



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **ASSISTÊNCIA EM FIM DE VIDA EM PORTUGAL, NO SÉCULO XIX**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde  
da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

por

**Maria Elisabete Gaspar Valente Vinhas**

Abril de 2012



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

**ASSISTÊNCIA EM FIM DE VIDA EM PORTUGAL, NO SÉCULO XIX**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde  
da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

por

Maria Elisabete Gaspar Valente Vinhas

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Abril de 2012

Esta dissertação foi elaborada de acordo com a antiga ortografia.

*“A todos os que sofrem e estão sós,  
dai sempre um sorriso de alegria.  
Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados,  
mas também o vosso coração”.*

Madre Teresa de Calcutá

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração do presente trabalho só foi possível devido à colaboração e ao apoio dado por outras pessoas às quais gostaria de agradecer.

À minha orientadora, a Professora Doutora Margarida Vieira, pela sua disponibilidade, apoio e partilha de conhecimentos e saberes.

À minha colega Ana Filipa, a minha parceira nas reuniões de orientação da tese, com quem partilhei muitas dúvidas e incertezas.

À minha mãe, pelo apoio, paciência, compreensão e carinho que sempre demonstrou.

Ao meu pai, que em Junho partiu, mas que sempre me apoiou com toda a sua paciência e carinho, deu-me coragem nos momentos de desânimo. Sei que continua presente, ao meu lado, a dar-me forças para continuar.

## **RESUMO**

Os enfermeiros desempenham um papel de extrema importância na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida. Contudo, estes cuidados nem sempre foram prestados por pessoal dotado de conhecimento científico. Até aos finais do século XIX, os enfermeiros não possuíam qualquer preparação.

O período estudado foi o século XIX que correspondeu a um período de grande mudança e instabilidade no nosso país, devido às invasões francesas e consequente guerra entre os liberais e os absolutistas.

Este trabalho está inserido no mestrado de Cuidados Paliativos e resulta na dissertação do mesmo. A metodologia utilizada foi essencialmente a revisão da literatura existente, de estudos históricos.

Nesta época, as principais causas de morte eram as doenças gerais, que incluíam as doenças infecto-contagiosas, a tuberculose e as doenças do aparelho respiratório.

A maioria dos hospitais e ordens religiosas recusavam-se a admitir doentes com moléstias crónicas e contagiosas que fossem incuráveis. A morte era então vivida em casa no seio da família. Em contrapartida, nos nossos dias a morte ocorre principalmente nos hospitais, de uma forma mais solitária.

Assiste-se a uma morte medicalizada, visto ainda existirem profissionais que ainda olham para a morte dos seus pacientes como uma falha nos seus actos.

Sendo a morte algo inerente à condição humana e transversal a todas as épocas, a assistência prestada às pessoas em fim de vida ainda tem que ser bastante desenvolvida. A morte tem que ser encarada como algo natural, pois só assim é que se pode conseguir melhorar a assistência em fim de vida quer nos hospitais por parte dos profissionais de saúde, quer no seio familiar pelos amigos e familiares.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Cuidados Paliativos, assistência, fim de vida, doente moribundo.

## **ABSTRACT**

Nurses play an extremely important role in the provision of care for the end of life. However, these were not always care provided by staff with scientific knowledge. Until the late nineteenth century, the nurses had no preparation.

The period studied was the nineteenth century which corresponded to a period of great change and instability in our country due to the French invasion and subsequent war between liberals and absolutists.

This work is inserted in the master of Palliative Care and the same results in the dissertation. The methodology used was essentially a review of existing literature, historical studies.

At the time, the leading causes of death were general diseases, which included the infectious diseases, tuberculosis and respiratory diseases.

Most religious orders and hospitals refused to admit patients with chronic and contagious diseases that were incurable. Death was then living at home within the family. In contrast, today the death occurs primarily in hospitals, in a more solitary.

We are witnessing a medicalized death, since there are still professionals who still look at the death of their patients as a failure in their acts.

Since the death inherent in the human condition and across all ages, assistance to people in the end of life has yet to be well developed. The death must be regarded as something natural, because only then be able to improve end of life care in hospitals by the health professionals and by the family and friends.

**Key Words:** Nursing, Palliative care, assistance, end of life, dying person.

## **CHAVE DE SIGLAS**

RHSCMO – Regulamento do Hospital ou Santa casa da Misericórdia d’Ovar

RHGSA – Regulamento do Hospital Geral de Santo António

## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. VIVER E MORRER EM PORTUGAL NO SÉCULO XIX.....	15
3. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL NO SÉCULO XIX.....	23
4. TIPOS DE INSTITUIÇÕES EXISTENTES ONDE SE MORRIA.....	36
5. PREOCUPAÇÕES NA ASSISTÊNCIA EM FIM DE VIDA.....	43
6. CONCLUSÃO.....	48
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

## 1. INTRODUÇÃO

A evolução da medicina nestes últimos anos foi notória. A cura de certas doenças que era até então impensável foi-se impondo, resultando num aumento da esperança média de vida. Contudo, apesar das pessoas viverem mais anos, não implicou que passassem a morrer melhor. A busca incessante da cura com meios cada vez mais sofisticados, veio de certa forma negar a morte, isto é, para muitos profissionais de saúde a morte passou a constituir um fracasso das suas acções, uma derrota (Barbosa e Neto, 2010).

Esta atitude ainda hoje impera, apesar de todos sabermos que a morte é algo inevitável, que faz parte da própria vida, ainda continua a ser encarada como um insucesso por parte dos profissionais de saúde. Como diz o povo, a morte é o que temos de mais certo, mas apesar disso, as pessoas vêem-na como uma realidade longínqua, que só vai acontecendo aos outros e ouve-se muitas vezes as pessoas dizerem que quanto mais tarde ela vier, melhor.

Devido à lacuna nos cuidados de saúde prestados aos doentes em fim de vida, surge na década de 60 em Inglaterra pela mão de Cicely Saunders<sup>1</sup>, os Cuidados Paliativos. O seu principal intuito era alertar para a necessidade que estes doentes, cujo número estava a aumentar, tinham no que diz respeito a cuidados rigorosos, científicos e de qualidade. Frequentemente, os doentes com

---

<sup>1</sup> Cicely Saunders nasceu no dia 22 de Junho de 1918, na Inglaterra. Formou-se em Enfermagem, posteriormente em Assistente Social e depois em Medicina. Dedicou a sua vida a pessoas com doenças terminais e ao alívio do sofrimento humano.

Em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. No seu trabalho, preconizou o princípio de morrer com dignidade, que a morte é um processo natural e pode ser aliviada por cuidados de saúde sensíveis e eficazes no controlo da dor. Até hoje, o St. Christopher's é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa.

Cicely Saunders faleceu no dia 14 de Julho de 2005, no Hospital que fundou, em Londres. (<http://www.biography.com/people/cicely-saunders-472419>; <http://www.cicelysaundersfoundation.org/about-palliative-care>)

doenças incuráveis, progressivas e avançadas eram olhados como “doentes a quem já não havia nada a fazer” (Barbosa e Neto, 2010 p:2).

Cuidados Paliativos, são segundo a Organização Mundial de Saúde, “*uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento*”. O seu principal objectivo é o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida do doente.

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa capa, manto, capote. Nos Cuidados Paliativos, procura-se o conforto e o alívio do sofrimento dos doentes, por isso procura-se “encobrir” toda a sintomatologia que lhes cause desconforto, quer sejam sintomas físicos, psicológicos ou espirituais (Twycross, 2003).

Os Cuidados Paliativos, são uma actividade recente em Portugal, tendo as primeiras iniciativas surgido no início dos anos 90. Apesar disso, a visão paliativa perante a doença incurável, pode ser encontrada em textos médicos portugueses do século XVI (Marques, 2009).

Segundo Cerqueira (2010), pode-se considerar que em Portugal a primeira referência aos Cuidados Paliativos ocorreu no século XVI, quando Amato Lusitano, médico judeu, iniciou o aconselhamento de tratamentos direccionados ao alívio dos sintomas nos doentes com doenças incuráveis.

De acordo com Marques, (2009), este dado curioso, contrasta todavia, com a demora expressiva da implantação dos Cuidados Paliativos, em Portugal, se formos comparar com a realidade de outros países europeus.

Ao longo dos tempos o fim de vida esteve quase sempre associado à ideia de sofrimento e ao domicílio como local próprio para morrer, sempre no seio da família. Actualmente, esta ideia alterou-se. No que se refere ao sofrimento, deve haver a preocupação de o minimizar ao máximo, e o local onde o doente passa este período deverá ser um espaço com profissionais dotados de conhecimentos técnico em Cuidados Paliativos, de uma grande capacidade humana e onde a família e amigos possam estar presentes, sendo eles, também alvo de cuidados.

O verbo cuidar é inerente às intervenções de enfermagem. O cuidar é ainda uma função social, que constitui uma garantia da continuidade da vida que fomenta o encontro entre os seres humanos e por conseguinte o prolongamento da função social (Collière, 1999).

Cuidar da pessoa doente em fim de vida exige dos profissionais de saúde uma elevada competência técnica e humana. Apesar de serem profissionais de saúde são acima de tudo pessoas, seres humanos inseridos numa sociedade, com uma cultura e com determinados valores, emoções, sentimentos e reagem de acordo com esse mesmo conjunto de crenças.

A forma como um profissional de saúde lida com a morte, ou como presta os cuidados a uma pessoa em fim de vida, o impacto emocional que se cria, bem como dúvidas e insegurança pode ser influenciada pela herança cultural (Collière, 1985).

Apesar disto tudo, o cuidar em fim de vida não é algo recente do século XX, nem algo que surgiu num determinado país, ou numa determinada cultura. Cuidar em fim de vida é algo transversal a várias culturas, vários países e várias etnias. Consideramos até algo inerente à condição de ser humano, cuidar de alguém que está a morrer.

A realização deste estudo pretende contribuir com mais uma peça do grande puzzle que é o conhecimento da evolução do cuidar (neste caso reporta-se ao cuidar em fim de vida) em Portugal.

Desde que nasce até que morre, o ser humano tem necessidade de cuidados. Por vezes, no decorrer da sua vida, necessita de cuidados de saúde. Contudo, estes cuidados nem sempre foram o que são hoje, nem sempre foram prestados por profissionais habilitados e reconhecidos como actualmente, porque também não havia conhecimento para tal.

Após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento industrial passou a estar dependente do desenvolvimento científico e tecnológico, nomeadamente na saúde no que se refere a medicamentos, equipamentos e materiais diversos. Com esta evolução o papel do médico como profissional detentor de um conjunto de saberes, com competência e autonomia ficou fortalecido, tendo sido também

desenvolvidos outro tipo de serviços, procedimentos terapêuticos e profissionais de saúde (Novaes, 2006).

Na História do nosso país existe referência a personalidades e grupos, nomeadamente de religiosos que, desde o século XIX, tendo em conta a sua filosofia de vida, se dedicaram a prestar cuidados aos pobres e aos moribundos, por altruísmo, como forma de minimizar a negligência de que eram alvo por parte da sociedade (Barbosa e Neto, 2010).

As mulheres tiveram desde sempre um papel muito importante no que se refere ao cuidar. Cuidavam das crianças, dos adultos, dos doentes, dos moribundos e cuidavam da família. Desempenharam este papel inicialmente em casa na família, posteriormente passando para instituições cuidando dos outros. Contudo, só a partir do século XIX, passaram a ver o seu “trabalho” remunerado (Soares, 1997).

Quando começou a existir conhecimento no que se refere aos cuidados de saúde não podia ir para enfermeiro qualquer pessoa que assim o desejasse. Segundo o Regulamento do Hospital de Santo António (RHGSA) de 1889, Art.204º:

*“ Para enfermeiros e enfermeiras, sómente serão nomeadas pessoas decentes e de educação, que tenham pelo menos vinte e cinco annos, saúde e robustez, conducta boa, religiosa, moral e civil; que não tenham família; que saibam lèr, escrever e contar e que mostrem attestados pelos quaes provem estarem habilitados para o cargo”. E mais se acrescenta, que “ se for conveniente alguma vez nomear para enfermeiro homem casado, somente poderá ser nomeado aquelle que não tiver filhos. Para enfermeira nunca será nomeada mulher casada nem tão pouco viúva, que tenha filhos ao seu cuidado; e se casar depois de nomeada será despedida.”.*

Considera-se como objecto deste estudo a assistência no fim de vida que era prestada em Portugal, no século XIX. O objectivo é compreender de que forma e em que circunstância era prestada essa mesma assistência e quem a realizava, estabelecendo uma relação com os cuidados paliativos na actualidade.

A metodologia utilizada foi essencialmente a revisão da literatura existente, sobretudo de estudos históricos. Para começar a revisão da literatura

foram identificadas as principais palavras-chave sobre este assunto, identificando previamente alguns problemas relacionados com o mesmo.

De acordo com a bibliografia consultada, existem muitos estudos relacionados com a morte e com o cuidar em fim de vida, a maioria relacionados com a representação da morte nos profissionais; como a morte é encarada pelos profissionais de saúde ou sobre a interacção enfermeiro-doente no cuidar em fim de vida.

Surgiu nesta fase, alguma dificuldade em encontrar estudos relacionados com a temática pretendida, que foram ultrapassados posteriormente à medida que se foi aperfeiçoando a pesquisa.

A revisão da literatura ajuda o investigador a formular as suas questões, a delinear um espaço de tempo para o estudo e a decidir sobre o enquadramento teórico. O investigador também descobre fontes secundárias ou relatos em segunda mão de um acontecimento, tais como histórias ou jornais sobre o assunto específico em estudo que o podem ajudar a compreender melhor e a enquadrar um determinado assunto. Deve também procurar literatura que ultrapasse o período que está a ser estudado, para possuir um maior conhecimento do tema para posteriormente ter mais capacidade de formular questões sobre acontecimentos que influenciaram o mesmo (Streubert, 2006).

Para se elaborar a dissertação e atingir os objectivos propostos foram consultados e recolheu-se fontes a partir de arquivos, Bibliotecas e centros de Documentação, tais como bases de dados científicas, o repositório da Biblioteca Nacional, o RCAAP, o repositório da Universidade do Minho, a Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa do Porto, a Biblioteca Municipal do Porto e de Ovar, a Biblioteca da Santa Casa da Misericórdia do Porto, o motor de busca Google.

O primeiro capítulo, faz referência à contextualização histórica do país, dos aspectos mais importantes que se viveram na altura, nomeadamente as Invasões Napoleónicas e as guerras entre Absolutistas e Liberais.

No segundo capítulo, destacam-se quais as principais causas de morte em Portugal no século XIX, nomeadamente a tuberculose, a febre-amarela, entre outras; as suas causas e os seus tratamentos.

O terceiro capítulo refere-se aos tipos de instituições que existiam na época onde se prestavam cuidados em fim de vida e onde as pessoas morriam.

No quarto capítulo, evidenciam-se quais as principais preocupações na assistência em fim de vida.

## **2. VIVER E MORRER EM PORTUGAL NO SÉCULO XIX**

Para se falar sobre o modo como se vivia e sobre a morte em Portugal, vai-se contextualizar o país, recorrendo a acontecimentos importantes da sua história ocorridos na época.

Para elaboração deste capítulo, as referências bibliográficas mais utilizadas e citadas são: História Cronológica de Portugal (15) e História de Portugal - das Revoluções Liberais aos nossos dias (16).

O processo que conduziu à instauração do Liberalismo em Portugal, acentuou-se desde 1807, com a 1ª Invasão Francesa e com a conseqüente fixação da Corte no Brasil (Serrão, 1986)

Em 1807 as tropas Napoleónicas invadiram pela primeira vez Portugal. Napoleão obrigou a mudança da corte portuguesa para o Brasil, transferindo-se assim a sede da monarquia portuguesa em 1808, passando a antiga colónia a ser metrópole. (Mattoso, 1994). A família Real e muitos elementos do clero refugiaram-se no Brasil. Com a invasão das tropas francesas, a agricultura, o comércio e a indústria ficaram arruinados.

Existia um “mal-estar económico-social” e a partir de 1808 agrava-se uma situação de miséria económica em Portugal. As fábricas entraram em declínio, a agricultura em decadência, o que originou entre os anos de 1808 a 1820 um “colapso das rendas públicas”, que carregou consigo a miséria, o desemprego e o atraso dos pagamentos aos funcionários e aos militares (Mattoso, 1994).

As tropas de Napoleão roubaram, saquearam tesouros e obras de arte das igrejas e dos palácios e incendiaram as casas. O Reino ficou pobre e numa desorganização total. Os ingleses, que tinham vindo para Portugal para nos ajudarem nas lutas contra os franceses, dominavam os cargos mais importantes do país, nomeadamente o exército, acabando por controlar quase todo o comércio com o Brasil, prejudicando muito os comerciantes portugueses.

Com a família Real no Rio de Janeiro, predominava um grande descontentamento no povo português. Portugal sentia-se, segundo Sá (1992 p: 14) “*uma colónia da sua própria colónia*”.

Segundo Marques (1985), os Portugueses queixavam-se de estar abandonados pelo seu monarca e do envio de dinheiro para o Brasil na forma de rendas e de contribuições. Para se tentar acabar com o poder que os ingleses detinham no nosso país e ser implementado o regime Liberal, é organizada em 1817 uma conspiração em Lisboa. Contudo, os conspiradores foram descobertos, alguns foram presos e outros executados, tal qual o General Gomes Freire de Andrade que era o líder desta conspiração.

Depois desta grande repressão na capital, foi transferido para o Porto o centro da conspiração, formando-se um novo agrupamento, chamado Sinédrio.

No dia 24 de Agosto de 1820, com o marechal Beresford, que era quem comandava o exército português, ausente devido ao facto de se ter deslocado ao Rio de Janeiro, para pedir ao Rei poderes mais amplos, independentes do governo de regência, rebenta no Porto uma Revolução. Revolução, esta que saiu vitoriosa.

Os revolucionários criaram um governo provisório, que preparou as primeiras eleições feitas em Portugal. Nestas eleições os portugueses escolheram quem queriam que os representasse nas Cortes Constituintes.

Os deputados eleitos elaboraram a Constituição de 1822, que se baseava nos princípios de igualdade e liberdade dos cidadãos.

Segundo Ramos (2004), esta Constituição declarou que “*todos os portugueses são cidadãos*”. Desta forma houve uma ruptura com o que estava designado anteriormente, que os portugueses eram apenas membros de diferentes corpos sociais, aos quais o rei atribuíra diferentes privilégios e liberdades, de acordo com a tradição.

Antes de 1820, na monarquia, não havia direitos universais e a nacionalidade não existia só por si, mas sim como origem de um estatuto. Estatuto esse, concedido apenas aqueles que pertenciam à nobreza, ao clero ou através da vizinhança, da residência numa determinada comunidade onde habitasse o indivíduo a usufruir dos direitos dessa comunidade (Ramos, 2004).

O primeiro dever, de acordo com as Cortes Constituintes eleitas em 1820 era o juramento da Constituição. Quem não cumprisse esse dever, via como pena aplicada a saída do Reino, isto porque, entendia-se que quem não aceitasse a Constituição estava a renunciar à nacionalidade.

Com esta revolta e implantado o liberalismo em Portugal, o país começou a viver um longo período de instabilidade, nomeadamente política, por oposição entre as duas correntes existentes na altura, a liberal e a absolutista e conservadora.

As crenças do liberalismo baseavam-se em que *“todos os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos”* e que *“ toda a soberania reside no povo”*. Em contrapartida, os absolutistas baseavam-se em princípios segundo os quais *“a soberania existia no rei, que Deus recebia todo o poder e que, portanto, só a Ele tinha que prestar contas”* (Lopes, 1991 p:121).

Enfraquecida a nobreza, esta era restaurada por burgueses recém-titulados. *“O clero era numeroso, dissoluto, ignorante e poderoso, embora o clero regular fosse mais instruído e mais decente no comportamento”* (Sá, 1992 p:8). Em contrapartida, a classe popular, principalmente a rural, em nome da qual tinha sido feita a revolução, continuava cada vez mais pobre e resignada com o seu destino.

Em Abril de 1821 D. João VI e a Família Real regressam do Brasil, a pedido das Cortes Constituintes. Este fica novamente à frente do governo e jura cumprir a nova Constituição, que é então aprovada pelas Cortes Constituintes a 23 de Setembro de 1822.

De acordo com Lopes (1991), a Constituição de 1822 institui em Portugal uma monarquia constitucional ou liberal, onde o rei deixa de ter todos os poderes e os mesmos passam a ser divididos em três: o poder legislativo, que é exercido por uma Câmara de Deputados; o poder executivo, exercido pelo rei e secretários de Estado e o poder judicial, exercido pelos juízes.

Esta monarquia constitucional vem desagradar os apoiantes do regime tradicional, os absolutistas, chefiados por D. Miguel, filho mais novo de D. João VI.

Segundo Lopes (1991), em 1823, D. Miguel descontente com o regime instaurado, faz uma revolução em Vila Franca, denominada Vilafrancada, com o objectivo de abolir a Constituição e restaurar o absolutismo, saindo vitorioso. D. João VI adere ao movimento e nomeia D. Miguel generalíssimo do exército.

Em Abril de 1824, este chefia nova revolução, desta vez denominada de Abrilada, com o apoio da sua mãe a Rainha D. Carlota Joaquina. Esta revolução constituiu um fracasso. Desta vez, D. João VI, influenciado pelos Liberais, demite D. Miguel do cargo. Este sai do país e vai radicar-se na Áustria.

Entretanto D. João VI morre, sem anunciar o seu legítimo sucessor. *“Formaram-se então dois partidos: o Liberalista, que era representado por D. Pedro, filho mais velho de D. João VI, que ficou imperador do Brasil após a sua independência e os Absolutistas, representado pelo seu irmão D. Miguel, que não era bem aceite pela maioria dos Portugueses”* (Lopes, 1991 p:124).

Apesar das divergências, o Concelho de Regência acaba por escolher D. Pedro, para rei de Portugal dando-lhe o nome de D. Pedro IV. Em Abril de 1826, D. Pedro outorga ao país a Carta Constitucional, tendo por base a que outorgara ao Brasil e que veio substituir a Constituição de 1822.

A escolha de D. Pedro para rei de Portugal não agradou a muita gente, visto ele ser também imperador do Brasil. Desta forma, D. Pedro abdicou do direito ao trono a favor da sua filha Maria da Glória, de apenas sete anos de idade (Lopes, 1991).

Segundo Lopes (1991), como forma de evitar a luta entre as duas forças políticas, D. Pedro decide ainda que a sua filha iria casar com o tio quando atingisse a maior idade. Até lá e quando ele regressasse do exílio governaria como Regente. Esta proposta foi aceite por D. Miguel, que regressou a Portugal, tomou conta da Regência do Reino, contudo, não cumpriu os desejos do seu irmão e restaurou novamente o regime absoluto, proclamando-se rei absoluto.

Como forma de protesto, inicia-se no Porto uma revolta, que coloca os portugueses uns contra os outros, acabando numa guerra civil entre os liberais e os absolutistas, mais conhecida por lutas liberais.

D. Pedro que estava a governar o Brasil abdica do trono a favor do seu filho D. Pedro II e vem para Portugal, mais concretamente para a ilha Terceira nos Açores, onde já se tinham reunido muitos liberais.

A guerra civil iniciou-se em Julho de 1832, com o desembarque das tropas liberais de D. Pedro IV em Mindelo, Vila do Conde, onde às quais se juntaram mais liberais. Estas lutas intensas duraram aproximadamente dois anos, terminando com a derrota das tropas de D. Miguel e aquando a assinatura da convenção de Évora Monte a 26 de Maio de 1834. D. Miguel volta a ser exilado na Áustria.

De acordo com Lopes (1991), D. Pedro IV assumiu a Regência e proclamou a rainha sua filha, D. Maria da Glória com o nome de D. Maria II e a Carta Constitucional foi restabelecida.

No período de regência de D. Pedro IV, o ministro da Justiça Joaquim António de Aguiar, o chamado “Mata-Frades”<sup>2</sup>, extingue as Ordens Religiosas em todo o território português, expulsa os frades e as freiras e confisca os seus bens. Esta medida teve graves consequências, especialmente em África, onde os missionários exerciam grande acção. Contudo, segundo Oliveira Marques, referido por Serrão (1986), a partir de 1850 muitas congregações se foram instalando em Portugal com o fim de fundar escolas, hospitais e outras instituições de assistência, sobretudo no norte do país.

---

<sup>2</sup> Joaquim António de Aguiar nasceu em Coimbra, a 24 de Agosto de 1792 e faleceu a 26 de Maio de 1884. Quando se preparava para se matricular na Universidade uma desgraça ameaçou o país e Joaquim António de Aguiar, defensor da sua pátria, abandonou os estudos para se alistar no batalhão académico. Terminada a guerra com os franceses e assegurando-se a independência nacional, o jovem estudante matriculou-se na Faculdade de Leis, concluindo o curso com a maior distinção. Foi político n to tempo da Monarquia Constitucional. No decorrer da sua carreira política teve à sua responsabilidade várias pastas ministeriais, nomeadamente a de Ministro dos negócios Eclesiásticos e da Justiça durante a regência de D. Pedro nos Açores, em nome da sua filha D. Maria da Glória. Foi no decorrer do exercício dessa função, que promulgou a famosa lei de 30 de Maio de 1834, na qual dava como extintos todos os conventos, mosteiros, colégios, hospícios e quaisquer casas das ordens religiosas, tendo secularizado os seus bens, incorporando-os na Fazenda Nacional. Por tudo isto, foi denominado de Mata-Frades (<http://www.arqnet.pt/dicionario/aguiarjoaqant.html>).

De acordo com Ferreira (1990), no que se refere à saúde, a alimentação consumida nesta época era simples e ligeira. Eram utilizados alimentos na forma mais natural possível, o mais próximo da sua composição, preparando-os quase exclusivamente cozidos ou assados. Desta forma eram menos agressivos para o estômago, fígado, para o resto do aparelho digestivo e rins.

No final dos Descobrimentos, às classes da nobreza e clero, vieram juntar-se grupos abastados de comerciantes e outros sectores economicamente privilegiados da população. Estes desde sempre mais afectados por diversos tipos de doenças relacionadas com o consumo excessivo de alimentos muito cozinhados, gordurosos e energéticos mas por norma desequilibrados em vários nutrientes. Em contra partida a alimentação das pessoas pertencentes a classes populares quando não era insuficiente de alimentos, causadora de carências vitamínicas ou proteicas nomeadamente na infância, era mais económica e mais saudável. Os melhores alimentos que eram comprados eram consumidos pelos homens que trabalhavam. As mulheres e as crianças passavam privações ou mesmo fome, como já foi referido anteriormente. O abuso de bebidas alcoólicas por parte dos operários era comum (Ferreira, 1990).

De acordo com Graça (1999), o século XIX marcou o fim das grandes epidemias que ao longo dos tempos vitimaram as populações. Coincidiu neste período o desenvolvimento do sanitarismo em Portugal.

Os governos liberais demonstraram preocupação com os graves problemas de saúde que assombravam a população portuguesa. Desta forma, na sequência da revolução vintista foi criada a Comissão de Saúde. Esta Comissão era composta por um médico, um desembargador e por um chefe de esquadra da polícia e tinha como principal objectivo a proposta de um plano de política sanitária, plano este que nunca foi posto em prática. No fundo a Comissão de Saúde deu continuidade à política sanitária do antigo regime, a qual tinha como preocupação a prevenção, o controlo e o combate da epidemia (Graça, 1999).

Uma das medidas tomadas pela Comissão de Saúde como forma de prevenir e de combater a epidemia, foi o enterro dos mortos no cemitério,

promovendo a conservação dos corpos, evitando as exalações putrefactas, que conspurcam o ar, podendo por em causa a saúde dos povos.

De acordo com Graça (1999), este período relativo ao sanitarismo culminou com a reforma pioneira de Ricardo Jorge<sup>3</sup>. Em 1884 apontava para uma Higiene social aplicada à nação portuguesa.

---

<sup>3</sup> Ricardo de Almeida Jorge, nasceu no Porto no dia 9 de Maio de 1858. Foi um médico, investigador e higienista, professor de Medicina e coube-lhe a ele a introdução em Portugal das modernas técnicas e conceitos de saúde pública. Exerceu vários cargos na administração da saúde, conseguindo uma importante influência política. Formou-se na Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1879. A sua dissertação de licenciatura intitulada “O nervosismo no passado”, abordou a história da neurologia, um termo que ainda não tinha sido formulado. A partir de 1880 foi docente na mesma escola nas cadeiras de Anatomia, Histologia e Fisiologia Experimental. Realizou várias deslocações a Estrasburgo e a Paris, tendo assistido às lições de Jean-Marie Charcot, procurando adquirir nos hospitais locais uma aprendizagem do saber neurológico, já que em Portugal este era ainda muito pouco.

Em 1884 abandonou a Neurologia e passou a dedicar-se à Saúde Pública. Com a sua obra denominada *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa* e uma série de conferências publicadas nesse ano, criou uma nova perspectiva de abordagem das questões de saúde pública em Portugal, que o colocou numa importante carreira de higienista e investigador, com muita influência nas políticas de saúde em Portugal.

Entre 1891 e 1899 foi médico municipal do Porto e responsável pelo Laboratório Municipal de Bacteriologia. Em Junho de 1899 deu-se a sua consagração definitiva a nível nacional e alcançou projecção internacional devido ao facto de ter chegado à prova clínica e epidemiológica da peste bubónica que nesse mesmo ano devastou a cidade do Porto. No entanto, as medidas profiláticas que ele aconselhou como sendo as necessárias para eliminar a peste levaram a uma fúria popular que incentivada por grupos políticos, obrigaram Ricardo Jorge a abandonar a cidade. Em Outubro de 1899, foi transferido para Lisboa, tendo sido nomeado Inspector-Geral de Saúde e depois, professor de Higiene da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Participou em iniciativas como a Assistência Nacional aos Tuberculosos, iniciada em 1899 e o Congresso Internacional de Medicina em 1906, no qual presidiu à Secção de Higiene e Epidemiologia. Em 1903 foi incumbido de organizar e dirigir o Instituto Central de Higiene, que passaria a ter o seu nome a partir de 1929 e hoje é o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Nos anos de 1914 e 1915 foi presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. Organizou posteriormente a luta contra a pandemia da gripe de 1918, também denominada por Pneumónica ou Gripe Espanhola e contra as epidemias de tifo, varíola e difteria que foram consequência das deficientes condições sanitárias do pós-guerra.

Segundo alguma bibliografia, Ricardo Jorge foi o responsável nos anos 20 pela proibição da Coca-Cola em Portugal, (que só após 50 anos é que foi retirada a proibição), tendo alegadamente dado ordem para a sua apreensão e destruição, depois de ter tomado conhecimento do slogan publicitário da referida bebida, criado por Fernando Pessoa: “Primeiro estranha-se, depois entranha-se”. Acaba por falecer em Lisboa, no dia 29 de Julho de 1939 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/QuemSomos/historia/Paginas/Fundador.aspx>).

Ricardo Jorge procurava sensibilizar os governantes citando Disraeli, “*vigiar pela saúde do povo é o primeiro dever do homem público*” (Viegas, Frada e Miguel, 2006. P: 20).

Apesar de ter sido em 1812, que a Academia Real das Ciências de Lisboa tomou a decisão de criar a Instituição Vacínica (Vieira e Subtil, 2009), em 1844 a vacinação cingia-se à administração da vacina anti-variólica. Estava preconizada a vacinação em todos os concelhos, de forma gratuita e pública (Viegas, Frada e Miguel, 2006).

A Comissão de Saúde que veio substituir a do Antigo Regime tinha como principal incumbência a vigilância e defesa sanitária do país, nomeadamente em caso de peste, com o reforço do aparelho da polícia sanitaria (defesa sanitária por via terrestre e marítima, recolha e tratamento de informação sanitária, organização das estatísticas relativas à mortalidade, aplicação e modificação dos regimentos de saúde, etc.).

Ricardo Jorge foi também o pai da reforma dos serviços de saúde pública, (1899-1901), da qual posteriormente resultaria a criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e do Instituto Central de Higiene (Graça, 1999).

### **3. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL NO SÉCULO XIX**

Neste capítulo vão ser abordadas as principais causas de morte no nosso país no século XIX, especificando quais as doenças, as suas causas, bem como, o seu tratamento.

Os dados de saúde desta época estão registados nos seguintes documentos: Assistência Hospitalar no Porto 1750 - 1850 (6), História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal (10) e <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos15.html> (40).

Ferreira (1990), considera que o século XIX foi um período da nossa História marcado por alguns progressos lentos na área da saúde, nomeadamente no desenvolvimento das ciências. Os avanços feitos nas ciências básicas da medicina levaram a uma compreensão dos factores responsáveis pela saúde e pelo aparecimento das doenças. Contribuíram também para a promoção da saúde, bem como, para a estruturação de serviços de saúde pública. Surgiu nesta época a 1ª Lei de saúde Pública.

Decorreram mudanças nas condições de saúde das populações, que devido à evolução progressiva da industrialização sofreram falhas na adaptação aos novos riscos ambientais inerentes a esse desenvolvimento. Isto acarretou a intensificação de algumas doenças nalguns grupos da população, não beneficiando as condições de saúde da população em geral.

Até meados do século XIX, o conhecimento do estado sanitário da população é muito pobre. Sabe-se que as doenças até então conhecidas, se mantiveram acompanhadas de uma baixa esperança média de vida, que só no fim do século XIX terá atingido os 30-35 anos (Ferreira, 1990).

Esta ligeira melhoria terá resultado do contributo das medidas de saúde pública, nomeadamente da introdução de hábitos de higiene benéficos, com o uso regular do sabão na lavagem pessoal e das roupas, bem como da alteração de hábitos alimentares mais equilibrados, maior disponibilidade dos alimentos essenciais, em alguns sectores da população. Contudo, segundo Ferreira (1990), o país apresenta uma alta taxa de mortalidade infantil e insuficiência de serviços de

prestação de cuidados de saúde que constituem indicadores de um grande atraso na capacidade da população em se “defenderem” dos factores de risco das doenças em todas as faixas etárias.

De acordo com Barreira (2002), as doenças dominantes na altura mantiveram-se todas, as de natureza infecciosa e contagiosa (endémicas, epidémicas, esporádicas).

Muitas das enfermidades atingiam os portugueses ao longo de todo o ano, tais como, as anginas e as esquinências, as bexigas, os catarros, as febres catarrais, as diarreias, as febres gástricas, as febres intermitentes (sezões), as pneumonias, o reumatismo, o sarampo, a sarna (Barreira, 2002).

Todavia, segundo Graça (1999), o século XIX assinalou o fim das grandes epidemias que ao longo do tempo vitimaram as populações no nosso país, bem como, por toda a Europa.

O quadro abaixo referenciado mostra as principais causas de morte declaradas e qual a sua percentagem.

Estrutura da mortalidade em Portugal (1888-90)

<b>Causas de morte declaradas</b>	<b>%</b>
“Doenças gerais” (incluindo as infecto-contagiosas e a tuberculose)	44,2
Doenças do aparelho respiratório	16,6
Doenças do aparelho digestivo	9,9
Doenças dos recém-nascidos	6,9
Doenças do aparelho circulatório	5,8
Doenças do sistema nervoso	5,6
Outras	11,0
Total	100,0

Adaptado de Cascão (1993 p:431) (<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos15.html>)

Iremos posteriormente abordar as doenças gerais, bem como as do aparelho respiratório e digestivo respectivamente por serem as que apresentam uma maior percentagem nas causas de morte daquela altura.

## Doenças gerais

As populações portuguesas foram particularmente afectadas pelas doenças infecciosas. As condições sanitárias deixavam muito a desejar, a instabilidade política na primeira metade do século, associada às invasões francesas e as lutas liberais contribuíram para agravar a situação.

As febres intermitentes (sezões), as bexigas, o sarampo, as escarlatinas, a tosse convulsa, o tifo, as desinterias, as erisipelas, os carbúnculos, as doenças venéreas, a herpes, a varicela destacavam-se como as doenças infecciosas com maior número de registos.

No curativo das febres intermitentes receitavam-se tónicos, eméticos, vesicatórios, purgantes, por vezes, banhos quentes, o sarampo era tratado com eméticos e laxantes e as escarlatinas com mistura salina, brandos catárticos, excitantes de suor, gargarejos e dieta.

As erisipelas tratavam-se com sangrias, locais ou gerais, consoante a extensão e gravidade, com eméticos, laxantes, infusões, diaforéticos, evacuantes, fomentações, emolientes. Eram também aconselhados os banhos termais.

A cólera, só foi conhecida depois da chegada à Índia. Denominada de “cólera-morbus”, provocou o nosso país em menos de um quarto de século, e em duas ocasiões, dezenas de milhares de mortos. Cerca de 40 mil em 1833, um terço dos quais ocorreram em Lisboa e aproximadamente 9 mil em 1855-56 (Graça, 1999).

A febre-amarela, chegada ao Continente no ano de 1721, volta a aparecer em Portugal no ano de 1857.

Os focos de febre-amarela que foram identificados no Porto, foram associados aos veleiros da carreira do Brasil, em 1850, 1851, tendo morto tripulantes, passageiros, descarregadores e guardas da alfândega que fiscalizavam os navios. À febre-amarela era atribuída menor virulência que às outras epidemias, mas, muitas vezes era subavaliada, quer por não a saberem diagnosticar, quer porque, de certa forma convinha ao comércio (Alves, 2005).

Segundo Alves (2005), aquela sobre a qual existe mais informação é a de 1857 em Lisboa que foi declarada no dia 22 de Julho num carregador da Alfândega. A estes seguiram-se muitos outros casos, devido à sua propagação lenta. Sabe-se que até ao fim desse ano, os registos davam conta de 13757 doentes, dos quais teriam falecido 5652.

Existiam horríveis designações populares para a febre-amarela, nomeadamente “vómito negro”. Os sintomas iniciais eram arrepios, lombalgias, cefaleias e apertos no estômago; posteriormente seguiam-se febres altas, agitação, muita sede, olhos congestionados, rosto e corpo ruborizados, diarreia e vômitos. Ao quarto dia sensivelmente, caso a situação fosse benigna, os sintomas desapareciam definitivamente; se o caso fosse grave, surgia uma cor amarela, vítrea a cobrir toda a superfície corporal. Seguidamente surgiam os vômitos de sangue, que podiam coincidir com hemorragias e manchas avermelhadas na pele. De acordo com as epidemias, a taxa de mortalidade poderia variar entre os 15% e os 50% (Alves, 2005).

A febre tifóide ou tífica, tornou-se conhecida desde o século XVI, embora confundida com outras febres intestinais. A partir de 1865 esta doença teve tendência a regredir.

Com a intenção de curar os que tinham apanhado o tifo, que, por vezes, assumia carácter epidémico, prescreviam-se cozimentos e, caso fosse necessário, estímulos com epispásticos, fricções na coluna vertebral, sinapismos. Poderiam ser também aconselhados clisteres e dietas.

Com menos taxa de mortalidade, mas com efeitos fatais ao nível da saúde das populações eram as febres intermitentes, ou sezonismo, por norma associadas à malária ou ao paludismo.

O paludismo (terçãs ou “febres”) consta-se ter sido conhecido desde sempre em determinadas regiões do país e devido à lacuna do aproveitamento de certos terrenos anteriormente utilizados para a agricultura, principalmente onde se cultivava arroz surgiram novos pântanos, contribuindo para o alastramento desta doença. Pensa-se que o tráfico de escravos africanos também terá contribuído para tal.

Os acessos intermitentes de febre, tremores, sudação profusa, frio intenso, cefaleias, foram entendidos, como sendo consequência de matéria orgânica em putrefacção nos pântanos e água estagnadas, associados a infecção por plasmodia. A identificação dos parasitas causadores de malária e do mosquito transmissor coincide com conhecimentos de parasitologia e o princípio da “causa e agente específicos” das doenças divulgados pelas pesquisas bacteriológicas que tiveram a sua ascensão a partir da segunda metade do século XIX (Saavedra, 2010).

A varíola, que já tinha sido registada em Portugal em meados do século XV, manteve-se e continuou a fazer inúmeras vítimas mortais, até à erradicação já na última década do século XX. Considerada como uma das doenças mais graves e temidas. Em 1978 iniciou-se a aplicação da vacina anti-variólica em Coimbra.

De acordo com Graça (1999), em 1899, no final do século surgiu no Porto um surto de peste bubónica. Foram registados 37 casos mortais em menos de 3 meses.

A encefalite letárgica, ou “modorra”, foi conhecida ainda mais cedo e manteve-se como quase todas as restantes doenças sob a forma endémica ou epidémica até então.

A tuberculose, manteve-se mal conhecida, apesar dos seus sintomas já terem sido descritos no século XV. No século XIX tornou-se uma das doenças mais frequentes e mais graves, denominada de “peste branca”. Vitimou em maior número, jovens e pessoas oriundas das classes trabalhadoras.

Para além da tuberculose a sífilis e o alcoolismo também tiveram a sua expressão, associados à prostituição e à marginalidade.

Como principais causas apontadas para o aparecimento destas doenças foram apontados o meio ambiente, as invasões francesas e no caso da malária a expansão dos arrozais.

O meio ambiente também tinha muita importância no aparecimento de doenças. O facto de se viver numa zona portuária, poderia contribuir para a presença da febre endémica, pela possibilidade de existência de peixe apodrecido.

As Invasões francesas, que ocorreram neste período de tempo também tiveram uma quota-parte de importância no aparecimento da Febre Epidémica Contagiosa.

Na segunda metade do século XIX, o aumento dos casos de malária foram associados à expansão dos arrozais. A relação entre parasita, mosquito e homem, condicionada por factores ambientais, técnica agrícola e espécies de arroz, distribuição da população política agrícolas e estrutura agrária permitiram esta associação (Saavedra, 2010).

Segundo Saavedra (2010), de acordo com Porter (1999), quase até ao final do século XIX, esta associação entre os arrozais e a malária tinha fundamentação baseada na higiene, apoiada na teoria miasmática. Segundo esta teoria, as febres intermitentes tinham como causa a infecção dos sujeitos por miasmas, que provinham de eflúvios (gases venenosos) resultantes da putrefacção de matéria orgânica, vegetal ou animal, característica das zonas pantanosas.

Durante os séculos XVIII e XIX as febres foram muito faladas no que se refere à natureza das doenças. A teoria dos humores, designada pelo médico português José Manuel Chaves<sup>4</sup> em 1790, disputava a explicação das causas da alteração na circulação sanguínea, característica dos estados febris. Os motivos das alterações nos tecidos, fibras ou humores, podiam ser externas, como por exemplo, a humidade, o calor e os miasmas, mas também podiam estar relacionados com comportamentos individuais e condições internas ao organismo dos indivíduos (Saavedra, 2010).

Segundo Saavedra (2010), de acordo com Chaves (1790), a teoria miasmática combinava-se com a teoria humoral, segundo a qual, nas febres o sangue tornava-se mais viscoso. Este aumento da viscosidade era provocado por

---

<sup>4</sup> José Manuel de Chaves nasceu em 1746 em Vale de Telhas, distrito de Bragança, falecendo em Grândola, em 1822. Concluiu o curso de medicina em 1774 em Coimbra. Exerceu clínica em Condeixa e terminou como médico municipal em Grândola. Contudo, o que mais o destacou foi a sua produção literária. Deixou uma série de livros tais como: Elementos de Medicina prática de Cullen, traduzidos da quarta edição inglesa com notas de Bosquillon, Lisboa, 1790 a 1794. Escreveu ainda 2 poemas jocosos denominados: Europa Roubada, gritos do seu povo (<http://www.cm-mirandela.pt/index.php?oid=4443>)

factores internos e externos, nomeadamente os miasmas infecciosos provenientes da matéria orgânica em decomposição.

Ribeiro Sanches<sup>5</sup>, relatado por Saavedra (2010), escreveu no Tratado da Conservação da Saúde dos Povos sobre a malignidade dos terrenos pantanosos, principalmente quando expostos ao sol e ao calor, desencadeadores da putrefacção que contaminava o ar, originando toda a panóplia de doenças febris (intermitentes, quartãs, contínuas), nas populações que estivessem nessa zona de influência. Como exemplo de terrenos pantanosos e alagadiços, Ribeiro Sanches referia-se principalmente aos arrozais, cuja cultura se intensificou em Portugal, a partir da segunda metade do século XIX. Este aumento da cultura dos arrozais veio tornar mais notória e mais polémica a relação entre os arrozais e a malária.

Caetano Beirão<sup>6</sup>, referenciado por Saavedra (2010), não condena na totalidade a cultura dos arrozais, mas que a legislação deveria contemplar as condições para a autorização das licenças a quem pretendesse praticá-la, salientando que o argumento de direitos de propriedade nunca se poderia sobrepor aos interesses da saúde comum. As suas recomendações recaíam na localização dos arrozais (devia-se ter em atenção a distância dos arrozais à população, considerando os ventos dominantes), irrigação contínua, o escoamento das águas,

---

<sup>5</sup> António Nunes Ribeiro Sanches nasceu em Penamacor no dia 7 de Março de 1699. Médico e grande intelectual, considerado por muitos, um verdadeiro enciclopedista (médico, filósofo, pedagogo, historiador, etc.). Escreveu largas dezenas de manuscritos, dos quais apenas nove foram publicados em vida. Na medicina, onde se distinguiu na venereologia, tendo sido por isso chamado de *o médico dos males de amor*. O seu nome está na primeira fila dos grandes mestres do pensamento europeu da sua época, o Marquês de Pombal aproveitou muito do seu saber para implementar a sua acção cultural e científica, na sua tarefa de modernização de Portugal. (<http://cvc.instituto-camoes.pt/filosofia/ilu10.html>)

<sup>6</sup> Caetano Maria de Abreu Beirão nasceu a 5 de Novembro de 1892 na cidade de Lisboa. Foi escritor, jornalista e historiador. Formou-se em Direito na Universidade de Coimbra. Caetano beirão era um defensor do regime político apoiado na monarquia. Como monárquico integralista, fez parte do movimento intitulado Integralismo Lusitano desde os seus primeiros tempos. Para além disso, foi ainda director da Juventude Monárquica de Lisboa e um dos fundadores da Junta Directiva da Acção Realista Portuguesa, além de ter desempenhado vários cargos na causa monárquica, o que ajudou a que fosse preso por motivos políticos. Enquanto jornalista colaborou com vários jornais políticos, tais como: A Nação, A Monarquia, A Acção Realista; bem como em periódicos de Lisboa e da província tais como: Diário de Notícias, A Voz, A Época e Lourenço Marques Guardian ([http://www.infopedia.pt/\\$caetano-beirao](http://www.infopedia.pt/$caetano-beirao)).

a limpeza das cearas depois da ceifa e ainda a protecção das pessoas que trabalhavam na cultura do arroz, nomeadamente o melhoramento das suas condições de higiene, alimentação e situação pessoal.

### Doenças do Aparelho Respiratório

As enfermidades do aparelho respiratório e também as afecções da garganta predominavam nos meses frios e chuvosos, desde o Outono à Primavera. Com os ventos frios do Inverno, surgiam e agravavam as moléstias como tosses, pneumonias e catarros.

Os catarros eram tratados com sangrias, eméticos, misturas salinas, peitorais, juntamente com agasalho e bebidas quentes.

As febres catarrais, pleurises e pneumonias eram combatidas com sangrias, eméticos, mucilaginosos, epispásticos, diluentes, peitorais, inalações, expectorantes, que podiam variar consoante as circunstâncias, clisteres, antiflogísticos.

Para curar as anginas, recomendava-se sangrias e vesicatórios, fomentações, gargarejos, inalações de vapores.

Para tratar a tosse convulsa, receitava-se sangrias, eméticos, diaforéticos e catárticos. Os carbúnculos eram escarificados e tratados com digestivos, emolientes, supurativos e estimulantes. Por vezes recorria-se à sangria e cauterização.

As amigdalites (esquinências tonsilares como se chamavam na altura), eram tratadas com sangrias, eméticos, gargarejos, inalações, emolientes, fomentações, algumas vezes pedilúvios e cáusticos na nuca.

As hemoptises combatiam-se com peitorais, electuários, emolientes, mucilaginosos, vesicatórios.

Havia quem sofresse de dispneia. Esta era tratada com peitorais, demulcentes e purgantes.

## Doenças do Aparelho Digestivo

Em casos de disenteria eram receitados eméticos, purgantes, clisteres, rubefacientes, vesicatórios, diaforéticos, antiflogísticos e banhos quentes.

No tratamento das diarreias, prescreviam-se sorventes e revertentes, electuários, cataplasmas, fricções sobre o ventre.

Para tratar as cólicas, recomendava-se o uso de anti-espasmódicos, anódinos, emolientes, clisteres, purgantes, tónicos.

As gástricas ou biliosas eram tratadas com eméticos, peitorais, mucilaginosos e tónicos; as febres meníngeo-gástricas com eméticos, misturas salinas, julepos, vesicatórios, sinapismos.

Quando se suspeitava da existência de vermes, ministrava-se ao doente, vomitórios, etíopes, xaropes; aos mais novos clisteres, banhos do ventre e das costas e cataplasmas.

As ascites eram tratadas com diuréticos, banhos do ventre, após a extracção do líquido e as indigestões, com estimulantes, difusivos, amargos, sorventes, brandos catárticos.

As principais causas que contribuía para o aparecimento de todas estas doenças recaía sobre o clima, o meio ambiente, o estado do próprio doente e as circunstâncias ocasionais.

O clima era considerado por todos os médicos e cirurgiões, um dos factores que mais contribuía para o aparecimento das doenças. As analogias feitas pelos médicos entre as doenças e as estações do ano eram frequentes.

Na globalidade, as invasões provocaram a movimentação forçada das populações. Esta fuga precipitada desenrolou privações e miséria. Muitas pessoas perderam os seus bens, sofreram vexames e muitas morreram.

Os centros urbanos para onde fugiram as pessoas foram afectados. Os aglomerados de pessoas associados à falta de condições de higiene, de alimentos, de vestuário e de assistência médica criaram um ambiente propício ao aparecimento de epidemias.

De acordo com Alves (2005), as zonas portuárias e os navios eram os locais de eleição para se contrair a febre-amarela. Com o frio, desaparecia a epidemia, por essa razão, era aconselhada a estação fria aos emigrantes e viajantes para atravessarem as regiões onde a febre-amarela fosse reconhecida como endémica. Havia já a percepção de doença contagiosa, recomendando-se evitar a aproximação com estes doentes, vigiá-los de longe, deixar o doente num compartimento e responder aos seus apelos ou entregar os alimentos noutra compartimento ao lado.

Este reconhecimento do perigo de contágio assustava muito as populações e surgiam comportamento de repulsa perante os doentes afectados. Esta preocupação aumentava à medida que crescia a circulação de pessoas e bens, nomeadamente bens alimentares. Para a febre-amarela os regulamentos relativamente à sanidade marítima eram rigorosos (Alves, 2005).

Segundo Alves (2005), apenas os navios com carta de saúde limpa, certificada pela autoridade consular do porto de partida, eram admitidos imediatamente à livre prática; os navios que eram procedentes de portos suspeitos de febre-amarela eram forçados a uma quarentena de observação que poderia durar cinco dias. Esta observação só poderia ser efectuada em portos que tivessem lazareto, isto é, que tivessem casa própria para acolher os passageiros em isolamento, independentemente de estarem infectados ou não. Caso tivessem surgido casos de morte ou de doença durante a viagem, o conselho de saúde poderia aplicar ainda outras medidas, como a quarentena de “rigor”, que obrigava a desembarcar toda a carga e a aplicar medidas rigorosas de purificação e desinfecção (fumigações de enxofre). Os passageiros e a tripulação permaneciam no lazareto ou no navio isolado; a contagem do tempo para a quarentena recomeçava sempre que era declarado outro doente.

Com os desenvolvimentos na área da epidemiologia e microbiologia, houve práticas que foram desvalorizadas. Os lazaretos e as medidas de quarentena, bem como os seus regulamentos minuciosos, passaram a ser considerados como eles próprios focos de infecção. Os lazaretos chegaram mesmo a ser alvo de ridículo por países como a Espanha, França e Inglaterra que

já tinham desactivado os seus e tornando as medidas de quarentena mais ligeiras (Alves, 2005).

Em Portugal, coube a Ricardo Jorge o papel principal mudança de cuidados sanitários.

Segundo Alves (2008), em 1899 Ricardo Jorge reconheceu a peste bubónica, que assolou a cidade do Porto<sup>7</sup>. Devido à sua descoberta alarmante, pediu rapidamente a colaboração de autoridades nacionais, como Câmara Pestana<sup>8</sup> e estrangeiras, para serem realizados novos exames, que acabaram por confirmar o seu diagnóstico.

---

<sup>7</sup> “A 4 – 7 – (18)99 recebia eu um bilhete d’um negociante da rua de S. João, chamando a minha atenção para uns óbitos que se tinham dado na rua da Fonte Taurina. Estou já habituado a servir d’objectivo a participações phantasticas ou verdadeiras d’este género, assignadas ou não. Mas a qualidade da pessoa que a subscrevia, obrigou-me a tomar conta do caso. Mandeï examinar à regedoria as certidões d’óbito respectivas, que só tarde me costumam ser communicadas para o effeito estatístico; resavam ellas de moléstias banaes. Apesar desta innocencia nosographica, mandei tomar informações no lugar por um empregado que voltou dizendo-me que tinham morrido pessoas e outras estavam doentes d’uma espécie de febre com nascidas debaixo dos braços. Não se tratava pois da banalidade prevista, o que me resolveu a fazer uma vista pessoal à Fonte Taurina, onde com as informações colhidas e os doentes ainda presentes me convenci logo estar em frente d’um foco epidémico de moléstia singular e nova.

Caso anormal e grave, dei immediatamente conta do succedido ao snr. commissario geral de policia, como autoridade sanitária, ao snr. vereador do pelouro, como representante da administração municipal, e ao snr. director clínico do hospital para o internamento immediato e isolamento dos epidemiados.

Os serviços dependentes ou ligados à repartição de hygiene, como o da desinfecção e limpeza, entraram sem demora em acção; e no dia seguinte acompanhava ao local o snr. inspector de policia Feijó e o su-delegado de saúde Joaquim Mattos, sendo intimidados os proprietários e inquilinos às beneficiações e limpezas das suas descuradas e immundas habitações a que, diga-se de passagem, só procederam depois d’instancias repetidas.

Apurei dez casos, três dos quaes ainda subsistentes, por ocasião da primeira visita; mas nas seguintes, pouco e pouco, e servindo-me de todos os meios de inquirição para desatar-lhes a língua a principio reservada, consegui desdobrar todo o quadro epidémico, desde o seu inicio que consegui alcançar. O caso primordial fôra o do gallego Gregorio Blanco, d’onde bracejou o contagio para a grande maioria dos casos registrados em numero dezasseis. Foi o mais fructuoso que pôde desejar-se este inquérito; será rara a história de epidemia pestilencial onde a primeira pagina fosse colhida com tanta nitidez. (...) Devotei-me ao estudo da epidemia nascente, e d’esses primeiros trabalhos elaborei relatório completo que só pôde ser enciado a 28-7. Convém que saiba que ao tempo trabalhava só; tinha de ser tudo – clínico, epidemiologista, bacteriologista e higienista. E ainda me via forçado ao serviço escolar, de que não tinha escusa. (...) O andaço da Fonte Taurina durava approximadamente um mez; o mal extinguiu-se ou sopitava. Nutri as melhores esperanças de que a praga morresse ao nascer; mas a semente apegava.

Foram encomendados ao Instituto Pasteur de Paris “duzentos tubos do soro Yersin”, o qual, segundo a opinião de Ricardo Jorge, não dava “os resultados lisonjeiros que a princípio se divulgaram” (Diário de Notícias, nº 12102, 18/08/1899, p. 1). O soro Yersin tinha sido desenvolvido por Alexandre Emile Jean Yersin, médico suíço que tinha isolado o bacilo da peste bubónica em 1894 juntamente com Kitasato Shibasaburō, após uma investigação sobre esta doença na China. O soro já tinha sido testado durante a epidemia da peste que tinha ocorrido em 1898 em Macau. Contudo, a sua eficácia dependia da rapidez com que este fosse aplicado.

---

*À volta do foco brotavam pouco e pouco casos suspeitíssimos que me mantinham receioso, e não tardou o convencimento de que a peste avançava a passos lentos e espaçados, como é de seu uso e costume à primeira arremetida.(...) Falharam as primeiras pesquisas, e falharam os casos. A 31-7 fazíamos colheita fecunda, e dentro d’oito dias adquiria por mim a irrefragável certeza de que tinha nos tubos de cultura isolado o puro e o legítimo bacillo de Yersin. E dessa convicção dei parte superiormente a 8-8. (...) Submeti o achado ao meu companheiro e amigo Câmara Pestana; devia-o à sua competência magistral e à sua situação official à frente dos serviços bacteriológicos do paiz, devia-o emfim ao seu espírito d’alta lealdade e autoridade científica. A sua confirmação foi immediata. A sociedade de Medicina e Cirurgia, onde todos os elementos da questão foram postos e annulladas as duvidas dos recalcitrantes, apoiara com a autoridade da sua assembleia o diagnostico. Não mais temi a exteriorisação da minha certeza” (Jorge, 1899).*

<sup>8</sup> Luís da Câmara Pestana, nasceu no Funchal em 1863. Foi um higienista e professor universitário português que se destacou como um dos pioneiros da bacteriologia. Formou-se na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1889, com a tese *O Micróbio do Carcinoma*. Foi nomeado professor Higiene, Medicina Legal e Anatomia patológica da mesma escola em 1890, tendo sido também cirurgião dos hospitais de Lisboa. Em 1892 criou o Instituto bacteriológico de Lisboa. Tornou-se célebre devido ao facto de ter demonstrado que o bacilo isolado na epidemia de Lisboa de 1894 não era o vibrão da cólera. Morreu cedo, vítima da epidemia da peste que combatia na cidade do Porto, ao realizar uma operação, picou-se na mão esquerda, ficando infectado com a doença. Dois meses antes tinha sido vacinado com este soro (O Comércio do Porto, nº 222, 19/09/1899, p. 2). Contudo, isto não serviu de impedimento de apanhar a doença. A 10 de Novembro de 1899, Câmara Pestana viajou até Lisboa para participar no Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública. Ao chegar a Lisboa o Dr. Câmara Pestana violou os princípios rigorosos do cordão sanitário que implicavam quarentena e inspecções médicas a todos os passageiros que chegavam a Lisboa. Assim sendo, Câmara Pestana foi um dos únicos doentes de peste a levar a epidemia para fora do Porto (<http://www.ciuhct.com/index.php/pt/biografias/330-camara-pestana-luis.html>).

Deveria ser logo aplicado nos primeiros dias da doença, e funcionava melhor ainda como forma de prevenção, como foi usado pelos médicos franceses que se deslocaram ao Porto para estudar a evolução da epidemia, nomeadamente o Dr. Calmette, delegado do Instituto Pasteur, de Paris (<http://www.ciuhct.com/index.php/pt/biografias/330-camara-pestana-luis.html>).

Face a isto, desconfiando desta medida, Ricardo Jorge orientou algumas medidas profiláticas, com o intuito de eliminar a peste, tais como a evacuação de casas e o isolamento dos doentes, a desinfecção dos domicílios, entre outras. Contrariando a sua opinião o governo adoptou medidas tradicionais do cordão sanitário. A população reagiu mal talvez por não acreditar na peste ou porque pensavam que estava a ser propagada pelos médicos. Consequentemente estas medidas não tiveram eficácia, pois as pessoas dificultavam e não cumpriam aquilo que estava estipulado, nomeadamente a saída das suas casas para desinfecção e recusavam a vacina e o internamento.

O descontentamento da população era tal, que Ricardo Jorge chegou a ser enxovalhado nas ruas e ameaçado de morte. Devido a estes acontecimentos foi obrigado a ir para Lisboa, deixando assim a cidade do Porto (Alves, 2008).

#### **4. TIPOS DE INSTITUIÇÕES EXISTENTES ONDE SE MORRIA**

Neste capítulo vão-se abordar quais as instituições existentes na altura onde se prestavam cuidados de saúde e onde se morria. Para tal, as referências bibliográficas mais utilizadas foram: Assistência Hospitalar no Porto 1750 – 1850 (6), História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal (10) e <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos15.html> (40).

De acordo com Ferreira (1990), a segunda metade do século XIX foi marcada pela criação de vários tipos de instituições com o objectivo de melhorar a situação de saúde das populações, melhorando as dificuldades que existiam na elaboração de diagnósticos e no tratamento das doenças

O desenvolvimento da industrialização e o progresso das ciências e das técnicas, bem como a intervenção das reformas sanitárias e de algumas grandes forças religiosas foram a grande alavanca para tal feito. Tudo isto constituiu benefício não só para as classes mais favorecidas, mas também para a população mais pobre, com o objectivo de proteger toda a população de todas as doenças existentes na época (Ferreira, 1990).

As instituições que foram surgindo tinham como objectivos a cura, o diagnóstico, a vigilância sanitária e a investigação.

Alguns hospitais provêm desde o tempo do Marquês de Pombal, e foram instituídos em conventos ou colégios religiosos, como foi o caso dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do de S. José, do Desterro, de Arroios, de Curry Cabral (antes, do Rego), de Santo António dos Capuchos, de Santa Marta. Outros foram edificados intencionalmente por Misericórdias ou pelo Estado, por todos os distritos, até ao fim do século XIX. Existiam também os chamados sanatórios. Estes eram hospitais especializados para internamento de tuberculosos. Os dispensários, destinados à observação das meretrizes. Os mais antigos foram os antivenéreos, que funcionavam já em 1863 (Ferreira, 1990).

De acordo com Barreira (2002), para o tratamento de doentes existiam no Porto, entre 1750 a 1850, os hospitais de D. Lopo de Almeida/Santo António, das Velhas, dos Entravados, das Entravadas, dos Lázarus, todos administrados pela Misericórdia do Porto, os das ordens Terceiras de S. Francisco e do Carmo, da Irmandade de S. Crispim e S. Crispiano, da Irmandade de Nossa Senhora da Silva (os Hospitais de Santa Catarina e de S. João Baptista), da Irmandade do Terço e da caridade, da irmandade dos Clérigos Pobres, dos Ingleses e hospitais militares como os de S. Bento e de S. João Novo.

Os hospitais das Ordens Terceiras e da Irmandade do Terço no início apenas aceitavam doentes curáveis. Posteriormente, decidiram aceitar doentes crónicos (entravados e incuráveis) e hóspedes vitalícios (particulares) para os quais construíram instalações apropriadas (Barreira, 2002).

Ainda no século XIX e continuando pelo século XX, aumentou a tendência instaurada pelos médicos de levarem as Misericórdias a preocuparem-se fundamentalmente com a assistência hospitalar, deixando que as obras de beneficência e de caridade ficassem para segundo plano (Ferreira, 1990).

Segundo Barreira (2002), em regra, estes hospitais tinham ao seu serviço um médico, um cirurgião, um sangrador, dois enfermeiros, um de cada sexo.

A Ordem de S. Francisco, tinha um segundo médico enquanto não construiu enfermarias para entravados e incuráveis. Este tinha como função ir a casa dos Irmãos observar os que se encontravam na situação supracitada e dava, por outro lado, parecer sobre os que chegavam ao hospital com doenças proibidas. Depois, em 1805, com a criação de enfermarias para entravados e incuráveis o lugar foi extinto (Barreira, 2002).

O hospital da Misericórdia (o de D. Lopo de Almeida e depois o de Santo António<sup>9</sup>) tinha ao seu dispor um corpo clínico mais complexo, constituído por

---

<sup>9</sup> Na segunda metade do ano de 1700, o Hospital D. Lopo já não tinha capacidade de acolher os doentes de toda a cidade e arredores que a ele se dirigiam. Em 1769, foi concluído pelo arquitecto inglês John Carr o projecto do novo Hospital Real de Santo António, projecto esse encomendado pela Misericórdia do Porto. Contudo, pela sua grandiosidade, o projecto não chegou a realizar-se nem sequer em metade. (Barreira, 2002)

dois médicos, vários cirurgiões, dois sangradores, diversos enfermeiros e ajudantes dos dois sexos.

Os médicos e os cirurgiões tinham a sua actividade condicionada pelos regimentos dos hospitais. Isto é, quando as instituições não possuíam instalações apropriadas, estes estavam proibidos de autorizar a entrada de doentes com queixas crónicas, contagiosas ou gálicas. Só o poderiam fazer em caso de perigo de vida. Nestas circunstâncias, deveriam ministrar um tratamento paliativo, para que se pudesse prolongar a vida (Barreira, 2006).

O pessoal de enfermagem não possuía em grande parte dos casos, preparação prévia para o exercício da profissão.

No Regulamento do Hospital ou Santa casa da Misericórdia d'Ovar (RHSCMO), está explanado no artigo 16º que “*o enfermeiro deve saber ler, escrever e contar*”.

Aos enfermeiros competia acompanhar as visitas dos médicos e cirurgiões e cumprir o que estes lhes estipulavam no respeitante a remédios e dietas. Faziam a distribuição das dietas e dos remédios aos doentes. Tinham também de lavar os enfermos, varrer e esfregar as enfermarias, fazer as camas e mudar a roupa; fazer a vigília dos doentes, incluindo à noite; chamar o capelão para a extrema-unção; amortalhar os cadáveres; deviam ainda manter as portas das enfermarias fechadas para que os doentes não saíssem, prevenindo a entrada de visitas sem o consentimento do médico. Todavia, acrescidas a estas obrigação os enfermeiros estavam também sujeitos a certas obrigações de carácter moral e religioso. Deviam lembrar aos doentes da necessidade de melhorar o comportamento e de encomendar as almas, as suas e as dos benfeitores (Barreira, 2002).

As tarefas dos enfermeiros dos convalescentes eram mais difíceis devido à natureza particular destes doentes. Desta forma, deviam de dar os alimentos prescritos, cumprir as determinações dos médicos e cirurgiões no que toca a clisteres, unturas ou outros remédios, assistir aos doentes de dia e de noite, fazer-lhes as camas, cuidar-lhes da higiene duas vezes ao dia, vigiar-lhes os movimentos de modo a que não prejudicassem a saúde, varrer e limpar as instalações de manhã e depois do jantar (Barreira, 2002).

Mas, segundo Barreira (2002), fosse qual fosse o local onde exercessem as suas funções, a todos os enfermeiros eram exigidos zelo e asseio, boa conduta, espírito caritativo e amor para com os enfermos.

Em Portugal, grande parte do pessoal hospitalar que prestava cuidados básicos aos doentes, pertencia a ordens religiosas e militares ou a confrarias e irmandades. Foram denominados ao longo do tempo de enfermeiros maiores e enfermeiros pequenos, hospitaleiros e hospitaleiras, irmãos e irmãs, religiosos e religiosas, enfermeiras, servas ou simplesmente mulheres (Graça, 2004).

Durante parte dos séculos XVII, XVIII e XIX, quase todos os hospitais militares de Portugal e Espanha eram assistidos pelos Religiosos de S. João de Deus, os quais neles trabalharam até à exclausuração (Graça, 2004).

Segundo Graça (2004), grande parte da formação teórica e prática ministrada aos enfermeiros centrava-se nos métodos de “arrancar líquidos ao organismo”, através de “suadouros, clisteres, purgantes e sangrias, numa tentativa de restabelecer o equilíbrio do Humor”<sup>10</sup>.

Quanto ao modo de aplicação terapêutica, privilegiava-se a via cutânea, estando em voga as aplicações untuosas, as unturas, os esfregaços, os banhos medicamentosos, etc., “quentes, tépidos ou frios, consoante o exigido pela situação ou pela indicação do clínico” (Graça, 2004).

Relativamente aos hospitais civis, nestes a formação do pessoal de enfermagem era ainda pior, e ter-se-à agravado aquando a extinção das ordens religiosas, em 1834. A Ordem Hospitaleira de São João de Deus só regressa a Portugal em 1890, tendo-se dedicado a partir de então à saúde mental.

Nos finais do século XIX, o problema da formação do pessoal de enfermagem voltou a colocar-se com a criação dos primeiros cursos de formação

---

<sup>10</sup> A Teoria Humoral constituiu o principal corpo de explicação racional da saúde e da doença entre o século 4 a.C. e o século XVII. Também conhecida pela Teoria Humoral Hipocrática ou galénica, segundo a qual a vida seria mantida pelo equilíbrio entre quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra, procedentes, respectivamente do coração, sistema respiratório, fígado e baço. As doenças ocorriam devido a um desequilíbrio entre os humores. Aos elementos constitutivos de todo o real Empédocles acrescenta duas forças contrárias, o Amor e a Discórdia, responsáveis pela mudança, ao unirem ou ao separarem os elementos ([http://www.saude-mental.net/pdf/vol4\\_rev1\\_leituras2.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf)).

prática em enfermagem nos hospitais de Lisboa, Coimbra e Porto. Embora de curta duração esses cursos iriam constituir a origem das primeiras escolas de enfermagem, fundadas já no início do século XIX (Graça, 2004).

Com exceção da Misericórdia, as restantes instituições, nomeadamente as ordens religiosas, recusavam-se a receber doentes que tivessem enfermidades crónicas ou contagiosas. Esta atitude era compreensível porque a entrada de enfermos com doenças incuráveis ou contagiosas, que necessitavam de isolamento ou de tratamento prolongado, limitava o funcionamento dos hospitais que eram dotados de orçamentos apertados e de número limitado de camas. Para ultrapassar estas dificuldades, a Misericórdia do Porto possuía, como sabemos, hospitais próprios para recolher velhas, entravados e entravadas, “lázarus” e “lazaras” (Barreira, 2004).

A Santa Casa, como instituição com base em princípios católicos, retrai-se no tratamento dos enfermos que professassem outras religiões. O problema não acontecia nas restantes instituições que, em princípio, apenas prestavam assistência aos seus membros. Os protestantes que viessem ao curativo do Hospital da Misericórdia deviam rejeitar a sua religião.

No que diz respeito a estas decisões, as posições das Ordens Terceiras e da Irmandade do Terço são bem claras. Permitiam, contudo, situações de excepção. No Regimento do Hospital do Terço de 1781, diz-se que “não admitirão doenças crónicas e gálicas excepto estando em perigo de vida em cujos termos lhe farão alguma cura paliativa para que a uns adiante a vida e a outros esperem por tempo capaz de tal cura a qual será feita na casa dos próprios doentes até haver casa separada neste hospital para serem curados de semelhantes queixas” (Barreira, 2004).

No RHSCMO, vinha contemplado no artigo 5º que, “*não devem ser admitidos neste hospital, doentes com moléstias crónicas e contagiosas em estado de serem julgados incuráveis; nem também aqueles que puderem curar-se no banco: evitando-se assim que sejam ocupados lugares em que podem socorrer-se enfermos com moléstias curáveis*”.

Nos nossos dias, vivenciamos com frequência situações semelhantes. Quando temos doentes sem hipótese de cura, relativamente sobre os quais ouvimos dizer, “não podemos fazer mais nada”, há a tendência de se tentar “mandar” para casa, porque os custos da sua permanência nos hospitais são elevados. Por isso, foram criadas unidades de cuidados paliativos e as unidades de cuidados continuados de longa duração.

À luz dos conhecimentos actuais e tendo por base a filosofia dos Cuidados Paliativos, estes doentes não podem ser “abandonados” nem a sua família, que os levava para casa devido à impossibilidade de ficarem institucionalizados. Desta forma, passavam para o outro extremo, que era estar apoio de ninguém mantendo os seus receios, insegurança, aumentando o sofrimento quer dos doentes, quer dos familiares.

Felizmente hoje existem instituições com serviços, nomeadamente as unidades de Cuidados Paliativos, que permitem ao doente e à família sentirem-se apoiados por profissionais, que respondem prontamente às suas dúvidas e que se houver necessidade de internamento o facultam, promovendo, se for caso disso uma morte digna, sem sofrimento e sem solidão, porque para eles “há sempre mais qualquer coisa que se pode fazer”. Contudo, estas instituições ainda são em número reduzido perante as necessidades do nosso país e a nossa “gente”, os nossos doentes continuam a morrer em serviços de medicina, de cirurgia de hospitais de agudos, numa cama rodeados por cortinas que o separam dos outros doentes. Muitas vezes queixosos, com sintomatologia mal controlada.

É urgente formarem-se profissionais de saúde em Cuidados Paliativos. Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006), a formação mais diferenciada em Cuidados Paliativos é um elemento essencial para a organização e qualidade deste tipo de cuidados. A formação básica alargada, será uma garantia da humanização e da qualidade dos cuidados de saúde.

A criação de mais instituições que promovam qualidade de vida até à morte, promovendo que esta ocorra com dignidade e que apoiem no luto os familiares destes doentes, é também de extrema importância.

Em 1999, o Conselho da Europa estabeleceu que a “obrigação de respeitar e preservar a dignidade da pessoa com doença terminal ou em agonia deriva da inviolabilidade da dignidade humana em todos os estádios de vida. Este respeito e protecção encontra a sua expressão na criação de um adequado ambiente que proporcione ao doente morrer com dignidade” (Associação Nacional de Cuidados Paliativos 2006 p:2)

Até lá é importante tal como foi dito anteriormente, fazer-se formação aos profissionais que estão nos hospitais em serviços de agudos alertando-os para a necessidade de olharem com “outros olhos” para estes doentes e para as suas famílias.

## 5. PREOCUPAÇÕES NA ASSISTÊNCIA EM FIM DE VIDA

No presente capítulo serão abordadas quais as preocupações na Assistência em fim de vida, comparando com a assistência prestada na actualidade, uma vez que, “*a medicina teve desde sempre papel menos relevante do que se afigura, sobretudo em evitar a morte e tornar mais duradoura a vida das pessoas*” (Ferreira, 1990).

Esta realidade está mais patente a partir da segunda metade do século XIX. As condições de higiene das pessoas passaram a ser alvo de atenção e foram melhoradas e criaram-se medidas sanitárias e profiláticas organizadas, sem ligação directa com a prática médica, seja clínica ou cirúrgica (Ferreira, 1990).

A concepção das doenças e o comportamento das instituições perante as enfermidades não eram, necessariamente, iguais aos dos nossos dias.

Como já foi referido anteriormente, os doentes crónicos ou incuráveis não eram aceites na maioria dos hospitais. Os motivos prendiam-se com o facto de estes doentes irem ocupar lugares que poderiam servir para tratar doentes com maleitas curáveis e como o internamento poderia ser prolongado, iria ficar caro aos hospitais, tendo estes um orçamento apertado (Barreira, 2002).

Segundo o RHGSA, não poderiam ser aceites, ainda que sejam pobres, os doentes com moléstias incuráveis, salvo em perigo de vida. Aos doentes que se apresentarem com moléstia grave, o facultativo que os tiver aceitado, tinha de escrever no lugar respectivo a nota de “Viático e Unção”<sup>11</sup>, para se evitar que faleçam sem os Sacramentos (Barbosa e Neto, 2010).

---

<sup>11</sup> A palavra viático vem do latim *viaticum*, que significa “pão para o caminho”. Para a Igreja, este caminho significa a entrada após a morte, na vida eterna. Sendo assim, o viático é o último sacramento cristão. A unção dos enfermos é dada a qualquer pessoa que esteja muito doente ou em perigo de vida, mas que pode não estar à beira da morte, em contrapartida, o viático é dado a quem efectivamente está prestes a morrer (<http://www.paroquiadearroios.org/?s=viático+unção>).

De acordo com o Artigo 140º do RHGSA,

*“Se acontecer que a moléstia de algum doente tenha sido rebelde a todas as aplicações que o facultativo respectivo lhe tiver feito, este convocará a uma junta aqueles que lhe parecer; e ouvindo a sua opinião e declarando que a moléstia é incurável, o doente se despedirá do hospital, se o padecimento for de natureza que lhe permita sair; dando-se parte ao mordomo para os efeitos convenientes, depois de se lavrar uma acta, em que se consigne a resolução da junta, a qual será escrita no livro competente pelo médico”.*

Um dos deveres dos facultativos era verificar o óbito dos doentes que falecerem, e determinar quando os cadáveres devem ser removidos das enfermarias.

Segundo Cerqueira (2010), no advento do século XVIII/XIX, a morte começa a ser exaltada, teatralizada, passando a ser vista como uma desobediência que “arranca” a pessoa da sua vida, “largando-o para um mundo de sofrimento”. No funeral mantém-se rodeado pela família e pelos amigos, porém, as emoções são enaltecidas nomeadamente com gritos, proporcionando por vezes encenações dramáticas.

No final do século XIX, o anterior já não se verificava. Surgiram novos sentimentos que visavam evitar o sofrimento do doente, tomando a família a opção de ocultar e esconder a verdade. “A morte passa a ser algo metafísico que se exprime pela separação da alma, do corpo”. As visitas eram condicionadas apenas aos entes mais próximos, sendo vedada a outras pessoas, passando de um acontecimento público a restrito (Cerqueira, 2010).

Nos nossos dias a morte deixa de ser vivenciada no seio da família, tendo sido os hospitais, o local eleito como mais priverligiado para tal (Cerqueira, 2010).

A maioria das vezes não se questiona qual a vontade da pessoa, onde é que ela gostaria de passar os seus últimos momentos. De acordo com João (2010), baseando-se em Twycross (2003), se as pessoas tivessem a possibilidade de escolher, a maioria optaria por morrer em sua casa e não num ambiente estranho como o hospital, mas para isso, seriam precisos bons serviços de apoio. Ainda assim, existem estudos, que demonstram que, apesar de inicialmente haver uma

vontade expressa de que os cuidados fossem prestados em casa, os doentes e os seus familiares alteram a sua opinião, à medida que a doença vai evoluindo. Esta ideia, segundo João (2010), é também apoiada por Constantini (2008).

O local de morte deve ter condições que possibilitem o doente despedir-se da vida, na companhia da sua família ou de quem desejar, em privado, respeitando a sua dignidade de ser único e irrepetível, independentemente da sua condição humana (João, 2010).

Actualmente, considera-se que a assistência em fim de vida ainda tem muitas lacunas quer por parte dos governos, bem como por parte das instituições e dos profissionais de saúde.

De acordo com Sapeta e Lopes (2007), os avanços tecnológicos bem como os das ciências médicas têm tido como objectivo prolongar a vida e adiar o máximo possível a morte, concedendo ao moribundo mais uns dias, à custa de mais sofrimento, de medidas terapêuticas desajustadas e fúteis.

A pessoa em fim de vida, bem como a sua família ficam entregues a cuidados generalistas nos hospitais de agudos, que embora de extrema importância, não respondem a todas as necessidades, quer da família, quer do doente que necessita de Cuidados Paliativos.

Percorrendo os corredores dos nossos hospitais, podemos ver desde pessoas a morrer em enfermarias onde a sua privacidade se resume a duas cortinas corridas, em macas em corredores de urgência sozinhos, sem conforto, nem dignidade nenhuma, tal como comprova João (2010, p: 46), “(...) a maior parte dos doente, 95%, (...) morreu na enfermaria. Apenas 5% da amostra, morreram num quarto. (...) Em 41% das mortes que ocorreram na enfermaria foi colocada uma protecção visual em relação aos outros doentes, foram colocados biombos em redor do leito do doente que estava a morrer. Por outro lado, em 59% dos casos não foi colocada qualquer protecção visual e nalguns casos os outros doentes, que partilhavam a enfermaria, assistiram ao momento da morte”. Se estivermos atentos, ainda conseguiremos ouvir profissionais de saúde a dizer “só espero que não morra comigo, que dure até ao próximo turno”.

Associado a isto temos doentes, com dores, vómitos e outros sintomas desagradáveis e causadores de sofrimento. Segundo João (2010), “*Muitos dos doentes antes de morrer apresentaram desconforto provocado por sintomas não controlados (...)*”.

Presenciam-se familiares desesperados com uma vontade enorme de ajudar, de fazerem tudo pelo seu ente querido, sentindo-se ao mesmo tempo impotentes e também eles a precisarem de ajudar. Perante tudo isto, o que é que se faz? Ou se “tem tempo” e dispomos desse tempo para conversar e escutar o doente e a família, mostrando-nos disponíveis para os ajudar no que for possível ou faz-se de conta que não entendemos os sinais emanados por eles.

Para Gonçalves (2006), a morte com dignidade significa, uma morte sem sofrimento significativo e na posse de um razoável controlo sobre as funções físicas e mentais. Os cuidados paliativos são, porém, uma opção mais aceitável e mais humana, portanto, mais digna.

Citando Sapeta e Lopes (2007), apoiando-se em Neto (2005) e Twycross (2000), “*Em todo o mundo, nomeadamente na Europa, Estados Unidos e Canadá, os Cuidados Paliativos são uma prática consolidada e de indiscutível importância*”.

Limonero Garcia, referido por Sapeta e Lopes (2007), afirma que sobre o fenómeno da morte e a expressão de emoções dos doentes, da família e dos profissionais de saúde, que para estes últimos, o maior choque emocional, poderá estar relacionado com o próprio ambiente de trabalho. Relativamente a este, refere problemas ao nível da comunicação, falta de apoio, problemas relacionados com a tomada de decisão e a falta de estabilidade da equipa, conflito e ambiguidade de papéis, características dos doentes e famílias, nomeadamente a personalidade e a idade, alterações da imagem corporal ou com a trajectória da própria doença.

A criação de mais unidades de Cuidados Paliativos e a formação dos profissionais, tal como foi referido anteriormente, deviam constituir a grande aposta nesta área, que é a assistência em fim de vida.

Na minha opinião, não se deveria apelidar um país de “desenvolvido”, quando a grande maioria das pessoas que nele habitam quando chegar o seu

“fim”, não tenham uma morte digna, sem sofrimento, na companhia dos seus entes queridos, se for essa a sua vontade, e serem cuidados por profissionais de saúde com competências técnicas e emocionais. Acima de tudo, sãos ou doentes, estaremos sempre a falar de pessoas!

## 6. CONCLUSÃO

A saúde em geral da população portuguesa, esteve dependente até ao fim do século XIX de três grupos de patologias dominantes: as doenças infecciosas, as doenças do aparelho respiratório e as do aparelho digestivo. Algumas provocadas por carências alimentares e outras, como as perturbações profissionais relacionadas com a expansão industrial (Ferreira, 1990).

De acordo com Ferreira (1990), as doenças infecciosas mantiveram-se com alta incidência e mortalidade em todas as idades, sobretudo na infância, gravidez e velhice, sob a forma individual de contágio, de pequenos surtos ou de epidemias. As infecções respiratórias, a tuberculose e a varíola foram as doenças mais frequentes e com maior número de pessoas afectadas.

As carências alimentares, bem como a falta de higiene constituíram as principais causas das doenças. As doenças profissionais, características da idade adulta e algumas também do fim da juventude, passaram a ter maior expressão com a revolução industrial, alargando-se também às pessoas idosas, dada a cronicidade da maior parte delas (Ferreira, 1990).

A aprovação do Regulamento de Saúde Pública em Janeiro de 1837, veio constituir uma arma no combate das doenças. Contudo, foi a partir da reforma de 1899-1901, a de Ricardo Jorge, que contribuiu para que finalmente os conceitos do moderno sanitarismo começassem a ser tidos em consideração na política e na administração de saúde em Portugal e a exercerem a sua influência também no ensino e na investigação.

Relativamente aos cuidados de saúde, na época eram prestados por médicos, cirurgiões e enfermeiros. Estes últimos, na maioria dos casos não tinham preparação prévia para exercerem o seu trabalho. Nos finais do século XIX, por iniciativa dos médicos e das administrações hospitalares, surgiram os primeiros cursos de formação em enfermagem.

No que se refere à assistência em fim de vida, pode-se concluir que os hospitais e as instituições existentes na altura recusavam-se a receber doentes em

fim de vida e cuja doença não tinha cura. Um dos motivos prendia-se com o facto de irem ocupar camas de doentes que podiam ser curados, o outro estava relacionado com o orçamento apertado das instituições e com a possibilidade de internamento prolongado destes mesmos doentes, a sua estadia iria ficar muito dispendiosa.

A morte ocorria em casa, rodeado pela família. Nos nossos dias a morte deixou de ser presenciada por todos, isto é, a família e os amigos não ficam em redor do doente até que a morte chegue. A organização da própria família também mudou. As famílias passaram a ser mais pequenas, as mulheres adquiriram a sua independência e começaram a trabalhar em vez de ficarem em casa a cuidar das crianças e dos idosos.

O local onde se morre também foi mudando ao longo dos tempos. Se anteriormente se morria em casa, em família, nos nossos dias a morte ocorre mais frequentemente nos hospitais, com uma relação de causa efeito relativamente à doença. Assiste-se a uma morte medicalizada, situação que ainda continua a causar muito incómodo a alguns profissionais de saúde que continuam a olhar para morte como um falhanço e um fracasso dos seus actos.

Actualmente é facilitado o acesso à família no que diz respeito a permanecer no hospital junto ao seu ente querido e a terem uma participação activa, no que se refere a alguns cuidados que se tenham de prestar ao doente. Apesar de muitos familiares se mostrarem interessados em fazê-lo, a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros não podem negligenciar a sua responsabilidade perante o doente, nem negligenciar o facto destes, muitas vezes não se sentirem aptos a fazê-lo correctamente, necessitando de ajuda ou de supervisão. Citando João (2010, p: 63), baseada em Miyashita e tal. (2008), *“Estar num quarto privado com os mais queridos nos últimos momentos, é visto pelo doente como reconhecimento da sua dignidade”*.

O enfermeiro, como sendo o elemento de uma equipa multiprofissional que mais tempo passa com o doente, na prestação de cuidados, tem o dever de desenvolver competências no sentido de estar atento e reconhecer precocemente o

cansaço, o stress e o medo por parte da família, que pode manifestar-se de variadas formas.

Apesar de tudo, não se pode esquecer que em Cuidados Paliativos não se fala em profissionais de forma isolada, mas sim como foi referido anteriormente numa equipa, cujo objectivo deve ser dar resposta às mais variadas necessidades dos doentes, bem como das suas famílias, necessidades essas que podem variar desde controlo de sintomas causadores de sofrimento, comunicação adequada e o apoio à família.

Questiono-me se como enfermeira, no meu dia-a-dia, na prestação de cuidados posso ou consigo ensinar alguém a lidar com o processo de fim de vida, sendo este causador de sofrimento que envolve a pessoa que é cuidada e a que cuida e que estas possuem as suas próprias crenças, valores, espiritualidade, religião, cultura e experiências anteriores. Reflectindo nisto, considero uma tarefa muito difícil que não pode ser ensinada, tem de ser vivida pelos próprios. O que eu como enfermeira posso fazer, é demonstrar que estou presente para ajudar nem que seja para ouvir as suas dúvidas e os seus receios.

Segundo Brunet (2006), é importante e necessário o suporte emocional do doente moribundo, contudo, não é menos importante a preparação emocional dos profissionais de saúde que estão todos os dias a lidar com a morte. Cada pessoa vivencia de forma única e diferente o seu processo de morte, por isso não há uma única forma de viver e experienciar. Desta forma, o primeiro passo na melhoria da formação dos profissionais de saúde baseia-se que estes adquiram conhecimento das suas próprias emoções perante a própria morte e a morte dos outros. Para Brunet, a construção da inteligência emocional pode ser uma ajuda para se conseguir entender o “*rebolço emocional*” que ocorre no processo de morrer.

Pode-se concluir ainda que, sendo a morte algo inerente à condição humana e transversal a todas as épocas, a assistência prestada às pessoas em fim de vida ainda tem que ser bastante desenvolvida, porque, de acordo com João (2010), apoiada em Serrão (1999), “*O processo de morrer, não é uma banalidade*

*resumida numa formal certidão de óbito, mas é um grande acontecimento pessoal, familiar e social”.*

Desta forma, considero que, morte tem que ser encarada como algo natural, pois só assim é que se pode conseguir melhorar a assistência em fim de vida, quer nos hospitais por parte dos profissionais de saúde, quer no seio familiar pelos amigos e família, evitando que os nossos doentes continuem a morrer nos hospitais e ...sós!

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Alves, J.F.** *Emigração e sanitarismo - Porto e Brasil no século XIX*. *Ler História*, 48 (2005), pp: 141-156. Disponível em URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo11231.pdf>
2. **Alves, J.F.** *Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal – Um “Apostolado Sanitário”*. *Arquivos de medicina* (2008), 22(2/3): 85-90. Disponível em URL: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087134132008000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087134132008000200008&script=sci_arttext)
3. **Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP*. Março de 2006. Disponível em URL: [www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao em CP.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao em CP.pdf)
4. **Azevedo, C.A.M. e Gonçalves, A.** *Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Porto: C. Azevedo, 1994.
5. **Barbosa, A. e Neto, I.G.** *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.
6. **Barreira, A.** *Assistência Hospitalar no Porto 1750 – 1850*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Porto, 2002.
7. **Brunet, R.C.** *Relación entre la inteligencia emocional y la motivación para trabajar en Cuidados Paliativos en estudiantes de enfermería*. *Medicina Paliativa* vol. 13: n.º4; 186 – 191,2006.
8. **Cerqueira, M.** *As dinâmicas do processo de cuidados face ao sofrimento: as intersubjectividades de quem cuida e é cuidado*.2010. Disponível em URL: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3614/2/ulsd60757\\_td\\_Maria\\_Cerqueira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3614/2/ulsd60757_td_Maria_Cerqueira.pdf)

9. **Collière, M.F.** *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1985.
10. **Ferreira, F.A.G.** *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
11. **Fortin, M.F.** *O Processo de Investigação* . Loures: Lusociência, 1999.
12. **Gonçalves, J.A.S.F.** *A Boa Morte: ética no fim da vida.*: 3º curso de mestrado em Bioética (2011). Disponível em URL: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20Fim%20da%20Vida.pdf>
13. **João, A.F.** *Caracterização do morrer no Hospital*. Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Porto, 2010.
14. **Jorge, R.** *A Peste bubónica no Porto – 1899*. Seu Descobrimento – Primeiros Trabalhos. Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899. Disponível em URL: <http://insaporto.com.sapo.pt/por/introduc/descobert/peste.pdf>
15. **Lopes, C.F.** *História Cronológica de Portugal*. Porto: Porto Editora, 1991.
16. **Marques, A.H.** *História de Portugal - das Revoluções Liberais aos nossos dias*. 3ª. Lisboa: Palas editores, 1986. Vol. III.
17. **Marques, A.L., e tal.** *O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal* (2009). Disponível em URL: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
18. **Mattoso, J.** *História de Portugal - o Liberalismo (1807 - 1890)*. s.l.: Editorial Estampa. Vol. 5, 1994.
19. **Novaes, H.M.D.** *Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI*. Revista Saúde Pública, 2006.
20. *Regulamento do Hospital ou Santa Casa da Misericórdia d'Ovar*. Coimbra: Typographia de Manuel Caetano da Silva, 1883.
21. *Regulamento do Hospital de Santo António*, 1889.

22. **Ramos, R.** *Para uma história política da cidadania em Portugal*. Análise social, 2004, Vol. XXXIX (172), pp.547-569. Disponível em URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n172/n172a02.pdf>
23. **Sá, V.** *Lisboa no Liberalismo*. Lisboa: Livros Horizonte, 1992.
24. **Saavedra, M.** *Uma questão Nacional: "Enredos da malária em Portugal, séculos XIX e XX"*. 2010. Disponível em URL: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1883/1/ulsd058740\\_td\\_Monica\\_Saavedra.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1883/1/ulsd058740_td_Monica_Saavedra.pdf)
25. **Sapeta, P.; Lopes, M.** *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Referência IIª série – n.º 4. Junho, 2007.
26. **Serrão, J.V.** *História de Portugal 1807 - 1832*. s.l.: Verbo. 1986.
27. **Soares, M.I.** *Da Blusa de Brim à Touca Branca - contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa - Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1997.
28. **Streubert, Helen J.** *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures : Lusociência, 2006.
29. **Subtil, C.L. e Vieira, M.** Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. Julho 2011, III Série, n.º 4.
30. **Twycross, R.** *Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
31. **Viegas, V.; Frada, J.; Miguel, J.P.** *A Direcção-Geral da Saúde – notas históricas*. Lisboa, 2006.
32. **Vieira, M.** *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência*. 2ªed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009.
33. **Vieira, M. e Ferreira, J.S.** 2008. *Investigação histórica: um instrumento para o desenvolvimento profissional*. *Servir* 56, 5-6; 167-172

34. <http://www.arqnet.pt/dicionario/aguiarjoaqant.html>
35. <http://www.biography.com/people/cicely-saunders-9472419>
36. <http://www.cicelysaundersfoundation.org/about-palliative-care>
37. <http://www.ciuhct.com/index.php/pt/biografias/330-camara-pestana-luis.html>
38. <http://www.cm-mirandela.pt/index.php?oid=4443>
39. <http://cvc.instituto-camoes.pt/filosofia/ilu10.html>
40. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos15.html>
41. [http://www.infopedia.pt/\\$caetano-beirao](http://www.infopedia.pt/$caetano-beirao)
42. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/QuemSomos/historia/Paginas/Fundador.aspx>
43. <http://www.paroquiadearroios.org/?s=viático+unção>
44. [http://www.saude-mental.net/pdf/vol4\\_rev1\\_leituras2.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf)