

A MODERNIZAÇÃO DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE TAVIRA, NO SÉCULO XIX

Aurízia Anica

Resumo:

No século XIX, assiste-se à emergência de uma moderna função hospitalar intimamente relacionada com a revolução do saber médico e científico, com a adopção de novas práticas profissionais e com a instituição de novos mecanismos de controlo, tendo-se reestruturado neste processo as relações entre os médicos, os doentes e os hospitais. O hospital procura deixar de ser o lugar para acolhimento de famintos, moribundos e incuráveis, para se transformar num espaço de produção da saúde e, até, em alguns casos, num espaço privilegiado de construção do conhecimento científico.

O modelo de transformação atrás genericamente caracterizado nem sempre corresponde às experiências concretas de mudança dos hospitais e das relações entre os grupos que os compõem, sendo as realidades geralmente mais complexas e contraditórias. O objectivo desta comunicação é o de analisar um caso concreto, situado num contexto periférico do processo de transformação hospitalar oitocentista: o do Hospital do Espírito Santo de Tavira. Procura-se resposta para as seguintes questões: Como se adequou este Hospital aos novos conceitos de saúde e de doença e às exigências de novas práticas profissionais do pessoal hospitalar? Como mudaram as relações entre a administração hospitalar, o pessoal médico, os enfermeiros, os doentes e os restantes funcionários? E como se modificaram as relações entre este Hospital e a sociedade em que se inseria?

1. O Contexto Europeu e Nacional

Face à necessidade de avaliar as transformações da saúde e da doença e as alterações na forma de as representar no século XIX, os que se centram no estudo da Medicina tendem a realçar a revolução dos métodos e dos conhecimentos, enquanto aqueles que escolhem a análise das práticas a estes associadas tendem a graduar as mudanças numa escala temporal mais alargada. Contudo, tanto uns como outros situam o dealbar da contemporaneidade entre meados do século XVIII e princípios do século XIX, conquanto valorizem diferentes factos como

ESPÍRITO

X

Aurízia Anica

oderna função
ber médico e
a instituição de
te processo as
procura deixar
iráveis, para se
ins casos, num

cterizado nem
hospitais e das
eralmente mais
de analisar um
transformação
ira. Procura-se
pital aos novos
s profissionais
administração
e os restantes
Hospital e a

da doença e as
tram no estudo
onhecimentos,
iadas tendem a
tudo, tanto uns
idos do século
es factos como

elementos fundamentais da mudança. O processo, no qual se inscreve a emergência da uma nova função hospitalar, implica uma renovada consciência do corpo, o deslocamento das fronteiras entre o que é considerado saúde e doença e a alteração dos limiares da tolerância física à dor e ao insano [VIGARELLO, 2001; RIVETT, 1986; FRASCANI, 1984].

Durante séculos, prevaleceu a teoria de que a saúde e a doença dependiam do equilíbrio, das proporções, da mistura e da circulação dos fluidos corporais, os «humores», dois dos quais estavam particularmente associados à doença: a «bílis» e a «fleuma». A «bílis» surgia na diarreia e nos vômitos e a «fleuma» tornava-se visível nos resfriamentos de Inverno. Os outros dois «humores» eram o «sangue» que se relacionava com a vida e a «bílis negra» que completava um quadro de oposições binárias associadas às quatro qualidades primárias⁽¹⁾, às quatro estações e aos quatro elementos⁽²⁾ [PORTER, 1999, pp. 55-62; TUBIANA, 2000, pp. 35-43].

Neste quadro, os procedimentos de prevenção e cura implicavam, sobretudo, a qualidade do regime alimentar, os elixires, os purificadores, os excitantes, as evacuações e a mudança de roupa.

A prática da inoculação da varíola, que Lady Montagu divulgou, em Inglaterra, a partir de 1717, e a prática da vacinação que Jenner difundiu, a partir de 1796, pressupunham uma mudança na imagem do corpo, apercebido como detentor de uma força de defesa interna que podia ser estimulada ou, dizendo de outro modo, com uma capacidade de resistência própria à doença. Ao mesmo tempo, a estatística passou a constituir um precioso instrumento na avaliação dos riscos da doença e das novas práticas de prevenção.

Por outro lado, a velha teoria hipocrática foi contestada pelo médico francês Bichat quando este demonstrou⁽³⁾, em 1799, que os órgãos do corpo humano se compunham de tecidos diversos, por vezes difíceis de identificar, como o pericárdio, o endocárdio e o músculo, os quais ele próprio separou no coração. Bichat defendeu que as doenças resultavam das patologias dos tecidos⁽⁴⁾ e que o médico precisava de desenvolver um método eficaz para as conhecer. Com esta finalidade propôs um método baseado na observação dos sinais da doença e na verificação, por meio da autópsia, das respectivas lesões provocadas nos tecidos ou nos órgãos, o método anatomoclínico.

¹ Quente, Frio, Húmido, Seco.

² Terra, Ar, Fogo, Água.

³ Bichat, 1799, *Traité de Membranes*, ob. cit. in PORTER, 1999, pp. 264 e 307.

⁴ Entre outros identifica os tecidos muscular, nervoso, articular, seroso e mucoso.

Pouco tempo depois, Bayle⁽⁵⁾ apresentou a tuberculose como uma doença específica, sustentando que os tubérculos se desenvolviam antes do aparecimento de qualquer sintoma. Laennec⁽⁶⁾ revelou a importância da auscultação para o diagnóstico e criou o estetoscópio, que, aplicado ao estudo das doenças dos pulmões, lhe permitiu a identificação da bronquite, da pneumonia e da pleurisia e a elaboração duma teoria que articulou as fases da tuberculose, desde as primeiras lesões até à constituição das cavernas pulmonares [TUBIANA, 2000, pp. 192-193].

Com o método anatómico definiu a velha teoria da doença causada pela corrupção dos humores e decaiu a figura do médico de cabeceira, emergindo o médico como sujeito da investigação cientificamente conduzida e o hospital como centro de produção do conhecimento médico, no qual o doente e o cadáver se tornaram os principais objectos de pesquisa. O Estado assumiu a função de promover a higiene pública, tendo privilegiado a prevenção da doença pela vacinação, pela salubridade dos espaços públicos e privados, pela qualidade dos cemitérios e pelo controlo da qualidade da água e dos alimentos. O centro a partir do qual irradiaram estas importantes transformações foi a França, em particular os hospitais de Paris.

Contudo, ainda na primeira metade de oitocentos, na Alemanha, o centro da investigação começou a deslocar-se do hospital para o laboratório, ao mesmo tempo que o estetoscópio cedia a primazia ao microscópio. Nasceu a histologia, desenvolveram-se as investigações sobre a função de produção de energia dos alimentos, sobre a nutrição, sobre a composição e as patologias do sangue, isto é, sobre as implicações médicas da teoria celular. A doença, segundo Virchow⁽⁷⁾, resultava de mudanças anormais nas células e da multiplicação das células anormais.

Em Portugal, o ensino da medicina e da cirurgia manteve-se arredado da investigação. Todavia, a preocupação com o ensino e com a melhoria da saúde

⁵ Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) difundiu esta nova interpretação da tuberculose no livro *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, em 1810, contrariando a ideia, antes aceite, de que a tuberculose era um processo generalizado de desperdícios mórvidos que se seguia a uma doença anterior, *ob. cit. in PORTER*, p. 311.

⁶ René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) tornou-se médico do Hospital de Salpêtrière em 1814 e do Hospital de Necker, em 1816. Descreveu e distinguiu os sintomas de várias doenças dos pulmões e criou o instrumento para a sua auscultação, o estetoscópio. A doença pulmonar passava a revelar-se pela auscultação, o diagnóstico era codificado numa terminologia científica (anatomia) e a autópsia, realizada pouco tempo após a morte, permitia confirmar o diagnóstico. Laennec considerou que o nódulo tuberculoso podia surgir não apenas nos pulmões, mas também em outros órgãos, e considerou que a doença tinha causas hereditárias e psico-somáticas. A descoberta da causa da tuberculose só viria a ser apresentada, em 1882, por Robert Koch (1843-1910) já na era da microbiologia e da medicina experimental. Fleming identificou a penicilina em 1928, mas a primeira experiência que provou a sua eficácia no combate aos estreptococos só foi realizada em 1940, por Howard Florey (1898-1968), Ernst Chain (1906-1979) e Norman Heatley (n. em 1911) [PORTER, 1999].

⁷ Rudolf Virchow, 1858, *Die Cellularpathologie*, *ob. cit. in PORTER*, pp. 331-332.

pública estão patentes nas reformas de Passos Manuel de 1836⁽⁸⁾ e 1837⁽⁹⁾. Foi criado o Conselho de Saúde Pública constituído por cinco médicos, dois farmacêuticos e cinco administrativos, dotados de poderes executivos na fiscalização e inspecção de tudo o que dissesse respeito à educação física, vigilância sanitária das crianças, polícia de saúde e prática da medicina, cirurgia e farmácia. O Conselho tinha os seus delegados, médicos de profissão, nos distritos.

A partir dos anos 40⁽¹⁰⁾, as funções atribuídas ao Conselho de Saúde Pública passaram a ser exercidas em cada concelho pelos médicos e cirurgiões do partido da Câmara. Estes eram, portanto, os responsáveis locais pela vacinação, pelas inspecções sanitárias às instituições e espaços públicos e aos bens de consumo à venda nos mercados, entre muitas outras funções que desempenhavam. Todavia, o perigo das epidemias continuou a ameaçar o quotidiano das pessoas. A cólera *morbis* grassou no Algarve em 1833 e 1855, a varíola, em 1839-40 e 1858. As crises de subsistências e os seus corolários de subnutrição e miséria, associados à falta de higiene e ao não cumprimento das medidas de prevenção previstas, constituíam fortes limitações ao esforço de modernização.

A estatística oficial sobre a doença e os doentes tratados na clínica civil⁽¹¹⁾ foi uniformizada, fornecendo dados relativos ao sexo, estado civil, idade, grupo socioprofissional, tratamentos e resultados obtidos. A interpretação dos dados desta estatística mais apurada permitiu identificar a relação entre a pobreza, a ignorância e a doença. Foram, igualmente, estudos estatísticos dos dados obtidos com o dinamómetro de Régner⁽¹²⁾ que, em França, derrubaram velhos mitos herdados do pensamento iluminista, como o de que os civilizados e os urbanos seriam, respectivamente, menos fortes do que os «selvagens» e os rurais.

Na segunda metade do século XIX, à medida que, na Europa, regredia o perigo das epidemias, avolumava-se a inquietação perante a «degenerescência», que, tal como Morel a definiu⁽¹³⁾, era física, intelectual e moral. A enfermidade do indivíduo representava uma ameaça colectiva que se propagava por via hereditária. A “degenerescência” da Nação devia, portanto, ser evitada pela auto-disciplina individual e pela acção do Estado no controlo dos grupos sociais mais propensos para o alcoolismo, a tuberculose, as doenças

⁽⁸⁾ Criação das escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto.

⁽⁹⁾ Decreto com força de lei de 3 de Janeiro de 1837.

⁽¹⁰⁾ Ver decretos de 18.9.1844, de 24.5.1845 e de 26.11.1845.

⁽¹¹⁾ Segundo edital do Conselho de Saúde Pública, de 23 de Outubro de 1855.

⁽¹²⁾ O aparelho que permite medir a intensidade da força exercida sobre uma mola foi inventado por Régner, em 1805.

⁽¹³⁾ Morel, 1857, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales*, Paris, 2 volumes.

se como uma
viam antes do
importância da
ado ao estudo
bronquite, da
ou as fases da
das cavernas

ia da doença
de cabeceira,
e conduzida e
qual o doente
ado assumiu a
prevenção da
privados, pela
los alimentos.
mações foi a

anha, o centro
boratório, ao
pio. Nasceu a
produção de
patologias do
ur. A doença,
células e da

e arredado da
oria da saúde

Recherches sur la
sso generalizado de

1814 e do Hospital
instrumento para a
o diagnóstico era
s a morte, permitia
s nos pulmões, mas
as. A descoberta da
a microbiologia e da
a que provou a sua
Ernst Chain (1906-

venéreas e as doenças psicológicas. A prevenção da “degenerescência” fazia-se pela educação e pela higiene física e moral. Propunha-se o exercício físico planeado e avaliado, um regime alimentar rico em carne, o conforto e a higiene da casa e do vestuário. O corpo era visto como uma máquina produtora de energia que, portanto, devia ser bem alimentada, bem limpa e bem arejada. O controlo e a repressão eram especialmente dirigidos aos grupos donde se supunha provirem as ameaças: os vadios, as prostitutas e os criminosos.

A refutação da teoria da geração espontânea das doenças, empreendida por Pasteur, a partir do final da década de 50 de oitocentos, a propósito das doenças do bicho da seda e do carbúnculo do carneiro, suscitou uma longa polémica no meio científico europeu, mas acabou por conduzir ao reforço da prevenção por meio da vacina e das práticas de higiene colectiva e individual e de assepsia nos hospitais. Pasteur, Koch e muitos outros cientistas foram identificando, até ao final de oitocentos, os germes responsáveis por inúmeras doenças. E, se é verdade que a descoberta da causa das enfermidades não conduziu de imediato ao seu tratamento eficaz, incentivou o reforço e a diversificação das práticas de prevenção, tais como o regime alimentar, o treino físico, o turismo de ar puro nas termas e nas praias, o banho frequente, a actividade sexual moderada, a drenagem das cidades, a segurança dos mecanismos e circuitos hidráulicos e o isolamento das matérias perigosas.

A «higiene pública» deu lugar à «saúde pública», constituindo-se o Estado no garante da prevenção da doença e da manutenção da sanidade dos cidadãos, protegidas por meio de seguros e da regulamentação do trabalho.

Neste contexto, o hospital, onde as mulheres irromperam, sobretudo na qualidade de enfermeiras e, também, pontualmente, em alguns países europeus, na qualidade de médicas, tendeu a deixar de ser um refúgio para famintos, moribundos e incuráveis para se tornar num espaço de produção de saúde, de onde se procurou banir o micróbio, a dor e a doença.

A maior eficácia da cirurgia, que beneficiou da anestesia e da assepsia, as terapias mais suaves, mais diversificadas e mais especializadas da medicina atraíram um maior e socialmente mais diversificado conjunto de utentes que compeliram os hospitais a reestruturar as suas funções e instalações de acordo com as propostas médicas. Surgiram, então, as áreas hospitalares ou mesmo os hospitais especializados, por exemplo, em obstetrícia, pediatria, ortopedia, oftalmologia, urologia, oncologia e psiquiatria.

Em Portugal, as transformações no campo da saúde são consideráveis, apesar da sua situação periférica relativamente ao centro donde emanavam as

inovações. Um dos sectores pioneiros na adopção do método experimental foi o da medicina legal. O aparelho que James Marsh inventou em Inglaterra, em 1836, produzia em Lisboa, no princípio dos anos 60, resultados incontestados em pesquisas de arsénico nas vísceras de vítimas de envenenamento, sendo algumas destas pesquisas feitas a requerimento dos tribunais do Algarve. As análises químicas, que contribuíram para credibilizar a medicina legal, eram realizadas pelos peritos da Sociedade Farmacêutica Lusitânia fundada, em Lisboa, em 1835 [ANICA, 2005]. Na Universidade de Coimbra, Costa Simões introduziu o método experimental no ensino da histologia, após uma visita a vários laboratórios de investigação europeus cujo relatório publicou em 1866.

Nos anos 80 e 90, as transformações ganharam maior dimensão no campo da medicina. O Instituto Oftalmológico de Lisboa foi criado em 1889⁽¹⁴⁾. Augusto Rocha erigiu o primeiro laboratório de microbiologia na Universidade de Coimbra, em 1886, ao passo que Câmara Pestana ajudou a criar o Instituto Bacteriológico de Lisboa, em 1892⁽¹⁵⁾. Este Instituto tinha como objectivos: fazer as análises bacteriológicas que lhe fossem requisitadas pelo Ministério do Reino, pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa ou pela administração do Hospital de S. José; praticar as vacinações anti-rábicas segundo o método de Pasteur; realizar estudos de bacteriologia; e, posteriormente, pesquisar o bacilo de Kock, em conformidade com o regulamento de 1899⁽¹⁶⁾.

No final do século, procedeu-se a uma reforma geral dos serviços sanitários⁽¹⁷⁾ e de medicina legal⁽¹⁸⁾. A peste bubónica que grassou no Porto compeliu à reforma que instituiu a Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública no âmbito da Secretaria de Estado dos Negócios do Reino e à criação do Instituto Central de Higiene cuja finalidade era a formação técnica e profissional para o exercício sanitário. Este Instituto dispunha das secções de estatística⁽¹⁹⁾, laboratório de análises, museu, epidemiologia e clínica de moléstias infecciosas, vacinação anti-variólica e desinfecção pública.

No âmbito dos serviços médico-legais, o território continental foi dividido em três circunscrições⁽²⁰⁾ a cargo de conselhos compostos por

¹⁴ Este Instituto foi criado pelo decreto de 08.08.1889, regulamentado em 06.02.1891 e reorganizado pela lei de 27.07.1893.

¹⁵ Criado por decreto de 29.12.1892; regulamentado em 19.01.1893 e reorganizado por decreto de 09.03.1895.

¹⁶ Fixado pelo decreto de 17 de Agosto de 1899.

¹⁷ Decretos de 04.10.1899 e de 28.12.1899.

¹⁸ Segundo a carta de lei de 17.08.1899 e o decreto de 16.11.1899.

¹⁹ Estatística demográfica, obituária e sanitária.

²⁰ Com sedes em Lisboa, Porto e Coimbra.

especialistas em anatomia patológica, alienação mental, análises químicas, patologia geral, obstetrícia, toxicologia, química orgânica e inorgânica e antropologia. Estes conselhos tinham por funções realizar os exames periciais, dar orientações técnicas sobre o modo de proceder nos referidos exames e resolver recursos relativos aos mesmos, quando estes não fossem da sua directa responsabilidade. A medicina legal institucionalizou-se e atingiu a plena articulação com o poder judicial. Os peritos médicos tornaram-se os «génios invisíveis da cidade judiciária» [CHAUVAUD, 2003, pp. 256-257].

Neste contexto europeu, mas distante dos centros de inovação como Paris, Zurich, Heidelberg, Leipzig, Berlim, Viena e outras cidades, igualmente afastado dos centros de decisão nacionais, onde as descobertas científicas eram conhecidas e aplicadas mais rapidamente, como se terá operado a modernização do Hospital Real e Nacional do Espírito Santo de Tavira⁽²¹⁾ no século XIX?

2. O Hospital Real e Nacional do Espírito Santo de Tavira

2.1. A selecção dos doentes

A modernização dos hospitais implicou, entre outros aspectos, a diferenciação dos serviços oferecidos e a definição de novos critérios de selecção dos candidatos a tratamento hospitalar. A riqueza, o local de residência, a qualidade e a gravidade da doença a tratar foram os critérios de selecção ponderados ao longo do século, tendo constituído, por vezes, motivo de acesa polémica.

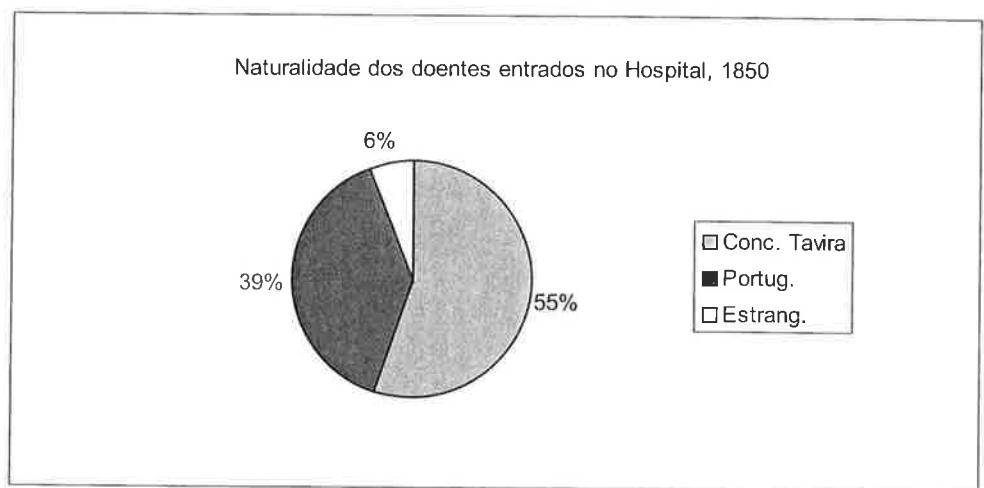
O Hospital de Tavira tinha por missão, segundo os seus mesários declararam, em 1820, “prestar os auxílios necessários aos Pobres mendigos e desamparados em suas enfermidades”⁽²²⁾. A definição de “mendigos e desamparados” prestava-se a uma controvérsia que se encontrava, justamente, na origem da produção do documento atrás citado. Com efeito, nos alvares da era liberal, o Compromisso Marítimo tinha reclamado que o Hospital tratasse os membros da sua corporação sem distinção relativamente aos outros beneficiados, ao que o Hospital contrapunha que, tendo os marítimos botica no Compromisso e não sendo, exactamente, mendigos ou desamparados, não se justificava tal pretensão. Nestas circunstâncias, o Hospital dispunha-se a cuidar dos marítimos do Compromisso, porém, sem direito a medicamentos.

²¹ A segunda parte do texto desta comunicação serviu de base a uma outra comunicação apresentada, grosso modo, em 12.09.1998, nas comemorações do V Centenário da Santa Casa da Misericórdia de Tavira, a convite do seu Provedor, José Castro e Sousa.

²² Citado por Arnaldo Anica em *Tavira e o seu Termo*, Tavira, C. M. T., p. 317.

Compulsando as fontes, verifica-se uma crescente preocupação da administração com a selecção dos doentes a admitir no Hospital. Em Abril de 1836, face a uma procura muito diversificada destes serviços, tanto pela gravidade da doença, como pela proveniência e objectivos dos candidatos à admissão, a Mesa do Hospital optou por solicitar a todas as Misericórdias do Algarve e do Alentejo que não passassem carta de guia aos enfermos que pretendessem vir tratar-se a Tavira, «por não ser justo que os mais Hospitais donde vêm hajam de poupar as suas rendas para se desaurarem⁽²³⁾ as deste...»⁽²⁴⁾. Perante os limites orçamentais, a Mesa do Hospital optava por fazer distinções que poderiam não ser bem aceites, dando origem a reclamações e conflitos.

A área de influência dos hospitais de oitocentos alargou-se a estratos sociais que tinham cada vez maior mobilidade. No caso de Tavira, a proveniência dos doentes só pode ser conhecida de modo indirecto, dado que se optava pelo registo da naturalidade e não pelo da residência. Portanto, só com alguma precaução que pode afirmar que este Hospital estendia a sua área de influência muito para além do concelho e da comarca, atraindo gente de todo o Sul do país e da vizinha Andaluzia. Na verdade, em meados do século, apenas 55% dos doentes admitidos eram naturais do concelho, enquanto 39% eram provenientes do resto do país, sendo estrangeiros os restantes 6%.



Quando os critérios divergiam, a escolha dos candidatos ao internamento dava origem a conflitos, por um lado, entre os médicos que prestavam serviço no Hospital e, por outro lado, entre estes e a administração.

²³ Isto é, dissiparem.

²⁴ Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira, iniciado em 1821, Acórdão de 17 de Abril de 1836.

Estas contendas acabaram por conduzir a Mesa do Hospital a reconhecer, em Março de 1858, que ainda não era praticada uma triagem apenas com base na gravidade da doença e que os indigentes com moléstias ligeiras continuavam a procurar, segundo um costume antiquíssimo, o internamento no Hospital.

Perante esta situação, a Mesa determinou que se reorganizassem os serviços hospitalares, de modo a garantir o atendimento ambulatorio dos doentes ligeiros e, simultaneamente, a salvaguarda do equilíbrio financeiro da instituição⁽²⁵⁾. O Hospital ficou a dispor, a partir de então, de um serviço de consulta externa e de um serviço de internamento, ambos assegurados pelos dois facultativos, o de cirurgia e o de medicina, os quais continuaram a ser supervisionados pela Mesa nas decisões sobre admissão de doentes ao internamento.

Contudo, um acórdão do ano seguinte⁽²⁶⁾ prova que a questão não estava definitivamente resolvida. Verificava-se, então, que continuavam a ser internados os doentes ligeiros, os quais pediam alta, passados dois ou três dias, saindo com a esmola de \$160 réis a que tinham direito, segundo o regulamento da Casa. Havia, portanto, que pôr cobro àquela situação, pelo que se determinou que não fossem atendidos os doentes provenientes de outras comarcas, com excepção dos residentes na freguesia de Moncarapacho ou dos casos especiais, cuja avaliação pontual a Mesa se atribuía o direito de fazer. A apresentação de um atestado de residência passado pelo pároco permitiria ao médico controlar a aplicação deste critério. Por outro lado, retirava-se o direito à esmola a todos os internados que pedissem alta.

Tudo leva a crer que esta última decisão foi aplicada de modo eficaz, mas não se pode afirmar o mesmo relativamente à anterior. Com efeito, deduz-se de um acórdão de Maio de 1875⁽²⁷⁾, que, apenas em períodos de muita afluência de doentes ao Hospital, eram excluídos os que residissem fora da comarca de Tavira e da freguesia de Moncarapacho.

O Hospital tinha, segundo um relatório do Administrador do Concelho dirigido ao Governador Civil de Faro, em 12 de Janeiro de 1867, «as acomodações apropriadas para receber até cinquenta e seis doentes, ou mais ainda, mediante alguns reparos de não muita despesa⁽²⁸⁾». Todavia, as limitações financeiras restringiam o Hospital a «trinta doentes diários⁽²⁹⁾». Nas fases de crise financeira, como sucedeu nos anos de 1867 e de 1885, uma das medidas correctivas adoptadas consistia na redução da capacidade de internamento de trinta para vinte camas.

²⁵ *Ibidem*, acórdão de 18.03.1858.

²⁶ *Ibidem*, acórdão de 04.05.1859.

²⁷ *Ibidem*, acórdão de 25.05.1875.

²⁸ *Idem*, p. 321.

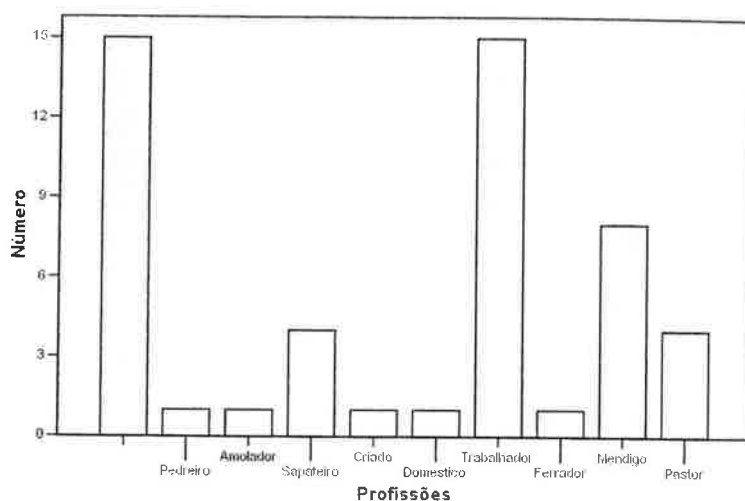
²⁹ *Idem, ibidem*.

2.2. Caracterização dos doentes

2.2.1. Socioprofissional

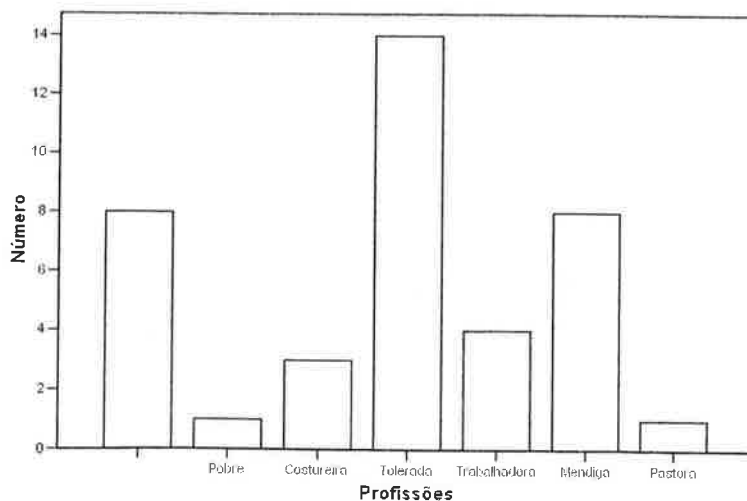
A maioria dos doentes do sexo masculino tratados neste Hospital, nos anos de 1863-64, provém dos estratos sociais mais débeis: são trabalhadores, mendigos, artesãos e pastores, como se pode verificar no gráfico seguinte.

Grupos socioprofissionais dos doentes (homens) tratados em 1863-64



No que respeita aos doentes do sexo feminino, o grupo preponderante é o das toleradas, como se pode observar no gráfico abaixo, seguindo-se o grupo das mendigas e o das trabalhadoras.

Profissões das doentes (mulheres) - 1863-64



reconhecer, em
 is com base na
 continuavam a
 Hospital.
 sem os serviços
 entes ligeiros e,
 instituição⁽²⁵⁾. O
 lta externa e de
 ultativos, o de
 idos pela Mesa

stão não estava
 uavam a ser
 is ou três dias,
 o regulamento
 pelo que se
 tes de outras
 apacho ou dos
 eito de fazer. A
 o permitiria ao
 iva-se o direito

do eficaz, mas
 to, deduz-se de
 ta aflluência de
 da comarca de

r do Concelho
 is acomodações
 únda, mediante
 ões financeiras
 rise financeira,
 tivas adoptadas
 te camas.

No mesmo ano, os trabalhadores representavam 21% de toda a população internada (de ambos os sexos) com profissão conhecida, enquanto os mendigos atingiam os 18% e as toleradas os 16%. No último ano do século, quando os registos produzidos pela instituição se tornam mais cuidados e precisos, verifica-se que houve uma relativa diversificação social do recrutamento dos internados, a par do reforço das categorias socioprofissionais anteriormente preponderantes. Com efeito, os trabalhadores representavam 26% de toda a população internada, os mendigos atingiam os 32%, os serviçais alcançavam os 12%, enquanto as toleradas não representavam mais do que 11%. Destaca-se, agora, a presença da categoria dos «marítimos», com 6% dos internados. Estes, que beneficiavam da assistência medicamentosa do Compromisso Marítimo, tinham passado a ser admitidos no Hospital, em Maio de 1875, na condição de prescindirem dos medicamentos⁽³⁰⁾.

2.2.2. Idade

No conjunto dos internados, maioritariamente adultos, os homens são, em média, mais velhos do que as mulheres. Nos dados relativos ao ano de 1863-64, verifica-se que tanto os doentes do sexo masculino como os do sexo feminino começavam a ser admitidos no Hospital por volta dos dez anos de idade, havendo internadas que atingiam os 78 anos e internados que perfaziam os 91 anos. A média de idades das mulheres internadas ($M = 33,6$) é mais baixa do que a dos homens ($M = 42,4$). Comparando estes dados com os de 1900, apura-se que esta diferença tende a esbater-se, dado que a média etária das mulheres sobe para os 35,8 anos, enquanto a dos homens desce para os 40,9 anos.

2.2.3. Estado civil

A precariedade do quotidiano das pessoas solteiras provenientes dos estratos mais baixos da sociedade e o exercício mais apertado do controlo e repressão sociais sobre os mesmos explicam a sua presença mais numerosa nos registos do Hospital. À medida que o século avança, esta tendência acentua-se. De facto, no ano de 1850, os doentes solteiros atingiam os 45% da população tratada no Hospital, enquanto os casados perfaziam os 35% e os viúvos 20%. No final do século, os solteiros haviam atingido 54% dos doentes⁽³¹⁾, enquanto a proporção dos casados descia para 25% e a dos viúvos se mantinha estável nos 21%.

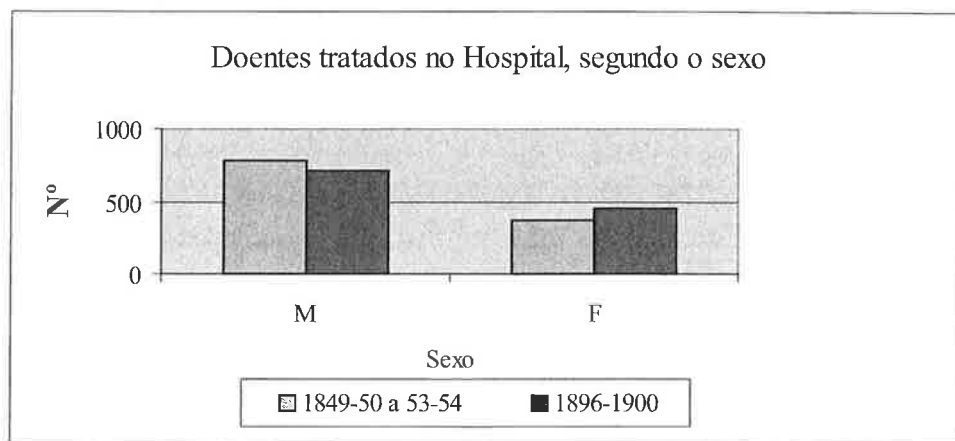
³⁰ *Idem, ibidem.*

³¹ Da população tratada no Hospital com sexo identificado e registado no ano de 1900.

A selecção dos doentes tendia, portanto, a privilegiar os solteiros de sexo masculino. Nos anos 60 de oitocentos, os solteiros representavam 35,3% dos homens internados⁽³²⁾, enquanto os viúvos atingiam os 19,6% e os casados não iam além dos 7,8%. No que respeita às mulheres⁽³³⁾, a diferenciação segundo o estado civil era menos marcada, embora as mulheres solteiras constituíssem a maioria dos casos em que o estado civil era identificado, 20,5%. Seguia-se o grupo das mulheres viúvas que representavam 15,4%, enquanto o estado de casada era mencionado, apenas, em 12,8% do total das internadas.

2.2.4. Sexo

Comparando o número de doentes internados, segundo o sexo, verifica-se uma ligeira tendência para a diminuição da proporção dos internados do sexo masculino, relativamente aos internados do sexo feminino, como se pode observar no gráfico seguinte.



Com efeito, enquanto de 1849-50 a 1853-54, as mulheres representam 32% dos doentes tratados no Hospital, no quinquénio de 1896 a 1900, as mulheres têm um peso mais significativo: 39%. É muito provável que esta alteração tenha resultado em grande parte da conjugação de dois factores: a feminização da sociedade que adveio do crescimento de uma emigração predominantemente masculina e a intensificação do controlo das mulheres solteiras suspeitas de praticarem qualquer tipo de prostituição, controlo em que se empenharam os médicos, sob a alçada do poder administrativo e policial, para responder à crescente preocupação com a «degenerescência».

³² O estado civil não foi identificado em 37,3% da população masculina tratada no ano de 1863-64.

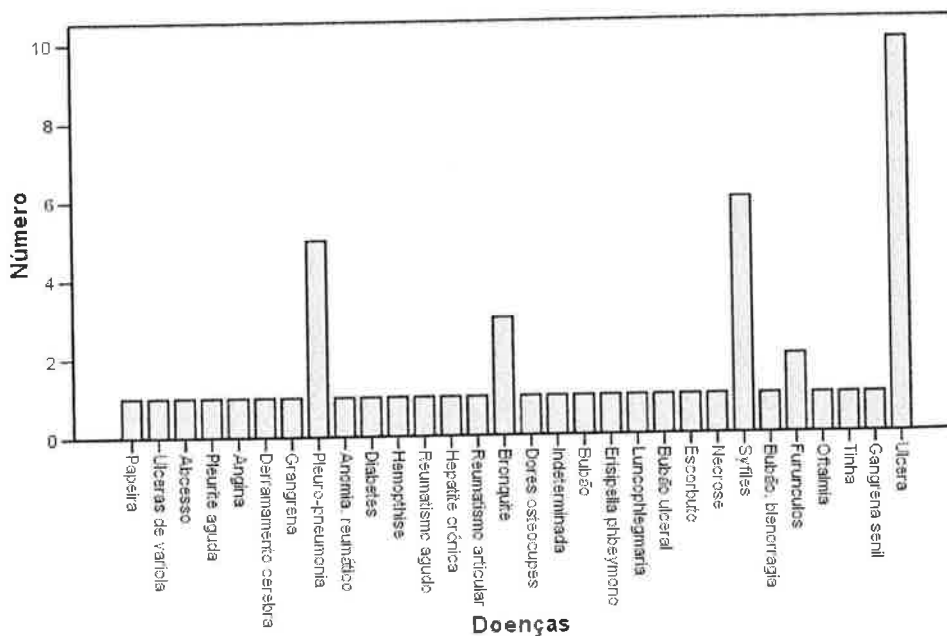
³³ O estado civil não foi identificado em 51,3% das internadas.

2.2.5. Doenças

A análise dos registos das doenças diagnosticadas nos anos de 1863-1864 permite identificar o Hospital do Espírito Santo de Tavira como uma instituição que privilegiava, no que respeitava às mulheres, o tratamento das doenças de transmissão sexual, principalmente a sífilis, mas também a blenorreia, a vaginite e a gonorreia.

As patologias diagnosticadas e tratadas nos doentes de sexo masculino eram mais diversificadas, sobressaindo as doenças do aparelho respiratório⁽³⁴⁾ e as do aparelho digestivo⁽³⁵⁾, para além das doenças do aparelho genito-urinário⁽³⁶⁾. Como se pode observar nos dois gráficos seguintes, tanto nos homens como nas mulheres surgem, embora com menor frequência, as doenças da pele⁽³⁷⁾ e as dos olhos⁽³⁸⁾.

Doenças dos homens, 1863-64



³⁴ Como as bronquites, as pleuropneumonias e as pleurites.

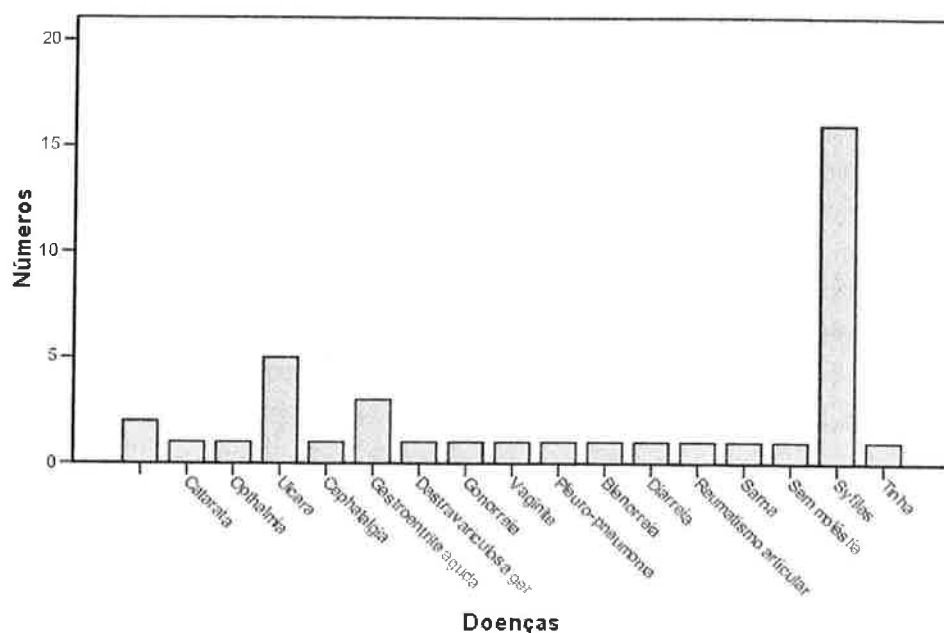
³⁵ Como as úlceras e as gastroenterites.

³⁶ Nesta classificação das doenças segue-se o quadro nosológico publicado no Diário do Governo nº 296, de 30 de Dezembro de 1879 e não o que estava em vigor até então, o de 3 de Janeiro de 1843.

³⁷ Como a tinha, o escorbuto, a sarna, os bubões e os furúnculos.

³⁸ Como a oftalmia e as cataratas.

Doenças das mulheres, 1863-64



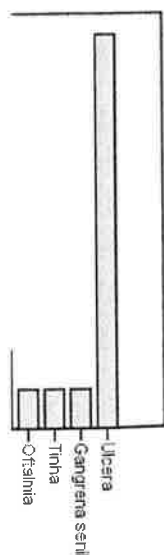
Em síntese, parece evidente que o Hospital começou por atrair os mais pobres, os trabalhadores, os desempregados e os abandonados, aos quais se vieram juntar os jovens ocupados nos serviços domésticos urbanos e aqueles que já se encontravam ao abrigo do mutualismo corporativo, como os marítimos. Apesar da diversificação dos clientes, o temor do hospital persistia nos estratos sociais mais elevados da sociedade. Alguns cidadãos menos desamparados da fortuna começaram, esporadicamente, a optar pelo internamento, mas a maioria continuou a preferir a sua própria casa para os tratamentos, mesmo quando não tinha outra alternativa senão a de alugar ou pedir emprestados ao Hospital certos instrumentos cirúrgicos ou máquinas muito específicas e dispendiosas, que esta instituição geralmente disponibilizava.

2.3. Mudanças no Quotidiano do Hospital

Como se desenrolava o quotidiano de um doente admitido no Real e Nacional Hospital do Espírito Santo? Como terá mudado a assistência aos doentes ao longo do século?

nos de 1863-
ra como uma
atamento das
is também a

xo masculino
spiratório⁽³⁴⁾ e
relho genito-
es, tanto nos
requência, as



Imagine-se um doente que se apresentasse para tratamento. Desde logo, seria conveniente que chegasse cedo ao Hospital, uma vez que, no regulamento aprovado a 2 de Fevereiro de 1828, ficara estipulado que os facultativos fariam uma visita diária obrigatória aos doentes, sempre de manhã, às oito, nove ou dez horas, consoante as estações do ano, mais cedo no Verão, mais tarde no Inverno. O doente seria admitido se obtivesse o aval do médico, do cirurgião ou da Mesa do Hospital, o que não seria fácil, se não provasse a sua residência na comarca de Tavira.

2.3.1. Tratar o corpo

Previam-se um duplo tratamento: o do físico e o do espírito, a cargo, respectivamente, dos facultativos e do capelão. Observe-se, em primeiro lugar, o tratamento do físico: o doente começava por passar por uma das duas tinas da Casa e pelo criado ou barbeiro (a partir de 1821); lavava-se e era-lhe rapado o cabelo à navalha. Recebia uma camisa de linho e um barrete que deveriam ser colocados antes de se deitar.

Junto às camas numeradas e protegidas por cortinas, começaram a ser afixadas as tábuas para pendurar as papeletas, isto é, as fichas dos doentes, nas quais passaram a ser registadas, diariamente, as receitas do médico ou do cirurgião e a composição das refeições. A inovação, que se traduzia, resumidamente, em destinar-se uma ficha a cada doente, representava um enorme avanço relativamente às velhas «ementas das receitas e mezinhas» que já se utilizavam desde o século XVI⁽³⁹⁾. Estas eram elaboradas mensalmente e diziam respeito a todos os doentes, tendo-se verificado que a indicação da enfermaria e da cama de cada doente não obstava a que sucedessem trocas e lapsos, por vezes com graves consequências para os doentes. Investia-se, pois, na individualização e na minúcia da ficha de diagnóstico e terapêutica.

O Hospital dispunha de botica privativa desde 1820. Esta fora solicitada no ano precedente com vista a facilitar e a rentabilizar o serviço. Estava mobilada com estantes envidraçadas que resguardavam os medicamentos do pó, tendo sido dotada com um receituário, no qual eram registadas as fórmulas dos medicamentos a aviar pelo boticário⁽⁴⁰⁾. Em 1863, o cirurgião José Pedro Belliigo decidiu adoptar, por sua conta e risco, um novo formulário, atendendo

³⁹ *Regimento do Hospital de Todos-os-Santos*, edição fac-similada, 1992, Lisboa, C. Org. do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos.

⁴⁰ *Livro dos Acórdãos do Hospital, 1779-1821*, acórdãos de 13.10.1819, 24.02.1820, 29.10.20 e 28.01.1821; *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdão de 02.03.1828.

à manifesta desactualização do que vinha sendo seguido. Com esta decisão, abriu-se um conflito que envolveu os facultativos e a administração do Hospital, conflito que só foi solucionado onze anos mais tarde, quando esta última entidade convidou os facultativos a apresentarem a reforma do formulário em harmonia com o que era praticado nos hospitais do Reino e no do Batalhão de Caçadores N.º 14⁽⁴¹⁾.

A higiene

A higiene, associada ao cuidado com o conforto e com a diferenciação dos espaços, constituiu uma preocupação ao longo de todo o século, tendo-se tornado dominante neste Hospital principalmente a partir dos anos quarenta.

As enfermarias, cujo solo costumava estar coberto de água no Inverno, foram assoalhadas, em 1820, e passaram a dispor de três latrinas construídas em vários lugares com o objectivo de "evitar os maus cheiros e pútridos ares" que as infestavam⁽⁴²⁾.

De acordo com o parecer dos facultativos, em 1840, decidiu-se que seriam realizadas obras com vista a criar condições para o óptimo dimensionamento e arejamento das enfermarias, bem como para a sua distinção segundo o sexo dos internados, segundo as especialidades - medicina e cirurgia - e segundo a tipologia das doenças. Todavia, cinco anos depois, o edifício ainda era considerado disfuncional, como se deduz das referências relativas às obras que, então, foram realizadas na rouparia, numa nova cozinha, na dispensa, numa nova casa para lenha e na parede do lado sul que ameaçava ruína⁽⁴³⁾.

Nos anos 60, a higiene ocupou o centro das atenções dos médicos e da administração do Hospital. Começou por ser reforçado o pessoal de limpeza e a vigilância⁽⁴⁴⁾, mas os médicos continuaram insatisfeitos com a higiene na instituição e esforçaram-se por demonstrar à administração as vantagens da construção de uma casa para banhos, tendo chegado a propor a sua localização⁽⁴⁵⁾. Contudo, não foi possível comprovar se esta teria sido, de facto,

⁴¹ *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdão de 26.10.1874.

⁴² *Livro dos Acórdãos do Hospital*, 1779-1821, acórdão de 19.06.1820.

⁴³ *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdãos de 30.12.1839, de 08.03.1840 e de 20.02.1845.

⁴⁴ *Ibidem*, acórdão de 28.01.1860.

⁴⁵ Cartas do médico Francisco Emiliano Parreira e do cirurgião José Pedro Marques Belliágo ao Provedor do Hospital do Espírito Santo, de 22.10.1866 e de 23.10.1866, respectivamente. Enquanto o primeiro considerou que a construção de uma casa de banhos no hospital era "a prova mais evidente da ilustração e civilização" dos dirigentes, o segundo chamou a atenção para o modelo a imitar: o da casa para banhos do Hospital de S. José de Lisboa.

construída. Estas mudanças e preocupações reflectiam, a nível local, as instruções dadas pelo Conselho de Saúde Pública do Reino sobre a «beneficiação das casas insalubres, a fim de prevenir a invasão e desenvolvimento da cholera morbus». Tais instruções destinavam-se às «casas das classes pobres», às «casas de malta e outras onde vive muita gente em commum» e, em geral, à «beneficiação dos hospitaes, asylos, hospedarias, fabricas, cadeias, quartéis, etc»⁽⁴⁶⁾.

De facto, o controlo da higiene das pessoas, dos espaços e dos alimentos no Hospital já era garantido pela inspecção médica, desde 1847⁽⁴⁷⁾. Na década de 80, a atenção dirigiu-se para o controlo da qualidade das refeições, tendo este exigido a substituição dos talheres e a vigilância técnica do serviço de refeições⁽⁴⁸⁾.

Na segunda metade de novecentos, o corpo era visto como uma máquina produtora de energia que, para isso, devia ser bem limpo, bem alimentado e bem arejado. Neste sentido, cuidar da saúde pressupunha boa higiene, boa alimentação e boa respiração. Foi neste contexto, que, em 1885, surgiu a proposta de construir um terraço que servisse a enfermaria masculina, de modo a que os doentes "*pudesse[m] passear e apanhar ar livre*"⁽⁴⁹⁾.

A dieta

Uma vez internado, o doente tinha direito à alimentação que o médico prescrevia, uma vez que esta era considerada parte integrante da terapêutica. Aqueles que se apresentavam para tratamento eram geralmente sustentados com uma dieta baseada na carne e no pão, o qual se exigia branco e bem confeccionado. Folheando a documentação, nota-se a escassez do peixe, dos legumes e da fruta nas dietas hospitalares.

No Regulamento aprovado a 2 de Março de 1828, as várias dietas previstas caracterizavam-se pela monotonia. De acordo com este Regulamento, os facultativos deveriam receitar uma das seguintes ementas:

- a) a dieta ténue, de caldos de carne de galinha, vaca ou carneiro;
- b) a dieta média de caldos, com alguma carne;
- c) a dieta ordinária de carne, arroz e pão.

A ceia deveria ser, nos últimos dois casos, de chocolate ou de caldos de

⁴⁶ *Instruções praticas para beneficiação das casas insalubres, a fim de prevenir a invasão e desenvolvimento da cholera morbus*, Diário de Lisboa, nº 247, de 31 de Outubro de 1865.

⁴⁷ *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdão de 26.12.47.

⁴⁸ *Idem*, Acta da Reunião da Comissão Administrativa deste Hospital, de 27.12.1886.

⁴⁹ *Idem*, Acta da Reunião da Comissão Administrativa do Hospital, de 10.06.1885.

pão ou de carne. Considerava-se, ainda, a possibilidade de uma dieta extraordinária de galinha. Eventualmente, o doente poderia ter direito a marmelada, fruta, vinho e tabaco. Numa rápida consulta às papeletas de 1864, as únicas encontradas até hoje, fica-se com a ideia de que a marmelada e o tabaco eram receitados com maior frequência do que o vinho e a fruta.

Uma alimentação baseada em pão e carne, embora pouco variada, era, afinal, o reflexo de uma época cujos hábitos alimentares se caracterizaram pelo aumento do consumo da carne, não destoando muito da dieta seguida em outras instituições congêneres europeias⁽⁵⁰⁾. Os internados aceitavam-na de bom grado, aproveitando o internamento para gozar de uma alimentação melhorada.

Em 1861, assiste-se à reforma das dietas dos enfermos para fazer face às dificuldades financeiras da instituição que se debatia com despesas superiores às receitas e falta de crédito junto dos fornecedores cansados de atrasos nos pagamentos. Os facultativos foram impedidos de receitar qualquer dieta cujo custo excedesse o montante calculado para a maior dieta ordinária do costume, isto é, 8 onças de carne, 4 onças de arroz e 16 onças de pão, totalizando 68 réis e 3/4. Mais, foram aconselhados a fazer uso moderado de dietas que atingissem este valor. Abriam-se exceções para casos devidamente autorizados ou para doentes que pagassem, podendo a dieta destes atingir o dobro daquele valor.

Nestas circunstâncias, a receita de tabaco passava também a carecer de autorização da Mesa do Hospital. A lista de alimentos extraordinários arrolados no âmbito desta reforma dietética é mais ampla que a de 1828, uma vez que inclui, para além dos atrás referidos, também a aletria, o açúcar, o chocolate, o chá, a hortaliça, a manteiga, o peixe e o leite. Apesar da maior variedade, que continuava a ser considerada extraordinária, alguns visitantes persistiam em introduzir alimentos no Hospital, certamente convictos de que supriam as carências alimentares dos doentes⁽⁵¹⁾.

As visitas

O Hospital procurou proteger-se dos intercâmbios ilimitados com o exterior, tendo começado a demarcar e a controlar formalmente as visitas aos doentes, a partir de 1860. O doente podia ser visitado ordinariamente uma vez

⁵⁰ Veja-se, por exemplo, o que se passava no hospital de Piombino, Itália, na mesma altura: a rigidez de uma dieta, apesar de tudo mais variada que a do Hospital de Tavira, era contornada pelos doentes, a contragosto dos médicos, Tiziano Arrigoni, 1995, *La Macchina Per Guarire. Medicina e Sanità nell'ospedale di Piombino (1810-1945)*, Follonica, Leopoldo II.

⁵¹ *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdãos de 28.01.1860 e de 04.01.61.

por dia, das onze às doze horas. Nos dias santificados, abria-se um segundo período para visita, das cinco às seis ou das três às quatro da tarde, consoante se tratasse de tempo quente ou frio, respectivamente.

Os instrumentos

A reforma dos instrumentos cirúrgicos fez-se no final de 1840, por iniciativa real e do próprio Hospital, tendo sido adquiridos os instrumentos destinados aos partos e uma «máquina de afogados e eléctrica» que a instituição poderia alugar a terceiros, segundo um preçário escalonado em função da riqueza dos interessados⁽⁵²⁾. À semelhança do que se passava em outros hospitais do país⁽⁵³⁾, entendia-se que a necessidade de proporcionar aos doentes pobres tratamentos gratuitos justificava que os doentes não considerados pobres pagassem os respectivos tratamentos, quer fossem quer não fossem utilizadas máquinas eléctricas. Mesmo assim, só no final da década de 70, a instituição seria dotada de instrumentos para as operações às cataratas, instrumentos que tinham sido dispensados, em 1840, com o argumento de que a frequência com que a doença surgia não justificava o investimento⁽⁵⁴⁾.

Porém, as saídas dos instrumentos cirúrgicos viriam a ser limitadas, em 1873, uma vez que haviam contribuído para acentuar as deficiências e carências que, entretanto, se tinham feito sentir.

A disciplina

A modernização exigiu o disciplinamento do pessoal de enfermagem, dos serviçais e dos doentes. A este respeito, é significativa a preocupação em registar, pormenorizadamente, as funções dos contratados, no acto de tomada de posse. Mesmo assim, as dificuldades foram notórias, tendo o incumprimento dos regulamentos e a negligência conduzido a despedimentos, umas vezes por iniciativa da administração, outras por sugestão das inspecções.

2.3.2. Cuidar do espírito

Para além do corpo, o tratamento da doença no Hospital exigia que se cuidasse do espírito. Nesta área, trabalharam os religiosos do Convento de S.

⁵² *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdão de 20.12.1840.

⁵³ Veja-se, por exemplo, o *Regulamento para as Aplicações Eléctricas da Máquina de Remack* do Hospital Nacional e Real de S. José, de 27.12.1864, publicado no Diário de Lisboa nº 21, de 21 de Janeiro de 1865.

⁵⁴ *Ibidem*, acórdãos de 20.12.1840 e de 08.07.1878.

Francisco, a partir de 1820⁽⁵⁵⁾. Todavia, a partir de 1836, passou a caber ao padre da Casa o serviço de capelania, muito simplificado a partir de então, e o de cura agonizante⁽⁵⁶⁾.

No âmbito do serviço de capelania, os enfermos beneficiavam de uma missa rezada todos os domingos e dias santos, depois do curativo; de novenas e festas de S. José, com «música de cantoria e 3 padres no altar»; de missas de Natal e Defuntos, também com três padres no altar; e, por último, da missa de Nossa Senhora da Conceição, com música e canto.

O serviço de cura agonizante oferecia aos doentes recém admitidos, e sempre que o requeressem, a confissão e os sacramentos. Incluía, ainda, a encomendação dos mortos. Simplificadas as funções e reduzido o vencimento do capelão, em 1847, ficaram os doentes, ainda assim, com o serviço de cura agonizante intacto, no qual não era admitida a substituição do titular.

3. Que Modernização?

Para terminar, pergunta-se que balanço poderá ser feito do processo de modernização do Hospital, no decurso do século XIX?

Do ponto de vista estrutural, este Hospital apresenta uma significativa estabilidade ao longo do século. Mantêm-se estáveis a capacidade de internamento, a dimensão do pessoal técnico especializado e a estrutura orgânica da instituição.

Contudo, o Hospital soube atrair alguns clientes provenientes de novos estratos sociais, apesar das camadas dominantes terem continuado praticamente imunes ao internamento. Na verdade, as camadas mais poderosas da população tornaram-se igualmente dependentes de serviços específicos do Hospital, devido à crescente necessidade de investimento em meios de diagnóstico e de tratamento, à qual não davam resposta. Não sendo clientes dos serviços de internamento, constituíram-se como clientes dos recursos humanos e dos serviços de empréstimo dos recursos tecnológicos.

No processo de modernização do Hospital, encontram-se inovações que comprovam a determinação dos actores sociais nele envolvidos, em especial a administração e os médicos, em adequar as estruturas existentes às mudanças nos modos de entender a doença e os cuidados de saúde que foram surgindo ao longo do século. Neste processo, não isento de contradições e conflitos,

⁵⁵ Livro dos Acórdãos do Hospital, 1779-1821, acórdão de 26.02.1820.

⁵⁶ Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira, iniciado em 1821, acórdão de 27.10.1836.

destacam-se a criação do atendimento ambulatorio, inaugurado em 1858, com o qual foi possível alargar a capacidade de resposta a uma procura crescente e seleccionar com maior rigor os doentes a internar, ao mesmo tempo que se controlavam as despesas em função dos recursos disponíveis.

O investimento realizado orientou-se para a melhoria da qualidade das instalações e da higiene hospitalar, para a actualização dos meios de tratamento e de diagnóstico médico e cirúrgico e para o reforço dos serviços não especializados da instituição. O esforço de actualização e racionalização dos recursos traduziu-se, por outro lado, na redução do tempo médio de internamento, por doente, o qual baixou de 35 para 29 dias, na segunda metade de oitocentos.

É no quadro global das mudanças das práticas hospitalares que se deve apreciar a modificação verificada nos resultados do internamento: no quinquénio de 1849-50 a 1853-54, 12% dos tratamentos em doentes internados não tinha sucesso, terminando com a morte, ao passo que a alta era concedida a 88% dos doentes; no último quinquénio de oitocentos, a alta era concedida a 82% dos internados, ao passo que a doença vitimava 18% dos internados, dos quais 12% eram homens e 6% eram mulheres.

Nas relações entre os diversos actores sociais no âmbito interno, é notória a valorização dos saberes médico-cirúrgicos que ganharam peso institucional, uma vez que a dupla composta pelo médico e pelo cirurgião passou a ser solicitada com frequência pela administração para dar pareceres sobre as reformas a introduzir no Hospital. As especialidades de medicina e de cirurgia que partilhavam equilibradamente o tratamento dos doentes foram equiparadas ao nível da remuneração, em 1866, à semelhança do que se fizera no Hospital de S. José e de acordo com o decreto de 9 de Novembro de 1860⁽⁵⁷⁾, o que não obsteu a que se desencadeassem algumas dissensões entre os respectivos titulares. Igualmente, a relação entre a administração e a equipa técnica composta pelo médico e pelo cirurgião não foi sempre a mais pacífica, deteriorando-se quando a administração decidia em oposição ao parecer dos especialistas.

Em suma, os dados parecem indicar que, apesar de se encontrar longe dos centros de inovação e de decisão nacionais e internacionais, o Hospital do Espírito Santo de Tavira não ficou imune às mudanças do seu tempo, tendo procurado afirmar-se como espaço de produção de saúde, embora com pouco

⁵⁷ *Livro de Acórdãos da Real Casa do Hospital do Espírito Santo de Tavira*, iniciado em 1821, acórdão de 04.04.1866.

sucesso, e tendo recorrido, para tanto, ao longo de oitocentos, à reforma das técnicas e dos serviços prestados. Este processo que foi de higienização e de disciplinamento - implicou a reestruturação das relações entre os médicos e a administração do Hospital, por um lado, e a mudança nas relações entre os anteriores e os doentes, por outro lado. Transformaram-se, igualmente, as relações entre a administração hospitalar, o pessoal médico e o restante pessoal, assim como as relações do Hospital, no seu conjunto, com a sociedade em geral.

FONTES MANUSCRITAS

Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Tavira

Livro de Despesa Diária, 1797-1807.

Papeletas do Hospital, 1863-64.

Livro de Acórdãos, 1779-1821.

Livro de Acórdãos, 1821-1910.

Correspondência, 1842-66.

Livros de Entradas e Saídas dos Enfermos, 1849-59.

Livros de Entradas e Saídas de Doentes do Real e Nacional Hospital do Espírito Santo da Cidade de Tavira, 1893-97 e 1898-1902.

BIBLIOGRAFIA

ANICA, Arnaldo. 1993. *Tavira e o Seu Termo. Memorando Histórico*. Tavira: Câmara Municipal.

1983. *O Hospital do Espírito Santo e a Santa Casa da Misericórdia da Cidade de Tavira*. Tavira: Misericórdia de Tavira.

ANICA, Aurízia. 2005. *As Mulheres, a Violência e a Justiça no Algarve de Oitocentos*. Lisboa: Colibri.

2001. *A Transformação da Violência no Século XIX. O Caso da Comarca de Tavira*. Lisboa: Colibri.

CARVALHO, S. 1929. *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa.

CHAUVAUD, F. 2000. *Les Experts du Crime. La médecine légale en France au XIXe siècle*. Paris: Aubier.

CHAUVAUD, F. & L. DUMOULIN. 2003. *Experts et Expertise Judiciaire*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

n 1858, com
i crescente e
mpo que se
alidade das
e tratamento
erviços não
alização dos
o médio de
nda metade

que se deve
amento: no
s internados
concedida a
concedida a
ernados, dos

o, é notória a
ucional, uma
er solicitada
s reformas a
cirurgia que
uiparadas ao
ospital de S.
não obistou a
os titulares.
mposta pelo
-se quando a

ontrar longe
Hospital do
empo, tendo
a com pouco

io de 04.04.1866.

FERREIRA, F. A. G. 1990. *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: F. C. G.

FRASCANI, P. 1984. Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana. In *Annali*. Torino: Giulio Einaudi Editore.

Hants: Ashgate.

FREXINOS, J. 1999. *Les Hôpitaux de Toulouse*. Mille Ans d'Histoires. Toulouse: Privat.

PITA, J. R. 1996. *Farmácia, Medicina e Saúde Pública em Portugal*. Coimbra: Minerva.

PORTER, R. 1999. *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: Fontana Press.

RIVETT, G. 1986. *The Development of the London Hospital System 1823-1982*. King's Fund.

SHORTER, E. 2001. *Uma História da Psiquiatria. Da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi Editores.

TUBIANA, M. 2000. *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: Teorema.

VIGARELLO, G. 2001 (1993). *História das Práticas de Saúde. A Saúde e a Doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Notícias.