da saúde, com esclarecimentos por parte da Junta Consultiva, que era composta de diferentes profissionais, e não somente de médicos. Assim, ao governador civil coube, no âmbito da saúde, a função de promover e agir em seu distrito, coordenando o conselho, os subdelegados de saúde e a atividade municipal, buscando, inclusive, exercer influência nas Câmaras Municipais, para que tomassem decisões e fiscalizassem a salubridade local (Alves & Carneiro, 2014).

Na análise do médico Ricardo Jorge (1885, pp. 24-25), o fim do Conselho foi um erro gerado por interesses políticos do governo, que estava mais preocupado com questões burocráticas e de poder do que com a ciência e a saúde. O interesse médico-sanitário entrou em conflito com os interesses políticos. O próprio Ricardo Jorge vivenciou esse processo⁹.

Para Viegas, Frada e Miguel (2006), o fracasso do Conselho ocorreu por diversos motivos, podendo ser salientada a falta de aceitação e adoção das medidas propostas, tanto por parte da sociedade quanto do governo. Da sociedade, devido a comportamentos insalubres; do governo, por não compreender a importância das novas diretrizes, como a manutenção da distribuição de bens pessoais de tísicos que foram a óbito. Conforme a lei, os bens deveriam ser queimados.

Na segunda metade do século XIX, as elites médica e política alteraram a visão sobre saúde pública, compreendendo a importância da prevenção no processo de diminuição de doenças. Segundo Jorge (1885, p. 23), o Conselho contribuiu para consolidar essa nova visão, pois “fez uma propaganda firme em favor de muitas ideias avançadas (...) tentou educar o espírito público”.

Contudo, de acordo com Alves e Carneiro (2014), a consciência sanitária não foi acompanhada de um crescimento de investimento orçamentário. Desde a Reforma de 1868, a saúde pública era como uma irmã pobre da administração. Desse modo, a falta de recursos paralisou as ações na área.

Na década de 1880, o Estado implementou diversas ações para a retomada de investimento na saúde, devido, principalmente, à ameaça da epidemia de cólera, que evidenciava o atraso higiênico e sanitário do país (Garnel, 2015). Em 1882, Tomás Ribeiro,

⁹ Ricardo Jorge adotou medidas duras, como o cordão sanitário no combate à epidemia de peste bubônica, no Porto, no ano de 1899. Isso fez com que ele sofresse violenta reação por parte de opositores no governo.

então ministro do Reino, solicitou ao lente proprietário da cadeira de higiene pública da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, José Frutuoso de Gouveia Osório, propostas para organizar a higiene pública, com providências que estivessem à margem da legislação vigente (Alves & Carneiro, 2014).

Em 1886, foi apresentado por Gouveia Osório um Plano de Código Sanitário. Esse plano tentava superar alguns problemas, como a falta de recursos¹⁰ para o serviço de saúde e a incompetência dos gestores, visto que, em rara exceção, eram médicos ou de alguma área relacionada com a saúde.

Ao final do século XIX, a saúde pública em Portugal ainda não havia apresentado avanços significativos (Alves & Carneiro, 2014, p. 30). O código sanitário em vigor ainda era o de 1868. Naquele período a ciência biomédica e a higiene tiveram avanços, como as descobertas de Chadwick¹¹, Pasteur¹² e Koch¹³, o que modificou não só as terapêuticas, mas também os estatutos das nações, dando relevância à prevenção para garantir a saúde dos povos.

Diante disso, Gouveia Osório apresentou um Plano de Código Sanitário com vinte e duas medidas pautadas pelos fundamentos de saúde pública e prevenção. Com relação à questão administrativa, o plano apresentava dois aspetos importantes, um sobre o funcionamento da instituição, e outro sobre a polícia médica. A organização administrativa mantinha o Ministro do Reino no topo da cadeia e, abaixo deste, instituiu a Junta Sanitária Central, as Juntas Regionais Distritais, a Comissão Sanitária Municipal e a Comissão Sanitária Paroquial. A Junta Central era formada por sete membros escolhidos pelo governo¹⁴, sendo quatro cargos ocupados por médicos, garantindo, assim, a maioria decisória. Para a composição das instituições em nível regional, seguiu-se a recomendação e priorizou-se o saber técnico como critério para o preenchimento de vagas.

Com as propostas de Gouveia Osório, as rivalidades entre governantes e clínicos diminuíram. O poder político manteve o controle sobre os órgãos sanitários, e os médicos

¹⁰ Segundo Alves e Carneiro (2014), somente em períodos epidêmicos eram feitos maiores investimentos na área de saúde, mas não como questão orçamentaria, e sim como gastos extraordinários.

¹¹ Edwin Chadwick KCB (24 de janeiro de 1800 - 6 de julho de 1890) foi um reformador social inglês conhecido por sua liderança na Reforma das Leis dos Pobres na Inglaterra e na instituição de grandes reformas no saneamento urbano e na saúde pública (Macmillan, 1893).

¹² Louis Pasteur (1822-1895) foi um cientista, químico e bacteriologista francês que revolucionou os métodos de combate às infecções. Dentre outros trabalhos, estudou a fermentação do vinho e da cerveja, descobriu o processo de “pasteurização” do leite e criou a vacina contra a hidrofobia ou “raiva” (Frazão, 2019).

¹³ O médico e cientista Robert Koch, um dos precursores da moderna bacteriologia, dedicou-se a pesquisas sobre as relações entre agentes bacterianos e a transmissão de doenças, e a relação entre higiene e epidemias (Jeppesen, 2006).

¹⁴ Conforme Alves e Carneiro (2014, p. 33), a formação era de quatro facultativos, um farmacêutico, um veterinário e um engenheiro civil, todos com cursos completos nas Escolas Superiores de Medicina e 10 anos de prática.

retomaram a posição de destaque na planificação e na execução das ações, o que consistiu em um resgate dos princípios do Conselho de Saúde de 1837. A polícia médica teria amplo poder de fiscalizar as atividades profissionais no campo da saúde. A regulamentação ocorreria com a apresentação de diploma e a inscrição na Comissão Sanitária Municipal, onde profissionais como parteiras, farmacêuticos, cirurgiões, médicos, dentistas e veterinários deveriam estar registrados, sob pena de prisão por até dois anos e multa. As multas aplicadas pelos órgãos de fiscalização sanitária ajudariam a superar as dificuldades orçamentárias da pasta, compondo parte dos recursos. O Plano de Código Sanitário estabelecia uma vinculação das penalidades aplicadas, que obrigatoriamente seriam repassadas e investidas no serviço.

Pode-se afirmar que as propostas do plano eram inovadoras em diversos aspectos, tendo como destaque a recuperação de pessoas com conhecimento específico como norteadora da política de saúde. No entanto, Gouveia Osório faleceu em 1887, o que impediu a adoção do plano naquele momento. Algumas medidas foram adotadas nos anos de 1894 e 1895 pelo ministro João Franco, como o incremento das verbas, o aumento da fiscalização e o fortalecimento do facultativo municipal fora de Lisboa e do Porto. Em 1897, o crescimento de mortes por varíola levou o governo estabelecer como obrigatórias a vacinação e a revacinação. E mais, as propostas previstas no plano de Gouveia Osório serviriam de influência para a reforma dos serviços sanitários em Portugal promovida por Ricardo Jorge a partir de 1899¹⁵.

Ricardo Jorge foi acadêmico da Escola Médico-Cirúrgica do Porto e, em 1880, foi aprovado para ocupar o cargo de professor na mesma instituição. Ao atuar nos meios acadêmico e clínico teve contato tanto com a vanguarda científica quanto com a prática profissional. Ao participar de conferências internacionais e viagens de estudo, estava sempre atualizado sobre os debates no âmbito da saúde, o que lhe possibilitou apresentar inovações, como a criação do primeiro laboratório de microscopia e fisiologia do Porto (Almeida, 2011a).

Em 1884, ocorreram debates sobre os cemitérios na cidade do Porto. Ricardo Jorge teve destaque ao organizar quatro congressos relacionadas ao tema, a saber: “Higiene em Portugal”, “A Evolução das Sepulturas”, “Inumação e Cemitérios” e “Cremação”, defendendo que os cemitérios não traziam problemas de saúde para a sociedade. As discussões

¹⁵ “O professor de Higiene, o excelentíssimo senhor Dr. Aires de Gouveia, foi encarregado, há tempos já, de confeccionar um Código Sanitário Português, tarefa de que se está desempenhando. Já depois de proferida a nossa conferência tivemos ocasião, o que profundamente agradecemos, de apreciar os seus trabalhos e rejubilamo-nos porque as bases principais do seu projeto coincidem sensivelmente com as ideias aqui expendidas” (Jorge, 1885, p. 359).

promovidas nesses congressos deram origem ao livro *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*, publicado naquele mesmo ano por ele (Almeida, 2011a).

A referida obra abordou temas como cemitérios públicos, profissão médica e órgãos de saúde pública, e evidenciou a importância da intervenção estatal nas questões sanitárias, principalmente com a criação de um sistema de saneamento. Essas ideias seriam a base do moderno sanitarismo em Portugal¹⁶, focado na prevenção e adequado aos conhecimentos científicos da época sobre microrganismos, com influências de Koch e Pasteur (Rosen, 1994, p. 245).

As conferências e propostas do médico Ricardo Jorge, analisados nos trabalhos de Nunes (2013) e Nunes (2016), o credenciaram para que fosse convidado a trabalhar em diversos órgãos. Segundo Alves (2019, p. 89), o prestígio científico desse médico acompanhava a sua intervenção sanitária e isso refletia em sua carreira. Fez parte de uma comissão de estudo sobre as condições sanitárias da cidade do Porto, que, ao fim do trabalho, em 1888 apresentou o relatório *O Saneamento do Porto*. Nesse relatório, ao tomar como exemplo as cidades inglesas, Ricardo Jorge defendeu a necessidade de promover desinfecção e pôr fim aos focos de podridão urbana. Seu argumento, como explica Alves (2019), baseava-se em estudos de patologia e microbiologia, conhecimentos que modernizaram a medicina ao promover e consagrar a higiene como fator fundamental de sanidade.

Como consequência desse relatório, em 1891, Ricardo Jorge foi nomeado médico municipal do Porto, função desempenhada até 1899. No mesmo período, ocupou outros cargos, como o de Diretor dos Serviços Municipais de Saúde e Higiene da Cidade do Porto e do Laboratório Municipal de Bacteriologia, além de ser nomeado professor titular da cadeira de Higiene e Medicina Legal da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (Almeida, 2012).

Em 1899, publicou o livro *Demografia e Higiene da Cidade do Porto: clima, população, mortalidade*. Nessa obra, abordou as condições de vida das populações associando-as à proliferação de doenças, com ênfase na tuberculose. A análise empreendida por Jorge Ricardo o levou a descrever a cidade do Porto como uma “cidade cemiterial” (Jorge R. , 1899)

Em meados do mesmo ano, teve início um surto de peste bubônica no Porto, diagnosticada por Ricardo Jorge. No início, houve desconfiança, uma vez que não havia em Portugal registro da doença desde a terceiro surto da epidemia em meados do século XIX.

¹⁶ Período posterior à reforma empreendida por Ricardo Jorge – 1899-1901 (Almeida, 2012).

Porém, com provas de exames laboratoriais, foi identificada a presença do agente bacteriano Yersin, causador da peste, sendo confirmada por outras autoridades sanitárias nacionais e estrangeiras.

O combate a doença ficou sob a responsabilidade do próprio Ricardo Jorge, que adotou algumas medidas, como o afastamento social dos infectados; a higienização dos locais onde casos haviam sido registrados; a obrigação de higiene pessoal (foram construídos balneários públicos); o combate aos agentes transmissores da doença (ratos, gatos e pulgas); a proibição de feiras, romarias e outros eventos que contribuíam para ajuntamentos, e a adoção de um cordão sanitário em torno da cidade. O diagnóstico da peste e a adoção de medidas de enfrentamento elevaram o nome de Ricardo Jorge no meio científico, tornando-o um grande expoente da medicina¹⁷.

Naquele contexto, a reação da população da cidade do Porto foi diferente. Preocupada com questões econômicas e com argumentos de limitação de liberdades, protestava contra as medidas, tornando o médico alvo de ofensas, afrontamento e ameaças de morte.

No Porto parece que até já está sendo alvo de injúrias, de apupos e de ameaças o notável e dedicadíssimo homem de ciência que teve a coragem e a abnegação de dizer a verdade no meio daqueles que a pretendiam teimosamente ocultar, movidos por mesquinhos interesses particulares (Diário de Notícias, n.º 12105, 21/08/1899) (Almeida, 2012, p. 371).

Devido à perseguição e aos atos violentos no Porto, Ricardo Jorge mudou-se para Lisboa. À época, o governo central era presidido por José Luciano de Castro, que decidiu promover uma reforma sanitária. Para isso, escolheu Ricardo Jorge como responsável, nomeando-o como Inspector-Geral dos Serviços Sanitários do Reino e membro do Conselho Superior de Higiene e Saúde¹⁸.

Ricardo Jorge avançou com as novas ideias sanitárias no país, promovendo a Reforma da Saúde Pública (1899-1901), que reorganizou o sistema de cuidado sob bases coletivas e de prevenção¹⁹. Segundo Viegas et al. (2006, p. 22), a reestruturação dos serviços de saúde e

¹⁷ A grande aposta de Ricardo Jorge foi na prevenção da disseminação da doença, isolando os doentes e a própria cidade, na linha dos trabalhos de Pasteur, Koch, Roux e Bernardino António Gomes (Garneil, 2006).

¹⁸ No serviço acadêmico, assumiu a posição de lente de Higiene na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

¹⁹ A criação da Direção-Geral da Saúde e Beneficência Pública foi legitimada pelo postulado de Edwin Chadwick na relação entre a pobreza e a saúde, o que foi utilizado por Ricardo Jorge e por António José de Almeida em favor da 1ª República (Subtil, 2021, p. 158).

higiene era necessária, e isso ficou mais evidente com a descoberta da peste bubônica, tornando essa reestruturação uma “necessidade inadiável”.

Nesse contexto, foram criados a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública²⁰ e o Instituto Central de Higiene, mais tarde renomeado de Instituto Superior de Higiene. Esse instituto visou modernizar a investigação, a informação e o processo educativo sanitário, pois era preciso formar quadros adequados aos novos conhecimentos (Viegas et al., 2006).

A Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública tinha como objetivo melhorar as defesas do país frente a novas epidemias. O órgão estava submetido ao Ministro do Reino, e seu diretor geral era o responsável por propor as ações da instituição. O cargo de diretor somente poderia ser ocupado por um facultativo formado pela Universidade de Coimbra ou pelas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa ou do Porto²¹.

Em 1901, foi publicado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, que modernizou o sistema de saúde português ao promover uma renovação e uma recuperação das estruturas de cuidado (Alves, 2019). Era preciso consolidar a medicina coletiva e preventiva como o melhor caminho para enfrentar os problemas de saúde em Portugal. Para isso, a classe médica²² foi convocada a aceitar o novo modelo sanitário²³.

O referido regulamento estabeleceu as funções dos diferentes órgãos que compunham a rede de saúde. A Igreja manteve sua participação no sistema por meio dos cuidados dos párocos, dos registros estatísticos, dos conselhos populares de higiene e da propagação de conhecimentos e informações (Viegas et al., 2006).

Inaugurou-se, assim, o moderno sanitarismo em Portugal, por meio da definição do papel dos funcionários e das autoridades administrativas e eclesiásticas dentro do sistema. No entanto, a falta de interesse e a divisão excessiva de responsabilidades entre as diversas entidades enfraqueceram, em um primeiro momento, a busca por melhoria nas condições de saúde.

Segundo Ferreira (1990) o moderno sanitarismo era necessário, porém apesar dos estatutos que definiram as atribuições, a condição da saúde pública não melhorou. O conjunto de decisões necessárias se perdia entre as numerosas entidades e os avanços propostos não

²⁰ Decreto de 9 de outubro de 1899.

²¹ Diário do Governo, n.º 292, de 26 de dezembro de 1901: “submeter à apreciação do Ministro, devidamente informados e instruídos pelas estações competentes, os negócios que necessitem de resolução superior, interpondo o seu parecer, escrito ou verbal” e “propor ao Ministro as reformas e melhoramentos que mais convenham aos interesses do serviço público” (Legislação Portuguesa, 1902, p. 1032).

²² Numa perspectiva mais ampla, todos os médicos foram chamados a participar da regeneração sanitária, insistindo-se no dever de declaração obrigatória de doenças infecciosas ou até da sua suspeita, nos casos de cólera, febre amarela ou peste (Garnel, 2015).

conseguiriam ser executados até que fosse separada a ideia de saúde e beneficência pública (Viegas et al., 2006, p. 25).

Essa mudança seria realizada em 1911, pela República, por meio de um decreto do Ministro do Interior, António José de Almeida, que determinou o fim da Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, e a criação da Direção-Geral de Saúde. Ricardo Jorge assumiu sua liderança e iniciou seu postulado de orientação e coordenação da saúde em nível nacional, construindo um retrato desse sistema em Portugal.

Desde o fim do século XVII, os Estados passaram a dar atenção à saúde dos indivíduos, num processo de ampliação na intervenção sobre aspectos antes de interesse privado, do poder local ou de caridade misericordiosa. Essa intervenção foi realizada mediante a ampliação do conceito de saúde pública, o que permitiu aos Estados, por meio dos objetivos médico-sanitários, regularem e disciplinarem o corpo social para garantir sua sanidade (Garnel, 2015). O Estado tinha o interesse de disciplinar o corpo individual para alcançar a regulamentação sobre as pessoas de modo coletiva, exercendo o biopoder (Foucault, 1988, p. 151).

O objetivo de melhorar a saúde dos povos foi destacada por Foucault como uma forma utilizada pelos governos para a ampliação do próprio poder. O processo de empoderamento era feito por meio da adoção de medidas higiênicas e sanitárias, que buscavam produzir um efeito positivo sobre a vida e obter sua multiplicação, sendo justificadas pelo combate a doenças e condições de ameaça à vida. Essa ideia foi uma das bases do desenvolvimento da biopolítica (Foucault, 2008).

O surgimento de uma biorregulamentação (Foucault, 2006) levou à revisão sobre as condutas individuais e o funcionamento de tradicionais instituições, alterando, desse modo, relações sociais e políticas. O poder central ampliou sua participação e passou a atuar diretamente em novas áreas de interesse, exercendo intervenção em locais como asilos, prisões, escolas, ambientes de trabalho e, até mesmo, em residências, tudo isso com a chancela da ciência. Ações como lavar as mãos, banhos regulares, vacinação, enterros fora das igrejas, consumo ou não de água de fontes públicas eram fundamentais (Barreiros, 2014).

Com Ricardo Jorge, Portugal alinhou-se às ideias de saúde mais modernas. Estabeleceu seu trabalho de percepção da realidade sanitária e promoveu a estruturação do sistema, integrando um discurso higienista, que pode ser inserido no âmbito do biopoder. A população

passou a ser um objeto político, alvo dos estudos de saúde pública, sendo avaliada em seu corpo social e biológico (Alves, 2019).

Em Portugal, durante o século XIX, as medidas intervencionistas sanitárias e higiênicas encontraram resistência por parte de opositores do governo e por parte da própria população. Isso porque, as medidas possuíam um caráter doutrinador (Pontes, 2012). O bom resultado alcançado no combate à peste bubônica teve efeito na opinião pública. No entanto, os benefícios e a efetividade dessas medidas foram percebidos mais tarde, com a elaboração de estudos estatísticos sobre mortalidade (Alves & Carneiro, 2014; Pontes, 2012).

Como afirmam Alves e Pereira (2019), apesar de a sociedade e a monarquia compreenderem a necessidade de novos hábitos de higiene social relacionados com a educação²⁴, uma educação higiênica efetiva foi produzida somente no século XX, com o governo da I República.

Estabelecer a saúde como um direito da população permitiu ao Estado português, por meio da medicina social, uma intervenção nas mais diversas áreas da sociedade. Esse novo paradigma aumentou a força governamental e foi acompanhado de um aumento de investimentos na área. A influência da medicina social nas academias moldou grande parte do pensamento médico do período, fortalecendo e ampliando as mudanças que permitiram superar dificuldades estruturais no início do século XX.

A consolidação e a disseminação dos novos paradigmas sobre o cuidado ocorreram de forma gradativa, com o auxílio dos estatutos e das instituições, em um processo de maturação da nova mentalidade e, ao mesmo tempo, com a adaptação e a criação de organizações, todas caminhando para produzirem uma política de benefícios no cuidar, sendo o Estado o responsável por toda sociedade.

1.2 AS INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO MÉDICA SOB OS NOVOS PARADIGMAS

O estabelecimento de uma nova mentalidade sobre a assistência estava diretamente associado aos novos conhecimentos científicos, ao desafio diante das epidemias e às mudanças que o liberalismo propunha. Esse processo gerou reformas no âmbito das

²⁴ Conforme Alves e Pereira (2019), a preocupação com higiene e a educação na primeira infância já podia ser notada com a adoção de algumas medidas, como a criação da Sociedade Promotora de Creches, em 1876, que tinha o objetivo de fornecer abrigo, alimentação e educação.

instituições ligadas ao cuidado, produzindo mudanças mediante a criação de novas e a extinção de antigas organizações, transformando o novo paradigma sobre a saúde em ações concretas.

As mudanças ocorridas nas instituições foram importantes. Para além das questões relacionadas com a saúde, elas permitem compreender o ambiente político e social do país. Para apresentar esse pensamento associado à saúde, toma-se como foco de análise o ambiente de formação médica, e como a academia passou a se adequar às novas ideias sobre o cuidado que estavam sendo estabelecidas em Portugal.

A presente investigação visa compreender o olhar médico no período do oitocentos. Para atingir esse objetivo, enfatiza-se a análise sobre a Escola Médico-Cirúrgica do Porto e as duas grandes mudanças pelas quais essa instituição passou nos anos de 1836 e 1911. Busca-se entender como as novas ideologias adentraram e influenciaram a preparação dos novos profissionais. Como pontuam Viegas et al. (2006, p. 4), “é seguro que não há melhoria da saúde sem actualização dos conhecimentos e sem a sua aplicação apropriada”.

A Escola Médico-Cirúrgica do Porto teve sua criação ligada à Revolução de **Setembro** de 1836, em que Manuel da Silva Passos assumiu a Secretaria de Estado dos Negócios do Reino e promoveu uma reorganização na formação de médicos por meio de reforma nas Escolas Régias Cirúrgicas de Lisboa e do Porto (1825-1836). As Escolas Régias foram criadas em Portugal e se inseriram no contexto europeu, onde as preocupações de preservar e melhorar a saúde da população passaram a ser objetivos dos Estados (Garnel, 2013a). Para tanto, era preciso aumentar o número de facultativos, por meio da ampliação do ensino médico. Como exemplo desse pensamento, foram estabelecidas as Escolas de Saúde Pública na França, na Alemanha, na Inglaterra e em Portugal (Catroga, 2007).

O Alvará de 1825 criou as Escolas em Portugal, explicitando a necessidade de formar profissionais práticos da área da saúde para o preenchimento de vagas no corpo de cirurgiões do Exército e na Armada, bem como no auxílio à população, em locais onde não houvesse médicos ou estes fossem insuficientes²⁵. Na cidade do Porto, a instituição funcionou dentro do Hospital de Santo António por dez anos, sendo afetada durante a Guerra Civil (1832-1834).

As mudanças executadas por Passos Manuel na formação médica atendiam ao objetivo de ampliar o número de médicos, enquadrando-os nas alterações que ocorriam no país. Ao

²⁵ Alvará n.º 124, de 5 de julho de 1825.

focar na prevenção, as estruturas existentes tiveram de ser modernizadas, a fim de se adequarem aos novos padrões sanitários (Esteves, 2012, p. 4).

O funcionamento das escolas foi definido em regulamento aprovado pelo Decreto de 23 de abril de 1840, que instituiu uma nova estrutura de atividade e educação. Uma das mudanças ocorreu no âmbito do currículo de formação dos cirurgiões. Esse currículo foi ampliado, e o curso passou a ter a duração de cinco anos, com o acréscimo de cadeiras de saber médico.

Até 1836 somente a Faculdade de Medicina de Coimbra formava médicos, e estes tinham mais prestígio do que os diplomados nas Escolas Cirúrgicas (Viegas et al., 2006). Havia reivindicações para uma equiparação das Escolas com a faculdade e críticas em torno do ensino em Coimbra, que priorizava mais teoria em detrimento da prática.

O primeiro cirurgião documentado (1274) em Portugal foi D. Silvestre, cirurgião bracarense, seguido de João Esteves, em 1326. Após este último passou a ser mais comum encontrar registros e documentos das atividades desses profissionais (Silva, 2016). Como classe profissional, os cirurgiões tinham uma imagem de inferioridade em relação aos médicos. No século XVII, os facultativos formados em Coimbra desempenhavam o papel de autoridade científica. Desse modo, boticários, cirurgiões e profissionais da saúde estavam submissos a eles. Gradativamente, esses profissionais foram ampliando sua importância na sociedade, prestando importantes serviços sanitários no interior do país (Abreu, 2010, p. 97).

O estudo nas Escolas Cirúrgicas de Lisboa e do Porto dava maior ênfase à prática profissional, sendo isso fruto da reorganização do ensino. Por serem escolas funcionando em unidades hospitalares – a de Lisboa, no hospital de São José, e a do Porto, no hospital de Santo António –, o contato com procedimentos e pacientes era bastante comum, antes mesmo da conclusão dos estudos. Esse fato consistiu, no futuro, em um diferencial tanto para a formação profissional quanto para o combate às doenças no país.

O funcionamento das escolas cirúrgicas ocorria em associação direta com os hospitais. Os hospitais consistiam em espaços de assistência, aos quais acorriam os mais pobres e desamparados. Os que dispunham de alguns recursos, preferiam ser tratados em casa. Essas instituições possuíam regulamentos de funcionamento e organizações próprias, fazendo parte da rede de cuidados existente que era composta por estruturas geridas pelas Misericórdias (Pita, 2017).

No século XIX, os hospitais eram vistos de maneira negativa pela sociedade, pois o apoio de saúde estava associado a um serviço médico de atendimento particular e, preferencialmente, domiciliar, sendo o serviço coletivo hospitalar reservado às camadas mais baixas (Garnel, 2013b).

Desde o século XVIII, a assistência à saúde passou a ser defendida como uma função do Estado, como podemos ver preconizado na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1793, que em seu artigo XXI definiu que “Os auxílios públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve a subsistência aos cidadãos infelizes” (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1789).

No entanto, para cuidar da saúde da população era preciso que o Estado tivesse informações sobre as doenças que afligiam as pessoas. Neste sentido, os hospitais eram os principais auxiliares, desde que fossem vistos como locais de assistência para alcançar a saúde, e não como abrigos e asilos sociais (Ornellas, 1998).

Constituída a imagem de casas de saúde, a população procuraria seus serviços e seria possível aos médicos internos observarem os doentes, identificarem doenças, definirem novos tratamentos e, assim, planejarem e executarem a assistência. Os hospitais passariam a ser uma tecnologia da medicina para o tratamento da sociedade (Pitta, 1991).

Este processo levou à urgência de modernização da formação, na busca por qualificar a nova elite e ampliar o número de médicos, provocou mudanças nas estruturas de preparação profissional da área. De acordo com Ricardo Jorge, no fim do século XIX, a formação na Escola Médico-Cirúrgica do Porto continuava com problemas, devido a estruturas físicas antigas, ausência de materiais, como cadáveres para aulas de anatomia, e falta de compromisso nas avaliações finais tanto dos avaliadores quanto dos avaliados (Costa & Vieira, 2011). Sobre a estrutura, segue o testemunho de Maximiliano Lemos, que se formou em 1881:

O ensino da anatomia era deplorável... defronte da porta de entrada via-se uma espécie de púlpito... cheio de caruncho e pó: era a cadeira do professor de anatomia. A meio da sala via-se uma banca em forma de rabeção grande, pintada da côr de sangue de boi, ... mais parecia de banca de lavar a loiça do que de mesa de anatomia. O principal ornato da aula era ‘uma espécie de múmia’ a que chamavam esqueleto natural, em que os ossos estavam presos pelos ligamentos que tinham podido resistir aos golpes desapiedados do inexorável escalpelo. Os ligamentos interósseos dos antebraços e pernas, os sacrosiáticos e obturadores tinham desaparecido (Lemos, 2014, p. 2).

Ricardo Jorge assumiu em 1895 como lente proprietário da cadeira de Higiene e Medicina Legal. De acordo com Nunes (2013) sua escolha ocorreu em virtude de suas contribuições para a modernização da formação acadêmica, tendo destaque o desenvolvimento da cadeira de Higiene, pois introduziu conceitos mais contemporâneos e organizou diversos congressos sobre o tema em Portugal.

O trabalho desenvolvido por Ricardo Jorge como investigador conduziu à reforma na saúde pública. Interveio de forma direta na criação da Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública (Decreto de 9 de outubro de 1899) e do Instituto Central de Higiene, mais tarde Instituto Superior de Higiene, que iria desempenhar um importante papel na educação, na formação e na investigação em saúde pública (Graça, 2015).

A modernização da Escola Médico-Cirúrgica do Porto foi gradativa e acompanhou as mudanças ideológicas e sociais que ocorriam no país. A República, promoveu uma nova reforma do ensino médico, em 1911, elevando a Escola à categoria de Faculdade de Medicina do Porto, integrando-a completamente na universidade.

O Decreto publicado em 24 de fevereiro de 1911, no Diário do Governo, apresentou toda a nova estrutura – as novas cadeiras, as regras de acesso ao curso, os pagamentos de residentes – e uma Introdução que exaltava Passos Manuel e o exemplo da Revolução Francesa como inspirações para a construção do futuro de Portugal. Nessa Introdução, foi expressado que a Revolução Portuguesa de 5 de outubro de 1910 tinha o dever de reformar os ramos de ensino, convocando a nação para o exercício da democracia, de modo a difundir a cultura, educar dirigentes e remodelar o ensino superior, a fim de satisfazer as necessidades sociais futuras²⁶.

Por trás da alteração na formação dos médicos havia diversos interesses. Dentre estes, estava a preocupação com as doenças que atingiam o país e o processo de consolidação profissional, acentuado no fim do século XIX. Além desses, observa-se a influência política das ideologias da nova República, o que gerou debates sobre o Estado e suas estruturas na ressignificação do ideal de nação²⁷.

O pensamento médico no século XIX tinha forte influência do liberalismo, principalmente das ideias acerca da valorização científica, do racionalismo e dos direitos do

²⁶ Decreto de reforma do ensino médico (Diário do Governo n.º 45, 1911, de 24 de fevereiro).

²⁷ Em Portugal, o conceito de nação passou por diversas transformações, sendo ressignificado de acordo com as mudanças que o país atravessou em diferentes momentos (Matos, 2005).

indivíduo. E mais, por volta de 1870, o positivismo trouxe novas ideias, como evolução e determinismo. Essa influência chegou às Escolas Médicas, que passaram a ser propagadoras dessas novas ideias (Catroga, 1977).

A necessidade de reorganizar a sociedade conforme as novas instituições políticas ampliou a valorização dos intelectuais, e alguns membros foram empoderados para essa missão. Dentre estes, encontravam-se médicos, publicistas, escritores e filósofos, que se sentiam responsáveis por convencer o Estado a adotar as medidas necessárias para o benefício da população.

A visão totalizadora da medicina induziu alguns alunos a apresentarem teses sobre temas muito variados... um curioso trabalho sobre a composição dos diferentes tecidos estabelecendo relações entre aquela, as cores e as formas e o estado de saúde individual; de caminho, não deixou de enfatizar, naturalmente, a irracionalidade da moda feminina (Garnel, 2003, p. 84).

Os médicos tinham seus argumentos amparados na própria habilidade de estudar os indivíduos e os seus corpos, desenvolvendo, com base nisso, a capacidade de observar a sociedade e diagnosticar cientificamente os seus males. A ciência fornecia os meios para os clínicos serem vistos como os responsáveis pela educação do poder público e por livrar a população de epidemias e doenças.

A participação de profissionais médicos na Assembleia, no início da República, alcançou um quinto dos deputados. Em número, ficou atrás somente dos advogados e militares. O novo governo, preocupado em romper com os símbolos do passado e buscando se modernizar, contava com a participação da elite intelectual para constituir os novos tempos (Almeida, Fernandes, & Santos, 2006).

As novas ideologias afirmavam que o futuro seria garantido por meio da construção de uma sociedade saudável, o que fez com que os médicos passassem a ter uma visão total, saindo da esfera da visão científico-biológica, adentrando à esfera da medicina social.

Por meio de análise qualitativa de trabalhos de conclusão de curso apresentados pelos médicos na Escola Médico-Cirúrgica do Porto – posteriormente, Faculdade de Medicina – entre 1855 e 1920, identificou-se a abordagem não somente de doenças do corpo, mas também de aspetos sociais. Doenças, tratamentos, procedimentos cirúrgicos, educação

infantil, creches, hospitais, saneamento, matrimônio, reprodução, maternidade, ginástica, parto, moda, prostituição, higiene e amamentação foram alguns dos temas abordados.

No ano de 1877, Miguel Bombarda²⁸ apresentou a sua tese com o seguinte título: *Do Delírio das Perseguições*. Nesse trabalho, abordou alucinações e delírios. Segundo Bombarda (1877), a sociedade é um organismo, e a sociologia é uma extensão da ciência biológica. Ressalta-se que o autor foi médico, cientista e político republicano, com participação importante no movimento que conduziu à revolução republicana de 1910²⁹.

A modernização das instituições de formação médica trouxe consigo a ampliação do número de profissionais de saúde, bem como uma adequação dos currículos aos saberes mais avançados da época, amparados nas novas descobertas científicas. Essas mudanças foram importantes para o enfrentamento de diversas epidemias que ocorreram em Portugal, bem como para a consolidação da classe médica em seu empoderamento social e político.

1.3 O ARTÍFICE DO FUTURO: O MÉDICO

O século XIX ficou marcado por diversas mudanças, com destaque para as que ocorreram na área da saúde. As instituições, os conhecimentos científicos e as relações entre o Estado e sociedade passaram por transformações. Nesse cenário, a classe médica desempenhou papel fundamental. Os clínicos ocuparam uma posição social para além do cuidado físico, passando por eles o futuro de Portugal.

A regulamentação sobre a arte de cuidar, segundo Garnel (2013b), foi um processo que ocorreu durante séculos, tendo, seu início na Europa associado ao controle das corporações de ofício. No entanto, em Portugal, desde o século XV o poder central buscou estabelecer controle sobre esta prática.

Aos médicos era obrigatório possuir o título universitário para realizar sua atividade. Outros profissionais, como médicos e cirurgiões vindos do estrangeiro, os barbeiros, os sangradores e as parteiras dependiam de uma carta-régia, concedida após aprovação em um

²⁸ Miguel Bombarda (1851-1910) alcançou destaque com trabalhos sobre sanitarismo e psiquiatria, foi professor na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, diretor do Hospital Psiquiátrico de Rilhafoles e fundador da Liga Nacional contra a Tuberculose. Com relação à política, foi eleito deputado, em 1908, ao defender propostas republicanas, mas não participou da revolução de 5 de outubro de 1910, por ter sido assassinado em seu gabinete, no Hospital de Rilhafoles, no início de uma consulta, dois dias antes da deflagração do movimento que derrubaria a monarquia em Portugal (Gomes, 2016).

exame realizado perante um físico-mor. O exame atestava a competência profissional de acordo com a capacidade prática apresentada.

De acordo com Silva (2002, p. 244) esta possibilidade criou conflitos em relação a habilitação de profissionais, pois pessoas sem frequentar curso algum conseguiam a autorização, o que gerou protestos e uma desvalorização do ensino universitário. As dificuldades de acesso ao curso de medicina e a diminuição de interesse pelo curso levaram a uma queda na formação de médicos.

Uma tentativa de solução veio a partir de 1608 com a autorização do físico-mor para exercício de Medicina ser apenas válida em áreas que não possuíssem médicos diplomados por Coimbra. Estes exames práticos passaram por alterações ao longo do tempo, sofrendo denúncias de corrupção e abusos levariam o poder central a se preocupar mais com a formação dos profissionais como solução dos problemas.

Uma consequência dos conflitos e desprestígio do ensino universitário médico foi o crescimento de cursos de arte de sangrador e cirurgião que eram fornecidos pelos hospitais (Silva, 2002, p. 244). Desde 1596 as duas atividades eram separadas por alvará régio que estabelecia penalidades aos médicos que praticassem atos cirúrgicos e a cirurgiões que exercessem medidas médicas.

De acordo com a análise de Silva (2002) ocorreu uma bipolaridade na formação clínica portuguesa, com a formação no grau de médico ocorrendo na Universidade de Coimbra e um ensino mais prático nos hospitais que habilitava para desempenhar atividades cirúrgicas.

Esta dicotomia de formação se manteve até o século XIX, período onde reformas educacionais buscaram eliminar esta diferença. A valorização dos profissionais médicos perante a sociedade e poder público foi ampliado neste período, mas a regularização profissional médica somente seria concretizada no século XX.

Pode-se afirmar que o século XIX consistiu no período de consolidação socioprofissional dos médicos, passando estes a afirmarem-se como autoridades. A classe participou ativamente na construção de novos ideais de comportamentos e ações cotidianas e interpessoais. Nesse contexto, pode-se dizer também que houve uma ilusão, por parte da classe médica, de possuir poder salvífico (Garnel, 2003).

Assumir esta posição significava para os facultativos, como explica Garnel (2003, p. 213), reivindicar o reconhecimento de um papel tutelar frente a sociedade moderna. A

construção de um futuro regido pela ciência e afastado dos preconceitos religiosos seria possível através deles.

As Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto, antes da modernização, formavam somente cirurgiões. Esses profissionais eram fundamentais para o atendimento e a realização de procedimentos de combate a enfermidades (Pita, 2017). Eles praticavam parte da medicina que ensinava a curar feridas, chagas, tumores e deslocamentos, bem como operações de abrir e cortar membros do corpo humano (Silva & Freire, 1922).

Os estudantes das Escolas Régias (1825–1836) recebiam uma formação que priorizava o desenvolvimento da prática cirúrgica. Os cirurgiões recém-formados entravam no mercado de trabalho com experiência para realizarem a atividade, podendo exercer medicina em locais que não dispusessem de médicos formados em Coimbra ou onde o número de médicos fosse insatisfatório (Lemos, 2014).

Se perante a lei não havia diferença, até 1880, os diplomados em Lisboa e Porto eram preteridos, em colocações públicas, em relação aos de Coimbra (Silva, 2002, p. 311).

A Universidade de Coimbra passou pelo mesmo processo de atualização. Uma das críticas sofridas por essa instituição refere-se ao fato de que enfatizava o conhecimento teórico e acadêmico, promovendo o contato com os saberes contemporâneos, mas em detrimento da prática, formando, dessa forma, profissionais distantes da realidade sanitária portuguesa (Graça, 1999).

De acordo com Burguete, Martins e Fiolhais (2013), a Universidade de Coimbra foi reformada em 1836, com alteração do tempo de conclusão do curso para o período de cinco anos, e o ensino dividido em dez cadeiras. Essas mudanças mantiveram o nível teórico e ampliaram a base do ensino prático da Medicina. Era preciso modernizar a instituição para que ela não perdesse sua posição acadêmica em relação ao exercício da profissão médica.

A atividade profissional era exercida de formas privada e pública, ou de ambas as formas. A atividade privada ocorria mediante atendimento privado domiciliar; a pública era exercida em instituições de amparo e prestação de serviços coletivos, como os hospitais (Pita, 2017).

O serviço de atendimento familiar individualizado no lar era procurado, principalmente, pelas elites. Além disso, era considerado a melhor forma de promover saúde. A sua boa efetividade era conseguida em função do contato e da disponibilidade do médico em atender e organizar o tratamento do doente, assumindo de forma direta o processo e

evitando o uso dos hospitais, que disponibilizavam o serviço para as camadas mais baixas (Lopes, 2013).

O atendimento hospitalar era considerado inferior devido à ordem comportamental e ao poder aquisitivo dos doentes (Lopes, 2013, p. 7). Essas instituições foram descritas, muitas vezes, como locais insalubres e de foco de doenças. Essa imagem foi alterada somente no século XX, quando os hospitais passaram a ser considerados lugares de cura, e não apenas de beneficência pública (Pita, 2017).

Dentro dos hospitais, cirurgiões e médicos possuíam práticas distintas. Segundo Pita (2017, p. 43), os cirurgiões atuavam diretamente no corpo do paciente. Por meio de análise técnica, esses profissionais preparavam estratégias e as executavam, acompanhando o resultado da intervenção, bem como do processo curativo. Eram os responsáveis diretos pela cura dos casos sob seus cuidados e, muitas vezes, por descobertas de novos tratamentos. Ainda conforme Pita (2017), os médicos atuavam com tarefas clínicas, não ocupando o papel de residentes no hospital; visitavam os utentes em horários estabelecidos, passando pelas alas e definindo os tratamentos que seriam praticados por enfermeiros e auxiliares, responsáveis pelo dia a dia hospitalar. Apesar de não serem os responsáveis pela aplicação direta dos tratamentos, os facultativos possuíam conhecimento acadêmico e domínio teórico.

Pita (2017), em seu trabalho, procede à análise dos médicos frente ao poder político e à população, e como esta observava a atuação desses profissionais. Os clínicos se identificavam com a imagem de que eram os portadores – devido à formação – dos saberes fundamentais para superar grande parte dos problemas de saúde e mortalidade no país. O desafio encontrado por eles era o de serem reconhecidos como membros importantes da sociedade, obtendo, desse modo, credibilidade para poderem realizar as mudanças que julgavam necessárias.

Uma das ações adotadas pela classe foi a produção de discursos, enfatizando o aspecto humano do médico, retratando-o de forma paternalista, como alguém que enfrentava uma batalha contra as doenças, pondo em risco a própria vida pela sociedade e estando em posição de desvantagem, em função do baixo número de profissionais e dos recursos escassos. Por fim, um herói superior imune aos males e pronto para conduzir a todos quase que de maneira autoritária (Pita, 2017, p. 135).

A narrativa criada buscava dar maior popularidade à classe médica, rompendo com a imagem de um profissional frio, seja por meio de uma maior proximidade com os doentes e

suas dificuldades, seja pela superioridade, por possuir um saber quase infalível, que apontaria o caminho a ser seguido pela sociedade. Os médicos moldavam sua própria imagem.

Essa luta por espaço e aceitação pelas camadas populares não foi exclusiva do profissional médico. Segundo Santos (1979), em Oitocentos, outras classes buscavam empoderamento mediante a construção de uma imagem própria. Os periodistas assumiam-se como os que conheciam as realidades e, por isso, sabiam como resolver os problemas. Os advogados apresentavam-se como os “doutores da lei” e os únicos que conheciam o funcionamento do Estado e sua máquina administrativa.

A vantagem dos clínicos em relação a essas outras classes na disputa por popularidade ocorreu devido à necessidade constante da sociedade em utilizar os serviços médicos. Essa oportunidade, somada à estratégia do uso de um dialeto mais coloquial, gerou mudança na imagem que a população tinha dos médicos, passando estes a obterem maior aprovação (Pita, 2017, p. 11).

Esse processo de empoderamento dos facultativos no século XIX teve avanços e retrocessos. Alguns avanços ocorreram por meio de estatutos e reformas como afirma Barreiros (2014, p. 82).

Em 1891, ao analisar a estrutura sanitária do país, Ricardo Jorge afirmou que era preciso reformar tanto as instituições quanto os homens, para que estes compreendessem a importância das medidas de saúde e suas aplicações. Na visão desse médico, os agentes políticos acreditavam que bastavam leis para modernizar a estrutura, processo que ele chamou de “filho do danado coito burocrático” (Graça, 2015, p. 125).

Conforme Abreu (2018), as diferentes invasões epidêmicas aceleraram a adoção de medidas legislativas, regulamentando os cordões sanitários, a venda de alimentos, as habitações, a criação de hospitais provisórios, a contratações de profissionais de saúde e a ampliação de investimentos em materiais médico hospitalares, não significando que a população as seguisse ou as aceitasse. Para superar essa dificuldade, foram estabelecidos projetos de educação com instrução para as camadas populares. Isso foi sugerido pelos sanitaristas e obteve avanços consideráveis no século XX.

A nova estrutura de saúde elevou a posição dos médicos para além de consultores, inserindo-os em juntas e comissões. Esses profissionais assumiram papel decisivo ao ocuparem cargos de gerência no sistema, atuando como diretores, inspetores e delegados sanitários. Esse fenômeno foi acompanhado do aumento de debates, na imprensa generalista,

em torno da ciência médica, o que auxiliou o processo educativo sobre os novos paradigmas médicos.

Em sua pesquisa acerca de questões de saúde e higiene na cidade do Porto, Almeida (2012) mostrou que os temas científicos sanitários passaram a ser abordados com mais frequência, não somente nos períodos de epidemias. O aumento da divulgação forneceu informações fundamentais para a sociedade, conscientizando a população por meio da promoção de novos hábitos de higiene.

Segundo Belo (2004), o grande número de analfabetos na população portuguesa diminuiu o alcance informativo dos periódicos, mas não impediu a difusão de conhecimentos científicos. Pessoas letradas realizavam leituras coletivas em tabernas, e os padres, durante as missas, anunciavam as inovações que deveriam ser conhecidas e utilizadas pela população. Dessa forma, a ciência era divulgada, e o sanitarismo, fortalecido (Almeida, 2012).

As informações que ampliaram o saber científico (Bernardo, 2013, p. 75) também criaram um ambiente de tensão e medo. O “novo mundo” invisível de bactérias e vírus (Ujvari, 2003) geraram, na sociedade, sentimento de insegurança. Nesse ambiente de instabilidade, os médicos assumiram lugar de destaque, como aqueles que dominavam os novos saberes. Como isso, eles ganharam a confiança da sociedade na defesa das doenças que ameaçavam o futuro. Portanto, a valorização da ciência beneficiou a classe médica naquele momento.

Os médicos assumiram uma imagem profissional em que comparavam sua atuação com o sacerdócio. O exemplo de dedicação voluntária, beirando a abnegação ao bem público, ampliou o prestígio deles perante a sociedade, garantindo a eles o status de detentores de um saber científico que permitia a salvação física, mental e social. Bastava apenas a população ouvir a voz desses profissionais (Garnel, 2003, p. 253).

Os clínicos, em meados do século XIX e início do século XX, ganharam popularidade e conseguiram avanços significativos. As suas propostas sanitárias foram ouvidas pelo Estado; houve uma maior valorização profissional; conseqüentemente, conduziram alterações no comportamento da vida privada da população (Garnel, 2003).

Em Portugal, o republicanismo contou com a participação significativa da classe médica. Segundo Pires (2017), foi na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa que o estudante do último ano de Medicina, Higinio de Sousa, fundou, em 1890, o jornal “A Pátria”, que publicava conteúdos doutrinários pró-República, assinados, majoritariamente, por ex-acadêmicos da instituição.

O médico Manuel de Brito Camacho, influenciado por muitos desses escritos, fundou, em 1906, o jornal “A Lucta”. O periódico tornou-se o mais influente no meio republicano, dando prestígio e reconhecimento dentro do movimento ao seu fundador (Pires, 2017). Esse médico foi um dos mais influentes na revolução de 5 de outubro de 1910 e, posteriormente, chegou a compor o novo governo, atuando como ministro (Garnel, 2006).

A República (1911-1915), em seu primeiro parlamento (Constituinte de 1911) contou com 58 médicos eleitos, que figuraram entre os 152 lugares possíveis (Garnel, 2003). Essa representatividade diminuiu nos anos seguintes, porém nunca atingiu número inferior a 22 assentos parlamentares, como o obtido na eleição para o período de 1922-1925 (Pita, 2017).

A classe médica, nas primeiras décadas do século XX, assumiu posição de destaque no âmbito da elite intelectual portuguesa, conseguindo impor o seu conhecimento como um dos princípios norteadores do governo e da sociedade, com os objetivos de superar os atrasos do país, adequar-se aos novos conhecimentos e enfrentar os desafios contemporâneos.

CAPÍTULO II – AS DISSERTAÇÕES DO ATO GRANDE DE MEDICINA COMO FONTE DOCUMENTAL

Para uma compreensão mais adequada acerca do conhecimento médico-científico português, é preciso analisar a documentação produzida pelos profissionais na Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Por meio desses documentos, intenta-se conhecer opiniões, pesquisas, hipóteses e referências bibliográficas, a fim de elaborar um panorama sobre o conhecimento dos novos médicos no período de 1850 a 1920.

Nos séculos XIX e XX, Portugal conviveu com graves períodos de crise sanitárias. Doenças como a cólera, a febre-amarela, o tifo, a peste, a varíola, a febre tifoide e o sarampo assolaram o país, provocando inúmeras mortes, desafiando a saúde e provocando mudanças nas estruturas e no pensamento médico (Esteves, 2020).

Segundo Rosemberg(1987), os momentos de epidemias favorecem o levantamento de informações sobre a medicina e áreas afins, devido às mudanças que provocaram na sociedade e nos serviços sanitários. Almeida (2011c) corrobora essa assertiva ao mostrar como a imprensa portuguesa assumiu um papel fundamental perante a sociedade, em Oitocentos, por meio da divulgação de informações sobre as epidemias.

Diante da cólera, foi adotada uma postura mais alarmista por parte da imprensa, que empregou narrativas e ilustrações associadas aos altos índices de mortalidade, gerando medo na população, levantando questões sanitárias, como pontuam Esteves e Pinto (2020). Observa-se que o interesse sobre o tema na opinião pública foi um impulso para a disseminação de novos hábitos de higiene e de reformas institucionais.

Com base nisso, objetiva-se conhecer o que se produziu em termos de conhecimento médico-científico entre meados do século XIX até o início do século XX. Selecionou-se esse período devido à grande incidência de epidemias, com destaque para a cólera, em diferentes períodos, a peste bubônica (1854-1960) e a gripe espanhola (1918-1920).

Desse modo, com o objetivo de identificar o conhecimento médico-científico produzido em Portugal, procede-se a uma análise acerca da produção acadêmica dos profissionais médicos. Dentre os documentos disponíveis, foram selecionadas para investigação as dissertações inaugurais, isto é, trabalhos monográficos apresentados como

requisito para a conclusão do curso nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto, seguindo o Regulamento de 1840 (Costa & Vieira, 2011).

Segundo Costa e Vieira (2011), a conclusão formal que habilitava o aluno com o título de médico-cirurgião ocorria após a conclusão do Ato Grande. Este consistia em três atividades avaliativas, sendo dois exames, um clínico e um prático, e a apresentação do trabalho por escrito a ser avaliado por um júri formado pelos professores. Esse processo buscava aliar o caráter de formação profissional à ideia do médico como cientista.

Como já nos referimos as Escolas foram criadas em 1825, com o objetivo de formar profissionais cirúrgicos. Porém, em 1836, ocorreu a reforma promovida por Passos Manoel, ministro do Reino, que modernizou a estrutura de ensino médico. Com isso, essas instituições passaram a promover a formação médico-cirúrgica. De acordo com Esteves (2012), buscou-se ampliar o número de profissionais de saúde, bem como atualizar o conhecimento relativo às questões sanitárias. Costa e Vieira (2011) enfatizam que esse processo valorizou as ciências biomédicas, que estavam a se desenvolver em outros países europeus.

As dissertações não trazem inovações científicas, mas fornecem informações sobre o período de sua elaboração, por apresentarem resumos teóricos, discursos, terapêuticas conhecidas e procedimentos em torno das doenças. Entende-se que a análise em cruzamento com outras fontes permite compreender as ideias em voga e o conhecimento médico do período.

As investigações sobre essas dissertações ocorreram seguindo as propostas sistemáticas de Bardin (2011), isto é, analisar o conteúdo explícito do material sem ignorar informações subtendidas. A ideia é a de não desvirtuar o objetivo inicial, e sim ampliá-lo, em razão da qualidade dos dados e das informações obtidas. Assim sendo, a categorização, a organização e a decodificação dos trabalhos produziram uma visão quantitativa sobre os documentos, o que viabilizou e otimizou a análise qualitativa.

Conforme Bardin (2011), é importante seguir uma organização que viabilize chegar a um resultado satisfatório. Contudo, a adaptação do método às peculiaridades do trabalho são decisões válidas que cabem ao investigador, a fim de produzir a análise final. Com base nessas considerações, apresenta-se, a seguir, o caminho percorrido neste estudo, de modo a facilitar a interpretação do conteúdo.

2.1 FERRAMENTAS DE ACESSO E METODOLOGIA ADOTADA NA SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS

A seleção dos documentos para esta investigação foi realizada com base na definição dos objetivos e do método (análise qualitativa). A abordagem das fontes teve início após a categorização e a organização das dissertações em uma base de dados, com vistas à facilitação do processo de leitura, para posterior interpretação.

Devido ao momento pandêmico e pelo fato de Portugal ter intercalado períodos longos de restrição de circulação, aberturas moderadas e encerramento de acesso a ambientes públicos, a pesquisa presencial em arquivos e museus foi dificultada, consistindo em impedimento para o contato com as fontes físicas. A solução encontrada foi a de utilizar o repositório digital da Universidade do Porto (U. Porto). Veiga e Alves (2016) esclarecem que os repositórios são sistemas de informação que armazenam, preservam e divulgam a produção intelectual científica. Essas estruturas apoiam e gerenciam a publicação dos trabalhos elaborados por pesquisadores.

Com o uso de tecnologia aberta, os repositórios configuram-se em ferramentas que favorecem à geração de conhecimento científico tanto nacional quanto internacional. Como afirmam Sayão e Sales (2016, p. 91), “este cenário de grandes novidades abre perspectivas inéditas para descobertas em todas as áreas do conhecimento, que vai da Astrofísica a Linguística, delineando um novo paradigma científico”. Dessa forma, a disponibilidade online permitiu o andamento da investigação.

Com o recurso de busca do próprio repositório, iniciou-se a seleção das dissertações. Estas foram selecionadas com base na limitação dos resultados especificamente na área da medicina. Como recorte temporal, adotou-se o período de 1850 a 1920, a fim de identificar qual o conhecimento médico dos recém-formados; por conseguinte, verificar os debates promovidos e os avanços científicos.

A década de 1850 marcou uma ruptura no âmbito da ciência-médica, o que contou com a influência do médico inglês John Snow. Em 1849, publicou pela primeira vez seu trabalho empírico relacionando a água com a cólera, trazendo novos conhecimentos que contestavam o saber científico da época, que se baseava na teoria miasmática para justificar a causa de inúmeras doenças. A teoria miasmática foi formulada por Thomas Sydenham e Giovanni Maria Lancisi, no século XVII. Conforme essa teoria, os miasmas eram a causa das doenças. Sendo assim, odores e mal cheiros exalados da putrefação de locais contaminados formavam a base dos conceitos sanitários (Tonon, 2015).

Contudo, em meados do século XIX, Snow influenciou a reformulação do pensamento sanitário e de higiene. Em 1854, ele testou sua teoria diante do surto de cólera na Broad Street, Golden Square, em Londres, obtendo resultados satisfatórios ao fechar a bomba de água que abastecia a região. Quando comparou a água do Rio Tamisa retirada de local contaminado por esgoto com água pura, chegou à conclusão que não era a água suja a causadora da doença, mas a contaminada (Bowes, 2020).

Por sua vez, a década de 1920 evidenciou como o saber médico acerca das doenças teve alterações em um período de 70 anos, e como isso impactou o enfrentamento à epidemia de gripe espanhola, que ocorreu de 1918 a 1920.

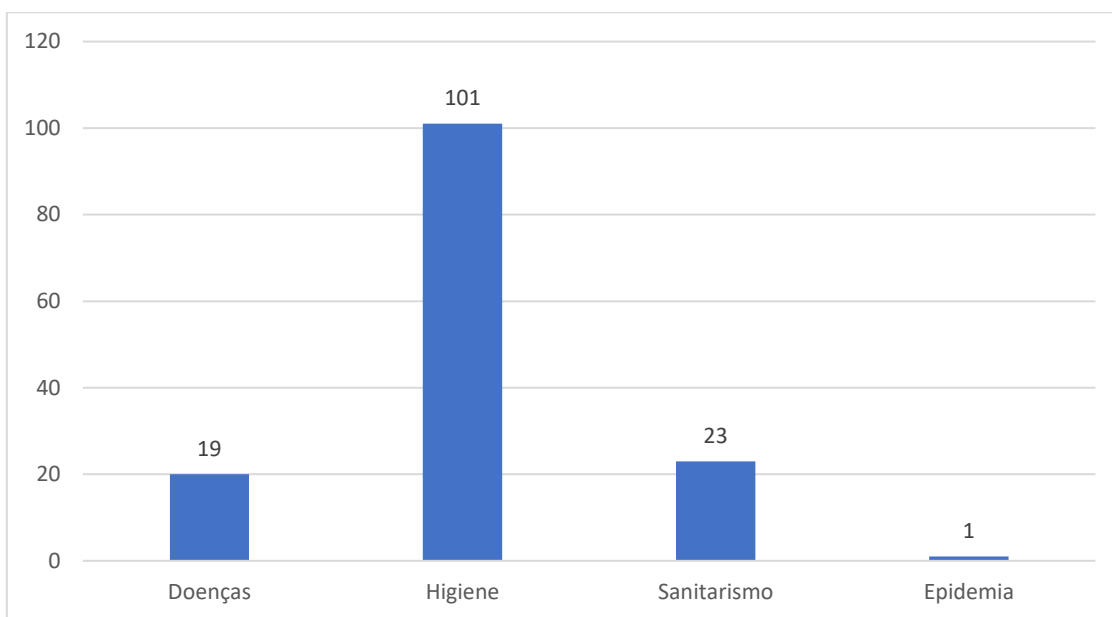
Posteriormente, as entradas escolhidas foram inseridas. A fim de compreender os conhecimentos médicos-científicos específicos, optou-se por criar categorias com base nas doenças epidêmicas do período selecionado e em temas relacionados com a saúde, a saber: epidemia, higiene, sanitarismo e demais doenças identificadas no decorrer da pesquisa.

O número de dissertações encontradas pela ferramenta de busca do repositório foi extenso. Assim sendo, realizou-se uma pré-análise, seguindo o método de Bardin (2011). Foram identificadas 122 dissertações que serviriam aos propósitos da pesquisa, compondo, dessa forma, o banco de dados a ser criado, a partir de categorização, após uma leitura prévia.

Utilizando o método de “leitura flutuante” (Bardin, 2011, p. 100) dois problemas surgiram. O primeiro estava relacionado com os temas abordados. Estes nem sempre correspondiam aos seus títulos, o que gerou constantes mudanças na categorização das obras na base de dados, bem como diferença entre as datas dos documentos e as informações do repositório. O segundo dizia respeito a alguns documentos que traziam dados que transpassavam mais de uma das áreas de interesse. Por exemplo, a dissertação de Manuel de Matos e Silva intitulada *Breves Considerações sobre a podridão do hospital ou tifo traumático* (1870), ao abordar as condições higiênicas do hospital e os tratamentos relativos ao tifo, associou-se como resposta a duas entradas (tifo e higiene).

Diante disso, a solução encontrada foi a de organizar os documentos com base na semântica textual, partindo da ordem das abordagens mais restritas para as mais amplas. As 122 dissertações foram mantidas, devido aos verbetes identificados inicialmente, alcançando 145 resultados. Por sua vez, a análise de conteúdo foi organizada seguindo a ordem de prioridade: doenças, higiene, sanitarismo e epidemia, como mostra o Gráfico 1.

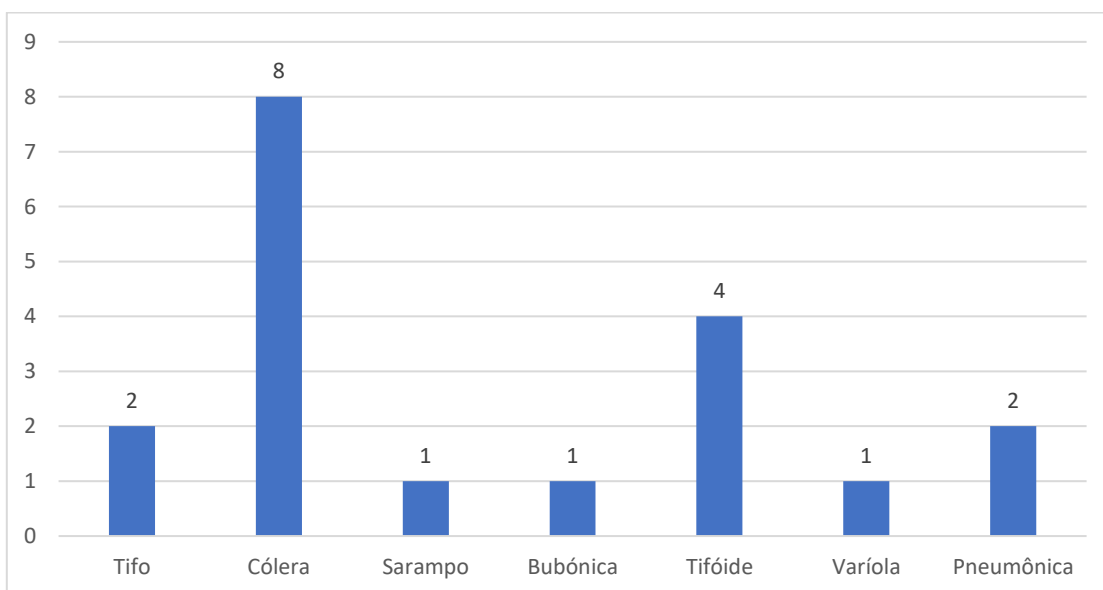
Figura 1: Divisão das 122 dissertações por temas



Fonte: Autor baseado em Bardin (2011) e Barros (2012).

Observa-se que a dissertação de Silva (1870) continuou associada a todos os assuntos abordados por ele, mas a análise de conteúdo foi feita mediante comparação direta com aquelas que abordaram o tifo. O gráfico 2 apresenta a divisão das dissertações conforme as doenças.

Figura 2: Divisão das 122 dissertações por doenças



Fonte: Autor baseado em Bardin (2011) e Barros (2012).

A separação das dissertações com base nas doenças possibilitou a análise direta do conteúdo. Ao comparar as informações explícitas sobre um mesmo assunto, foi possível perceber as semelhanças e as diferenças nos conhecimentos sobre as doenças selecionadas: a cólera, o tifo, a febre tifoide, o sarampo, a peste bubônica, a varíola e a gripe espanhola.

A cólera é uma infecção do intestino delgado causada pela bactéria *Vibrio cholerae*. Uma vez no organismo humano, pode produzir agentes tóxicos que desequilibram as funções em relação a líquidos e sais minerais. Esse desequilíbrio conduz a graves crises de diarreia. A evolução para o estágio agudo produz intensa desidratação e perda de sais essenciais, afetando a função de outros órgãos, podendo conduzir à morte em pouco tempo. A forma mais comum de contágio ocorre por meio da ingestão de água ou alimentos contaminados por excrementos de outras pessoas infectadas (Organização Mundial da Saúde, 2016).

O tifo é uma doença infecciosa causada pelo agente *Rickettsia*. A transmissão para o homem ocorre através do piolho, que, infectado, pica o homem, transferindo o agente para o sangue do ser humano. Após o *Rickettsia* alcançar a corrente sanguínea, a pessoa passa a ter dores e febres como sintomas. Ao mesmo tempo, ocorrem obstruções no aparelho circulatório sanguíneo, gerando lesões na pele e, posteriormente, necrose, conduzindo a perda de membros (dedos, braços e pernas). Com alto índice de mortalidade, o tifo provocava medo nas populações, devido ao aspecto adquirido pelos doentes (Ujvari, 2003). A doença se espalhava rapidamente por áreas com grande presença humana e má higiene, ocorrendo com maior frequência em locais de guerras e presídios.

A febre tifoide é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Salmonella typhi*, podendo levar à morte. Quando contaminada, a pessoa sente febre, diarreia aguda e aumento de tamanho das vísceras, especialmente do fígado e do baço. Em alguns casos, há confusão mental progressiva. A contaminação, em sua maior parte, ocorre por meio da ingestão de água e alimentos; ocorre também pelo contato direto com um infectado, quando não se segue as regras de higiene. A bactéria entra no organismo pelo tubo digestivo e pelo intestino, espalhando-se pelo sistema sanguíneo (Atlas da Saúde, 2019).

O sarampo é uma infecção provocada pelo vírus *Measles morbillivirus*, sendo caracterizado por manchas avermelhadas na pele, febre, tosse, conjuntivite e corrimento nasal. Possuindo grande nível de infecção, é transmitido através de gotículas infecciosas espalhadas por tosse ou espirro. No entanto, possui baixo índice de mortalidade. A melhor forma de prevenção ocorre pela vacinação (Serviço Nacional de Saúde, 2013).

A peste bubônica é uma doença de origem bacteriológica causada pelo bacilo de *Yersinia pestis*. A picada da pulga do rato contaminada com o bacilo é o principal vetor de contaminação. Ao progredir, o *Yersinia pestis* pode atingir os gânglios linfáticos, causando uma infecção que evolui para acúmulo de pus, aumentando os gânglios infectados e gerando um “bubão”, característica que deu nome à doença. Quando o bacilo alcança a corrente sanguínea, espalha-se rapidamente pelos órgãos, processo nomeado de peste septicêmica. Ao alcançar o pulmão, a doença assume caráter mais contagioso, pois espalha-se entre os seres humanos pela respiração e pela tosse, levando à chamada peste pulmonar, que prejudica o processo respiratório e conduz à morte (Ujvari, 2003).

A varíola remonta à Antiguidade. Causada pelo vírus *Orthopoxvirus variolae*, chegou a uma taxa de mortalidade, entre os infectados, em torno de 30%. Os sintomas iniciais eram febre e vômito, evoluindo para úlceras na boca e erupções cutâneas na pele. Essas erupções evoluíam para bolhas, que, ao secarem, assumiam o formato de crostas. Estas, ao se desprenderem da pele, deixavam cicatrizes. Os sobreviventes ficavam com cicatrizes e, muitas vezes, perdiam a visão. A doença era transmitida por contato com infectados ou objetos contaminados. Em 1796, o médico Edward Jenner desenvolveu um método de combate à varíola que mudaria os padrões de saúde: as pessoas eram infectadas de forma não perigosa pelo agente *cowpox* (causador da varíola bovina e inofensivo em humanos), de modo que o organismo adquirisse resistência à doença. Esse processo de imunização é conhecido como vacina. No mundo, a doença foi considerada erradicada em 1980 (Santos, 2021).

Em Portugal, a gripe pneumônica ou gripe espanhola matou milhares de pessoas de 1918 a 1920, sendo a epidemia mais devastadora da história da humanidade, chegando à taxa de mortalidade de uma em cada três pessoas na população mundial. A doença foi provocada pelo vírus *influenza H1N1* e transmitida através de tosse ou espirro (Sobral & Lima, 2018). Essa gripe consistiu em um desafio para a ciência médica, que se viu impotente diante do flagelo.

As duas primeiras décadas do século XX evidenciaram um avanço no campo médico. Diversos males haviam sido superados, em função das descobertas em torno das ações de microrganismos. Todavia, segundo Castro, Lima, Sobral e Sousa (2009), a epidemiologia e a bacteriologia pouco podiam auxiliar na identificação e no isolamento do vírus causador da gripe espanhola, o que ocorreu somente em 1930.

Estabelecida as leituras sobre os documentos e aplicada a análise de conteúdo foi possível identificar um aumento da relevância das doenças nas abordagens. Assim, não se

podia ignorar o dialogismo documental das fontes. Análises, opiniões e impressões de alguns autores permitem um olhar sobre o cenário português para além das enfermidades. Ressalta-se que as informações não alteraram o método de organização do banco de dados; ao contrário, ampliaram a possibilidade de análises qualitativas³⁰.

Conforme Garnel (2006), as análises das dissertações em torno do cenário português enquadram-se no processo iniciado no fim do século XVIII, com base em uma medicina social, em que os clínicos, convictos de que havia um poder superior na medicina, acreditavam que seus conhecimentos conduziram ao progresso social. Essa crença expandiu o olhar médico e consistiu em justificativa para uma ação interventora na sociedade.

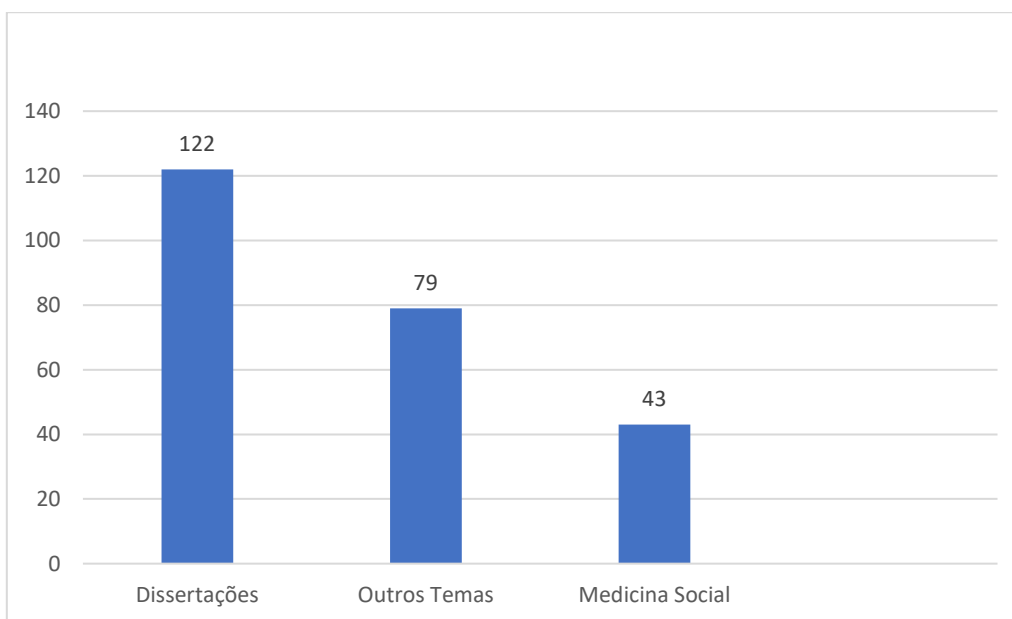
Nota-se que a medicina social ampliou o interesse em temas variados, não se restringindo às enfermidades físicas, mas contemplando “as condições climáticas, o relevo ou os solos (...) as circunstâncias sociais (...) a política, a economia, a cidade e o campo, bem como os comportamentos demográficos; o indivíduo (...) e crescentemente, nos seus aspetos intelectuais e morais” (Garnel, 2006, p. 79).

Ao analisar as dissertações da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa entre os anos de 1899-1900 e 1909-1910, Garnel (2006) afirma que os temas de medicina social eram escolhidos para a realização dos trabalhos de conclusão, não somente pelos desafios na área, mas também porque permitiam abordagens de senso comum, contendo opiniões classistas, higienistas, de sexo, bem como resumo bibliográfico.

As dissertações da Escola Médico-cirúrgica do Porto apresentam características parecidas como as da Escola de Lisboa. Por meio de análise superficial, com base nos títulos, é possível identificar trabalhos associados à medicina social. Alguns trazem informações científicas, com análises laboratoriais e microbiológicas, utilizadas para fundamentar as pesquisas. Essas dissertações foram categorizadas em “Outros temas”, conforme o Gráfico 3.

³⁰ “... tratar-se-ia, portanto, de um tratamento da informação contida nas mensagens. É conveniente, no entanto, precisar de imediato que em muitos casos a análise, como já foi referido, não se limita ao conteúdo, embora tome em consideração o continente” (Bardin, 2011, p. 34).

Figura 3: Dissertações de medicina social



Fonte: Autor baseado em Bardin (2011) e Barros (2012).

Como exemplo, e para fins de comparação, são citados três trabalhos com abordagens semelhantes. Dois deles tratam da região de Aveiro, e um, do Porto, quais sejam: *A bacia hydrographica de Aveiro e a salubridade publica* (1875), de António do Nascimento Leitão; *A hygiene de Aveiro* (1904), de José Maria Soares; e *Contribuição para a Hygiene do Porto: analyse sanitaria do seu abastecimento em água potável* (1908), de Adriano Fontes.

A bacia hydrographica de Aveiro e a salubridade publica tem 177 páginas. A dissertação descreve, detalhadamente, toda a bacia hidrográfica da cidade, apresentando diversos mapas com os caminhos dos rios e das águas, e faz uma análise da direção das chuvas dos ventos.

A dissertação intitulada *A hygiene de Aveiro* tem 98 páginas. O trabalho traz informações sobre a hidrografia do Aveiro. Um capítulo é destinado aos dados demográficos da cidade e do país. Além disso, é feita uma análise acerca dos locais das habitações em relação às ruas da cidade, com mapa ilustrativo. E mais, há dados sobre alimentação e mortalidade. É importante mencionar que três páginas são destinadas a apresentar resultados de análises laboratoriais sobre a água e o seu processo de captação.

A última dissertação, *Contribuição para a Hygiene do Porto: analyse sanitaria do seu abastecimento em água potável*, possui 192 páginas. Esse trabalho apresenta uma análise descritiva de cada uma das fontes citadas, com fotos comprovativas, além de mapas que

facilitam observar a localização. A segunda parte do trabalho, destinada à análise, traz dados laboratoriais e conjecturas sobre a investigação.

Desse modo, pode-se afirmar que as duas primeiras dissertações seguem o padrão das teses de medicina social, não somente pelo tema, mas também pelo texto apresentado. A terceira, apesar de se aproximar de uma análise de medicina social, ultrapassa esse limite e alcança níveis de um trabalho de ciência médica. O próprio autor afirma: “De todos os methods preconizados até hoje na analyse sanitaria das aguas, o único sustentável, em todas as condições, é o que resulta da combinação do exame topographico com a investigação bacteriológica” (Fontes, 1908, p. 166).

Um outro trabalho de medicina social analisado seguiu o modelo mais próximo a temas contemplados por essa área: *Alcoolismo* (1892), de António Augusto Pereira Cardoso. Nessa dissertação o autor defendeu que, anualmente, o alcoolismo matava mais do que todas as epidemias. Ao seguir uma abordagem de senso comum, com diversas proposições, António Augusto Pereira Cardoso, afirmou que na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Suíça esse problema foi superado mediante a proibição da venda de bebidas alcoólicas em bares. Estes serviam somente chá, chocolate e limonadas. E ainda, no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, o grande consumo de café levou ao quase desconhecimento, por parte da população, dos males provocados pelo alcoolismo, devendo esse hábito ser copiado por Portugal. Todavia, essas declarações não encontram amparo em dados coletados nos países mencionados por ele.

Alguns temas contemplados pelas dissertações chamaram a atenção por terem sido abordados em períodos específicos. A relação entre os temas de medicina social e o interesse da opinião pública era comum e atendia aos interesses de reconhecimento intelectual, bem como facilitava o acolhimento de ideias (Garnel, 2006).

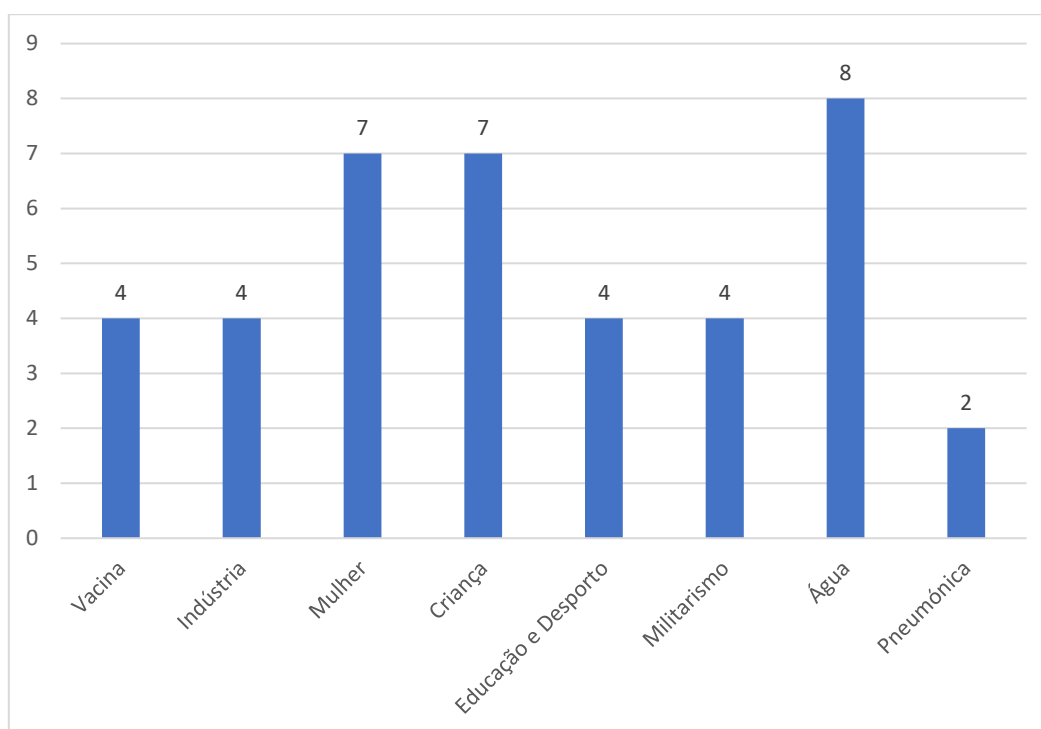
Ao verificar a possibilidade de uma melhor contextualização dos documentos, buscou-se analisar os conteúdos individualmente e associados às conjunturas do momento em que foram produzidos. O objetivo desta abordagem não é o de engessar os trabalhos a um determinado período, e sim o de compreender de onde emergiram.

Assim sendo, foram identificadas dissertações produzidas sob a influência de determinado contexto, como uma invenção, uma descoberta, um avanço ou uma mudança social, científica ou política. Desse modo, relacionados a períodos específicos, foram

Capítulo II – As dissertações do Ato Grande de Medicina como fonte documental

encontrados trabalhos que versaram sobre vacina, indústria, mulher, criança, educação, militarismo, água e pneumônica.

Figura 4: Dissertações associadas a um tema específico



Fonte: Autor baseado em Bardin (2011) e Barros (2012).

O tema vacina foi abordado por três trabalhos produzidos no período de 1870 a 1875, e em um outro, no ano de 1913. As vacinas são substâncias biológicas que, injetadas no corpo humano, tem o objetivo de auxiliar na proteção contra doenças. Esse método ativa o sistema imunológico, que passa a reconhecer determinado organismo (vírus e bactérias) como potencialmente danoso, estabelecendo defesas para combatê-lo. A técnica de sua produção consiste em encontrar ou desenvolver agentes semelhantes aos causadores da doença, podendo ser parte do microrganismo, o próprio agente (em forma enfraquecida ou inativa) ou toxinas. Injetados no corpo, objetivam estimular o organismo para que produza anticorpos e impeçam o avanço da doença (Fundação Oswaldo Cruz, 2016).

Constatou-se que os três primeiros trabalhos argumentavam sobre as vantagens do uso da vacina, contemplando as técnicas de aplicação, a eficácia no combate à varíola e o modo como a inoculação feita do animal para o homem era superior em eficácia em relação ao uso da técnica braço para braço. A vacina foi produzida, inicialmente, com a inoculação do vírus animal para uma pessoa; posteriormente, empregou-se a técnica de passar de pessoa para pessoa (braço para braço). No entanto, essa técnica diminuía a carga viral e o tempo de

imunização, sendo que, muitas vezes, a vacina se “extinguiu” nesse processo (Instituto Jenner, 2018).

Esse conhecimento era derivado das pesquisas de Edward Jenner, que, em 1798, publicou um estudo sobre a descoberta da vacina de varíola. O seu trabalho chegou à Universidade de Coimbra no ano de 1803, por meio da tradução de João António Moreira. Assim, as novas informações e o desenvolvimento da técnica deram origem, em 1812, à formação da Instituição Vacínica, pela Academia Real de Ciências de Lisboa, o que evidenciou a aceitação governamental ao uso da nova terapêutica, pois era preciso combater a varíola, sendo a vacina uma possibilidade. Ressalta-se, contudo, que sua aceitação não foi consensual, pois houve debates na imprensa (Pimenta, 2017).

Na dissertação de Manuel Caetano da Silva Lima (1870), o autor, ao abordar as questões de prevenção, criticou os opositores ao uso dessa terapêutica, contra-argumentando que a vacina de varíola não ampliava o número de alienados e, mesmo não sendo totalmente eficaz, era fundamental para enfrentar a doença.

Uma outra análise sobre vacina é encontrada no trabalho desenvolvido por José Ferreira Henriques dos Reis e Castro, em 1913, intitulado de *Vacinação antitífica*. Essa dissertação difere-se das demais e se relaciona com o contexto da época, uma vez que aborda os benefícios da vacinação contra a febre tifoide, doença infecciosa em que o ser humano é contaminado pelo piolho, sendo comum em áreas que não apresentam higiene adequada, como os presídios.

Destaca-se que a primeira vacina eficaz contra febre tifoide foi desenvolvida por Almroth Edward Wright, em 1896, e introduzida para o uso das forças armadas. A distribuição dessa vacina trouxe uma melhoria significativa à saúde dos soldados na guerra, que corriam mais riscos de serem mortos pela febre do que em combate (Smith, 2021).

Essa vacina, de acordo com o médico José Ferreira Henriques dos Reis e Castro, foi testada na Índia e também na região de Transval, no período da Segunda Guerra dos Boeres (1899-1902). O autor apresenta dados referentes a resultados de pesquisas até 1911, citando tropas em Malta, Gibraltar e no Japão que faziam uso dela.

A indústria foi tema abordado por trabalhos entre 1880 e 1890, período em que Portugal vivenciou o crescimento do setor econômico fabril de linho na região do Porto e de algodão na região do Rio Ave, como mostrado por Alves (2002). Os trabalhos abordam a

higiene no local de produção, o limite de horas que deveria ser adotado e o impacto do trabalho infantil.

A dissertação intitulada *A higiene na indústria têxtil: contribuição para o estudo da higiene industrial no Porto*, de Antonio José D'Almeida e Sousa, foi apresentada posteriormente, no ano de 1915. Mesmo assim, abordou ideias semelhantes às dos trabalhos que o antecederam. No seu trabalho, o autor defendeu que o setor industrial era importante para economia do país, sendo compatível com a atividade agrícola. E ainda, asseverou, com base em dados, que a mortalidade no Porto era alta em relação aos índices de outras cidades fabris. Diante disso, defendeu a adoção de medidas, por parte dos proprietários, para diminuir acidentes e melhorar as condições de trabalho dos operários, como limpeza do local de trabalho, abertura de áreas de ventilação e plantio de árvores. Para ele, essas medidas contribuiriam também para melhorar as habitações dos trabalhadores, que se localizavam do lado das fábricas.

O tema mulher foi abordado no último quarto do Oitocentos, no embalo das primeiras ondas do movimento feminista (Consolim, 2017), bem como da presença de mulheres nos cursos de medicina (Costa & Pompeo, 2021). Os dois primeiros trabalhos datam de 1875, e são emblemáticos, por tratarem das duas primeiras médicas graduadas em Portugal, Aurélia de Moraes Sarmiento e Laurinda de Moraes Sarmiento.

Ambas eram irmãs e formaram-se na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, no ano de 1891. Eram duas de cinco filhos do negociador Anselmo Evaristo de Moraes Sarmiento. No ambiente familiar, receberam forte influência do ideal liberal, com incentivo aos estudos, a ponto de todos os cinco filhos terem alcançado o ensino superior. A família mantinha também relacionamento próximo com figuras de destaque, como Camilo Castelo Branco, Antero de Quental e Teófilo Braga.

Formadas, atuaram profissionalmente no consultório médico privado que abriram, com maior inclinação ao atendimento a senhoras e crianças, tendo destaque o serviço de parto a qualquer hora. Ambas concorreram em concurso público pela colocação de clínica auxiliar no Hospital Geral de Santo Amaro, mas acabaram perdendo a vaga para outra médica, Maria Leite Moreira, formada em 1892 na mesma instituição que elas (Santos, 2019a).

A dissertação *As Mulheres Médicas* (1879), de José Joaquim Barbosa de Araújo, parece estar diretamente ligada à formatura das duas clínicas na mesma instituição e às consequências do feminismo em outros países, pois o autor cita universidades que iniciaram

a formação de médicas nos Estados Unidos e na Inglaterra. Além disso, pontua diversas desvantagens da formação e da prática da medicina pelas mulheres, desde a promiscuidade de alunos do curso em Coimbra até a vergonha que as mulheres teriam em analisar corpos nus, nos laboratórios anatómicos, na presença de homens. Para ele, os ambientes de formação deveriam ter espaços separados por sexo.

E mais, o autor afirmou que a escolha feminina pela medicina era egoísta e prejudicava a sociedade. Os espíritos masculinos e femininos eram diferentes; por isso, dotados de potencialidades diferentes. Dessa forma, como o trabalho médico exigia longos e difíceis deslocamentos, era inviável a uma mulher. Isso porque envolvia questões físicas e sociais, além de impedir a formação de família.

Conforme Araújo (1879), a mulher, por ser mais sentimental, teria dificuldades de agir com a lógica racional necessária a um médico. Contudo, ao final da dissertação, ele sugere a possibilidade da mulher no âmbito da medicina desde que ocorresse uma divisão do mercado de trabalho. Para o autor, o atendimento médico masculino voltado para questões íntimas femininas causava desconforto em mulheres jovens, mulheres casadas e em seus maridos, devendo ser esse atendimento destinado às médicas.

Outras duas dissertações, ambas de 1888, abordaram a necessidade de uma alteração na formação educacional da mulher e o abandono da prática do dote como fator de escolha matrimonial, comportamento indicado como insalubre. Ambos os autores tecem críticas a esse comportamento social, considerado ultrapassado e causador de males, como o casamento infantil. Neste sentido, uma mudança na formação das mulheres, possibilitando maior nível intelectual e um crescimento na criação dos filhos, garantindo o futuro da sociedade, estava relacionada com a ampliação de leituras científicas e a diminuição do acesso a romances (Campos A., 1888 & Barrigas, 1888).

Identificou-se trabalhos com a mesma linha de raciocínio, agora abordando a criança, a educação e o desporto. Nota-se uma influência do contexto na passagem do século XIX para o século XX. Os discursos versavam sobre como aprimorar a sociedade para garantir um povo preparado para os desafios que o Novecentos traria.

Os efeitos da Primeira Guerra Mundial também são notados nas discussões presentes em algumas dissertações. Foram elaborados três trabalhos nos anos de 1918 e 1919 sobre problemas relacionados com esse conflito, a saber: tratamentos de feridos; sanidade nos acampamentos militares, enfatizando profilaxia endêmica e higiene; e armas químicas e gases

tóxicos. Este último apresentou as diferentes composições dos gases e os tipos utilizados pelos países envolvidos na guerra e as consequências dessa utilização (Rocha, 1919).

Em relação à água, foram identificados oito trabalhos. As análises dividiram-se em três abordagens: a importância da água como agente de saúde; as considerações sobre os esgotos e as estâncias hidrominerais. A abordagem de saúde pública e seu vínculo com a água deu-se em virtude das mudanças que ocorreram no século XIX em relação a esse recurso natural (Rückert, 2017).

A água esteve inserida no processo de delimitação a fronteira entre o público e o privado durante a parte final do século XIX e início do XX. Neste contexto a higiene esteve presente com protagonismo, sendo diferenciado os conceitos de higiene pública conhecida como saúde pública e a higiene privada como saúde individual. No mesmo período o crescimento da cientificação levou ao uso das técnicas laboratoriais e bacteriológicas para higiene, sendo possível com estes processos definir a qualidade da água, recurso fundamental para a vida e sua preservação (Mattoso, 2011).

O crescimento dos espaços urbanos, principalmente em núcleos associados ao processo industrial, criou um desafio para as autoridades, que deveriam ampliar o abastecimento de água. Era preciso suprir a necessidade das cidades para não dificultar a atividade fabril e evitar a proliferação de doenças endêmicas e epidêmicas.

Assim, diversas cidades passaram a preocupar-se com a modernização e a criação das suas redes, passando a água a assumir protagonismo nas agendas políticas nacionais. A qualidade da água também adquiriu importância no decorrer do oitocentos, pois se verificou que várias doenças estavam relacionadas ao consumo de água imprópria, como a febre tifoide. Os trabalhos de John Snow consolidaram o caráter sanitário como fundamental em relação aos recursos hídricos.

Neste contexto, as análises sobre as condições de saneamento e higiene receberam destaque, foram criados, em Portugal, durante o século XIX, laboratórios de análise química/bacteriológica, como o Laboratório de Bacteriologia do Instituto de Agronomia e Veterinária da Escola Politécnica de Lisboa e o Laboratório Químico Municipal do Porto. Além disso, os laboratórios das faculdades passaram por reformas, o que permitiu o contato com novos conhecimentos e a produção de investigações empíricas (Salgueiro, 2015).

Em 1886, o médico Augusto Rocha, fundador do Gabinete de Microbiologia, foi autorizado a procurar novos conhecimentos e parcerias. Para tanto, “visitou instituições de

Microbiologia em França, Bélgica, Holanda, Alemanha e Áustria, o que lhe possibilitou a deslocação ao Instituto Pasteur de Paris e ao Instituto de Higiene de Berlim e o contacto com grandes fornecedores de instrumentos científicos”, adquirindo alguns aparelhos para a sua instituição (Salgueiro, 2015, p. 32).

As análises sobre a água, as estâncias minerais e as suas terapêuticas podem estar associadas a um processo iniciado no século XVIII, em que a sociedade científica portuguesa se voltou para o tema, empreendendo estudos com base em conceitos científicos. Nesse processo, segundo Araújo (2016, p. 193), “o termalismo saiu então do empirismo deixando-se levar pelo rigor da química analítica (...) nos séculos XVIII e XIX com vários ensaios de autores estrangeiros e portugueses”

O trabalho de Esteves (2014) abordou o termalismo apresentando uma análise do seu uso terapêutico na região norte de Portugal. Em sua investigação, para além das questões sanitárias, podemos acompanhar como os estatutos sociais influenciaram o acesso ao tratamento, modificaram a ocupação dos locais balneários e definiram inclusive o vestuário na região.

A dissertação *Estancia hidro-mineral das Taipas* (1912), de Alfredo Fernandes, apresenta uma análise das águas com a composição mineral e bacteriológica, a fim de promover valorização da estância e de seus benefícios. Argumentação parecida com a utilizada no trabalho *Termas dos Cucos* (1915), de Avelino José Vieira, em que o autor exalta a abundância da água minero-medicinais em Portugal e seu auxílio para cura. As regiões termais eram locais de natureza salutar (Quintela, 2004).

Acerca da gripe espanhola, dois trabalhos foram elaborados no ano de 1920. Esses estudos evidenciam a preocupação pessoal dos autores. O trabalho intitulado *Considerações sobre a gripe*, de César Augusto Fernandes Torres, faz uma descrição histórica da gripe, bem como dos sintomas e dos tratamentos utilizados. É importante mencionar que o autor contraiu a pneumônica e, posteriormente, o tifo. A dissertação *Estudo Clínico da Gripe Epidêmica*, de Celestino da Costa Maia, apresenta casos clínicos detalhados, descrevendo as pessoas atendidas, os tratamentos e os resultados, estabelecendo uma comparação com os saberes produzidos em outros países.

A pré-análise e a exploração do material permitiram maior inserção nos contextos de elaboração dos documentos, o que facilitou a investigação, por meio do tratamento dos dados

obtidos e da interpretação. Além disso, a leitura mais detalhada permitiu estabelecer relações com dados específicos, conferindo suporte à análise qualitativa.

2.2 A ESTRUTURA FORMAL DOS DOCUMENTOS

As dissertações analisadas foram elaboradas seguindo um mesmo método, algo esperado por se tratar de trabalhos obrigatórios de conclusão de curso apresentados em uma mesma instituição. Os trabalhos foram estruturados da seguinte forma: elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais, possuindo, no mínimo, 43 páginas e, no máximo, 230 páginas.

Os elementos pré-textuais eram compostos por capa, folha de rosto, composição do corpo docente (nome e posição ocupada pelo professor), página contendo o artigo 155º do Regulamento da Escola de 1840 – “A escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições” –, homenagens e agradecimentos. Alguns trabalhos apresentam justificativas sobre a escolha do tema, sendo escritas antes da introdução, e nomeadas de advertência ou justificativa ou breves palavras. Ressalta-se que muitas produções não contêm referências.

As justificativas apresentadas para a escolha dos temas foram as mais diversas, como questões pessoais, crise sanitária em voga, novo conhecimento científico – despertando interesse no autor –, narrativa de alguma experiência vivida durante a formação, obrigatoriedade da apresentação, dentre outras.

Alguns dos autores fizeram questão de expressar, nessa parte do trabalho, o descontentamento em produzi-lo, afirmando tratar-se de um dever legal que atrapalhava a formação, pois deveriam estar se dedicando à prática médica, como observado na dissertação intitulada *Breves considerações sobre a anatomia-pathologica do colera-morbus-epidemico, e, em particular, dos phenomenos de contracção muscular, observados post mortem em individuos atacados por esta moléstia* (1860), de Manuel Monteiro Gonçalves de Oliveira.

O trabalho intitulado *O emprego do iodo nascente em terapeutica cirurgica: método de Louge* (1912), de Francisco Augusto Monteiro do Amaral, também apresenta protesto. Das 77 páginas, o autor destina sete para desqualificar a exigência do trabalho, bem como a própria produção. Em um dos trechos, pode-se ler: “É tão simplesmente para cumprir a lei que eu escrevo este folheto. Nele não vão os leitores ver um trabalho importante, nem pela forma, nem pelo seu valor scientifico” (Amaral, 1912, p. 1).

Inicialmente, a hipótese era a de que esse descontentamento diminuiria em trabalhos contemporâneos, devido a um maior contato dos alunos com os métodos científicos. No entanto, a hipótese não se sustentou, visto que essa insatisfação foi constatada em trabalhos publicados até a segunda década do século XX, com reclamações sobre a obrigatoriedade de sua elaboração, mesmo alguns autores tendo reconhecido a importância científica de fazê-lo, como observado na dissertação de Castro (1910, p. 27):

Como n'este lacónico e desprezencioso trabalho verdadeiramente só temos em vista satisfazer, melhor ou peor, à obrigação que nos impõe o regulamento escolar (...) Forçado, pois, a dar a publico um documento que prove a nossa actividade scientifica — a escrever uma these — curvamos a cabeça ás determinações legaes (...) Uma these é a ultima prova, e, ordinariamente, a mais inutil do alumno, mas esta circumstancia não a exclue de poder ser a primeira do homem de sciencia.

Após 1912, não foram mais constatadas ressalvas desse tipo por parte dos autores, reforçando a ideia de que a formação superior estava indo ao encontro da formação científica, iniciada, em Portugal, no fim do século XIX, e consolidada no início da I República, em 1910. O meio para que isso ocorresse foi o estabelecimento da Nova Constituição Universitária, mediante um decreto publicado em 1911, pondo fim ao monopólio universitário de Coimbra e elevando como escolas universitárias a Escola Politécnica de Lisboa, a Academia Politécnica do Porto e as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto.

Essa mudança, de acordo com a análise de Salgueiro (2015), atendeu aos interesses do novo governo, que inaugurava o cientificismo no país, influenciado pelo positivismo (Catroga, 1977). No trabalho de Rodrigues (2017), ficam evidentes os objetivos da República de adequar o modelo universitário português ao modelo humboldtiano e atender às demandas de desenvolvimento do país, que, por meio das universidades, promoveria progresso baseado na ciência.

Com relação ao escopo dos trabalhos, a parte textual é composta de texto introdutório, análise subdividida em capítulos, partes ou subtítulos, e conclusão. Existe uma página final nomeada de proposições, o que gerou a seguinte dúvida: essa parte deve ser considerada como parte textual ou pós-textual? Isso porque apresenta análises feitas pelos autores. Contudo, por abordar temas muitas vezes distintos ao da própria dissertação, foi classificada como pós-textual.

O texto introdutório é denominado de parte ou introdução. Em alguns trabalhos, essa parte foi iniciada com a escrita de um parágrafo direto; nesse caso, sem título. As introduções, em sua maioria, são constituídas de enquadramento histórico, com referências a Grécia Antiga (Hipócrates) e/ou a algum pensador do Iluminismo, como Voltaire e Rousseau.

Jean Jacques Rousseau figura entre os mais citados nas dissertações. A sua obra *Emílio ou da Educação* foi bastante exaltada por defender que o corpo deveria ser disciplinado para que o indivíduo alcançasse a formação integral. O filósofo defendia a higiene como caminho a ser trilhado pela sociedade. Para ele, “a única parte útil da medicina é a higiene; e a higiene é menos uma ciência que uma virtude” (Rousseau, 1995, p. 33).

As análises não possuem um modelo único de abordagem. Todavia, nos trabalhos mais recentes, após 1911, é perceptível a mudança na elaboração em relação aos mais antigos, com o aumento de dados bibliográficos, o uso de imagens e a presença de gráficos e citações para fundamentarem as conclusões. Os documentos diminuíram as informações de caráter opinativos, inserindo mais conhecimentos científicos, como observado em *A Cólera*, de Alexandre Queiróz, dissertação datada de 1911.

No caso das análises classificadas como medicina social, o fundamento pauta-se por obras literárias, a fim de exemplificar comportamentos, criticar costumes populares – sejam urbanos, sejam rurais – e narrar acontecimentos pontuais encontrados em periódicos. Segundo Garnel (2006), os médicos, cientes de sua importância, ao visarem estabelecer uma sociedade saudável, passaram a atuar em uma perspectiva social. Assim sendo, educação, domicílio e lazer figuraram entre os temas abordados. Como exemplos, podem ser citados os seguintes trabalhos: *A propósito da educação física da criança: dos 6 aos 12 anos* (1902), de José Simões Figueirinhas Júnior; *Colônias de férias: estudo de Higiene social* (1906), de António Lopes Morais; e *O homem e os animais domésticos nas suas relações patológicas* (1915), de João M. Moutinho Gouveia.

Nesse contexto, o médico, cientista, professor e político republicano português Miguel Bombarda foi uma personalidade fundamental, pois contribuiu atuando como cirurgião hospitalar, ocupou também a cadeira de Fisiologia e Histologia na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, foi especialista nas enfermidades do sistema nervoso, assumindo devido a isto a direção do Hospital de Rilhafoles e atuou na reforma dos estudos médicos universitários (Fiolhais, 2007). No início do período acadêmico de 1900-1901, ele fez um discurso defendendo a sociologia como uma extensão das ciências biológicas, interpretando, dessa

forma, os hábitos sociais e individuais como comportamentos de caráter natural, sendo um exemplo do pensamento que validou a intervenção médica em todos os campos (Garnel, 2006).

O elemento pós-textual caracteriza-se pela presença de proposições, que ocupam a última página do trabalho. Ao apresentarem diversos temas selecionados pelo autor, essas proposições consistem em opinião, por meio de uma afirmação, com força de tese já consagrada. Os temas são diversos, sendo os mais recorrentes: anatomia, higiene, patologia e obstetrícia. Os textos das proposições, mesmo sendo curtos, permitem compreender as opiniões dos autores sobre os diferentes temas. Das teses analisadas, somente uma não apresentou essa parte.

Nesses trabalhos, sumário e bibliografia são raros, ficando posicionados na parte pós-textual, antes das proposições. Se houvesse uma errata ou um apêndice, as proposições não encerravam o trabalho. Dentre as dissertações inaugurais analisadas, somente cinco apresentam bibliografia, e duas, sumário.

2.3 A CREDIBILIDADE DAS FONTES

Ao iniciar a análise das teses do Ato Grande da Escola Médico-Cirúrgica do Porto e, após 1911, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, foram encontrados documentos independentes, apresentando textos relacionados com o momento de sua elaboração, escritos com o objetivo de cumprir uma etapa obrigatória de formação profissional superior.

Após a leitura, foram extraídas informações de caráter científico; em seguida, catalogadas, conforme o ano de elaboração; por fim, associadas ou a uma doença ou a um tratamento ou procedimento médico da época. Com base nesse roteiro, foi possível estabelecer um cruzamento entre a data de produção, o conhecimento da época e o presente nas dissertações.

À medida que a leitura e o aprofundamento da análise dos conteúdos se foram desenvolvendo, encontraram-se alguns textos individuais com fundamento teórico. No entanto, as informações não estavam contextualizadas, como verificado na dissertação *Um Capítulo de Higiene Alimentar Alimentação como Meio Therapeutico* (1870), de António Maria Ferreira. Esse processo de escrita ratifica a hipótese de que algumas dissertações foram

elaboradas somente para serem apresentadas à instituição. Algumas parecem se tratar de trechos retirados de outros livros.

Compostos por narrativas sobre doenças, terapêuticas, análises químicas, epidemias, problemas sanitários, higiene e outros temas sociais, os trabalhos consistem, inicialmente, em um material rico em informações. Contudo, mediante uma leitura mais aprofundada, nota-se que as produções não vão além de uma narrativa de conteúdo individual. Isso sugere que esses trabalhos são mais de microcatalogação de informações do que de análise.

Feito esse levantamento, buscou-se compreender o processo de desenvolvimento do conhecimento através do tempo, a fim de verificar se o saber médico identificado na fonte era de vanguarda, razoável ou ultrapassado. Conforme Giovanni Levi (2014) e sua perspectiva de micro história, pode-se afirmar que essa abordagem conduz a uma visão particular dos dados. Isso porque as fontes são avaliadas pelas próprias fontes e, considerando a interpretação do conteúdo, uma visão mais abrangente faz-se necessária.

Para a ampliação do horizonte interpretativo das fontes, os trabalhos de Costa e Vieira (2011) e Salgueiro (2015) foram fundamentais. Através de recentes investigações e um aprofundamento das questões políticas, ideológicas e sociais portuguesas, permitiram analisar o ambiente em que as dissertações foram produzidas e apresentadas.

Um estudo mais abrangente da bibliografia das investigações possibilitou a elaboração de novas questões: ao acrescentar à questão original o entendimento sobre o conhecimento médico do país, quais eram as preocupações sanitárias do período? O pensamento médico seguia que tendências? Que soluções eram propostas para enfrentar doenças e epidemias que afligiam Portugal? Que doenças eram essas? Que ações e reformas educacionais e sanitárias foram promovidas? E quais as suas consequências?

Essas são indagações que esta dissertação procura responder. Ressalta-se, entretanto, que, por se tratar de uma pesquisa de mestrado, não é possível o aprofundamento de todas essas questões, sendo necessárias novas produções. A despeito disso, por possibilitar uma compreensão abrangente, a análise do conteúdo das fontes tornou-se mais proveitosa.

Um problema levantado por Costa e Vieira (2011) diz respeito à autenticidade do material produzido pelos médicos no Ato Grande. Esse mesmo problema foi pontuado por Ricardo Jorge, ainda no fim do século XIX, que descreveu alguns trabalhos como “farrapagem simplesmente copiada ou comprada a mercado vergonhoso”. Um dos efeitos gerados por essa

problemática foi o afastamento dos historiadores dessas fontes, por vê-las com “desconfiança e ceticismo” (Costa & Vieira, 2011, p. 252).

Como mostrado por Bloch (2001), a análise sobre os documentos parte da ideia de que estes são vestígios importantes e que devem ser interrogados, pois não falam por si. Nesse ponto é que reside a importância de analisar os trabalhos a partir dos problemas, e não das fontes.

Nos últimos anos, observa-se uma retomada, como fontes de consultas, das dissertações inaugurais do Ato Grande de Medicina apresentadas em Lisboa e Porto. Os trabalhos interrogam de forma direta o conteúdo explícito, sendo exemplos os de Garnel (2006), Carneiro (2008), Costa e Vieira (2011) e Esteves (2021) que utilizaram essas fontes para abordarem temas como tuberculose, cancro, obstetrícia, bem como para exploração de conhecimentos médicos produzidos em um determinado período.

Ao investigar essas dissertações, confiou-se, inicialmente, nos dados explícitos, bem como na autoria e nas referências apresentadas, pelo fato de terem sido elaboradas para fins de conclusão de curso e aprovadas por uma banca de especialistas. Essa credibilidade foi dada em razão da experiência conferida pelo tempo presente à produção acadêmica. Primeiro, parte-se da ideia de que os trabalhos acadêmicos são submetidos a ferramentas e metodologias que buscam coibir possíveis fraudes e cópias. Por meio de uma construção lógica, entende-se que os mecanismos e as preocupações com as fraudes no passado eram parecidos com os atuais. Segundo, as dissertações analisadas apresentam uma mesma estrutura e baseiam-se em um padrão metodológico de organização constituído de elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais. Isso evidencia que esses trabalhos estão dentro de uma lógica de construção científica aprovada pela instituição.

No mais, identificar quais trabalhos foram fraudados consiste num trabalho de difícil realização. E, em se tratando de reconhecer preocupações e tendências científicas da época, a dificuldade acentua-se ainda mais, uma vez que a percepção poderia enganar o investigador, sendo necessário algum método de seleção para que se pudesse efetuar uma leitura mais criteriosa.

Diante disso, adotou-se o método de divisão das dissertações, priorizando aquelas julgadas como de maior credibilidade, mas sem desconsiderar as outras, analisadas posteriormente. Para isso, definiu-se como primeiro marco de credibilidade os trabalhos

apresentados após a Reforma Universitária Científica promovida pela I República, a partir de 1910, reforma que valorizou o pensamento científico e a produção acadêmica.

Outro marco adotado foi o de valorizar os trabalhos baseados nas experiências empíricas de seus autores. Diversos destes elaboraram as suas dissertações fundamentando-se na própria atuação clínica durante o período de ensino, fornecendo informações aprofundadas, como as encontradas em *A cholera: impressões da epidemia da Madeira de 1910-911. noções d'epidemiologia* (1911), de José Maria Rodrigues Teixeira Júnior. Neste trabalho é feita uma comparação entre as estruturas de higiene e de saúde na região da Madeira e o impacto dessas estruturas no número de vítimas fatais. Além disso, abordou a influência do baixo nível educacional sobre as populações mais humildes, principalmente aquelas ligadas à pesca; por isso, mais resistentes às medidas sanitárias e mais suscetíveis a charlatães. Para completar a análise, o autor apresentou resultados relativos a antigas terapêuticas em comparação com as novas, enfatizando o sucesso do uso da reidratação intravenosa por solução salina no combate à cólera.

É importante salientar que a formação teórica médica na instituição do Porto ocorria paralelamente ao serviço no Hospital Santo António. Dessa forma, há diversos trabalhos que descrevem as estruturas e os procedimentos vivenciados nessa unidade, sendo ricos em detalhes, com plausibilidade maior de terem sido realizados naquele período.

Como outro exemplo de dissertação baseada em experiências, pode ser citada: *Breves considerações sobre a podridão do hospital ou typho traumatico* (1870), de Manuel de Matos e Silva, em que o autor descreve problemas e terapias e apresenta resultados por meio de uma narrativa bem específica sobre o Hospital Santo António.

Os trabalhos com conteúdo amplo e informações genéricas geraram desconfiança. Como exemplos, encontram-se: *Breves considerações a proposito do saneamento das cidades* (1880), de Aureliano Pinto, e *Peste bubonica: etiologia e prophylaxia segundo as modernas aquisições a Campanha dos Açores trabalhos do Porto* (1910), de Carlos Maciel Ribeiro Fortes. Longe de serem descartadas, essas dissertações contribuíram para a compreensão de teorias e opiniões e para uma visão geral sobre o nível de conhecimento na época em que foram elaborados.

Aureliano Pinto, em sua análise sobre o saneamento das cidades, afirma que uma cidade deve se livrar do excremento, assim como os rins fazem no corpo humano, e que os rios, para escoarem o esgoto, ampliavam os miasmas (Pinto, 1880, p. 20). Ao citar diferentes

formas de construção de redes de esgoto, enfatiza, com riqueza de detalhes, exemplos de cidades francesas e inglesas e seus rios, mas sem citar, comparar ou fornecer informações sobre cidades portuguesas.

Diante da quantidade de informações na dissertação desse autor, infere-se que se trata ou de análise bibliográfica ou de algum tipo de tradução e, até mesmo, plágio, visto que as referências e citações em francês são predominantes. Apesar disso, o trabalho mostra a preocupação, naquele período, com questões relativas à higiene, bem como o acesso a informações sobre os impactos causados pelos esgotos.

A tradicional frase de V. Hugo nos seus Miseráveis, a propósito dos prejuízos que causava á população pariziense a projecção ao rio dos liquidos dos esgotos, tem toda a razão de ser. Dizia V. Hugo: 'Cada golfada das nossas cloacas custa-nos mil francos; o que dá dous resultados; a terra empobrecida e a agoa empestada. A fome a sahir do campo e do rio a doença' (Pinto, 1880, p. 49).

Por sua vez, Fortes (1910) apresenta seu trabalho como uma junção de obras, indicando os autores e as instituições que colaboraram com o seu projeto de unir informações sobre a peste bubônica na cidade do Porto, o saber laboratorial e sobre como ocorreu o combate a essa peste nos Açores. São apresentadas figuras, fotografias, bem como descritas as ações em cada ilha.

Os exemplos apresentados evidenciam o processo lógico de organização desta investigação. As fontes foram categorizadas para responder às questões levantadas neste estudo, contribuindo, dessa forma, para a compreensão de como se deu a construção do conhecimento médico-científico em Portugal.

CAPÍTULO III – ANALISANDO AS DISSERTAÇÕES MÉDICAS FRENTE AS EPIDEMIAS

Inicialmente, é importante ressaltar que o objetivo do presente estudo é o de compreender o conhecimento médico português de meados do século XIX até as duas primeiras décadas do século XX sobre doenças, higiene e sanitarismo. Para alcançar esse objetivo, é feita a análise de material intelectual produzido por esses profissionais – teses inaugurais – para a conclusão do curso acadêmico.

Essa obrigatoriedade estabeleceu-se por meio de um regulamento datado de 1840 sobre as instituições de formação médica do país como podemos ver em Costa e Vieira (2011, p. 2). Assim, para a realização da investigação, foram abordados trabalhos apresentados à Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1836 - 1911), como já referimos, após 1911, foi elevada à categoria de Faculdade de Medicina.

Antes da apresentação da análise dos conteúdos dos referidos trabalhos, é necessário definir o termo conhecimento, para assim ter a certeza se as dissertações e seus conteúdos podem ser considerados conhecimentos válidos. Feito isso, parte-se para o processo de mensuração daquilo que o indivíduo e a sociedade a qual ele pertence sabem em um determinado período cronológico.

De acordo com o dicionário Priberam (2020, n. p.), o conhecimento o “ato ou efeito de conhecer, ter noção, notícia, informação, experiência. Ideia. Competência ou sabedoria em relação a um assunto ou a um fato”.

De um modo geral, para a filosofia, conhecimento significa: “Ato mental, fundamentado na experiência sensível, pelo qual se formulam juízos verdadeiros e seguros a respeito de algum objeto ou realidade” (Gilel, 1993, p. 23 como citado em Santos, Schmidt, Gomes, Fernandes, & Pinheiro, 2008, p. 2).

Com base nesses pressupostos, entende-se que há diferentes tipos de saberes. Nonaka e Takeuchi (1997), em sua abordagem, distinguem o conhecimento em duas formas: o conhecimento tácito e o conhecimento explícito. O primeiro passa pelo conhecimento formal – obtido por meio de educação e pesquisa acadêmica. Com relação a esse conhecimento, podem ser somados habilidades, palpites, visão sobre o mundo e experiências. Para Polanyi (1983, p. 4), o conhecimento tácito é fundamental, mas é difícil de ser rastreado, em função

de sua personalização. Isso faz com que seja divulgado em menor parte. Por sua vez, o conhecimento explícito é aquele encontrado em livros e expressado por meio de dados e informações; é a receita a ser seguida.

Após a leitura das dissertações médicas apresentadas no Ato Grande, é possível montar um panorama sobre o entendimento científico português no momento em que esses trabalhos foram elaborados. Eles possuem uma base de conhecimento acadêmico explícito, além de opiniões e pensamentos particulares, contendo, assim, interpretações dos indivíduos que os escreveram. Além disso, deve-se considerar o contexto social da época.

O trabalho de Costa e Vieira (2011) sobre as teses inaugurais da Escola Médico-Cirúrgica do Porto e o de Garnel (2006) sobre a Escola Médico-cirúrgica de Lisboa defendiam o uso aprofundado dessas dissertações em outros trabalhos acadêmicos sobre o período, devido à riqueza de informações. Na análise empreendida pelo presente estudo, essa riqueza foi constatada, sendo possível perceber a descrição de referências científicas dos autores, evidenciando, dessa forma, o conhecimento acadêmico explícito.

O conjunto de opiniões, exemplos e crenças que os autores inseriram em seus trabalhos justifica-se pela influência da medicina social, que abordava problemas sociais, como os de interesse sanitário, expandindo as análises dos clínicos para além do campo biológico e epidêmico, fornecendo um material mais próximo de um conhecimento tácito.

No entanto, alguns problemas persistiam: como saber avaliar se o conhecimento médico encontrado era algo antigo ou atual para a época? Como identificar o tempo entre o desenvolvimento científico e o uso terapêutico prático de uma medicação? Para se ter um parâmetro, recorreu-se aos dados farmacêuticos e biomédicos, no passado, e atualmente, procurando, delimitar uma ideia de tempo relacionada com a produção científica.

O conhecimento médico é o produto concreto visível da interação entre as muitas especialidades da medicina. A prática clínica é o fim do período de processos de produção do conhecimento no âmbito dos protocolos científicos, mas ainda passível de adaptação em uso. A prática apresenta-se como desafio ao novo conhecimento, pois, ao ser aplicado aos doentes e ao contexto concreto, o novo saber “puro” passa a ser efetivo (Serra, 2007).

No século XIX, não é possível identificar um período exato entre o processo de desenvolvimento de uma vacina, um medicamento ou terapêutica e o momento de uso prático. Apesar disso, pode-se tomar como base a vacina contra a varíola e como foi aplicada em Portugal. Desenvolvida por Edward Jenner, em 1796, o primeiro momento de

vacinação, de acordo com o trabalho de Portugal (2018), ocorreu em 1804, quando alguns médicos, padres e desembargadores se vacinaram.

No ano de 1805, o Príncipe-Regente D. João, “convencido da utilidade da vacina” (Portugal, 2018, p. 42), mandou vacinar os infantes D. Miguel, de 4 anos, e D. Isabel, de 2 anos e 8 meses. Longe de se tratar de um processo de vacinação em massa, estando mais relacionado com atitudes de proteção por parte do grupo social privilegiado, a vacina foi aplicada nesse grupo seletivo após oito ou nove anos de sua criação.

Observa-se que entre a descoberta médico-científica e o uso da vacina passou-se uma década. Um plano de vacinação organizado para a população de Portugal, em uma ação sanitária, teve início somente em 1894, quase cem anos depois da criação da vacina (Feliciano, 2002).

Assim, superadas quaisquer dúvidas sobre a relevância dos conteúdos das fontes e tendo um parâmetro de tempo entre a produção científica e sua utilização, tem início a abordagem sobre os saberes dominantes. Para tanto, é feita uma apresentação do conhecimento sobre as doenças, as medidas de combate utilizadas e o desenvolvimento de terapias ao longo do tempo. Por fim, é estabelecida uma comparação entre essa abordagem e os conteúdos das dissertações.

3.1 A CÓLERA

A cólera é uma doença antiga. Há relatos no Oriente, mais precisamente na Ásia. Porém, seu efeito na Europa provocou uma grande produção historiográfica. Nos séculos XII e XIII, iniciaram-se as primeiras narrativas da presença da doença no continente europeu, contudo, seu protagonismo ocorreu no século XIX, como afirma Santos (1994, p. 80).

A Europa, em Oitocentos, passou por avanços médicos-científicos, sendo notáveis a descoberta e o uso da vacina contra varíola, desde o final do século XVIII (Meštrović, 2021). A epidemia de cólera ocorreu em 1817 e colocou à prova o conhecimento médico-científico do período, provocando impacto e gerando medo na sociedade, devido a diversos ciclos epidêmicos durante aquele século (Almeida, 2011c).

Em Portugal, a doença ocorreu em diversos momentos do século XIX, mais precisamente em 1833, retornando em 1855-56 e em 1865. Após esses períodos, ocorreram pequenos surtos da enfermidade no século XX, sendo o último em 1974.

Como podemos ver na investigação de Esteves (2020), os efeitos nocivos da cólera na região do Minho foram potencializados pela conjuntura social através da pobreza, a falta de adoção e conhecimento de medidas higiênicas e as péssimas condições de vida de grande parte da população. Na análise de Pita (2017) o enfrentamento da segunda pandemia de cólera, ocorrida em meados do século XIX, apresentou avanços frente a primeira vaga ocorrida em 1833, salientando que este avanço estava associado a uma maior autonomia dos profissionais médicos.

À época, o conhecimento médico sobre a causa de doenças amparava-se em duas grandes teorias explicativas, que também foram associadas à cólera. A primeira era a miasmática, hipótese mais aceita pela comunidade médica, que partia do princípio de que o ar contaminado de matéria orgânica em putrefação, quando respirado, causava males e doenças ao ser humano. A segunda era a dos germes. Mediante observação, teorizou-se que um agente vivo poderia contaminar um indivíduo. Este, contaminado, poderia contagiar outro. O contágio ocorreria por meio do contato direto, pelo uso de objetos infectados ou através da respiração (Dubos, 1950). No século XVIII, essa teoria ganhou força, levando à adoção de algumas medidas, como isolamento dos enfermos, quarentenas, cordões sanitários e criação de lazaretos, para evitar a proliferação de epidemias.

A teoria, no entanto, caiu em desprestígio durante a maior parte do século XIX, pois foi desacreditada devido a alguns fatores. Um deles baseou-se em experiências elaboradas em 1822, em que uma equipe de médicos franceses pesquisou as causas de um surto de febre amarela³¹ em Barcelona. Identificou-se que a doença não era transmitida por contato. Esse conhecimento foi reproduzido para outras doenças (Santos, 1994, p. 82).

Outro fator foi a influência da ideologia liberal. Os liberais criticavam a adoção de medidas que limitavam a livre circulação, por ser um desrespeito aos direitos individuais e causarem impacto na economia. As autoridades, sob a influência da ideia de que o contágio direto entre indivíduos era o causador e o propagador das doenças, aplicavam leis que permitiam intervenção no cotidiano das populações, ampliando o poder estatal (Almeida, 2012).

Em meados do século XIX, as experiências empíricas desenvolvidas no combate à cólera pelo médico inglês John Snow conseguiram associar a água como vetor de

³¹ O médico cubano Carlos Finlay descobriu, por volta de 1880, a atuação do mosquito como agente de contaminação de febre amarela.

contaminação e proliferação da doença. Algo contaminava a água, deixando-a impura e causando o cólera (Ujvari, 2003). Essa descoberta fortaleceu novamente a teoria dos germes, influenciando os estudos de cientistas. Ao partirem desse princípio, muitos deles aprofundaram-se nas pesquisas, como o médico alemão Robert Koch (1843-1910), um dos fundadores da microbiologia, sendo o responsável pela compreensão epidemiológica. Além disso, Koch descobriu diversos agentes responsáveis pelas doenças que se referem como o carbúnculo, a tuberculose e a cólera (Jeppesen, 2006).

O médico Louis Pasteur (1822-1895) foi outro grande investigador. Por meio de suas descobertas, foi possível aprofundar o saber sobre as causas e a prevenção de doenças. Pasteur e Koch estabeleceram as regras da microbiologia, representando um ganho qualitativo no conhecimento médico, consagrando a importância da bacteriologia e eliminando as teorias miasmáticas.

Em 1881, segundo Santos (1994, pp. 89-90), ocorreu a organização de uma Junta de Saúde formada com comissões médicas enviadas por vários países europeus que operou em um posto avançado no Egito para o rastreamento da “cólera maligna” e difusão das informações epidemiológicas para toda a Europa. O chefe da comissão alemã enviada ao Egito foi Koch, que, com os resultados da expedição médica, encerrou de vez o debate entre estudiosos, consagrando o saber sobre as bactérias como causadoras de doenças como a cólera.

Essas descobertas levaram ao desenvolvimento de ações contra a cólera, sobre a sua prevenção e tratamento. A prevenção desenvolveu-se por meio de pesquisas científicas laboratoriais e bacteriológicas, que levaram à identificação do agente causador da doença, o *Vibrio cholerae*. A transmissão desse agente ocorre, principalmente, por meio da água e de alimentos contaminados com fezes humanas – presença das bactérias (Organização Mundial da Saúde, 2017). Logo, seria preciso a criação de redes de esgotos para impedir seu contato com a água a ser consumida.

Verifica-se que a melhor prevenção é uma boa higiene nas redes de saneamento e de água. Todavia, desde 1894 foi desenvolvida uma vacina contra cólera por Waldemar Haffkine, bacteriólogo e protozoólogo russo. Foi utilizada na Índia com relativo sucesso, porém devido diversos fatores não recebeu reconhecimento em vida como explica Gunter e Pandey (2021).

A vacina contra a cólera utilizada atualmente é mais avançada, porém sendo administrada apenas nas regiões onde a doença é endêmica, possuindo eficácia de 50% e

devendo ser aplicada a cada dois anos de acordo com os estudos apresentados em Mandal (2019).

A cólera atinge o homem quando o *Vibrio cholerae* alcança o sistema digestivo, libertando toxinas. Quando instalado, provoca vômitos e diarreia recorrentes, levando à desidratação profunda, o que complica outros órgãos, podendo levar à morte. A terapêutica principal de combate ao efeito da cólera é a reposição de fluidos e sais, bem como o uso de medicação antibiótica (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Em 1896, foi desenvolvida uma solução aquosa salina e isotônica em relação ao corpo humano, chamada, posteriormente, de soro fisiológico (Pires, 2010). A administração oral do soro, em casos brandos, e a aplicação intravenosa, em casos mais agudos, diminuem para menos de 1% o número de mortos pela doença (Médicos sem Fronteiras, 2018).

Com base nessas informações básicas sobre a cólera e seu enfrentamento, pode-se estabelecer um cruzamento entre elas e as dissertações médicas relacionadas com o tema.

Conforme a dissertação *Breves considerações sobre a Anatomia-pathologica do colera-morbus-epidemico, e, em particular, dos phenomenos de contracção muscular, observados post mortem em individuos atacados por esta moléstia*, de Manuel Monteiro Gonçalves de Oliveira, de 1861, a cólera teve origem no Índia, mais especificamente nas margens do Rio Ganges. O autor defendia que a moléstia se abatia sobre toda a gente, independentemente da classe social.

A visão social de Oliveira (1861) com relação à saúde reproduz ideias do período. Ele critica as rodas e as casas dos expostos, afirmando que estas eram inúteis socialmente e prejudiciais à saúde. Além disso, os hospitais eram responsáveis pela imoralidade e pelas infecções. Diante disso, ele defendia o atendimento médico a domicílio.

Com relação à doença, o autor sugere que a anatomia patológica e a química deveriam seguir o caminho científico para compreendê-la. No entanto, essas estavam defasadas, perdendo espaço para teorias médicas que apresentavam explicações incompletas, baseadas em ideias engenhosas. No trabalho não são mostradas quais teorias seriam essas. O autor acreditava que o “aumento da civilização diminuiriam a frequência e intensidade das epidemias” (Oliveira, 1861, p. 23).

As experiências e as teorias do médico John Snow já tinham sido publicadas na Inglaterra sete anos antes de a dissertação de Oliveira ser apresentada. Pode-se aventar que o trabalho deste último fazia referência a essas teorias. Ele baseou seu trabalho em

experiências de clínicos ingleses no hospital Westminster, comprovando que tinha acesso a livros e informações da região. No entanto, sem uma bibliografia não tem como acessar essas obras e respectivos anos de publicação, a fim de verificar se foram ou não publicadas depois das descobertas de Snow.

As análises anatômicas também foram valorizadas, uma vez que continham narrativas sobre espasmos pós-morte detalhadas, tendo destaque as análises sobre órgãos, como o intestino. Oliveira (1861) descreveu as alterações desse órgão em mortos por cólera, bem como a dilatação e a coloração do líquido extraído.

Em todo o trabalho, não existem referências a Portugal. Portanto, não houve envolvimento empírico do autor. Pode-se interpretar que o médico tinha acesso à literatura internacional médica, mas não há como precisar se era a uma bibliografia de vanguarda ou contemporânea.

Acerca da dissertação intitulado *A inutilidade dos cordões sanitário*, de Flávio Norberto de Barros, de 1890, pode-se afirmar que o autor tinha domínio acerca do conhecimento médico-científico de sua época. Foram especificados os nomes, as pesquisas e o domínio sobre as descobertas de John Snow, bem como as de Robert Koch sobre as origens da cólera, todas da mesma década.

No tocante à pesquisa de Snow, Barros apresentou ideias do médico inglês sobre o consumo de água da chuva na região da Holanda. Como mencionado, o consumo direto fez com que algumas regiões diminuíssem os casos de cólera em comparação com o consumo de água de rios e fontes.

Em defesa do fim dos cordões sanitários, o autor usou como argumento que a água era o problema a ser resolvido no enfrentamento da cólera, e não a circulação de pessoas. Por isso, o governo deveria investir em higiene e meios sanitários, e menos em medidas de isolamento, pois estas eram um fracasso.

Concluindo diremos, que de preferencia as medidas de defeza contra epidemias por cordões sanitários, os governos devem atender unicamente a tudo o que possa melhorar as condições hygienicas da população (Barros, 1890, p. 59).

O objetivo do trabalho de Barros foi o de comprovar a ineficácia dos cordões e de outras medidas de isolamento. Há uma crítica com relação aos lazaretos, onde as pessoas que entravam em Portugal vindas da Espanha deveriam ficar preventivamente. Para Barros (1890),

as condições dos locais eram precárias. As pessoas deveriam ficar confinadas, mas, por incapacidade da fiscalização, circulavam livremente.

O trabalho de Esteves e Pinto (2021) permite compreender a visão negativa que existia sobre as quarentenas e cordões sanitários, pois eram consideradas pelos críticos como medidas improdutivas, devido o volume de recursos humanos e de capital que era investido, sem que houvesse uma certeza da eficácia em impedir o ingresso e a disseminação de doenças.

Em relação aos lazaretos, estes apresentavam péssimas condições de abrigo, funcionando em estruturas reduzidas e sem condições básicas de higiene. Com os avanços da microbiologia, após as descobertas de Robert Koch, os opositores destas medidas ganharam mais impulso, defendendo que o governo deveria investir os recursos em ações sanitárias que comprovadamente melhorassem a salubridade das populações.

A atualização do saber do médico ficou bem evidente na dissertação de Barros. Este apresentou dados da campanha de Robert Koch no Egito (1883-1884), onde houve epidemia de cólera (Barros, 1890). À época, Koch liderou um grupo de médicos no local. O autor citou informações detalhadas sobre essa missão, como o fato de os operários franceses, que trabalhavam na região, não terem sido contaminados por consumirem água fervida, diferentemente da população local, que consumia água diretamente das fontes locais.

A dissertação de António Carlos Leite da Cunha Vasconcelos, *O bacillo da diptheria, sua prophylaxia e tratamento*, de 1890, não buscou analisar particularmente a cólera. Contudo, o autor a citou diversas vezes ao apresentar informações sobre profilaxia, vacina e bacteriologia, demonstrando, em seu trabalho, que esse conhecimento era novo e estava a ser disseminado.

Como referenciado em seu trabalho, no último quarto do século XIX, o conhecimento sobre os micróbios cresceu muito, principalmente com o trabalho de Pasteur, que isolou o causador da doença bovina – o carbúnculo³² (Frazão, 2019). Desse modo, as descobertas auxiliaram na compreensão das causas de diversas enfermidades. Isso facilitou a prevenção. Porém, as consequências advindas e as terapêuticas ainda careciam de pesquisas.

³² O carbúnculo é uma infecção pela bactéria *Bacillus anthracis*, que está presente no solo na forma de esporos e que podem causar doença nas pessoas ao serem inalados, ingeridos ou ao entrarem em contato diretamente com a pele. Os sintomas de carbúnculo estão relacionados com a produção de toxinas pela bactéria, além de poderem variar de acordo com a forma como aconteceu a transmissão, podendo haver dor muscular, dor de cabeça, aparecimento de feridas na pele, vômito e diarreia com sangue, dor no peito e dificuldade para respirar (Bezerra, 2021).

Vasconcelos questionou, em seu estudo, se a vacina contra difteria, que foi descoberta com os trabalhos do médico alemão Emil von Behring e do japonês Shibasaburo Kitasato em 1890 (Santos, 2019b), mesmo ano em que ele elaborou sua tese, não seria eficaz visto que funcionava contra muitas doenças, mesmo tendo efeitos colaterais. A difteria é uma doença causada pelo bacilo Gram positivo *Corynebacterium diphtheriae* e transmitida por contato com saliva e secreções nasais e no século XIX possuía altos índices de mortalidade, sobretudo entre as crianças.

Ao citar Koch, afirmou que o ar não transmitia doenças, e passou a indagar se as aves não poderiam ser o vetor da difteria. Pode-se interpretar esses questionamentos sobre vacina e contaminação como um processo de consolidação de um novo conhecimento, pois ainda era algo novo. Mesmo o autor confiando nesse novo conhecimento, ainda o relacionava com bases teóricas anteriores (Vasconcelos, 1890).

Sobre a ideia das aves como propagadoras de enfermidades, Vasconcelos cita artigos, demonstrando estar em um ambiente de trocas de conhecimentos científicos. “O estudo publicado na revista *hygiene* de maio último, revela que não existe esse contágio de aves para humanos. O estudo de Wolf apresenta que existe caso de animais que passaram para humanos a doença” (Vasconcelos, 1890, p. 57).

Como a título *Propagação, prophylaxia e tratamento do cholera-morbus*, a dissertação de Severiano José da Silva, de 1890, trouxe vastas informações, apontando detalhes de diferentes epidemias de cólera e como se iniciaram em Portugal, além de um conhecimento acerca da doença. Diferentemente do trabalho de Vasconcelos (1890), a dissertação de Silva (1890) apresenta um domínio maior sobre os novos paradigmas da ciência médica. Segundo o autor, o fator humano contaminado é decisivo para a cólera, e não apenas a água, pois esta passa a ser perigosa após o contato com alguma pessoa infectada.

Essas ideias apresentadas denotam maior compreensão sobre o saber científico, diferindo de outros autores, que associavam a doença com a água contaminada. Silva lança uma hipótese acerca do modo como se dá essa contaminação: “Na hypothèse de ser a agua não é possível explicar como logares importantes e que mantêm constante e intimo contacto com o rio, não foram primeiro atacados” (Silva, 1890, p. 27).

Para sustentar sua argumentação, ele apresentou resultados de experiências com bacilo de cólera no ar, na água e no solo, sendo que nesses locais o vibrião colérico desaparecia em pouco tempo, justificando, assim, o papel fundamental do fator humano. O homem

colérico era o grande veículo de propagação da cólera. “O intestino fornece condições de sobrevivência ao micróbio e as fezes são o veículo para o exterior (...). Assim, o dejetos do colérico tem que receber a atenção” (Silva, 1890, p. 39).

Os dados que fundamentaram a argumentação do autor permitiram-lhe introduzir, na segunda parte de seu trabalho, conceitos de profilaxia, sendo os principais a defesa dos cordões sanitários e o isolamento em lazaretos de indivíduos diagnosticados com a doença, permitindo a livre circulação deles após estarem desinfectados.

Segundo Almeida (2014), os debates acerca dos cordões sanitários estavam presentes na imprensa, no século XIX, sendo um dos argumentos amparado na crítica aos impactos econômicos que causavam. O autor defendeu a eficácia da quarentena, medida que não era consenso, e que as dificuldades econômicas causadas deveriam ser enfrentadas com auxílios do governo.

Na sua análise, as decisões sanitárias deveriam ser tomadas para o estabelecimento da prevenção de doenças, o que seria possível mediante a intervenção das autoridades, a fim de superar os problemas higiênicos do país, como o desleixo, a ignorância e a falta de instrução dos povos. Esse discurso inseria-se na liturgia higienista do século XIX, como pontuado por Pereira e Pita (1993), amplamente divulgado em Portugal por meio de obras como *Hygiene social applicada à Nação Portuguesa*, de Ricardo Jorge.

Essa obra, segundo Graça (2015), foi organizada com as informações de quatro conferências realizadas em 1884, ano em que se debateu a questão dos cemitérios públicos, os temas abordados foram a evolução da legislação e das políticas de saúde pública (“higiene”) em Portugal, a evolução das sepulturas, a inumação e cemitérios e a cremação.

Sobre a terapêutica utilizada para curar os enfermos de cólera, Jorge (1885) pontua que eram empregados o bicloreto de mercúrio ($HgCl_2$) e o salol. Na visão de Silva (1890), ambos agiam de forma prejudicial à saúde dos doentes. Essas substâncias, quando aplicadas no corpo humano, ampliavam a diarreia e o vômito nos utentes, agravando o estado do colérico pelo fato de acelerar o processo de desidratação.

Nos dias atuais, o bicloreto de mercúrio é denominado de cloreto de mercúrio. Este é um reagente laboratorial extremamente tóxico e venenoso ao homem (Infopédia, 2020). Por

sua vez, o salol³³ é utilizado como antisséptico. No século XIX, foi experimentado no combate a diversas doenças, como a febre-amarela e a tuberculose, como demonstrado no trabalho do médico Adolpho Lutz (Benchimol & Sá, 2005). Com relação à cólera, não apresentou resultado efetivo.

A dissertação *A cholera: impressões da epidemia da Madeira de 1910-911 - noções d'epidemiologia*, de José Maria Rodrigues Teixeira Júnior, de 1911, evidenciou uma experiência médica rica em informação, com conhecimento aprofundado sobre a doença, os tratamentos conhecidos e a forma como ocorreu o combate à moléstia na região da Madeira.

O surto epidêmico teve início em 1910 e foi constatada pelo Dr. Carlos França. O seu enfrentamento foi eficaz devido ao conjunto de medidas aplicadas rapidamente pelo poder público, o que explica o número relativamente baixo de óbitos (faleceram 556 habitantes) e a rápida erradicação da cólera. Os serviços sanitários, para além da doença, suportaram as mesmas dificuldades de outras doenças anteriores devido a situação social portuguesa, como a desconfiança da população no poder público, descumprimento de regras sanitárias, desacreditarem na epidemia e casos que não eram comunicados (Direção Regional do Arquivo e Biblioteca da Madeira, 2016).

O autor descreveu os resultados do trabalho de Robert Koch sobre bactérias, mostrando como eram feitas as análises laboratoriais da água, bem como o emprego de diferentes técnicas. Além disso, como demonstração de um conhecimento atualizado, alimentos e objetos contaminados também foram apontados como meios de propagação da cólera.

Teixeira (1911) aprofundou questões que, em outros trabalhos, como o de Barros (1890), Silva (1890) e Vasconcelos (1890), foram abordadas, mas não com a mesma riqueza de informações. A diferença de mais de duas décadas de publicação das dissertações justifica o amadurecimento sobre os saberes, em virtude, principalmente, do estabelecimento da Direção Geral de Saúde no fim do século XIX (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Sobre os cordões sanitários, o autor salienta a importância dessa medida pelo fato de existirem pessoas infectadas que não apresentavam sintomas (assintomáticas), consistindo em uma ameaça real, por estarem circulando livremente. Dessa forma, deveria existir um

³³ Salol [C13H10O3]: substância resultante da mistura de ácido salicílico com fenol, empregada como analgésico, antirreumático e antipirético. Era utilizada como antisséptico de uso externo em feridas crônicas (na forma de pó aromatizado) e no tratamento da gonorréia. É denominada também de éster salicílico do fenol e salicilato de fenil.

rastreio, por meio de exames de fezes, nas regiões afetadas, de modo a permitir o indivíduo sem o vibrião circular livremente.

As medidas sanitárias e as condições higiênicas foram apontadas como fundamentais para impedir o avanço das doenças, pois em “epidemias hydricas a curva sobe rapidamente” (Teixeira, 1911, p. 6). Nesse contexto, a imprensa, conforme Teixeira (1911), cumpria um papel importante, dado que divulgava comportamentos julgados essenciais, como lavar as mãos, ferver a água, lavar e esterilizar utensílios domésticos.

O conhecimento sobre aspetos geográficos e sociais da região demonstra que existia uma estrutura para o enfrentamento da enfermidade. A comparação com as vilas de Santa Cruz e Machico ratificam isso. Santa Cruz possuía melhores condições de higiene e salubridade, enquanto Machico, uma vila de pescadores, não apresentava condição favorável. Dessa maneira, o número de infectados foi muito maior na região mais humilde.

No entanto, os usos de soluções de soro fisiológico levaram a cura à região de Machico, tendo uma menor mortalidade que Santa Cruz. “Tive o ensejo de observar a sua acao admiravel em casos gravissimos, multo dos quaes terminado por cura” (Teixeira, 1911, p. 17).

O soro fisiológico começou a ser utilizado em 1896 e até o século XXI continua a ser um dos principais e mais efetivos tratamentos contra a cólera (Organização Mundial da Saúde, 2017).

3.2 A VARÍOLA

A varíola é conhecida desde a Antiguidade. Relatos acerca de seus males foram encontrados em diferentes locais e épocas. Ocupou, no quadro epidemiológico mundial, lugar de expressão, difundindo-se indiscriminada e violentamente. Uma das narrativas mais antigas e detalhadas remonta ao ano de 430 a. C., quando um surto da doença atingiu a região da Grécia, chegando a matar cerca de um terço da população (Toledo, 2004).

A doença persistiu ao longo dos séculos, sendo frequente sua presença na Europa durante a Idade Média, de acordo com Meštrović (2021). Do século XVI ao XVIII, a doença foi levada para América através dos colonos, atingindo em alguns períodos a taxa de fatalidade na casa dos 90% e sendo responsável pelo extermínio de diversas comunidades nativas.

Extremamente contagiosa, ela pode ser transmitida por secreções e saliva de pessoas infectadas. O corpo contaminado forma pústulas que, cheias de líquido contendo o vírus,

passam a ser uma ameaça constante de propagação da doença. Por isso, um dos atos para o seu combate era o isolamento do doente.

Causada pelo vírus da família de *Poxviridae*, os sintomas iniciais da varíola eram febre e vômitos. Em seguida, havia formação de úlceras na boca e erupções cutâneas na pele. Estas, após alguns dias, evoluíam para bolhas características, repletas de líquido que, em determinado momento, passavam a ter crostas secas e se soltavam da pele, deixando cicatrizes. Ao evoluir, a infecção poderia atingir as vias respiratórias, encontrando ambiente favorável à sua proliferação no pulmão, multiplicando-se nas células e espalhando-se pelos órgãos linfáticos e pelo sistema sanguíneo, alcançando o cérebro e produzindo a morte a partir da segunda semana da doença (Santos, 2021).

O controle sobre a doença foi alcançado somente no século XX, precisamente em 1980, quando foi declarada erradicada pela OMS (Garrett, 1994). Segundo Toledo (2004), o processo que levou à eliminação da enfermidade teve início no século XI, e foi chamado de variolização.

Esse processo ocorria com a inoculação de material recolhido das crostas da varíola em pessoas não doentes. A ação nasceu da observação de que sobreviventes ficavam imunes, e pessoas que contraíam a doença por via cutânea apresentavam sintomas mais leves. Os relatos desse método remetem ao século XI, na China e na Índia, tendo ocorrido de formas independentes. O modelo indiano baseava-se no uso do material das crostas dos doentes, inserido por meio de cortes superficiais feitos sob a pele de pessoas saudáveis, produzindo reações leves. Assim, o próprio corpo enfrentava o vírus, deixando o indivíduo imune a partir disso. Em vez de utilizarem a via cutânea, os chineses utilizavam a via nasal para inocular pessoas saudáveis e provocar reação do corpo à infecção (Toledo, 2004).

No século XVIII, a doença atingiu diversas cidades europeias. Na Inglaterra, em 1721, teve início a variolização, como forma de enfrentamento à doença, sendo Lady Mary Wortley Montagu considerada fundamental no processo. A morte de seu irmão por varíola e o fato de ter contraído e sobrevivido à doença deixaram-na intimamente ligada à enfermidade (Gearon, 2018). Durante o período em que morou em Constantinopla, no Império Otomano, acompanhando seu marido, embaixador britânico na região, teve acesso aos tratamentos utilizados localmente contra a varíola. Esses tratamentos seguiam o modelo indiano. A preocupação de que seus filhos contraíssem a doença fez com que convencesse o cirurgião da embaixada, Charles Maitland, a reproduzir o tratamento em seu filho, no ano de 1817.

Ao retornar à Inglaterra, procurou por meio de cartas, convencer médicos a utilizarem o método. Em 1821, naquele país, uma epidemia de varíola fez com que Montagu recorresse novamente ao cirurgião que havia feito o primeiro procedimento em seu filho, reproduzindo-o em sua filha e divulgando os resultados positivos, o que levou a novos testes e à ampliação do uso do método (Gearon, 2018).

De acordo com Plotkin e Plotkin (1994), os resultados dos variolizados por esse método demonstraram diminuição da taxa de mortalidade, sendo 1 morte entre 48 e 60 doentes, enquanto entre os contaminados por via natural o índice era de 1 morto a cada 6 contaminados. O problema do referido método consistia na necessidade de isolamento dos doentes variolizados, visto que ficavam contaminados e poderiam passar a doença para outras pessoas. Além disso, o processo de prevenção configurava-se como ameaça de surto.

Os resultados positivos fizeram com que o método se espalhasse pela Europa. Em Inglaterra, em 1793, o médico John Haygarth desenvolveu um modelo para eliminar a varíola. Esse modelo consistia na variolização da população, através da adoção de medidas para impedir impactos da ação, como o estabelecimento de isolamento dos que passassem pelo processo, como explica Toledo (2004).

A evolução do combate à doença seria alcançada a partir da produção da vacina pelo médico inglês Edward Jenner. Em 1775, atuando como inoculador de varíola, ele observou que as pessoas contaminadas com a varíola da vaca (*cowpox*) não tinham sintomas quando inoculadas pela varíola. Mulheres que trabalhavam na ordenha da vaca apresentavam, raras as vezes, cicatrizes de varíola (Toledo, 2004).

Após estabelecer a sua hipótese, vinte anos transcorreram para que pudesse comprová-la. Em 1796, ele inoculou um menino com material retirado de feridas de *cowpox*. Após alguns meses variolizada, a criança não apresentou nenhum sintoma. Depois disso, várias crianças foram inoculadas no sistema braço a braço. Observou-se que, quando elas passavam pela variolização, não sofriam com a varíola. Diante dos resultados obtidos, Jenner publicou, em 1801, um trabalho intitulado *The Origin of the Vaccine Inoculation* (Plotkin & Plotkin, 1994). O método jenneriano encontrou resistência, mas, mesmo assim, continuou sendo aplicado, expandindo-se pelo mundo. Isso porque a vacina tinha a vantagem de impedir a doença, e não oferecia risco de adoecimento aos utentes. Assim, não havia possibilidade de disseminação do vírus.

Contudo, surgiram dificuldades no processo de vacinação. Uma delas dizia respeito à obtenção do material vacinal – a varíola da vaca. Essa não era uma doença que atingia todo o gado em todos os países e em todas as regiões. Outra dificuldade encontrada ocorreu com a vacinação braço a braço, que espalhava doenças como a sífilis e a hepatite. E mais, em cada passagem de braço, o poder de imunização da vacina diminuía. De acordo com Magenta (2020), as soluções para esses problemas começaram a surgir em 1864, quando foi adotado o uso de cobaias vivas bovinas para inocular o material vacinal, por meio de novilhos, sendo possível vacinar em locais mais distantes, mantendo uma maior força da imunização da vacina e evitando o braço a braço.

Entre o final do século XIX e meados do século XX, observou-se grande evolução das vacinas, aprimorando a retirada e a conservação do material vacinal através do processo de congelamento. O avanço técnico veio seguido de programas nacionais de vacinação para o combate e o controle da varíola.

Com o título *Algumas considerações sobre os efeitos da vacina*, a dissertação de Manuel Caetano da Silva Lima, de 1870, apresenta uma análise sobre a descoberta e o desenvolvimento da vacina jenneriana. Na sua abordagem, o autor resgatou as técnicas de inoculação dos hindus como a base para a vacina. O trabalho traz também debates sobre a aceitação dos novos métodos de saúde.

Para Lima, a imunização era essencial para mitigar a doença. No seu trabalho, salientou que o movimento antivacina era crescente, podendo significar atraso com relação aos avanços médicos. As críticas desse movimento associavam a inoculação aos casos de sífilis, ao aumento de alienados e à diminuição do efeito da terapia com o tempo.

(...) na Inglaterra; mas as enérgicas providencias tomadas pelos membros do estabelecimento nacional de vacina contra os que, inoculando a varíola, assim multiplicavam os germens d'esta doença e propagavam o contágio, embargou as manobras egoístas e interesseiras dos detratores da vacina (Lima, 1870, p. 15).

Com base em dados de pesquisadores franceses, Lima (1870) afirmou que a diminuição do efeito da terapia era uma verdade, mas que isso seria solucionado com a diminuição de vacinação braço a braço. Para tanto, apresentou dados de pesquisas com relação aos vírus *cowpox* e *equinox*. Afirmou ainda que, em debates na Academia de Medicina de Paris, a solução apontada foi a de colher o vírus vacínico na vaca, e que Londres seguiria o mesmo

modelo. No mais, em Lisboa, estariam sendo tomadas decisões no mesmo sentido, por Bernardino A. Gomes. Este foi médico e filho de outro importante cientista português de mesmo nome e responsável pela criação da instituição vacínica subordinada a Academia Real das Ciências em 1812, destinando estabelecer vacinação gratuita em Lisboa (Fernandes, 2015).

Bernardino Gomes foi Presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1864) e representou Portugal na Conferência de Higiene de Constantinopla, em 1866 (Almeida, 2011b). É importante mencionar que, desde 1864, se defendia esse caminho para ampliar a duração da imunização. Observa-se, assim, que a dissertação abordou debates científicos contemporâneos.

Sobre a questão de a vacina causar males, como a alienação, Lima (1870) narra diferentes efeitos, mas afirma que não havia provas, contra-argumentando, assim, que não houve alteração que permitisse essa associação. Com relação à sífilis, analisando diversos autores e pesquisadores, concluiu que a vacinação estava aumentando o caso da doença entre crianças, mas sem conseguir afirmar se era responsabilidade do vírus vacínico ou de algum acidente no processo de imunização.

(...) ainda quando o perigo seja maior do que é atualmente, a adoção de simples precauções da parte do vacinador, tornará a inoculação da syphilis no ato da vacinação um acontecimento quase impossível (Lima, 1870, p. 50).

A dissertação *Breve estudo sobre a vacina anti-variólica*, de António Maria de Freitas Monteiro, apresentada em 1898, permite compreender as informações sobre a produção da vacina, suas técnicas de aplicação e o debate relacionado com o uso da vacina, consistindo num relato do que ocorria na sociedade portuguesa naquele período. Com relação à vacina, o autor apresentou as primeiras técnicas utilizadas e como foram sendo aperfeiçoadas ao longo do tempo. Descreveu, também, a superação das dificuldades da vacinação braço a braço e os resultados científicos detalhados alcançados pelo uso da vacina em alguns países europeus, como França, Bélgica, Alemanha e Inglaterra, bem como seus efeitos colaterais em diferentes faixas etárias.

Esses dados serviram como fundamentação da argumentação de Monteiro sobre a vacinação em Portugal. O autor defendeu a obrigatoriedade da vacinação, sendo que os argumentos acerca das liberdades individuais não contradiziam a vacinação compulsória.

Em Portugal infelizmente a obrigatoriedade da vaccina não conseguiu ainda implantar-se, apesar dos esforços de vários trabalhadores morrendo ao nascedouro um projecto de lei que um membro da passada sessão legislativa apresentou ao parlamento (Monteiro, 1898, pp. 72-73).

Em Portugal, a vacinação contra a varíola teve início no ano de 1894 (Feliciano, 2002). Decorridos quatro anos, conforme Monteiro, ainda existiam debates sobre a sua aceitação ou não, evidenciando resistência por parte de grupos mais letrados, que apelavam aos direitos individuais, bem como por parte das classes populares.

A resistência ao processo vacinal não foi um acontecimento exclusivo em Portugal. No Brasil a resistência deu início a Revolta da Vacina (1902). A revolta foi um processo violento que colocou a cidade do Rio de Janeiro, capital do país, em um conflito entre as forças policiais e a população (Carvalho, 1987).

Os revoltosos promoveram a destruição de bondes, a construção de barricadas, o ataque a prédios públicos, a morte do chefe de polícia e a libertação de presos, somente sendo controlado o movimento após a suspensão da vacinação compulsória e a intervenção das forças militares.

De acordo com Carvalho (1987), a Revolta da Vacina teve causas mais profundas que apenas a desinformação da sociedade sobre os efeitos da vacina. A imposição de medidas sanitárias pelo Estado, se destacando a vacinação obrigatória, se somaram a todo um contexto de medidas autoritárias de exclusão político-social, adotadas com o advento da República, sobre as camadas populares, sendo os estatutos sanitários o estopim do processo.

Em sua tese, o médico Monteiro defendia que a autoridade sanitária deveria ter mais poderes, pois assim poderia salvar vidas.

A revolta contra os dogmas scientificos encontra sempre elementos nas classes menos instruídas da sociedade, e por isso, para que as auctoridades sanitárias possam imprimir o prestigio dos seus conselhos no espirito rebelde das populações, faz-se mister que haja a imposição da lei e o seu exacto cumprimento, porque só assim elles poderão produzir salutareos effeitos. A obrigatoriedade da vaccina impõe-se, a nosso vêr, como uma medida social de alevantado patriotismo (Monteiro, 1898, p. 52).

João Mário Meireles de Moura e Castro elaborou um trabalho intitulado *A vaccina animal como meio prophylactico e therapeutico*, no ano de 1910. Na sua dissertação,

descreveu os métodos da vacina jenneriana, apresentando os momentos de seu uso em Portugal, dados sobre bacteriologia e uso de outras vacinas, estabelecendo uma análise sobre a eficácia da vacina animal. Segundo o autor, a primeira vacinação animal em Portugal foi em 1869. Porém, sem recursos, esse processo pouco evoluiu, adquirindo importância no ano de 1885, quando foi criado um instituto de vacinação em Leça da Palmeira. Todavia, esse instituto não avançou. Uma ação que gerou avanço sanitário foi a criação do Instituto Vacínico Português, no ano de 1887, com início dos trabalhos em 1890.

As interpretações baseadas apenas nas informações da dissertação de Castro conduzem a uma compreensão de que o processo de vacinação até o fim do século XIX foi um fracasso. Como verificado no trabalho desenvolvido por Subtil e Vieira (2011), Portugal teve acesso ao conhecimento vacinal rapidamente. As informações sobre a vacina circulavam pelo país desde 1799, tendo ocorrido uma primeira vacinação em 1803, e a criação da Instituição Vacínica em 1812.

No entanto, os autores corroboram a visão de Castro, afirmando que o resultado da vacinação foi um fracasso (Subtil & Vieira, 2011, p. 173). Esse resultado estava relacionado com as dificuldades econômicas ao longo do século XIX, somadas à resistência de algumas autoridades políticas, bem como de médicos, cirurgiões e camadas populares. Os padres faziam apelos nas cerimônias religiosas para que a população aderisse a vacinação, mais tarde nas escolas os professores faziam apelos também, mas devido a ignorância esta se mantinha resistente (Feliciano, 2002).

Acerca da descrença do povo frente aos efeitos da vacina, Monteiro (1898) afirma que algumas pessoas, ao buscarem a celebridade, contestavam os avanços científicos, beneficiando-se da ignorância da população.

Sobre a eficácia da inoculação por meio do uso da vacina de origens animal e humana, Castro (1910) estabeleceu uma comparação, considerando dados e diversos casos médicos. Conforme o autor, no ano 1910, o debate era sobre o tempo de efeito e se a inoculação por via animal possuía maior duração. O trabalho de Almeida (2013, p. 184) mostra que, desde 1899, as notícias dos jornais portugueses divulgavam a extração do vírus de animais como mais efetiva, seguindo o protocolo criado por Pasteur, em 1885, tendo pouco resistência.

Outra questão abordada foi sobre as doenças que acompanhavam a vacina humana, como a sífilis. Por meio do uso de estatística, ficou comprovado que essas doenças ocorriam em menor proporção com o uso de vacina animal. No que diz respeito às diferentes vagas de

varíola em Portugal, a dissertação de Castro (1910) mostrou que as causas eram a demora e o abandono da revacinação, o não isolamento dos que estavam com varíola e a falta de cuidados higiênicos. Ao trazer informações sobre o combate à doença, afirmou, no fim da sua dissertação, após apresentar um quadro comparativo do número de morte entre vacinados e não vacinados, que a vacina, associada a hábitos de higiene, erradicaria a varíola. É importante mencionar que este médico, em vida, trabalhou na Cruz Vermelha e foi diretor do Instituto Vacínico.

3.3 A PESTE BUBÔNICA

A peste bubônica é uma das apresentações clínicas da chamada peste. Como explica Hinrichsen (2020), existem outras duas formas, que são a peste septicêmica e a peste pneumônica. A bubônica é uma doença causada pela bactéria *Yersinia pestis*, transmitida por pulgas entre animais de pequeno porte. Mediante a picada da pulga infectada, a bactéria adentra a pele humana, dirigindo-se ao sistema linfático, produzindo infecção, com crescimento de bubões na virilha, nas axilas e na cervical.

Em níveis infecciosos mais avançados, os gânglios linfáticos inflamados podem transformar-se em feridas abertas e supurativas, com perigo de contração de uma nova infecção nessa área. As bactérias, ao chegarem à corrente sanguínea, podem atingir qualquer órgão. A forma mais grave da doença é a peste pulmonar, quase sempre fatal (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Ao longo da história, há registros de três grandes pandemias relacionadas com a peste bubônica. No século VI, teve lugar a Peste de Justiniano, alastrando-se do Egito até a capital do Império Bizantino, Constantinopla, posteriormente para a região do mar Mediterrâneo. No século XIV, foi chamada de Peste Negra, matando entre 75 e 200 milhões de pessoas, voltando de forma intermitente até o século XIX.

Em 1720 ocorreu a última epidemia de peste registrada na França, conhecida pelo nome de peste de Marselha. Teve início quando um navio mercante vindo da Síria com tecidos e algodão trouxe também a doença. A negligência de algumas autoridades não executou com rigor os planos que existiam de quarentena sobre passageiros e mercadorias que existia na cidade (Altman, 2012).

A doença encontrou nas regiões de estrutura mais antiga de Marselha e nos bairros pobres um facilitador para a sua disseminação, atingindo a marca de cerca de quarenta mil mortes no período, atingindo quase metade da população da cidade, que contava com oitenta e nove mil habitantes.

No fim do século XIX, a peste retornou a Europa e foi reconhecida como Terceira Epidemia (Barata, 2020). A evolução tecnológica sobre os transportes, com o crescimento de ferrovias e dos barcos movidos a força do motor a vapor facilitaram sua propagação. Segundo Snowden (2019) a peste teve início na região de Yunan onde era endêmica. chegando a Índia e desta, devido ao intenso comércio com o ocidente, alcançou rapidamente o Mediterrâneo.

Em 1899, a doença atingiria Portugal, mais precisamente a região do Porto, encontrando na cidade um ambiente favorável à sua proliferação. A arquitetura urbana desorganizada, desenvolvida no período de rápido crescimento industrial, associada ao grande fluxo populacional que migrava para a cidade, promoveu a construção de habitações de bairros populares sem condições de higiene e saneamento, chamadas de “ilhas”. A acumulação de lixo, o grande número de pessoas que viviam em habitações apertadas e a proliferação de ratos facilitaram a epidemia (Ujvari, 2003).

O nascimento das ilhas resultou do processo de industrialização da cidade do Porto. Com a chegada de população migrante do campo foi desenvolvida a construção desse modelo de habitação de características específicas para abrigar o operariado, sendo financiada por comerciantes ou industriais que buscavam maximizar a mais-valia a renda, ao realizarem uma construção com traçado uniforme, pronta para receber grande densidade e sem seguir preocupações higiênicas (Matos & Rodrigues, 2009).

A lógica nestas construções foi a mesma de outras cidades industriais, como em Londres, Nova Iorque, Espanha, Lisboa, São Paulo e o Rio de Janeiro. No Porto, as ilhas definiram o espaço urbano, desde meados do século XIX, como a principal forma de habitação da classe operária, mas com o avanço das preocupações sanitárias, foram condenadas devido à sua insalubridade, sendo destruídas no século XX (Teixeira, 2018).

A terceira vaga da doença merece atenção especial, não somente por atingir Portugal, mas também por alcançar pela primeira vez a América. Este processo se relacionou com o aprendizado e as descobertas que a ciência possuía no período, por meio desse saber, a Medicina pôde combater as causas, definir os meios de prevenção, identificar os sintomas e estabelecer terapêuticas válidas contra a peste.

Com relação à ciência, Alexandre J. E. Yersin e Shibamiro Kitasato descobriram a bactéria causadora da peste em 1896. Nesse mesmo ano, o cientista russo Waldemar Hafkine desenvolveu uma vacina contra a doença. Em 1898, Yersin usou os primeiros soros antipestosos em seres vivos. Ainda em 1898, a teoria da transmissão do bacilo da peste pela pulga do rato foi estabelecida por Paul Louis Simond (Altman, 2014).

A ideia do rato relacionado com a doença não era nova. Mas foi somente a partir da confirmação científica que houve incentivo para a adoção, por parte das autoridades, de medidas higiênicas e sanitárias, como forma de combatê-la. No entanto, não seria um processo fácil, devido à resistência de diversos setores, por preverem o aumento de gastos, o fortalecimento do poder médico e a ampliação da intervenção na sociedade.

Em Portugal, o médico Ricardo Jorge (1858 - 1939) foi um símbolo deste processo de ascensão e fortalecimento dos facultativos. O seu trabalho produziu relatórios bacteriológicos e análises microscópicas que permitiram diagnosticar a peste em Portugal, mesmo sendo esta considerada extinta no país desde o século XVIII. Após o diagnóstico, solicitou a vinda de autoridades nacionais, como Câmara Pestana, e estrangeiras para procederem a novos exames, que confirmaram a sua descoberta (Morais, 2011).

Luís da Câmara Pestana (1863-1899) foi um higienista e professor universitário português que obteve grande destaque como um dos pioneiros da bacteriologia no país. Atuou como médico no hospital São José e foi designado para o combate contra a peste que atingiu o Porto. Sendo infectado pela doença, acabou por falecer no combate à mesma, tendo como homenagem o seu nome dado ao Instituto Bacteriológico, renomeado como Instituto Câmara Pestana (Sousa, Soares, Soares, & Silva, 2010).

A descoberta conferiu notoriedade internacional a Ricardo Jorge como grande epidemiologista, inserindo-o na linha de frente do Conselho de Saúde, órgão responsável pelo combate à pandemia na cidade do Porto. A consagração, no entanto, não garantiu a aceitação pacífica de suas medidas de combate principalmente o estabelecimento do cordão sanitário, que foi mal recebido pela população, em razão dos impactos econômicos e da forma como os políticos da cidade conduziram o processo (Pontes, 2011). Nesse contexto, Ricardo Jorge foi ameaçado de morte e perseguido nas ruas da cidade, o que o levou a mudar para Lisboa.

O enfrentamento à doença passou a ocorrer por meios de prevenção higiênica, com medidas sanitárias, reformas urbanas e nova terapêutica (uso de medicação). Dentre os avanços médicos científicos, o uso da vacina não se mostrou tão eficaz quanto os resultados

obtidos com o antibiótico, produzido a partir de 1928 e sendo o principal remédio contra a peste bubônica, que a transformou de uma doença de alto grau de mortalidade em uma enfermidade superável (Araújo, 2013).

Uma dissertação foi apresentada no Ato Grande tendo como tema principal a peste bubônica em Portugal. O trabalho foi elaborado por Carlos Maciel Ribeiro Fortes, no ano de 1910, tendo como título *Peste Bubónica Etiologia e Prophylaxia segundo as modernas aquisições a Campanha dos Açores*.

O estudo empreendido por Fortes abordou o combate à chegada da bubônica na região dos Açores, assunto não muito abordado pela historiografia. A doença chegou à região em 1908 e permaneceu por quase cinco décadas no século XX, de forma intermitente. O trabalho apresentado pelo referido médico traz referências consistentes e bem fundamentadas. Com base nisso, ele afirma que a peste foi decretada como extinta no Porto não em razão de evidências e pesquisas científicas, e sim pelas decisões da esfera burocrática. Segundo Fortes (1910), a peste permaneceu no Porto para além de sua extinção oficial, em novembro de 1889.

Para comprovar isso, ele apresentou casos diagnosticados, com local e data, citando médicos e instituições envolvidas no tratamento dos pacientes. Essa narrativa compõe a introdução do trabalho, chamada pelo autor de “Duas palavras prévias”, e tem por objetivo justificar a chegada da peste na região dos Açores, em 1908 (Fortes, 1910).

Para o autor, a chegada da bubônica à região das ilhas açorianas, em 1908, tinha relação com o comércio intenso com o Porto e com a continuidade da peste nesta cidade. Sobre a falta de condições de higiene nas ruas e moradias do Porto, afirmou que nas ilhas não era isto um fator de contaminação humana pela bubônica. Na região, o problema estava relacionado com a existência de condições para a proliferação de ratos, como excesso de lixo.

Nos Açores igualmente se pôde dizer que se não averiguou qualquer relação entre os casos humanos e a porcaria; é até notável que na cidade da Horta ocorreram alguns ataques humanos em habitações de farta ventilação, de bastante limpeza e sem acumulação de pessoas. Pelo contrário, viu-se que aqueles casos humanos podiam sempre relacionar-se com o acesso do rato (Fortes, 1910, p. 110).

Utilizando referências bibliográficas datadas de 1887 até 1907, o autor descreveu trabalhos de diversos médicos, inclusive de Ricardo Jorge, e de diferentes comissões

internacionais de estudos sobre a bubônica. Conforme consta na dissertação, diversas causas foram pesquisadas, mas o piolho do rato consistia ainda no principal agente de transmissão (Fortes, 1910, p. 24).

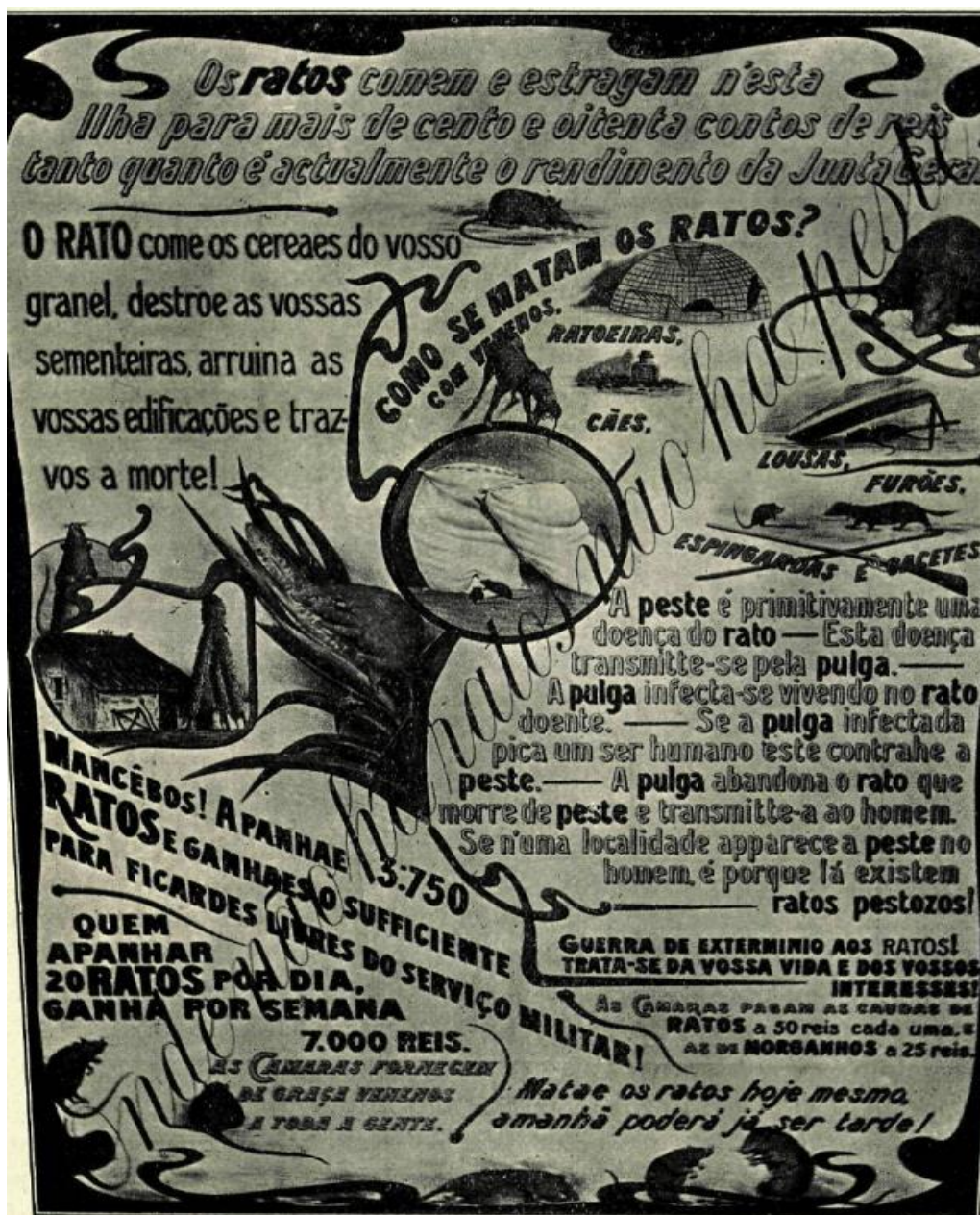
Ao descrever o combate à epidemia na região, Fortes forneceu nomes de pessoas envolvidas nesse combate e a forma como ocorreu, contando com o esforço de professores e autoridades sanitárias. Descreveu, ainda, as atividades atribuídas a cada um. Muitos realizavam diversas tarefas devido ao pequeno número de profissionais na campanha.

Com relação à terapêutica utilizada, o médico não descreveu em detalhes os procedimentos, mas separou uma parte de seu trabalho sobre a vacinação. Ele explicou que seu estudo consistia em uma breve análise sobre o assunto. Assim, apontou dados de utilização em diferentes países, concluindo que a vacina produzida por meio do agente infeccioso vivo era mais efetiva do que a inoculada mediante outros métodos.

A parte mais robusta de seu trabalho tratou de evidenciar todo o conhecimento sobre os ratos e as pulgas, seguindo protocolos que eram utilizados em outros países, como no Brasil (Carvalho, 1987). O autor defendia que a melhor forma de agir era mediante a eliminação desse vetor. Os mecanismos de captura e análise foram descritos e exemplificados em figuras. Portanto, o trabalho configura-se em uma fonte de informação sobre o conhecimento médico do período associado ao de zoonose.

Se, por um lado, os conhecimentos avançados de microbiologia, bacteriologia e laboratorial auxiliavam o conhecimento médico, por outro, Fortes (1910) demonstrou a importância da caça aos ratos para eliminar a peste. À época, foram oferecidos pagamentos de prêmios pela captura como forma de incentivar a população a contribuir com a medida. Existiam, até mesmo, cartazes que incentivavam a isso.

Figura 5: Cartaz da Sociedade Exterminadora de Rato



Fonte: Fortes, C. M. R. (1910). *Peste bubônica: etiologia e prophylaxia segundo as modernas aquisições: a Campanha dos Açores - trabalhos do Porto*. Porto: Imprensa Portugueza.

Com a descoberta da peste bubônica por Ricardo Jorge, na cidade do Porto, em 1899, muito se debateu sobre a higiene como forma de combater a epidemia. Assim, veio à tona a necessidade de reformar as ilhas a fim de viabilizar aspetos sanitários.

Diversas dissertações foram elaboradas posteriormente, abordando temas relacionados com a higiene no Porto, inclusive nas próprias “ilhas”, como o trabalho intitulado *Contribuição para o estudo da higiene do Porto: ilhas*, de António Gomes Ferreira Lemos, de 1914. Porém, essa dissertação não fez referência à peste.

3.4 TIFO

O tifo é uma doença sobre a qual há diversos relatos de incidência ao longo da história. Pesquisas biológicas sobre corpos encontrados em tumbas apontam sua presença na Antiguidade em Atenas como explicou o trabalho Esteves & Araújo (2021).

No século XVI, o processo de dominação colonial Europeu, segundo Crosby (2011), contou com o apoio da varíola e também do tifo. As doenças associadas a campanha militar e domínio cultural e religioso desempenharam papel fundamental para dominar a resistência nativa na América, processo que definiu com a expressão “imperialismo ecológico”.

A relação entre a doença e as guerras foi presente com a tifo. Para além dos conflitos coloniais do século XV e XVI, encontramos seu registro nas guerras napoleônicas do século XIX, nas trincheiras da Primeira Guerra (Marcolin, 2011), no Gueto de Varsóvia (Centamori, 2020), nos campos de concentração nazistas e áreas de batalhas soviéticas, como Stalingrado na Segunda Guerra Mundial (Werth, 2019).

Em Portugal, o trabalho de Barbosa (2001) apontou os fatores que afetavam a demografia do país do século XVI ao XIX e, entre estes, a tifo esteve presente ao longo do tempo.

O tifo é uma doença bacteriana infecciosa causada pelo agente *Rickettsia*, que foi descoberto no ano de 1916 pelo médico brasileiro Henrique da Rocha Lima (1879-1956). A forma de transmissão para o homem foi descoberta anteriormente, em 1909, pelo médico francês Charles Nicolle. A transmissão dá-se por meio de vetores, como pulgas, piolhos e carrapatos, que, por sua vez, adquirem de animais, como ratos, gatos, gambás, guaxinins e outros (Morais, 2011).

O homem picado por algum dos vetores recebe o agente bacteriológico, que penetra no sistema sanguíneo humano. Após o *Rickettsia* alcançar a corrente sanguínea, a pessoa passa a ter dores e febres como sintomas, entre outros. Ao mesmo tempo, ocorrem obstruções no aparelho circulatório sanguíneo, gerando lesões na pele e, posteriormente, necrose, conduzindo à perda de membros (dedos, braços e pernas).

Com alto índice de mortalidade, o tifo provocava medo nas populações, devido ao aspeto adquirido pelos doentes (Ujvari, 2003). A doença espalhava-se rapidamente por áreas

com grande presença humana e má higiene, ocorrendo com maior frequência em locais mais pobres, em contexto de guerras e nas cadeias, sendo conhecida até como a febre das prisões.

A descoberta do piolho como vetor do tifo levou alguns governos a tomarem medidas de enfrentamento nos locais atingidos, tais como: a criação de alas e estruturas específicas para tifosos em ambiente hospitalar; a desinfecção de residências; o isolamento dos doentes infectados; a lavagem ou até a destruição das roupas dos doentes. Em relação aos doentes, foram adotadas medidas compulsórias de higiene pessoal, como corte de cabelo e barba; lavagem do corpo com sabão e uso de substâncias para matar lêndeas e piolhos em postos de despiolhamento criados para o efeito.

O tratamento mais adequado para a doença era com o uso de antibióticos, descobertos, em 1928, pelo médico britânico Alexander Fleming. Existe a prevenção com vacinas, sendo estas utilizadas em situações emergenciais, em populações mais vulneráveis durante surtos endêmicos e em viajantes e estrangeiros que cruzam regiões onde a doença é mais comum.

No tocante ao tifo, foram selecionados dois trabalhos. Ambos apresentam um conhecimento aprofundado sobre a produção científica da época, configurando-se também em importantes relatos dos trabalhos promovidos pelos autores no combate à doença.

A dissertação *Higiene e Profilaxia do tifo exantemático* foi apresentada por José de Magalhães Sequeira no ano de 1918. Na introdução, o autor faz uma homenagem aos médicos portugueses que estavam na Grande Guerra, na França. Explicou que o tema do trabalho estava associado à sua atividade como subdelegado no combate à epidemia de tifo na cidade do Porto (1918 -1919).

Sequeira (1918) não se aprofundou em estudos e copilados científicos, mas citou o trabalho de Charles Nicolle, que definiu o vetor da doença. Com relação à causa do tifo, foi apontado a descoberta do agente *Rickettsia*, mas, segundo o autor, essa descoberta ainda carecia de maior verificação. Na dissertação, Sequeira pontua que havia um debate entre cientistas franceses e americanos acerca da causa doença, se era por um protozoário ou uma bactéria.

A bactéria foi identificada como causadora do tifo em 1916. Tratando-se de um conhecimento novo – menos de dois anos de descoberta –, o fato de o médico ter citado o debate em seu trabalho evidenciou que ele tinha contato com a vanguarda de produção da

ciência médica. Para o autor, as experiências de Ricketts e Wilder, apesar dos resultados imperfeitos, eram as mais adequadas.

Acerca do tratamento, Sequeira (1918) analisou os procedimentos utilizados. Aos suspeitos, aplicava-se o mesmo tratamento de higiene utilizado em outras doenças infecciosas, com o isolamento domiciliário ou hospitalização, mas passando anteriormente pelo despolhamento e limpeza das habitações dos infetados. E ainda, conforme mencionado pelo autor, alguns médicos indicavam cebola e alho, garrafadas tónicas e elixires como produtos que integravam o tratamento da doença.

Ao reproduzir ideias de terapêuticas do período, o clínico recomendou o afastamento do meio urbano: “O bom ar e a boa luz, o ar livre do campo ou vivificante da beira-mar, a escolha acertada cios aposentos de repouso, que devem satisfazer a determinadas condições higiénicas modificam inteiramente o aspeto desses indivíduos” (Sequeira, 1918, p. 68).

Sobre uma potencial vacina, citou duas experiências que não apresentaram resultados satisfatórios. Reafirmou que a profilaxia higiénica era a principal arma para evitar a disseminação do tifo, sendo preciso seguir os exemplos utilizados em contexto militar. Por fim, enfatizou que a resistência as camadas populares e os mendigos apresentavam um grande risco, por não aceitarem as medidas propostas e serem possível foco de proliferação da doença.

As camadas populares não seguiam as recomendações sanitárias necessárias. O atendimento médico preventivo era muitas vezes ignorado, o que causava uma subnotificação das autoridades e um crescimento de atendimentos emergenciais, visto que somente em caso de piora da condição os utentes procuravam auxílio. Outra conduta de resistência popular era de não seguir as regras de isolamento domiciliar e as recomendações de higiene.

A dissertação do médico Eurico de Almeida, com o título *O Tabardilho em Braga*, foi apresentada em 1920, e consiste em uma rica fonte de informações sobre a campanha de combate ao tifo na cidade de Braga. O autor descreve com detalhes casos, pacientes e sintomas, demarcando quais eram as freguesias mais atingidas. Durante o pico do surto, em abril de 1919, o hospital chegou a receber 677 epidemiados, como podemos ver em Esteves & Araújo (2021, p. 45).

No que diz respeito ao conhecimento científico, apresentou que o saber sobre os agentes causadores e os vetores de contaminação já se encontrava consolidado, não se

aprofundando, no entanto, nessas informações. Enfatizou em seu trabalho a experiência que estava vivenciando no combate ao tifo.

Em outro ponto de sua dissertação, Almeida (1920) retratou a estrutura montada para o combate da epidemia na cidade: a construção do hospital provisório, as alterações promovidas dentro do hospital da cidade; os meios de transporte, a criação de estações de despolhamento em diferentes freguesias; os meios de desinfecção das roupas e a organização da polícia sanitária e os meios de transporte. É importante ressaltar que o uso de imagens fotográficas, a apresentação de gráficos explicativos e as curvas epidemiológicas detalhadas possibilitam acompanhar, no trabalho desenvolvido pelo autor, a evolução dos casos e da doença.

Um ponto de destaque no estudo empreendido por Almeida (1920) diz respeito ao que ele denominou de paciente zero com tifo em Braga. Por meio de um rastreamento, constatou-se que esse paciente trouxe a doença da cidade do Porto.

Algumas dificuldades foram apresentadas pelo autor, a saber: o péssimo estado dos meios de transporte das equipes sanitárias; a dificuldade de relacionamento com o comissário de polícia para escolher os membros da polícia sanitária; a falta de preparação e as denúncias de abusos dos membros “que lutando não só com falta de pessoal habilitado e suficientemente inteligente para conhecer o alcance de algumas medidas, a grande maioria analfabetos e recrutados na ralé, desobedientes, brigões e relapsos” (Almeida, 1920, p. 71).

Esses acontecimentos agravaram a relação com a população, descrita como ignorante e agressiva, sendo narrados conflitos entre as forças de saúde e populares, bem como desrespeito às decisões sanitárias e desprezo pelas medidas profiláticas apontadas como úteis à população. A imprensa local também foi retratada como fator de incentivo ao conflito, divulgando mentiras e inflamando a opinião pública, a câmara e as autoridades da cidade contra a autoridade sanitária.

Além disso, a falta de recursos e as questões sociais atrapalhavam o serviço de isolamento, pois os utentes tinham que voltar à vida quotidiana para conseguirem recursos de sobrevivência, não podendo ficar internados durante o período de segurança. E mais, os médicos locais foram descritos pelo autor como resistentes às medidas, não cumprindo o regulamento sanitário e deixando de comunicar casos de infecção (Almeida, 1920).

As medidas adotadas baseavam-se na profilaxia. Por isso, a necessidade de possuir uma estrutura válida para efetuar o combate à doença nas casas contaminadas. Para a higiene

individual, além do banho e de cuidados com cabelo e barba, eram utilizados petróleo, aguarrás e azeite sobre a pele e o couro cabeludo, como forma de eliminar lêndeas. Substâncias à base de petróleo e a aguarrás eram comuns e produziam efeitos colaterais, como intoxicação e irritação na pele.

A dissertação intitulada *Tifo Exantemático*, apresentada por Júlio Fernando Simões de Macedo, em 1920, trouxe dados de atendimentos realizados no Hospital Joaquim Urbano. Nesse processo, ele apresentou detalhadamente o início do atendimento, os dados sobre os utentes, os sintomas com análises físicas, as mudanças comportamentais e os tratamentos aplicados. Com relação a estes últimos, Macedo mencionou o uso de soro fisiológico para a recomposição dos doentes. Os óleos canforados, a hipofisina, a poção de Todd, os banhos e a eletrazol visavam combater a bactéria; a adrenalina e a estrofantina eram aplicadas para a recomposição das funções cardíacas.

Macedo (1920) fez referência à influência dos trabalhos dos médicos e subdelegados sanitários Eurico de Almeida e José de Magalhães Sequeira no combate ao tifo, pontuando que o enfrentamento deveria se basear em três ações: higiene, dietética e medicação. O problema social, para o autor, agravava ainda mais o efeito da doença, visto que muitos pacientes, em função de questões econômicas, alimentavam-se somente nos hospitais.

O tifo epidêmico foi a causa de diversas epidemias mortíferas na Europa e Ásia. Nos dias atuais existem focos da doença em muitos países da Ásia, África, regiões montanhosas do México, e América do Sul e Central. Os casos persistem em áreas carentes de saneamento sanitário e com grandes aglomerações populacionais.

3.5 A FEBRE TIFOIDE

A febre tifoide é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Salmonella typhi*, identificada em 1880, podendo levar à morte. A contaminação ocorre fundamentalmente por meio da ingestão de água e alimentos, bem como pelo contato direto com um infectado, quando não se segue as regras de higiene.

A bactéria entra no organismo pelo tubo digestivo, acessando o intestino e espalhando-se pelo sistema sanguíneo (Atlas da Saúde, 2019). Quando contaminada, a pessoa sente febre e diarreia aguda, as vísceras aumentam, especialmente do fígado e do baço. Em alguns casos, há confusão mental progressiva.

Sem tratamento, cerca de 12% das pessoas infectadas de febre tifoide morrem, mas quando recebem cuidados médicos, essa percentagem cai para 1%. A maioria das pessoas que morrem desta doença na atualidade sofrem de desnutrição e são da faixa etária muito jovem e idosas.

Como forma de prevenção, é necessário tratar a água e os esgotos, eliminar o lixo adequadamente, lavar bem as mãos, os alimentos e cozinhá-los para eliminar o agente responsável. Caso alguém venha a contrair a febre tifoide, o principal medicamento é feito à base de antibióticos, reduzindo para menos de 1% o risco de morte.

A dissertação *Breves Considerações sobre a Etiologia, Pathogenia, e profilaxia da Febre tifoide*, de Luiz António de Vasconcelos Corte-Real, foi elaborada em 1877. O autor justificou seu trabalho com base no número de doentes e mortos provocado pela doença no Porto, em 1876, período em que a enfermaria do Hospital Santo António não comportava mais pessoas.

A opção por abordar a doença pela perspectiva da profilaxia ocorreu devido à ineficácia observada na aplicação de diferentes medicações. Para Corte-Real (1877), a falta de uma medicação que conduzisse à cura obrigava os médicos a se preocuparem com a higiene como medida de combate à febre tifoide.

A verdadeira missão social do medico deveria ser antes prevenir do que curar as doenças depois d'ellas surprehenderem a sua victima mas se em geral a sciencia nos dá meios mais poderosos e em maior numero para preencher o primeiro fim do que para attingir o segundo (Corte-Real, 1877, p. 96).

O autor analisou as predisposições que poderiam facilitar o surto da febre tifoide, as condições que a incentivavam e as teorias sobre a origem da doença. Como fatores de predisposição analisou a idade, o sexo, as constituições, o celibato, o casamento, o estado social, a consanguinidade e os estados mórbidos.

Para Corte-Real (1877), a faixa etária de 18 a 35 anos era a mais ameaçada pela doença, não havendo distinção de sexo, sendo que os homens eram mais atingidos devido a outros motivos. Os mais fortes apresentavam sintomas mais severos do que os mais fracos, e os celibatários eram mais atingidos do que os casados. Com relação ao grande número de membros de uma mesma família contaminados, o autor alegou não existir prova de predisposição sanguínea, mas, sim, proximidade na mesma habitação.

Sobre as questões sociais, Corte-Real (1877) afirmou que a profissão mais atingida pela doença era a dos limpadores de canos e esgotos, mas a crença de que os indivíduos das classes humildes e pobres da sociedade eram os mais afetados era um erro. Para o autor, a doença escolhia os mais fortes.

Acerca das condições que poderiam incentivar o crescimento da doença, analisou as afeições morais, a aclimação, os climas, a altitude, os ventos, as estações, a temperatura, a umidade, o solo, os terrenos, o ozônio e a eletricidade. Com relação à altitude, à temperatura, ao clima e aos ventos, afirmou não haver relação entre esses elementos e a enfermidade.

As afeições morais não eram uma causa, mas o médico salientou que as paixões enfraquecem o indivíduo. A aclimação também não estaria entre as causas, porque as pessoas que vinham do campo para as grandes cidades, como Paris e Londres, apresentavam diversos casos de febre tifoide, mas que o caminho contrário, do campo para cidade não ocorria, portanto não era a mudança (Corte-Real, 1877).

Como fator favorável à doença, Corte-Real apontou os solos úmidos. Isso porque, em razão da acumulação de água, apresentavam relação com mais casos de febre tifoide. Sobre a associação da doença com a eletricidade e o magnetismo, o autor abordou a existência de teorias que denominou de obscuras. Ademais, para ele, o ozônio tinha condições de matar o agente causador da doença.

No que se refere à origem da doença, o autor analisou três teorias, que, segundo ele, seriam as de maior credibilidade: a da origem extrínseca da febre tifoide, chamada de teoria patogênica de Murchison; a da origem contagiosa ou por transmissão, denominada de teoria de Budd; e a da geração espontânea (Corte-Real, 1877). Contudo, refutou esta última ao afirmar que, após as descobertas de Pasteur, era difícil continuar acreditando que uma doença seria transmitida apenas pelo fato de o ar estar contaminado.

De acordo com Corte-Real (1877) a análise de Murchison, o princípio gerador da doença era a decomposição de matérias animais, nomeadamente as fezes humanas. A contaminação do ar ou da água potável consistiria na causa única da febre tifoide. Como comprovação da ideia, citou o caso inglês de 1848 em Westminster, onde uma epidemia de febre tifoide ocorreu associada a um cano coletor de diferentes latrinas, onde as matérias fecais estavam acumuladas.

A comida contaminada também foi apontada como fator de causa e propagação da doença, sendo relatado um caso de pessoas que a contraíram, possuído como fator comum o

consumo do mesmo leite. A associação entre os fatores causadores da cólera e as da febre tifoide foram perceptíveis.

A teoria de contágio de Budd baseava-se na ideia de que a epidemia era transmitida de uma pessoa para outra. Para comprovar a ideia, citou a escola militar francesa no ano de 1826, em que alunos sem sintomas foram considerados não contaminados. Dispensados, retornaram às suas cidades. Após isso, segundo Corte-Real (1877), os locais apresentaram casos da doença. Uma ressalva com relação a essa teoria relacionava-se com os profissionais da área da saúde dos hospitais que combatiam a febre tifoide e que não estavam contaminados. A hipótese para isso era a de que eles já deviriam ter tido contato anteriormente com a doença, desenvolvendo, dessa forma, a imunidade.

A dissertação faz referências a trabalhos e a informações elaborados e divulgadas até um ano antes de sua apresentação, demonstrando que o autor recebia informações atualizadas em relação aos debates promovidos sobre a doença.

O trabalho intitulado *Breves considerações sobre alguns casos de Febre Tifóide*, de Francisco Gonçalves de Araújo, foi apresentado em 1912, e relatou, com detalhes, casos que foram atendidos. Nas suas análises, Araújo demonstrou dominar as causas da doença e as medidas que poderiam evitá-la.

A desigualdade social foi evidenciada pelo autor como fator importante, pois os casos eram, em sua maioria, de pessoas pobres, que chegavam ao hospital num estado avançado da doença. Os utentes eram provenientes das ilhas do Porto, onde existiam poças de água contaminadas e que serviam para o consumo (Araújo, 1912).

Sobre a medicação utilizada, citou o uso do eletragol, de loções com vinagre aromático, a criogenina, os clisteres e a estricnina. Esta última foi utilizada como remédio higiênico, estimulante cardíaco e respiratório. Porém, constatou-se, em meados do século XX, que se tratava de um veneno altamente letal.

Em 1913, o médico José Ferreira Henriques dos Reis e Castro apresentou a dissertação *Vacinação antitífica*. Ele não fez referências a casos clínicos, e sim um compilado de informações e notícias relacionado com a vacinação contra a febre tifoide. O autor evidenciou conhecimentos biológicos, explicando o processo celular causado pela vacina. Os métodos de vacinação também foram descritos, ressaltando a importância de seguir os procedimentos.

Sobre a vacina, Castro (1913) mencionou que esta possuía duração limitada, mas que deveria ser utilizada pelo benefício sanitário de diminuir a morbidade e a mortalidade

advindas da doença. Defendeu, ainda, a obrigatoriedade da vacina nos militares e pessoas que se deslocassem às colônias.

No ano de 1920, Fernando Alves de Sousa apresentou a dissertação intitulada *A refrigeração précordial nas Febres Tifóides*. O autor narrou o uso do gelo no hospital Santo António como forma de combater os efeitos da doença.

A ideia de utilizar o gelo procurava superar as dificuldades que o tratamento balneário apresentava por poder ser utilizado em qualquer local. A água era utilizada como terapêutica para combater a febre tifoide. A água fria era utilizada para diminuir os sintomas que a doença causava em relação ao coração, sendo o uso do gelo uma possibilidade de conseguir o mesmo efeito sem necessitar de grandes espaços ou de fazer deslocamentos. Essa terapia estava associada a uma dieta com água e leite acrescidos de rum (Sousa, 1920).

A dissertação de Souza finaliza com a apresentação de dados sobre os óbitos de doentes atingidos pela febre tifoide ocorridos na cidade do Porto, no período de 1893 até 1919, e atendidos no hospital Joaquim Urbano. As tabelas foram organizadas contendo o número de mortos por ano e sexo, sendo seguidas por gráficos que relacionam os óbitos com dados da população da cidade do Porto, sendo separados o número de pessoas que obtiveram a cura.

Esta instituição hospitalar foi oficialmente estabelecida em 1891 através da decisão do ministro José Dias Ferreira que ordenou a expropriação do terreno onde eram colocados barracões provisórios para atendimento de coléricos, com o objectivo de assegurar ali a construção de um "hospital permanente para colérico", face às novas ameaças epidémicas.

Em 1899, nomeado como hospital de Guelas de Pau, foi reaberto pela Santa Casa da Misericórdia para o tratamento de doenças infecto-contagiosas (sífilis e tuberculose), libertando dessa função o hospital Geral de Santo António, sendo em 1900 renomeado como hospital Senhor do Bonfim.

Por sugestão de Ricardo Jorge se estabeleceu um acordo entre governo e a misericórdia e o hospital atendeu pacientes de peste bubônica, recebendo elogios por sua estrutura. A unidade foi fechada com o abrandamento do surto da peste no fim do ano de 1900.

Em 1902 por pedido do diretor do Serviço de Moléstias Infecciosas do Porto, Joaquim Urbano, foi reaberto o hospital do Senhor do Bonfim para combater um surto de varíola e de sarampo. Com o apoio de Ricardo Jorge, que desempenhava o serviço de inspector dos

Serviços Sanitários, o Estado assumiu a manutenção do hospital e Joaquim Urbano como diretor até sua morte em 1914, que levou as autoridades renomearem o hospital em sua homenagem em 1915 (Filipe, 2009).

3.6 GRIPE ESPANHOLA

A gripe é uma doença sobre a qual há relatos em diferentes épocas, tendo em Hipócrates (460-370 a. C.) um dos relatos mais antigos, quando descreveu um surto de infecção catarral no Norte da Grécia, no ano 412 a. C. Contudo, foi Tucídides (460-395 a. C.) que narrou, em Atenas, no ano de 431 a. C., que descreveu um panorama de convulsão social na cidade causado pelos seus efeitos mortais (Sequeira, 2001).

O primeiro registro detalhado de uma epidemia de gripe se refere ao surto que teve início em 1580. Segundo Potter (2001) a doença teve início na Rússia se espalhando para Europa. Em Roma, o número de mortos alcançou 8000 pessoas e diversas cidade na Espanha sofreram de forma marcante a doença. Durante a Idade Moderna vários outros surtos ocorreram.

Em 1889-1890, ocorreu o início de uma nova pandemia de gripe, chamada de “gripe russa” ou “gripe asiática” devido ao facto de os primeiros relatos terem ocorrido na região de Bukhara, Império Russo. A doença se alastrou rapidamente pela Rússia, seguindo o caminho das populações que se deslocavam através da ferrovia transsiberiana, alcançando assim as fronteiras do Império e atingindo outros países, inclusive na América (Potter, 2001).

A doença provocava febre e pneumonia, com um número total de mortos que pode ter alcançado um milhão e meio em todo mundo, com cerca de 300 mil mortos apenas na Europa. Ocorreram casos, em menor número, entre o período de 1891 a 1895.

Ao longo da história, a gripe apresentou ora surtos maiores, ora surtos menores, tendo o maior destaque, no entanto, o de 1918. De acordo com Taschner (2020), essa pandemia ficou conhecida como gripe espanhola, não por sua origem ter sido na Espanha, mas pela grande cobertura que a doença obteve na imprensa daquele país. A gripe de 1918 foi causada pelo vírus *influenza* H1N1, tornando-se rapidamente numa pandemia, devido à circulação de tropas associadas à Grande Guerra.

Existem diversas teorias sobre sua origem, onde o paciente zero poderia ter ocorrido na China, ou na França, como explica o trabalho de Esteves e Pinto (2020). Uma outra teoria

defendida em Oxford (2000) e aprofundada pela investigação de Kolata (2002), o primeiro caso identificado ocorrera nos Estados Unidos, sendo associado a um soldado da base militar de Fort Riley, no Kansas, que, no dia 4 de março de 1918, foi acometido de uma forte gripe. Em quinze dias, mais de mil militares deram entrada no hospital militar com os mesmos sintomas. Porém, como estratégia de guerra, o governo americano optou por censurar as informações.

O envio de tropas para a Europa, a sua circulação no palco de atuação entre diferentes regiões e países, bem como o desenvolvimento de meios de transporte, aumentando as viagens civis, facilitou a propagação rápida da doença, que vitimou entre 50 e 100 milhões de pessoas nos anos de 1918 e 1920 (Sequeira, 2001).

A contaminação ocorria de pessoa para pessoa, por meio de gotículas de tosse ou espirros. Com a descoberta da facilidade de transmissão da doença, foram recomendadas a adoção de medidas de isolamento dos doentes e contrárias às aglomerações, como explica Ujvari (2003). Em virtude da guerra, dos fatores econômicos e dos negacionistas sobre o alcance da doença, algumas autoridades não adotaram as medidas preventivas. Outro fator de proliferação foram as estruturas das grandes cidades e suas moradias populares. As habitações eram pequenas, construídas de forma próxima e comportavam muitos familiares no mesmo espaço. Assim, um infectado representava um grande risco de contágio para toda a família (Ujvari, 2003).

Em Portugal, a pandemia atingiu o país em três vagas, existindo autores que citam uma possível quarta, vitimando mais de 100 mil pessoas, sendo um desafio à Direção Geral da Saúde e à Cruz Vermelha. A primeira ficou incumbida de organizar a luta nacional contra a doença, estabelecendo medidas profiláticas e organizando a assistência. Coube à segunda fazer parte do esforço das instituições responsáveis por prestar assistência e promover tratamentos (Sobral & Lima, 2018).

A doença vitimava em maior número os jovens adultos, como mostram Van der Sluijs, Van der Poll, Lutter, Juffermans e Schultz (2010). A morte atingiu em maior número este grupo em específico, o que surpreendeu as autoridades médicas, pois habitualmente as pessoas deste grupo não eram as mais afetadas por outras gripes como as crianças, subnutridos, doente e velhos (Sobral & Lima, 2018).

Existem diversas explicações para esta característica da gripe, segundo Killingray (2009) uma delas seria que os organismos jovens provocavam uma reação do sistema

imunitário de forma excessiva, prejudicando outras funções vitais e colapsando o sistema com consequência fatal.

A gripe evoluía para o comprometimento da função pulmonar, provocando pneumonia aguda, o que levava à morte. Muitos sobreviventes, tiveram as suas funções neurais afetadas, ficando com distúrbios permanentes. Além disso, a subnutrição deteriorava as condições de saúde dos doentes, sendo causa de diversas mortes. “As pessoas sangravam pelo nariz, pelos ouvidos, pelos olhos (...). Ficavam azuis com a falta de oxigênio, segundo relatos da época” (Taschner, 2020, n. p.).

O principal meio de combate à gripe espanhola foi a profilaxia, mostrando-se ser o mais eficaz. As autoridades adotaram como medidas o isolamento de doentes, algo que em relação as camadas populares, era praticamente inviável em ambiente domiciliar, por serem espaços modestos e que abrigavam toda a família. Em relação aos eventos públicos, mesmo durante a epidemia foram mantidos, mas com o aumento do número de casos, foram suspensas as feiras e festividades com o objetivo de coibir aglomerações (Esteves & Pinto, 2020).

A hospitalização era uma forma conhecida de combate das epidemias, mas o elevado número de utentes colocou o sistema de assistência em colapso (Czeresnia, 2005). As limitações de espaço e a resistência de muitos em ingressar nos hospitais, por estarem associados aos pobres e desamparados, levaram a um aumento dos internamentos domiciliares (Esteves & Pinto, 2020). Era promovido o isolamento em alguma área da residência, da desinfecção do ambiente com eucalipto e creolina, da adoção de banhos frequentes e da ingestão de líquidos. Aos familiares, era indicado o uso de máscara e a limpeza constante das mãos (Andrade & Felismino, 2018).

A alimentação também era uma preocupação. Isso porque, os preços dos produtos aumentaram, devido à escassez causada pela guerra. Associado a isto, incentivou-se o uso de alguns alimentos para fortalecer o organismo com o consumo de leite, laranjas, limões e caldos de galinha (Dias, 1919).

Durante a pandemia, surgiram, na comunidade médico-científica, hipóteses sobre o agente causador da doença. As teorias baseavam-se nos conhecimentos bacteriológico e epidemiológico consolidados, sendo o bacilo de Pfeiffer apontado como o possível responsável, se baseando no estudo do bacteriologista alemão Richard Friedrich Johann Pfeiffer, em 1892, sobre a gripe de 1890 (Silveira, 2005).

Por causar infecções pulmonares com sintomas parecidos com os da gripe, o bacilo de Pfeiffer foi apontado como possível agente da enfermidade em 1918, mas pesquisas realizadas com a gripe, em 1905, e aprofundadas, em 1918, afastavam o bacilo de ser o responsável, como explica Silveira (2005). O causador foi identificado em 1933 (Andrade & Felismino, 2018), sendo posteriormente designado como um vírus da estirpe H1N1.

A dissertação *Estudo Clínico da Gripe Epidêmica* foi apresentada por Celestino da Costa Maia no ano de 1920. Na introdução desse trabalho, o autor asseverou ter sido essa a pior pandemia da história. Em razão da falta de certeza sobre as causas da doença, Maia (1920) apontou variados sintomas em diferentes casos, configurando diferenças entre os tipos de gripe que afligiam as pessoas, chamado a gripe comum de benigna, e a pandêmica de pneumônica. Citou os debates sobre o agente causador estar relacionado ao bacilo de Pfeiffer, mas que, mediante as incertezas, era importante seguir os métodos de prevenção adotados para outras doenças, salientado que medidas de isolamento internacional, como a praticada pela Espanha, foram ineficazes para impedir o avanço da doença.

Baseado nesta ideia, Maia (1920) reafirmou as teses do médico Ricardo Jorge, diretor da Direção Geral de Saúde, que o contágio ocorria entre humanos. Por isso, o combate a doença passava pela defesa do isolamento dos doentes, a hospitalização obrigatória, a retirada do convalescente do convívio público, o evitamento de acumulações e a rigorosa higiene individual (uso de máscaras).

O desespero das pessoas e a falta de informações contribuíram para a venda de medicamentos e terapêuticas sem efeito ou que não tinham sido comprovados cientificamente (Marasciulo, 2020). O autor da dissertação afirmou ter utilizado as substâncias quinina, arsénio, salvarsan e alho. A quinina é uma substância retirada da casca de uma planta sul-americana e foi usada para combater doenças bacteriológicas, assim como o salvarsan, considerado o medicamento ideal contra a sífilis, amplamente utilizado até a descoberta da penicilina, em 1928.

Esses medicamentos não possuíam efeito contra o vírus da gripe, mas auxiliavam no combate às infecções bacterianas oportunistas que atingiam o corpo debilitado. O alho e seu efeito medicinal encaixavam-se na crença da alopatia natural, sendo que seu odor conseguiria diminuir os efeitos da doença.

O uso do arsénio adequou-se às tentativas médicas de se encontrar um remédio aos males, sendo experimentado para diversos fins e, mesmo sem nenhuma eficácia comprovada,

passava a compor o universo dos medicamentos. No século XIX, muitas pessoas usavam essa substância diluída como um tônico fortificante.

O arsénio, desde a Idade Média, era conhecido como um veneno, sendo uma substância tóxica ao organismo humano. Percebe-se que, no processo de experimentação para descobrir novos remédios, na passagem do século XIX para o XX, esse elemento foi utilizado sem demonstração científica em doenças que atingiam a pele e o estômago. Foi usado até mesmo contra a sífilis, ficando comprovado, em 1922, seu efeito nocivo ao organismo (Gontijo & Bittencourt, 2005).

Em relação a uma vacina, o autor demonstrou esperança de que em pouco tempo se produziria uma com resultado de cura eficaz, visto que em testes realizados em militares, no ano de 1918, o resultado foi positivo. A primeira vacina contra a gripe foi aprovada em 1940, e amplamente aplicada após a década de 1980, alcançando o resultado satisfatório de reduzir casos de internação hospitalar por pneumonia (Gontijo & Bittencourt, 2005).

No ano de 1920, César Augusto Fernandes Torres apresentou a dissertação com o título *Considerações sobre a gripe*. O autor participou do esforço de combate à gripe, mas foi acometido de tifo exantemático, o que dificultou a elaboração de seu trabalho acadêmico.

Ao citar diferentes hipóteses acerca da origem da gripe espanhola e sua relação com os micróbios conhecidos, Torres negou essa associação, afirmando que aquela gripe se tratava de uma doença diferente de todas, inclusive da gripe russa, ocorrida nos anos de 1889 e 1890. Assumindo a inexistência de um tratamento válido via medicação para combater a enfermidade, ele afirmou ser possível apenas tratar os sintomas, usando como materiais um termômetro, um estojo de ventosos e uma seringa (Torres, 1920).

Sobre a região de Sabrosa, que citou ser seu concelho, Torres (1920) afirmou que a segunda vaga da gripe havia chegado vindo da região do Douro e se espalhado mediante o costume tradicional de se visitar os doentes e ficar durante horas conversando; ao voltar para casa levavam a doença consigo, contaminando outras regiões.

Observa-se que ambos os trabalhos possuíam acesso a informações mais recentes sobre a doença. Foram apontados estudos com as hipóteses de origem e combate à enfermidade, mas a ausência de uma certeza científica dois anos após o início gripe espanhola e a proximidade com os casos fizeram com que os autores continuassem defendendo as medidas profiláticas, com base em experiências de combate a pandemias anteriores, como a única maneira de impedir o avanço dessa gripe.

As medidas sanitárias envolvendo quarentena e isolamento se mostraram ineficazes contra a pandemia causada pelo vírus *Influenza*. Junto a isto, o conhecimento de microbiologia e bacteriologia em ascensão naquele momento também foram inúteis para controlar a propagação da enfermidade e fornecer informações explicativas científicas para auxiliar a população a escapar da gripe.

A ciência médica havia avançado muito desde o século XIX e apresentava a confiança do triunfo do saber frente as doenças, mas a gripe abalou essa certeza. Essa mudança mobilizou a classe médica, que percebeu que eram necessárias novas teorias científicas, mas que as antigas concepções de conhecimento bacteriológico eram saberes válidos.

O grande aprendizado para os clínicos e cientistas com a gripe espanhola passou por compreender que as evidências obtidas por investigação laboratorial são parte importante do trabalho de construção do saber científico, mas que estes não são determinados apenas por ela. Era preciso romper com a busca de modelos explicativos prontos, bem como diminuir a resistência frente novas ideias e a influência de discursos de autoridade.

O enfrentamento da gripe demonstrou ser preciso um maior refinamento do saber e que o desenvolvimento deste passaria por ampliar debates, fóruns e trocas de conhecimento sendo preciso compreender que o saber é a base para o enfrentamento dos novos desafios e não uma resposta pronta.

A causa da gripe associada a um vírus *Influenza* somente ocorreu nos anos 30 do século XX através do virologista do Rockefeller Institute, o norte americano Richard Shope. Os resultados auxiliaram o trabalho de isolamento do vírus feito no Reino Unido pelo grupo liderado pelo médico Patrick Laidlaw e este processo viabilizou a produção da primeira vacina contra gripe nos anos 40.

No período do Oitocentos e no início do século XX, os médicos e a medicina passaram por um processo de transição; consequência dos novos conhecimentos que modernizaram o saber e a prática clínica, das ameaças epidêmicas, da conjuntura internacional e, no caso de Portugal, somado a isso, do contexto político.

Para tanto, foi necessário realizar uma investigação sobre as principais epidemias que atingiram Portugal, bem como sobre outros males que afligiram a sociedade entre 1850 e 1920. Identificadas as doenças, procedeu-se a um levantamento dos conhecimentos desenvolvidos e descobertos sobre a enfermidade, estabelecendo paralelos entre o saber científico dos dias atuais e o contido nos trabalhos dos facultativos portugueses no período contemplado pela investigação.

O trabalho, para além da pesquisa e o levantamento dos dados históricos sobre as doenças, consistiu também na análise dos discursos dos médicos. Assim, promoveu-se uma análise tanto quantitativa quanto qualitativa acerca dos discursos contidos nas dissertações, tendo sido essa a abordagem principal desta investigação.

A análise quantitativa permitiu formar uma base de dados e separar os temas dos trabalhos em dois grupos de abordagens, os das doenças e os de medicina social. Ao identificar o assunto de cada dissertação, foi possível compreender quais áreas eram alvo de interesse dos médicos. Percebeu-se, com isso, que os acontecimentos da época tiveram influência na produção acadêmica dos clínicos.

Concluída essa etapa, verificou-se que a maior parte dos médicos que elaborou seus trabalhos relacionados com temas biomédicos ou sobre doenças sofreu influência de eventos contemporâneos: uma epidemia, uma descoberta científica, a criação de instituições sanitárias e conferências médicas nacionais e internacionais.

Sobre os temas relacionados com a medicina social, constatou-se que alguns foram escolhidos sob a influência do momento, estando associados a acontecimentos do período. Devido a isso, uma variedade de temas sociais foi abordada. Como exemplos do cruzamento entre alguns temas de medicina social e o momento em que determinada dissertação foi elaborada, podem ser citados trabalhos que abordaram a prática médica feminina e temáticas relacionadas com a mulher. O aumento do número de dissertações sobre essa temática

ocorreu no mesmo momento em que as duas primeiras médicas se formavam na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, as irmãs Aurélia de Moraes Sarmiento e Laurinda de Moraes Sarmiento, coincidindo com o momento da primeira vaga do movimento feminista.

Com as dissertações separadas e catalogadas, iniciou-se a segunda etapa da investigação, com a análise qualitativa sobre o conteúdo dos trabalhos. Foram enfatizados os textos com informações relativas às doenças, e menos aqueles com informações sobre medicina social. Como explicou Garnel (2006), os trabalhos que seguiam a área social médica possuíam divagações e reproduções vulgarizadas, consistindo, assim, em fontes menos explícitas de informações científicas.

Os trabalhos sobre doenças apresentados entre as décadas de 1860 e 1880 possuíam o maior distanciamento entre o conhecimento científico consolidado e o relatado nas dissertações. Após 1890, essa distância diminuiu sensivelmente, chegando aos trabalhos sobre gripe espanhola, em 1920, em que os dados apresentados foram recolhidos com menos de um ano entre o acontecimento e a produção acadêmica sobre o ocorrido.

A explicação para isso pode ser encontrada no processo de modernização das instituições de formação e de assistência ocorrido em Portugal. O crescimento das ideias sanitárias e de higiene, como forma de garantir a saúde da população, ganharam força em meados do século XIX na Europa e na América, indo ao encontro das decisões políticas, que, no mesmo período, visavam modernizar as estruturas de saúde do país.

A instabilidade política que se vivia em Portugal promoveu avanços e retrocessos nas instituições de assistência, em seus estatutos e em sua organização. O mesmo não ocorreu nos locais de formação médica. Embora sob influência política, a Escola Médico-Cirúrgica do Porto procurava amparo na vanguarda científica, mesmo sofrendo com a falta de recursos e carecendo de modernização em laboratórios, como referido por Jorge (1885).

A maturidade sanitária atingiu primeiro os médicos dentro dos centros acadêmicos, sendo estes os responsáveis por promover as mudanças nas estruturas, expandindo os conceitos por todo o país. Um dos maiores expoentes desse processo foi o médico Ricardo Jorge, ex-aluno da instituição. Este médico assumiu uma cadeira como professor e consolidou-se como um dos grandes reformistas da saúde em Portugal como podemos ver em Alves (2019). No decorrer de seu trabalho, conseguiu diagnosticar a peste bubônica, enfrentá-la e reorganizar a rede de assistência mediante a criação da Direção Geral de Saúde, no fim da década de 1890. Atuando como diretor da Direção Geral de Saúde (doravante DGS), foi

responsável pelo combater a gripe espanhola a partir de 1918 como podemos ver em Nunes (2020).

Sobre a discrepância de conhecimentos entre os acadêmicos podem ser mencionados os debates sobre a cólera. O conhecimento sanitário e higiênico de combate ao vibrião colérico deu um salto qualitativo em meados do século XIX com a investigação do médico inglês, John Snow. Todavia, em algumas dissertações analisadas, principalmente da década de 1880, a teoria miasmática ainda era utilizada para justificar a causa da doença, não sendo esta a única.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à falta de compreensão sobre a relação entre a água e a cólera. Alguns médicos, mesmo após as descobertas de John Snow, pareciam não compreender que a água não era a causadora da doença, e sim que a água contaminada era um vetor da sua propagação e de novas contaminações. À época, os meios utilizados para a análise da qualidade da água valiam-se da visão e do olfato. Como afirmar que uma água translúcida e sem mal cheiro era perigosa? A questão de relacionar a água a uma doença apresentou-se como uma grande ruptura científica e cultural, pois o elemento era associado à vida, à pureza, e utilizado para o tratamento de diversas doenças.

Essa resistência pode ser justificada pela dificuldade de compreender o novo mundo das ameaças invisíveis dos micróbios. A microbiologia teve início em 1674 quando Antony Van Leeuwenhoek criou o primeiro microscópio e passou a analisar amostras de solo, rio, saliva, sêmen e fezes, onde observou seres que nomeou como “animálculos”. No mesmo ano ele enviou cartas para a Sociedade Real Inglesa descrevendo o que estava observando e despertou o interesse da comunidade científica.

Estas descobertas ampliaram os debates sobre a origem da vida que possuía duas grandes teorias. A abiogénese que era a hipótese de que a vida poderia ter início de matéria não viva e a da biogénese onde todos os seres vivos são originados de outros seres vivos. As novas experiências consagraram a biogénese e impactaram na descoberta das origens das doenças, fortalecendo a ligação entre a causa das enfermidades aos micróbios e não aos miasmas.

A explicação da teoria miasmática como causadora de enfermidades era antiga e facilmente visualizada pela putrefação e pelo mal cheiro. A insistência na crença não era absurda, mas algo tradicional. Todavia, a teoria foi refutada cientificamente em 1887, a partir das pesquisas de Pasteur.

Desse modo, as dissertações apresentadas após 1890 evidenciaram atualização com as descobertas científicas, diferentemente das dissertações dos anos anteriores. A presença de detalhes sobre bacteriologia, microbiologia e epidemiologia, com base em investigações realizadas por Pasteur e Koch, apareceram nas monografias poucos anos depois desses cientistas divulgarem seus trabalhos. Observa-se que muitos dessas obras passaram a contar com gráficos, relatórios oficiais e estatísticos, demonstrando um amadurecimento na produção científica.

É importante ressaltar que, nessas dissertações, era comum encontrar reclamações dos autores sobre o fato de terem que apresentar uma composição teórica para a conclusão de curso. A obrigatoriedade dessa etapa foi estabelecida pelo Estatuto de 1840. Mesmo em dissertações de 1920, é possível encontrar ressalvas dos autores sobre o fato. No entanto, essa resistência não significou um problema, uma vez que os trabalhos, no decorrer das décadas, passaram a ser desenvolvidos com mais rigor científico.

O discurso médico português com relação à epidemia reunia experiências, progredindo entre as diferentes vagas das doenças, relevando a evolução dessa classe profissional. A importância e a afirmação desses profissionais fortaleciam os facultativos, que passaram a assumir uma posição de destaque na transição de políticas e mentalidades em torno das questões de saúde.

Conclui-se, assim, que o acesso ao conhecimento médico científico em Portugal foi ampliado a partir de meados do século XIX e início do XX. O país não se transformou em um grande centro produtor de descobertas, mas se manteve atualizado, modernizando as instituições de formação, estreitando o contato com os debates mais contemporâneos e promovendo interações por meio de conferências.

Como apresentado no decorrer desta dissertação, para além do crescimento do saber científico, a mudança mais perceptível no pensamento clínico foi a defesa da adoção de medidas relacionadas com a higiene. A maturação científica médica portuguesa produziu discursos que valorizavam e defendiam a higiene como fator necessário para garantir o futuro e a saúde da população. Essa preocupação com questões sanitárias passou a compor a agenda de Estado no fim do Oitocentos, enquadrado no que ocorria em toda Europa.

O processo de ampliação da importância acerca das questões higiênica e sanitária foi acelerado pelas diversas epidemias ocorridas no século XIX e início do século XX. No entanto, esse processo também atendeu aos interesses de disputa pelo poder, sendo uma

Conclusão

oportunidade para a ampliação da intervenção do governo na sociedade e um avanço para as elites médicas integrarem-se às esferas de comando.

O avanço associado à higiene ocorreu de forma gradativa. Mesmo esse avanço estando atrelado a interesses médico e/ou políticos, conseguiu se materializar, de modo a consolidar uma mentalidade profilática. Pensar a saúde dessa maneira permitiu mitigar o efeito de doenças, melhorar as condições de saúde da população e eliminar epidemias. Algumas retornaram apenas como surtos. Ao longo do século XX, as epidemias relacionadas com as más condições de saneamento foram-se tornando menos recorrentes e algumas desapareceram em Portugal, como, por exemplo, o tifo, a partir dos anos 50 do século XX.

Em relação aos tratamentos, os clínicos portugueses utilizavam as mesmas medicações utilizadas em outros países e experimentavam substâncias e tratamentos alternativos, algo comum na prática médica no período. Sobre a vacina, passaram a adotar uma defesa de forma explícita como a grande forma de produzir uma saúde coletiva. Alguns questionavam as técnicas e as práticas utilizadas, mas apresentavam, na sua maior parte, a crença de que seria o meio para atingir a cura dos mais diferentes males.

Diante do que foi apresentado, pode-se afirmar que as dissertações médicas da Escola Médico-cirúrgica do Porto consistem em importantes fontes de informações. Espera-se, com esta dissertação, contribuir para a compreensão de um momento de transição política, científica e sanitária em Portugal. O cruzamento com outros trabalhos sobre as profissões ligadas à saúde, a ascensão do poder médico, a cobertura da imprensa sobre as doenças e as instituições de assistência possibilitam a ampliação do conhecimento em torno do processo sanitário do país.

Dessa forma, as portas estão abertas para que novos investigadores, inclusive de outras áreas de conhecimento, analisem essas mesmas fontes, expandindo os conteúdos vinculados à História da Medicina e da Ciência. Novos trabalhos, com abordagens específicas sobre doenças e regiões, podem contribuir para uma interpretação mais particular, com um olhar “cirúrgico” e adequado aos médicos/autores dos documentos analisados.

FONTES E BIBLIOGRAFIAS

FONTES IMPRESSAS

- Araújo, F. G. (1912). *Breves considerações sobre alguns casos de febre tifoide: estudo da Enfermaria de Clínica Medica*. Porto.
- Araújo, J. J. B., Jr. (1879). *As Mulheres Médicas*. Porto: Imprensa Popular A. G. Vieira Paiva.
- Barros, F. N. (1890). *A inutilidade dos cordões sanitários*. Porto.
- Cardoso, A. A. P. (1892). *Alcoolismo*. Porto: Imprensa Portuguesa.
- Castro, J. F. H. R. (1913). *Vacinação antitífica*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos.
- Castro, J. M. M. M. (1910). *A vacina animal como meio prophylactico e therapéutico*. Porto: Imprensa Portuguesa.
- Corte-Real, L. A. V. (1877). *Breves considerações sobre a Etiologia, Pathogenia, e profilaxia da Febre Typhoide*. Porto: Imprensa Commercial.
- Dias, D. J. (1919). *A pandemia gripal de 1918* (Tese de doutorado). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, Portugal.
- Fernandes, A. (1912). *Estancia hidro-mineral das Taipas*. Porto: Imprensa Nacional.
- Ferreira, A. M. (1870). *Um Capítulo de Hygiene Alimentar Alimentação como Meio Therapeutico*. Porto: Imprensa Nacional.
- Figueirinhas, J. S. F., Jr. (1902). *A propósito da educação physica da creança: dos 6 aos 12 anos*. Porto: Typographia Universal.
- Fontes, A. (1908). *Contribuição para a Hygiene do Porto: analyse sanitaria*. Porto: Gráfica Porto.
- Fortes, C. M. R. (1910). *Peste bubónica: etiologia e prophylaxia segundo as modernas aquisições: a Campanha dos Açores - trabalhos do Porto*. Porto: Imprensa Portuguesa.
- Gouveia, J. M. M. (1915). *O homem e os animais domésticos nas suas relações patológicas*. Porto: Imprensa Nacional.
- Jorge, R. (1885). *Hygiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*. Porto: Livraria Civilização.
- Legislação Portuguesa. (1902). Coleção Oficial de Legislação Portuguesa. *Diário do Governo*, n.º 292, de 26 de dezembro de 1901. Imprensa Nacional.

Fontes e Bibliografias

- Leitão, A. N. (1875). *A bacia hydrographica de Aveiro e a salubridade publica*. Porto: Imprensa Portugueza.
- Lemos, A. G. F. (1914). *Contribuição para o estudo da higiene do Porto: ilhas*. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos.
- Lima, M. C. S. (1870). *Algumas considerações sobre os efeitos da vacina*. Porto: Typ. de Manoel José Pereira.
- Macedo, J. F. S. (1920). *Tifo exantemático*. Braga: Imprensa Henriquina.
- Maia, C. C. (1920). *Estudo Clínica da Gripe Epidémica*. Porto: Enciclopedia Portuguesa.
- Monteiro, A. M. F. (1898). *Breve estudo sobre a vacina anti-variolica*. Porto: Imprensa Portugueza.
- Morais, A. L. (1906). *Colónias de férias: estudo de Hygiene social*. Porto: Imprensa Nacional.
- Oliveira, M. M. G. (1861). *Breves considerações sobre a Anatomia-pathologica do colera-morbus-epidemico, e, em particular, dos phenomenos de contracção muscular, observados post mortem em individuos atacados por esta moléstia*. Porto.
- Pinto, A. (1880). *Breves considerações a propósito do saneamento das cidades*. Porto: Imprensa Commercial.
- Queiróz, A. (1911). *A Cólera*. Porto: Imprensa Nacional.
- Silva, M. M. (1870). *Breves considerações sobre a podridão do hospital ou typho traumático*. Porto: Typographia Alliança.
- Silva, S. J. (1890). *Propagação, prophylaxia e tratamento do cholera-morbus*. Porto: Typ. de Arthur José de Sousa & Irmão.
- Soares, J. M. (1904). *A hygiene de Aveiro*. Porto: Imprensa Civilização.
- Sousa, A. J. A. (1915). *A higiene na industria textil: contribuição para o estudo da higiene industrial do Porto*. Porto: Typographia a vapor da Empreza Guedes.
- Sousa, F. A. (1920). *A refrigeração précordial nas febres tifoides*. Porto: Tipografia da Empresa Guedes.
- Teixeira, J. M. R., Jr. (1911). *A cholera: impressões da epidemia da Madeira de 1910-911*. Noções d'epidemiologia. Porto.
- Torres, C. A. F. (1920). *Considerações sobre a gripe*. Porto: Enciclopedia Portuguesa.
- Vasconcelos, A. C. L. C. (1890). *O bacillo da diphteria, sua prophylaxia e tratamento*. Porto: Typ. de Arthur José de Sousa & Irmão.
- Vieira, A. J. (1915). *Termas dos Cucos*. Porto: Imprensa Nacional.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, L. (2005). *Igreja, caridade e assistência na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*. Lisboa: Edições Colibri/Évora.
- Abreu, L. (2010). *Arte médica e imagem do corpo: de Hipócrates ao final do século XVIII*. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal.
- Abreu, L. (2014). *Memórias da Alma e do Corpo: A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Lisboa: Gradiva.
- Abreu, L. (2018, dezembro). A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX. *Ler História*, 73, 93-120.
- Almeida, E. (1920). *O Tabardilho em Braga*. Porto: Imprensa Portuguesa.
- Almeida, M. A. (2011a). *Ricardo Jorge*. Lisboa: CIUHCT.
- Almeida, M. A. (2011b). *Bernardino António Gomes*. Lisboa: CIUHCT.
- Almeida, M. A. P. (2011c, dezembro). A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, 18(4), 1057-1071.
- Almeida, M. A. P. (2012, janeiro). O Porto e as epidemias: saúde e higiene na imprensa diária em períodos de crise sanitária, 1854-56, 1899, 1918. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 12(12), 371-391.
- Almeida, M. A. P. (2013). *Saúde pública e higiene na imprensa diária em anos de epidemias, 1854-1918*. Lisboa: Colibri.
- Almeida, M. A. P. (2014, abril). As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde*, 21(2), 687-708.
- Almeida, P. T., Fernandes, P. J., & Santos, M. C. (2006). *Os deputados da 1ª República Portuguesa: inquérito prosopográfico*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Altman, M. (2012, maio). *Hoje na História: 1720 - Nova peste negra dizima população de Marselha*.
- Altman, M. (2014, junho). *1894: Alexandre Yersin descobre o bacilo da peste bubônica*.
- Alves, J. F. (2002). A Indústria Têxtil do Vale do Ave. In J. A. Mendes, & I. Fernandes. *Património e Indústria no Vale do Ave* (pp. 372-389). Vila Nova de Famalicão: Adrave.
- Alves, J. F. (2019, dezembro). Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal: um “apostolado sanitário”. *Arquivos de Medicina*, 22(2/3), 85-90.

- Alves, J. F., & Carneiro, M. (2014, outubro). Saúde pública e política do Código Sanitário ao Regulamento Geral de 1901. *CEM - Cultura Espaço e Memória*, 5, 27-43.
- Alves, L. A. M., & Pereira, F. D. M. S. (2019). Higiene e municipalismo no Porto (1900-1926). *Revista Galego-Portuguesa*, 23, 113-132.
- Amaral, A. A. C., & Felgueiras, M. L. (2013). As elites nos primórdios do ensino da Medicina no Porto. *Revista Científica EXEDRA - Temas e Reflexões de História da Educação: perspectivas portuguesas e brasileiras*, 8-18.
- Amaral, F. A. M. (1912). *O emprego do iodo nascente em terapeutica cirurgica: método de Louge*. Porto: Typographia Industrial Portuguesa.
- Andrade, H. R., & Felismino, D. (2018). A pandemia de gripe de 1918-1919: um desafio à ciência médica no princípio do século XX. *Ler História*, 73, 67-92.
- Araújo, A. B. N. (2013). *As doenças infecciosas e a História dos Antibióticos* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.
- Araújo, A. P. A. D. (2016). *Saúde, doença e assistência às populações rurais em Portugal no século XVIII. O quadro minhoto: realidades e representações* (Tese de doutorado). Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Portugal.
- Araújo, M. L. (2017, dezembro). O dever da caridade: as Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. *Santa Casa da Misericórdia de Cabeceiras de Basto*, 1, 23-32.
- As Constituintes de 1911 e os seus deputados*. (1911). Lisboa: Liv. Ferreira.
- Barbosa, M. H. V. (2001). Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX. *Caderno Neps - Núcleo de Estudos de População e Sociedade*, 5-76.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreiros, B. (2014). As complexas teias da medicina popular: projecto político e resistências populares em Portugal no século XIX. *CEM - Cultura, Espaço e Memória*, 5, 77-88.
- Belo, A. (2004). As gazetas e os livros: a Gazeta de Lisboa e a vulgarização do impresso (1715-1760). *Análise Social*, 39(171), 431-434.
- Benchimol, J. L., & Sá, M. R. (2005). *Adolpho Lutz: Febre amarela, malária e protozoologia. Yellow fever, malaria and protozoology*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bernardo, L. M. (2013). *Cultura Científica em Portugal: uma perspectiva histórica*. Porto: Universidade do Porto.
- Bernardo, L. M. (2021). *Sobre as causas do atraso científico em Portugal – Uma digressão histórica*. Porto: UMinho Editora.
- Bloch, M. (2001). *Apologia da História ou O Ofício de Historiador*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Bowes, C. (2020). *O médico que descobriu como a cólera se espalha (e impediu a doença de causar mais mortes)*.
- Burguete, M. C., Martins, D. R., & Fiolhais, C. (2013). *Evolução dos estudos médicos em Coimbra no século XIX: contribuição das ciências*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carneiro, M. N. F. (2008). *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto.
- Carvalho, J. M. (1987). *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Castro, P., Lima, M. L., Sobral, J. M., & Sousa, P. S. (2009). Gripe pneumónica em Portugal: tensões, controvérsias e incertezas de uma época de transições. In J. M. Sobral, M. L. Lima, P. Castro, & P. S. Sousa (Orgs.). *A Pandemia esquecida: olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919* (pp. 179-195). Lisboa: ICS.
- Catroga, F. A. (1977). *Os inícios do Positivismo em Portugal: o seu significado político-social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Catroga, F. A. (2007). Os modelos de universidade na Europa do século XIX. *Trajetos Revista de História UFC*, 5(9/10), 9-41.
- Cerqueira, M. (2020). *Um bracarense "apressou" a República*. Correio do Minho.
- Consolim, V. H. (2017). *Segunda onda feminista: desigualdade, discriminação e política das mulheres*.
- Costa, J. M., & Pompeo, G. S. (2021). *Da primeira cirurgiã a primeira médica brasileira: a saga das mulheres na história da medicina*.
- Costa, R. M. P., & Vieira, I. C. (2011). *As teses inaugurais da Escola Médico-cirúrgica do Porto (1827-1910): uma fonte histórica para a reconstrução do saber médico*.
- Crosby, A. W. (2011). *Imperialismo ecológico: a expansão biológica*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Cunningham, A. e Williams, P. (1992) - *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Czeresnia, D. (2005, outubro). Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1612-1619.
- Direção Regional do Arquivo e Biblioteca da Madeira. (2016). *Epidemias da Madeira: Cólera 1910-1911*.
- Dubos, R. (1950). A teoria dos germes da doença. *Imunontologia*, 233-267.
- Eminent Persons: Biographies Reprinted from the Times* (1893). Londres: Macmillan and CO.

- Esteves, A. (2012). “Entre médicos e charlatães: os prestadores de cuidados de saúde no Alto Minho de Oitocentos”. In *Anais do IV Encontro Internacional de História Colonial*, v. 15, Belém, Editora Açai, 2014, pp. 1-14.
- Esteves, A. (2012). La Enfermedad como elemento de discriminación social en el norte de Portugal, A Finales del Siglo XIX y Principios del XX. *Estudios Humanísticos. História*, 11, pp. 289-308.
- Esteves, A. (2014). “A pandemia silenciada: o impacto da pneumónica em alguns concelhos do Alto Minho” in *CEM. Cultura, Espaço e Memória*, 5, Porto, CITCEM, 165-181.
- Esteves, A. P., & Pinto, S. D. (2020). A gripe espanhola em Portugal: a construção da memória. O trabalho médico e a assistência hospitalar. *Mundos do Trabalho*, 12, 1-15.
- Esteves, A. P., & Pinto, S. D. (2021). Quando a morte espreita: as epidemias no Minho entre o século XIX e as primeiras duas décadas do século XX. *Revista M.*, 6(11), 128-150.
- Feliciano, J. (2002). A vacinação e a sua história. *Cadernos da Direção Geral da Saúde*, nº 2, 3-7.
- Fernandes, P. S. C. (2015). *O hospital da misericórdia de Penafiel (1600-1850)* (Tese de doutorado). Universidade do Minho, Instituto de Ciência Social, Portugal.
- Fiolhais, C. (2007, agosto). *Miguel Bombarda: médico, filósofo e político*.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2006). *É preciso defender a sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Carnaxide: Livros do Brasil.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Garnel, M. R. L. (2003). O poder intelectual dos médicos (finais do século XIX - inícios do século XX). *Revista de História das Ideias*, 24, 213-253.
- Garnel, M. R. L. (2013b). Os médicos, a saúde pública e o Estado improvidente (1890-1926). *Revista Estudos do Século XX*, 13, 283-308.
- Garnel, M. R. L. (2015). Prevenir, cuidar e tratar: o Ministério e a saúde dos povos (1834-1957). In P. T. Almeida, & P. S. Sousa. *Do Reino à Administração Interna, História de um Ministério (1736-2012)*. (p. 574). Lisboa: INCM e Ministério da Administração Interna.
- Garnel, R. (2006). A consolidação do poder médico: a medicina social nas teses. In A. L. Pereira, & J. R. Pita. *Miguel Bombarda (1851-1910) e as singularidades de uma época* (pp. 77-88). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Garnel, R. (2013a). Da Escola Régia de Cirurgia à Faculdade de Medicina de Lisboa. In S. C. Matos, & J. R. Ó, *A Universidade de Lisboa, séculos XIX-XX* (Vol. II, pp. 538-650). Lisboa.

- Garrett, L. (1994). *A próxima Peste*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Gontijo, B., & Bittencourt, F. (2005, fevereiro). Arsênio: uma revisão histórica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(1), 91-95.
- Graça, L. (1999). *Vale mais um ano de Tarimba que dez de Coimbra*.
- Graça, L. (2015). História e memória da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 125-127.
- Killingray, D. (2009). A pandemia de gripe de 1918-19: causas, evolução e consequências? Em J. M. Sobral, *A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19)* (pp. 41-61). Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.
- Kolata, G. (2002). *Gripe: a história da pandemia de 1918*. Rio de Janeiro: Campus.
- Lemos, M. (2014). *História do Ensino médico no Porto*. Porto.
- Levi, G. (2014). O trabalho do historiador: pesquisar, resumir, comunicar. *Revista Tempo*, 20(36), 1-20.
- Lopes, M. A. (2013). Os socorros públicos em Portugal, primeiras manifestações de um Estado-Providência (séculos XVI-XIX). *Revista Estudos do Século XX*, 13, 259-280.
- Magenta, M. (2020, julho). *As lições da vacina que chegou de 'braço em braço' ao Brasil em 1804*.
- Matos, F. L., & Rodrigues, R. M. V. V. (2009, janeiro). As Ilhas do Porto: Lugares de Resistência. *OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia*, 1(1), 33-57.
- Matos, S. C. (2005). Nação. *Ler História*, nº 55, 111-124.
- Morais, J. A. D. (2011, outubro). Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. I – Peste bubónica. *História da Medicina*, 18(4), 259-266.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1997). *Criação de conhecimento na empresa*. Rio de Janeiro: Campos.
- Nunes, M. F. (2013, setembro). Doze ideias sobre temas e estratégias de Medicina e Saúde Pública. A Medicina Contemporânea e o Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. *Revista CEHFC*, 3, 325-340.
- Nunes, M. F. (2020, março). *Revisitar o tempo da Pneumónica. Inquietações de historiadora*.
- Ornellas, C. P. (1998). Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(2), 253-262.
- Oxford, J. S. (2000, março). Influenza A pandemics of the 20th century with special reference to 1918; virology, pathology and epidemiology. *Rev. Medical Virology*, 10(2), 119-133.

- Pereira, A. L., & Pita, J. R. (1993). Liturgia higienista no século XIX: pistas para um estudo. *Revista de História das Ideias*, 15, 437-559.
- Pimenta, P. A. L. (2017). *A vacinação em Portugal e a sua recepção na opinião pública, um estudo em comparação com a argumentação actual* (Tese de doutorado). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal.
- Pinheiro, M. (1996). *Passos Manuel: o patriota e o seu tempo*. Porto: Afrontamento/Câmara Municipal de Matosinhos.
- Pires, A. P. (2017). As letras de uma revolução: a implantação da república em Portugal a 5 de outubro de 1910. *Estudos Históricos*, 30(61), 331-354.
- Pita, A. F. S. (2017). *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermeiras auxiliares* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Pitta, A. (1991). *O Hospital - dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Plotkin, S. L., & Plotkin, S. A. (1994). Uma curta história de vacinação. In M. E. Plotkin, & S. Vaccines. *Philadelphia: WB Saunders*.
- Polanyi, M. (1983). *The Tacit Dimension*. Gloucester: Peter Smith.
- Pontes, D. (2011, novembro). Notícia do medo - As primeiras comunicações da peste de 1899 no Porto. *XXXI Encontro da Associação Portuguesa de História Económica e Social*, Porto, 1-15.
- Pontes, D. (2012). *O cerco da peste no Porto: cidade, imprensa e saúde pública na crise sanitária de 1899* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Letras, Portugal.
- Portugal, F. S. (2018). *A institucionalização da vacina antivariólica no império luso-brasileiro nas primeiras décadas do século XIX* (Dissertação de mestrado). Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.
- Potter, C. W. (2001, outubro). A History of Influenza. *Journal of Applied Microbiology*, 91(4), 572-579.
- Quintela, M. M. (2004, setembro). Cura Termal: entre as práticas “populares” e os saberes “científicos”. *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra, Portugal.
- Rodrigues, M. L. (2017). *Políticas Públicas de Ensino Superior em Portugal (1911-2011)*. Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE. Lisboa: Eudeba.
- Rosemberg, C. E. (1987). *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rosen, G. (1980) *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro, Graal.

- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec.
- Rousseau, J. J. (1995). *Emílio ou, Dá Educação* (S. Milliet, Trad.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Rückert, F. Q. (2017). O abastecimento de água na perspectiva da historiografia europeia e hispano-americana. *Revista História: Debates e Tendências*, 17(1), 157-179.
- Sá, I. G., & Lopes, M. A. (2008). *História breve das misericórdias portuguesas: 1498-2000*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Salgueiro, Â. S. G. (2015). *Ciência e Universidade na I República* (Tese de doutorado). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal.
- Santos, C. A. (2019b). Cenário epidemiológico da difteria na atualidade (Especialização). Instituto Adolfo Lutz, Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, Brasil.
- Santos, J. L., Schmidt, P., Gomes, J. M. M., Fernandes, L. A., & Pinheiro, P. R. (2008). *Capital Intelectual: o principal recurso do novo milênio*.
- Santos, L. A. C. (1994). Um Século de Cólera: Itinerário do Medo. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), 79-110.
- Santos, M. L. L. (1979). Sobre os intelectuais portugueses no século XIX (do Vintismo à Regeneração). *Análise Social*, XV(57), 69-115.
- Santos, N. (2019a). As Irmãs Morais Sarmiento: quatro mulheres na Academia do Porto. In *Omni Tempore: atas dos Encontros da Primavera* (pp. 404-434). Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Sayão, L. F., & Sales, L. F. (2016). Algumas considerações sobre os repositórios digitais de dados de pesquisa. *Revista Informação*, 21(2), 90-115.
- Sequeira, Á. (2001). A pneumónica. *Medicina Interna*, 8(1), 49-55.
- Sequeira, J. M. (1918). *Higiene e Profilaxia do tifo exantemático*. Porto: Tipografia Mendonça.
- Serra, H. (2007). Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médicos. Para uma etnografia da transplantação hepática. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79, 113-131.
- Silva, A. F. O. (2016). *Físicos e cirurgiões medievais portugueses contextos socioculturais, práticas e transmissão de conhecimentos (1192-1340)*. Porto: CITCEM.
- Silva, A. M., & Freire, L. (1922). *Diccionario de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Litho-Typographia Fluminense.
- Silva, J. M. (2002). Anotações sobre a história do ensino da Medicina em Lisboa, desde a criação da Universidade Portuguesa até 1911. *RFML*, 7(5), 237-249.
- Silveira, A. J. T. (2005, dezembro). A medicina e a influenza espanhola de 1918. *Dossiê: História e Saúde*, 10(19), 91-105.

- Snowden, F. M. (2019). *Epidemias e Sociedade*. Yale: New Haven and London.
- Sobral, J. M., & Lima, M. L. (2018). A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico. *Ler História*, 73, 45-66.
- Sousa, B., Soares, L., Soares, M., & Silva, S. (2010, outubro). *Camara Pestana, Luiz da (1863-1899)*.
- Subtil, C. L. (2021). O Conselho de Saúde Pública, uma imanência da Revolução de 1820. *Cadernos do Arquivo Municipal*, 2(15), 139-158.
- Subtil, C. L., & Vieira, M. (2011, julho). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 167-174.
- Subtil, J. (2015). O antigo regime da saúde pública entre o Reino e o Brasil. *Revista Ultramares*, 1(8), 39-66.
- Teixeira, A. T. (2018, agosto). As ilhas do Porto e as tipologias de habitação dos séculos XIX e XX. *Revista Arquitetura e Arte*, 1(16), 1-17.
- Toledo, A. C. C., Jr. (2004, fevereiro). História da varíola. *Revista Médica de Minas Gerais*, 15(1), 58-65.
- Tonon, M. J. (2015). *Higiene: herdeira da Teoria Miasmática: Campinas no século XIX* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, Brasil.
- Ujvari, S. C. (2003). *A História e suas Epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. Rio de Janeiro: Senac.
- Van der Sluijs, K. F., Van der Poll, T., Lutter, R., Juffermans, N. P., & Schultz, M. J. (2010, abril). Bench-to-bedside review: Bacterial pneumonia with influenza - pathogenesis and clinical implications. *Critical Care*, 14(219), 2-8.
- Veiga, V. S. O., & Alves, A. S. (2016). *Repositórios: conceito, tecnologia e aplicação*. Curso de Acesso à Informação Científica. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Viegas, V., Frada, J., & Miguel, J. P. (2006). *A Direcção-Geral da Saúde: notas históricas*. Lisboa: DGS.
- Werth, A. (2019). *Stalingrado 1942: o início do fim da Alemanha nazista*. São Paulo: Contexto.

WEBGRAFIA

- Atlas da Saúde. (2019, julho). *Febre Tifóide*. Recuperado de <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/febre-tifoide>

- Barata, L. (março de 2020). As Epidemias e as Pandemias na História da Humanidade. *NEWS(99)*. Obtido de <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/99/epidemias-e-pandemias-na-historia-da-humanidade>
- BBC News. (2020, abril). *Coronavírus: as lições da epidemia que devastou Atenas há mais de 2 mil anos*. Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52342040>
- Centamori, V. (25 de 07 de 2020). *ESTUDO REVELA QUE QUARENTENA E ISOLAMENTO PARARAM SURTO DE TIFO NO GUETO DE VARSÓVIA*. Obtido de Aventuras na História: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/historia-hoje/estudo-revela-como-medicos-judeus-pararam-epidemia-de-tifo-no-gueto-de-varsovia.phtml>
- Direção Geral de Saúde. (14 de julho de 2021). *Temas da saúde - Sarampo*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/sarampo/>
- Eminent Persons: Biographies Reprinted from the Times* (1893). Londres: Macmillan and CO. Recuperado de <https://play.google.com/store/books/details?id=PxiYAAAAMAAJ&rdid=book-PxiYAAAAMAAJ&rdot=1>
- Frazão, D. (19 de 07 de 2019). *Louis Pasteur cientista francês*. Obtido de E-Biografia: https://www.ebiografia.com/louis_pasteur/
- Fundação Oswaldo Cruz. (2016, julho). *Vacinas: as origens, a importância e os novos debates sobre seu uso*. Obtido em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1263-vacinas-as-origens-a-importancia-e-os-novos-debates-sobre-seuuso?showall=1&limitstart=>
- Gearon, E. (s/d). *Quem foi Lady Mary Wortley Montagu?* Obtido de National Trust: <https://www.nationaltrust.org.uk/features/who-was-lady-mary-wortley-montagu>
- Gomes, J. d. (10 de Fevereiro de 2016). *O bracarense que assassinou Miguel Bombarda*. Obtido de Correio do Minho: <https://correiodominho.pt/cronicas/o-bracarense-que-assassinou-miguel-bombarda/7887>
- Gunter, J., & Pandey, V. (2 de janeiro de 2021). *Waldemar Haffkine, o pioneiro da vacina que o mundo esqueceu*. Obtido de BBC News: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55468906>
- Hinrichsen, S. (2020, julho). *Peste negra: o que é, sintomas, tratamento e transmissão*. <https://www.tuasaude.com/peste-bubonica/>
- Infopédia. (2020). *Cloreto de mercúrio*. Recuperado em 05 de outubro, 2020, de [https://www.infopedia.pt/\\$cloreto-de-mercurio](https://www.infopedia.pt/$cloreto-de-mercurio)
- Instituto Jenner. (2018). *Quem foi Edward Jenner?* <https://www.institutojenner.pt/o-instituto/quem-foi-edward-jenner/>

- Jeppesen, H. (26 de 05 de 2006). *Robert Koch: grande descobridor de pequenas bactérias*. Obtido de DW Brasil: <https://www.dw.com/pt-br/robert-koch-grande-descobridor-de-pequenas-bact%C3%A9rias/a-5606377>
- Mandal,, A. (26 de Fevereiro de 2019). *Prevenção da cólera*. Obtido de News-medical Life science: [https://www.news-medical.net/health/Cholera-Prevention-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Cholera-Prevention-(Portuguese).aspx)
- Marasciulo, M. (1 de Agosto de 2020). *A história da Grippina e dos remédios 'milagrosos' contra gripe espanhola*. Obtido em 02 de Março de 2020, de BBC News Brasil: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53576486>
- Marcolin, N. (dezembro de 2011). *No front da infecção*. Obtido de Revista Pesquisa Fapesp: <https://revistapesquisa.fapesp.br/no-front-da-infeccao/>
- Médicos sem Fronteiras. (2018). *Cólera*. Obtido em <https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/colera>
- Meštrović, T. (1 de março de 2021). *História da varíola*. *News Medical Life Science*. Obtido em 22 de Abril de 2021, de [https://www.news-medical.net/health/Smallpox-History-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Smallpox-History-(Portuguese).aspx)
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Bubónica: Introdução*. Recuperado de <https://openwho.org/courses/introducao-a-bubonica>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Cólera: Introdução*. Recuperado de <https://openwho.org/courses/introducao-a-colera>
- Pires, J. (2010). *Soro fisiológico*. Obtido de Infoescola: <https://www.infoescola.com/farmacologia/soro-fisiologico/>
- Priberam (2020). *Conhecimento*. Recuperado de <https://dicionario.priberam.org/conhecimento>
- Santos, H. S. (2021). *Varíola*. Obtido de Biologia Net: <https://www.biologianet.com/doencas/variola.htm>
- Serviço Nacional de Saúde. (2013, abril). *Programa Nacional de Eliminação do Sarampo*. Recuperado em 03 de agosto, 2020, de <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABABLszU0AwArk10aBAAAAA%3d%3d#saude-de-a-a-z/sarampo1/perguntas-e-respostas>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021, julho). *Temas da saúde - Sarampo*. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/sarampo/>
- Smith, Y. (29 de Abril de 2021). *História da febre tifóide*. Obtido de News Medical Life Sciences: [https://www.news-medical.net/health/Typhoid-Fever-History-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Typhoid-Fever-History-(Portuguese).aspx)
- Smith, Y. (29 de Abril de 2021). *História da febre tifóide*. Obtido de News Medical Life Sciences: [https://www.news-medical.net/health/Typhoid-Fever-History-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Typhoid-Fever-History-(Portuguese).aspx)

Fontes e Bibliografias

Taschner, N. P. (11 de março de 2020). *Gripe espanhola: 100 anos da mãe das pandemias* .
Obtido de Veja saúde: <https://saude.abril.com.br/blog/cientistas-explicam/gripe-espanhola-100-anos-da-mae-das-pandemias/>