

SAÚDE PÚBLICA E POLÍTICA

DO «CÓDIGO SANITÁRIO» AO REGULAMENTO GERAL DE 1901

JORGE FERNANDES ALVES*
MARINHA CARNEIRO**

Resumo: *Os finais do século XIX corresponderam a um tempo de forte discussão sobre a necessidade de reconfigurar práticas da saúde pública e de codificar novas normas adequadas a essa necessidade. O presente artigo procura apreender os sentidos da saúde pública nesse tempo, delinear as movimentações políticas em torno dessa problemática e discutir as propostas apresentadas, contextualizando as diretrizes da proposta de «código sanitário» até à publicação do Regulamento Geral de Saúde e Beneficência Pública. Buscamos equacionar o quadro evolutivo que permitiu desenvolver a reorganização dos serviços de saúde pública sob os princípios protagonizados por Ricardo Jorge.*

Palavras-chave: *População; Saúde pública; Sanidade; Higienismo.*

Abstract: *In the late nineteenth century, there were intense discussions on the need to reconfigure public health practices and codify new standards appropriate to this need. This article intends to understand the meanings of public health at that time, examine the political movements around this issue and discuss the proposals, contextualizing the guidelines of the proposed «health code» until the publication of the General Regulations of Public Health and Assistance. We aim to equate the evolutionary framework that sustained the reorganization of public health services under the principles put forward by Ricardo Jorge.*

Keywords: *Population; Public health; Sanitary welfare; Public hygiene.*

Dar espaço institucional ao corpo humano e aos seus problemas de saúde, vislumbrar no corpo individual o alicerce do corpo social, reconhecer as redes de influência e de troca patológica que se desenvolvem nos corpos entre si e com o ambiente no universo dos intercâmbios... Predizer que, em nome da saúde do corpo social, é preciso submeter o corpo individual a normas preventivas, imprimir-lhes comportamentos... Instituir serviços de vigilância, definir-lhes um campo de ação e criar-lhes códigos de intervenção num interação médico-jurídica. Eis os feixes essenciais das preocupações que configuram genericamente o campo da saúde pública ao longo do século XIX e, principalmente, na fase da transição para o novo século. Em suma: disciplinar o corpo social, codificar conceitos e práticas na área da saúde pública, instituir a organização burocrática, no sentido weberiano, para atingir eficiência e afirmar a superioridade técnico-científica, centralizando a autoridade e definindo regras claras através de legislação com a qual se controla o sistema, que deverá ser dotado financeiramente para garantir os diversos tipos de encargos.

Desocultando alguns desses sentidos na área da institucionalização da saúde pública em Portugal com o presente artigo, procuramos contribuir com novas leituras para o campo de investigação da história da saúde no qual continuam a ser referência autores já clássicos como Ricardo Jorge, Maximiano de Lemos, Fernando da Silva Correia, F. A. Gonçalves Ferreira, ou autores recentes como J. P. Sousa Dias, Rita Garnel, Ana Leonor Pereira, João Rui Pita, Romero Bandeira, João Frada ou Amélia Ferraz.

* CITCEM-FLUP.

** ESEP.

DO CONSELHO DE SAÚDE PÚBLICA À JUNTA CONSULTIVA

Em Portugal, tinha sido criado, em 1837 (decreto de 3 de janeiro), um Conselho de Saúde Pública relativamente autónomo do poder político, mas em 1868 (decreto de 3 de dezembro), a questão da saúde pública parecia ser «demasiado importante» para continuar entregue apenas a médicos. Assim, a nova reforma de 1868 repescava para a administração pública (governo central, através da secretaria de estado dos negócios do Reino, e suas extensões, a saber, governos civis e administrações de concelho) as funções deliberativas e executivas do anterior Conselho, agora transformado em mera Junta Consultiva. O poder político sobrepunha-se, assim, ao poder médico, remetido este para um nível secundário. O relatório preambular do referido decreto de 1868 explica-nos, de uma forma muito clara, este jogo de poderes:

O decreto de 3 de janeiro cometeu a um corpo coletivo, o conselho de saúde, a deliberação sobre assuntos técnicos, o que era natural: mas incumbiu-lhe também a execução das suas próprias deliberações, no que se desviou dos princípios geralmente seguidos, segundo os quais, se a deliberação é própria de muitos, a execução deve em regra pertencer a um só.

Este desvio dos princípios trouxe por necessária consequência que o conselho de saúde ficou constituído quase que em completa independência do governo, e com a faculdade de regular superiormente os assuntos importantes e variados do serviço sanitário, o que deu ocasião por vezes a embaraços e dificuldades graves, apesar do acerto e cordura que, é de justiça confessar, presidiu sempre às deliberações do conselho.

Nos distritos o serviço de saúde foi organizado de modo que ficou inteiramente desligado do da administração geral, e daqui nasceram, como era natural, conflitos e desacordos, prejudiciais ao bom governo e regime dos povos.

[...] No projeto de decreto corrigem-se estes defeitos. O governo, esclarecido pela junta consultiva, dirige superiormente o serviço de saúde. Nos distritos e nos concelhos as autoridades administrativas, aconselhadas por funcionários técnicos, provêm cada uma na sua respetiva circunscrição ao regular andamento do mesmo serviço. Assim a ação das autoridades sanitárias, sem ser menos ilustrada do que até agora, será todavia mais uniforme, mais enérgica e mais pronta; a responsabilidade mais eficaz; a organização do serviço de saúde mais harmónica e homogénea; e os atritos entre a administração geral e administração sanitária poucos ou nenhuns.

Pelo artigo 11.º do regulamento de 1868, cumpria ao governador civil superintender e promover no seu distrito em tudo o que dissesse respeito à saúde pública, em conformidade às leis existentes, e, nesse âmbito, coordenar as ações de administradores de concelho, subdelegados de saúde e facultativos municipais, além de sensibilizarem as câmaras municipais para tomarem deliberações no âmbito da salubridade municipal e assegurarem o respetivo cumprimento. Nada se fazia sem a sua autorização. A administração central era, doravante, acompanhada da criação da Junta Consultiva de Saúde Pública, que incluía várias autoridades não necessariamente médicas, sendo constituída por cinco vogais ordinários (facultativos aprovados por escolas médicas) e onze vogais extraordinários (autoridades diversas, tais como o diretor geral de obras públicas, o cirur-

gião em chefe do exército, o chefe da repartição de saúde naval no ministério da marinha, o diretor da alfândega de Lisboa, o lente de higiene pública da escola médico-cirúrgica de Lisboa; o lente de química orgânica da escola politécnica de Lisboa; o capitão do porto de Lisboa; o guarda-mor mais antigo da estação de saúde de Belém; o professor de farmácia da escola anexa à escola médico-cirúrgica de Lisboa; o vice-presidente do conselho especial de veterinária do instituto agrícola de Lisboa; um negociante matriculado da praça de Lisboa, nomeado pelo governo).

A legislação entretanto produzida continuava dispersa e pontual, dificultando a sua apreensão pelas sucessivas autoridades, frequentemente ultrapassada por novas posições no campo científico, embora fosse uma das atribuições da Junta a proposta de nova legislação.

A conflitualidade e a inércia ajudarão a explicar que, em 6 de junho de 1882, o ministro do Reino, Tomás Ribeiro, fizesse avançar uma portaria, elaborada a 25 de janeiro desse ano, endereçando-a ao professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, José Frutuoso de Gouveia Osório, o lente proprietário da cadeira de Higiene Pública. Solicitava-lhe, por essa via, a formulação de propostas com vista a «coordenar e codificar todas as providências concernentes à higiene pública nos seus variados ramos e, ao mesmo tempo, tomar novas providências acerca de alguns assuntos, que ainda não estão convenientemente regulados na legislação vigente». Pedia-lhe que propusesse superiormente alterações na organização dos serviços, indicações para habitações, órgãos autárquicos e outros objetos a regulamentar.

Abria-se, assim, o caminho para uma modernização dos dispositivos reguladores no campo da saúde pública, tendo em conta as necessidades nacionais e uma aproximação aos padrões dominantes a nível internacional. Os pontos a indicar por José de Gouveia Osório, dizia a portaria governamental, seriam tratados por comissões, que formulariam leis e/ou regulamentos que passariam a fazer parte do «código de sanidade».

A PROPOSTA DE «CÓDIGO SANITÁRIO» DE JOSÉ GOUVEIA OSÓRIO

A saúde pública, desde a reforma de 1868, feita num ambiente político de economias, era vulgarmente considerada como a irmã pobre da administração. Agora que se encarava a possibilidade de uma reforma, verificavam-se contraditoriamente descidas no orçamento respeitante à saúde pública. O então deputado progressista, Elias Garcia, criticava o orçamento para 1883-1884, ocorrendo a discussão precisamente numa altura em que grassavam focos epidémicos de tifo em Manteigas e Sandomil, o que obrigou o ministro Tomás Ribeiro a pedir, de imediato, autorização para despesas suplementares. Este tipo de pedidos, para atender a situações imprevistas, era frequente, dado surgirem múltiplas situações epidémicas na ausência de medidas preventivas.

O snr. Elias Garcia: – [...] Creio que os nossos colegas que são médicos devem congratular-se muito com a noticia de que a higiene publica entre nós passa a custar menos no orçamento do estado.

Todas as queixas, todos os reparos e censuras que se tinham feito com respeito à imperfeição, à extraordinária imperfeição deste serviço, eram, ao que parece, completamente infundadas, porque o sr. ministro do reino entende que no futuro ano económico, em vez de despendere que até aqui se despendia, fica tudo perfeitamente atendido despendendo ainda menos.

É escusado lembrar à camara a conveniência de atender a um ramo de serviço tão importante.

Se é necessário, e nisto insistirei eu sempre, desenvolver extraordinariamente a instrução, não é menos necessário, e porventura é-o ainda mais, tratar da higiene, isto é, da saúde do corpo, porque num país onde não há saúde nada pode manter-se ou sustentar-se.

A saúde pública é a base de tudo. [...] Eu desejava que o sr. ministro do reino assinalasse a sua passagem pelo governo com a reforma dos serviços de saúde, porque sem essa reforma podem aparecer epidemias e nós não temos meios para as debelar, e ainda que possamos acudir-lhe já elas terão tomado pé¹.

Não terá sido por acaso que o governo regenerador tomou a iniciativa de convidar o conhecido progressista do Porto, José de Gouveia Osório, para apresentar propostas para a reforma sanitária. Gouveia Osório apresentou em 1886 um «Plano de código sanitário português» e, em 1887, desenvolveu uma parte desse plano, cujo relatório prévio, abria com a seguinte afirmação:

A saúde é elemento indispensável à prosperidade de um país. Sem ela não há trabalho produtivo de riqueza pública. Promovê-la e aperfeiçoá-la é obrigação do indivíduo e da nação; e por isso requer-se que todos sejam solidários neste empenho, porque depende e assenta nisso a maior duração da vida².

A saúde era um valor que se traduzia no reconhecimento de um direito sobre a vida e a integridade humana, reconhecido na legislação internacional e nacional, legitimando o uso de meios e esforços comuns a par do desenvolvimento científico, numa altura em que as descobertas de Pasteur e Lister davam nova importância à higiene. Em Portugal, embora algumas leis já enumerassem os principais problemas sanitários, negavam-se os meios de ação, segundo Gouveia Osório, dada a «dotação modesta» do serviço de saúde e a «incompetência» para agir. A execução das normas sanitárias passava pelos governadores civis, administradores de concelho e regedores, ou seja, «indivíduos em quem não podem presumir-se conhecimentos de medicina, e que realmente os não possuem senão por exceção rara». E se, em Lisboa, se podia observar alguma preocupação de cobertura sanitária no decorrer de medidas administrativas especiais (o decreto de 18 de julho de 1885 dividia a cidade em 20 circunscrições, cada uma com um subdelegado de saúde, sob a direção de um delegado que superintendia todos os ramos de saúde e higiene), fora de Lisboa «tudo corre mal», a não ser em casos de aparecimento de epidemias quando se tomavam «providências extraordinárias». Relativamente à sanidade urbana e rural nada

¹ Diário da Câmara dos Deputados, 17.04.1883, p. 1100-1103.

² OSÓRIO, 1887: 3.

se via, não obstante as doenças endémicas, as epizootias, o aumento de mortalidade! Mesmo em Lisboa, aonde ocorria uma elevada imigração de indivíduos entre os 12 e os 40 anos, a cifra da mortalidade excedia frequentemente a de natalidade, sem que, durante anos, se tomassem medidas. Dezoito anos decorriam sobre a reforma de 1868 e o balanço era o de que não se podia confiar mais nas leis existentes:

É culpa grave não mudar de rumo, e não seguir as nações adiantadas no seu caminho de reformas sanitárias. Os códigos das leis políticas, civis, penais e administrativas são importantes para a boa ordem social, mas sem saúde não há prosperidade duradoura; e por isso um bom código sanitário valerá como lei fundamental³.

Gouveia Osório apresentava então um *Plano de um Código Sanitário Português*, que estruturava em 22 títulos, cada um com vários capítulos:

- I – Preceitos gerais.
- II – Ministério do Reino.
- III – Organização sanitária (órgãos centrais e locais; serviço internacional; congressos sanitários).
- IV – Polícia médica (inscrição e registo; exercício da medicina; da farmácia; da arte de partos; da arte de dentista; da veterinária).
- V – Higiene da infância (maternidades; presépios ou creches; hospícios de crianças desamparadas; asilos de crianças; vacinação).
- VI – Higiene da adolescência (escolas: condições materiais, condições intelectuais, inspeção médica; colégios e casas de educação; ginásios; trabalho dos menores; casas de correção).
- VII – Higiene de adultos (trabalho dos adultos; escolas de adultos; templos; casas e lugares de recreio; casas de banho; lugares de banho; lavadouros).
- VIII – Alimentação (mercados; lojas de comestíveis e bebidas, casas de pasto; matadouros; açougues; águas potáveis).
- IX – Residências (habitações; hospedarias, estalagens, dormidas; casas de saúde; hospitais; hospitais de alienados; asilos de mendicidade, de inválidos; quartéis; prisões).
- X – Iluminação (iluminação pública; iluminação particular; iluminação em estabelecimentos públicos).
- XI – Vias e largos (estradas; ruas; praças, jardins e arvoredos).
- XII – Limpeza pública (povoações; aldeias; cavalariças e currais; aidos de vacas de leite, pocilgas e currais; colmeias; galinheiros e passareiras; feiras de quadrúpedes; mercados ou depósitos de partes de animais).
- XIII – Animais (mamíferos e aves; peixes; sevícias contra os animais; condução de animais; ensino dos animais).
- XIV – Águas (fontes, chafarizes e tanques; mar, rios e margens; pântanos e águas estagnadas; arrozais, salinas e piscinas).
- XV – Segurança pública (construções públicas e particulares).

XVI – Lojas de venda, armazéns e depósitos (objetos diversos; objetos inflamáveis e combustíveis, objetos incómodos).

XVII – Indústria, artes e ofícios (estabelecimentos agrícolas e industriais; saibreiras e pedreiras; minas).

XVIII – Meios de transporte (veículos ou transportes; cavalgadas; barcos; navios; veículos em carris).

XIX – Festejos (arcos, festas e bandeiras; iluminações, luminárias e fogueiras; fogo do ar, de artifício e outros; sinos, campainhas e chocalhos; balões; palanques).

XX – Doenças (doenças contagiosas; doenças infeciosas; epizootias; sífilis).

XXI – Socorros em caso de desastre

XXII – Óbitos (verificação dos óbitos; casas ou depósitos portuários; exumações e autópsias; cemitérios; embalsamentos e incineração; enterramento de animais).

Estes seriam os tópicos a desenvolver, cujo enunciado revela a preocupação global das doutrinas de saúde pública da altura em conjugação com as condições sociais e os problemas então sentidos. Essa enunciação evidencia também o largo campo de intervenção a conquistar pelos sanitaristas ou higienistas na sua preocupação com a fiscalização, enquanto vertente fundamental da medicina preventiva. Era um longo combate a desenvolver, pois a prevenção era mal percebida pelo homem comum, uma vez que as medidas higienistas e profiláticas não deixavam entrever no imediato a sua eficácia, antes mostravam o desconforto por efeito de ações de disciplinamento vindo de autoridade exterior: interditar águas públicas, impor limpezas de imundícies, isolar indivíduos com doenças contagiosas, ordenar a incineração de carnes impróprias, mandar desinfetar instalações ou embarcações, apontando grupos de população como focos de propagação de doenças, não era tarefa fácil. Na realidade, a medicina preventiva é pouco perceptível no tempo curto, só se revela mais tarde através da melhoria de indicadores estatísticos, estudados por especialistas, a que os jornais davam pouco relevo, pois a profilaxia contribuía afinal para não-acontecimentos, suscitando pouco interesse noticioso.

Para além do seu *Plano*, mais vasto, Gouveia Osório apresentou um *Projeto de Código Sanitário Português*, texto mais circunscrito que procurava desenvolver os quatro títulos iniciais do seu *Plano*.

O Título I, sobre *Preceitos Gerais*, abria com um artigo inicial, de natureza doutrinária, em que se valorizava a saúde e a respetiva obrigação estatal de libertar os meios necessários a estabelecer pelo código sanitário, que definiria também uma nova articulação administrativa. No articulado seguinte, Títulos I (ministro do Reino) e II (organização sanitária), definia-se a nova hierarquia para a autoridade sanitária, que teria no vértice o ministro do reino, a que se seguiria uma junta sanitária central e, sucessivamente, a nível regional e local, a junta sanitária distrital, a comissão sanitária municipal e a comissão sanitária paroquial. A execução das leis afins, contravenções e delitos seriam objeto de julgamento por estas autoridades sanitárias e as respetivas multas e emolumentos reverteriam para os serviços de saúde. Prescrevia-se, assim, uma nova hierarquia que fugia às normas administrativas em vigor: embora o ministro do reino assumisse o lugar superior, as suas funções seriam de nomear, demitir, convocar, consultar, promul-

gar regulamentos e organizar orçamentos, bem como presidir às reuniões que entendesse, mas o tratamento superior das questões de saúde caberia à junta central, que teria sete elementos efetivos nomeados pelo governo (quatro facultativos, um farmacêutico, um veterinário e um engenheiro civil, todos com curso completo nas escolas superiores de medicina e 10 anos de prática), a que se juntariam outros vogais extraordinários (lente de higiene da Escola de Lisboa, cirurgião em chefe do exército, chefe da repartição de saúde naval, enfermeiro-mor, lente de química da Escola Politécnica, lente de veterinária, entre outros) quando convocados para reunião. Com sede no ministério do reino, o seu expediente seria assegurado pela direção geral sanitária, à frente da qual estaria um médico plenamente aprovado e com dez anos de prática. As atribuições da junta central eram estabelecidas num artigo com 26 parágrafos, desde a superintendência na execução das leis, articulação com as juntas distritais, dirigir serviços de sanidade marítima e internacional, combater epidemias e endemias, estudar e combater a mortalidade, organizar a demografia médica, ordenar a revisão periódica da farmacopeia, promover a vacinação, estudar as condições de trabalho, velar pela higiene das habitações, promover esgotos e limpeza e abastecimento de água, regular o serviço de águas medicinais, enfim, estudar em geral os assuntos sanitários.

A organização dos outros níveis de juntas (distritais, municipais) procurava salvar a sua composição especializada, à medida da sua escala espacial e administrativa, com funções de fazer cumprir as leis, fiscalização e vigilância na área da saúde e obrigação de reportar à sua tutela hierárquica, tendo também vogais extraordinários (ligados à saúde nas diversas circunscrições) para convocações especiais. Ao nível paroquial, a respetiva junta seria composta pelo pároco, regedor e um facultativo, «havendo-o», o que seria raro nos meios rurais, dada a falta de cobertura médica. O projeto compreendia também o «serviço internacional», tendo por fim «impedir a introdução de doenças contagiosas de índole epidémica». Esse serviço seria gerido pela junta central e impunha obrigações a funcionários diplomáticos e consulares e autoridades nas possessões ultramarinas, médicos de bordo e comandantes de navios: todos tinham a obrigação de participar quaisquer alterações no estado sanitário na sua área de ação. Previa ainda a realização bienal de um congresso sanitário.

Finalmente, o Título IV, *Polícia Médica*, definia os quadros para registo e campo de ação das diversas profissões médicas. Impunha a obrigação de qualquer um que exercesse um «ramo de medicina», ou seja, médicos, cirurgiões, parteiras, farmacêuticos, dentistas e veterinários, serem obrigados a apresentar diploma e procederem a inscrição na comissão sanitária municipal, combatendo assim os «curiosos» (estabeleciam-se penalizações para os infratores, com prisão de seis meses a dois anos, além de multa pecuniária). O exercício de cada uma das profissões, as obrigações e os interditos, o sigilo e as penalizações das infrações estavam claramente descritos na proposta.

O modelo desenhado por Gouveia Osório, focado na redistribuição de poderes mais favoráveis à medicina e na implementação de uma organização burocrática, surge como uma recuperação parcial do setembrista Conselho de Saúde, enquanto entidade autónoma, embora em ligação com a autoridade administrativa para a execução das delibe-

rações, mas estas resultariam de um saber especializado, reconhecido e paralelo ao campo político, numa cobertura do território através das diferentes juntas.

Em todo o caso, demorou a apresentação da proposta e, um tanto inesperadamente, Gouveia Osório falecia em 23 de Agosto de 1887, ficando o seu trabalho inacabado e perdendo oportunidade política.

DA PESTE DO PORTO (1899) À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS

Não terão caído em vão as propostas de José Gouveia Osório. Ricardo Jorge refere-se-lhe na edição das suas conferências de 1884, cujo volume intitulou de *Higiene Social*):

O professor de Higiene, o exc.^{mo} snr. dr. Aires de Gouveia foi encarregado, há tempos já, de confeccionar um Código Sanitário Português, tarefa de que se está desempenhando. Já depois de proferida a nossa conferência tivemos ocasião, o que profundamente agradecemos, de apreciar os seus trabalhos e rejubilamo-nos porque as bases principais do seu projeto coincidem sensivelmente com as ideias aqui expendidas⁴.

Entretanto, várias medidas relativas à saúde pública eram publicadas, mas tocavam questões pontuais de epidemias, reforços de verba, nomeações. Mas, a 27 de Abril de 1894, o ministro do Reino, João Franco, solicitava à Junta uma proposta urgente para alterar o seu próprio regimento e ampliar as suas funções. Na sequência, em 10 de janeiro de 1895, um decreto publicava algumas alterações à orgânica da administração sanitária, com incidência nas estações marítimas e lazaretos, mas também extinguíam, fora de Lisboa e Porto, as delegações de saúde distritais, passando as suas funções a serem desempenhadas pelo facultativo municipal da sede do distrito.

Em 2 de março de 1899 publicava-se uma lei que tornava obrigatória a vacinação e revacinação antivariólica, recuperando uma proposta parlamentar nesse sentido de 1891, na altura sem aprovação. Um deputado apresentava números para justificar a insistência: em 1897, a varíola atingia, em Lisboa, uma mortalidade de 100 por 1000 habitantes, e no Porto 120 por 1000, apresentando estas cidades como as mais atingidas por este mal na Europa.

Entretanto, nos meados de 1899, ocorria a peste bubónica no Porto, cujo diagnóstico se deveu a Ricardo Jorge, então médico municipal desde 1892, já com um trabalho notável na organização dos Serviços Municipais de Saúde e Higiene. A oposição popular e da imprensa com que se viu confrontado (incluindo ameaças de morte e apedrejamentos à sua residência), em função da declaração da peste e das medidas consequentes adotadas pelo governo (com cerco militar para isolamento da cidade), levou-o a pedir transferência para a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Por sua vez, o governo progressista de José Luciano de Castro foi violentamente atacado, quer por republicanos, quer pelos

⁴ JORGE, 1885: 359.

regeneradores (então liderados por Hintze Ribeiro). Foi nestas circunstâncias que o governo central decidiu avançar com a reforma sanitária há muito adiada e chamar para o efeito Ricardo Jorge, pois, embora perseguido pela opinião pública portuense, vinha aureolado pelos seus textos sobre higiene, pela organização sanitária municipal e pela capacidade de diagnosticar a peste bubónica, que se julgava há muito erradicada da Europa. A sua chamada à administração central tinha ainda o simbolismo de legitimar o saber médico face à contestação social de que fora alvo. É, portanto, perante a situação de uma crise grave, em que o sistema instalado não dá a resposta adequada, que se criam as condições políticas para a reforma sanitária, que será traduzida em sucessivos diplomas.

Assim, o governo dirigido por José Luciano de Castro, criou a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, conforme o decreto de 4 de outubro de 1899, cujo preâmbulo reconhece a necessidade de uma «eficaz organização dos serviços de saúde» como fórmula preventiva, depois de uma longa inércia e crença na «imunidade de longos anos e na eficácia dos regulamentos de sanidade marítima que nos poupariam a epidemias exóticas». Sublinhe-se que os serviços de saúde corriam antes pela Direção Geral da Administração Política e Civil. O primeiro passo seria, então, assegurar a especialização do serviço e unidade na direção técnica e administrativa no âmbito do ministério do Reino. Nesta medida, segundo o decreto de 4 de outubro de 1899, se ligavam os serviços de saúde e de beneficência, elevados a direção-geral tendo em conta critérios económicos e de afinidade: «atendendo a que os serviços de beneficência têm estreitos vínculos com os de higiene, como acontece no que se refere a hospitais, asilos, creches, albergues e outros semelhantes institutos, e a estes se devem agrupar, por não ser economicamente oportuna a respetiva independência». As funções de diretor-geral e as de chefe da repartição de saúde seriam confiadas a quem a par das condições gerais para o exercício de semelhantes cargos possuía as habilitações técnicas indispensáveis para o expediente dos assuntos de sanidade pública. Assim, a nova direção-geral (com duas repartições, a de saúde e a de beneficência) seria obrigatoriamente liderada por um médico higienista. Por sua vez, o chefe da repartição de saúde, igualmente médico, exercia também «as importantes e indispensáveis funções de inspetor geral dos serviços sanitários, para que em todo o reino os fiscalize e vigie». Foi para estas funções que foi chamado Ricardo Jorge, que se transferiu para Lisboa em meados de Outubro, pois a direção-geral foi entregue a João Ferraz de Macedo, um médico lisboeta⁵.

Para melhor articulação, entre a componente administrativa e técnica, era criado um «corpo consultivo, que não só coadjuve com o seu conselho o governo nos variados assuntos de saúde e higiene, mas tenha também a iniciativa da proposta dos melhoramentos». Mas o modelo da Junta Consultiva de Saúde, criada pela reforma de 1868, já não servia, porque, conforme se dizia no preâmbulo, os novos membros do corpo consultivo deviam aliar à sua capacidade científica e profissional a sua posição oficial nas repartições superiores de saúde, até como forma de evitar frequentes conflitos de autoridade: «por isso à organização atual da junta consultiva de saúde, em parte estranha ao dito orga-

⁵ VIEGAS e outros, 2006: 23.

nismo e sem mais responsabilidade que a científica, e em parte deficiente, como o demonstra o facto de em crises sanitárias se acrescentar extraordinariamente o número dos seus vogais, estando também reconhecida já a oportunidade da reforma do seu regimento no decreto de 27 de abril de 1894, preferimos um conselho de saúde e higiene, presidido pelo ministro do reino, tendo por vice-presidente o diretor geral dos serviços de saúde e beneficência, e constituído por vogais ordinários, substitutos e extraordinários».

Surgia assim o Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública, com vogais ordinários (o professor de higiene da escola médico-cirúrgica de Lisboa, o enfermeiro-mor do hospital real de S. José e anexos, o diretor do posto de desinfecção pública de Lisboa e o inspetor do lazareto da mesma cidade), substitutos (a nomear pelo governo de entre diplomados da Universidade ou Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto) e extraordinários, dois lentes eleitos por cada uma das referidas escolas médicas (Porto, Lisboa e Coimbra), o cirurgião em chefe do exército e o chefe da repartição de saúde naval (mais tarde, por decreto de 9 de novembro de 1899, garantiu-se algum controlo, com o diretor geral e o inspetor geral dos serviços sanitários a serem integrados no Conselho). Nos termos do decreto, ao Conselho cumpria participar no exercício periódico da iniciativa, discussão e proposta das reformas e melhoramentos sanitários, bem como nas consultas por convocação do governo. E, o decreto cometia-lhe, desde logo a «reorganização dos serviços de saúde distritais e concelhios por maneira que com toda a possível economia do tesouro público e dos recursos locais se atenda às impreteríveis exigências da defesa sanitária» (art. 5). A lei entrava em vigor com a nomeação do diretor-geral e do inspetor-geral, o que aconteceu a 20 de Outubro.

Este quadro legislativo, ainda exíguo, seria ampliado alguns meses depois, por decreto de 28 de novembro de 1899, já fruto da reflexão e propostas da direção-geral e da sua discussão no seio do Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública no sentido da constituição do corpo de saúde pública. O novo diploma historia a criação da nova direção-geral e o seu posicionamento médico-administrativo, lembrando a epidemia de peste bubónica do Porto e a importância de se ter uma organização de defesa sanitária: todos os sacrifícios em favor da saúde pública seriam «obra redentora de vidas», além de «protetores dos interesses públicos e privados», sendo, por isso, uma «obrigação primacial da administração e da fazenda pública». Apresentava o exemplo de Inglaterra, nação que não se prendia «com falsas e lesivas economias nem com franquias individualistas que tolhem, em prejuízo de todos, a ação da higiene social», com resultados palpáveis na redução gradual da morbidade e mortalidade, no progresso do bem-estar físico da população, enfrentando sem pavor os «flagelos contagiantes», confiados na indemnidade garantida pela organização sanitária e preventiva. Tudo funcionaria em sentido contrário nos países em que a organização sanitária era deficiente, quer pela elevada mortalidade, quer pelo efeito devastador com a irrupção das epidemias na ordem pública e prejuízos no comércio e indústria. O decreto apresentava mesmo um quadro das despesas extraordinárias dos vários ministérios ocasionadas por combates a surtos epidémicos desde 1884 a 1899, o que representava, no total, cerca de 3000 contos de réis, cerca de 200 contos de réis em média anual: os custos anuais previstos para a implementação do sistema sanitá-

rio ficariam por cerca de um décimo desse valor anual, constituindo assim uma economia real, tanto mais que não incluía outros valores indiretos e custos privados. Neste quadro, considerava-se no decreto, tinha chegado «o momento oportuno e necessário para nós ensaiarmos uma reorganização estável e profícua dos serviços de saúde pública», de forma a assegurar uma defesa sanitária normal e uma luta antiepidémica:

O andamento dos negócios sanitários possui agora órgão próprio e especial e a corporação superior que lhe assiste uma composição que lhe assegura confiadas responsabilidades administrativas [...] dos seus trabalhos promanou a atual proposta. [...] O espírito desta reforma é o aproveitamento do existente, até onde ser possa; mandavam-no assim o bom senso e a economia. Reformas radicais, nem há meio de fazer vingá-las, nem dinheiro que as pague.

[...] O mecanismo sanitário tem como roda-viva o médico; a proposta contenta-se com os existentes, não cria novas categorias. Encontrou esta entidade profundamente portuguesa, e provavelmente meritória, do facultativo de partido; consagrou-lhe o préstimo e ampliou-lhe os foros. Subdelegados e delegados de saúde médicos municipais. Toda a série de médicos sanitários vai hierarquizada em subordinação progressiva até à inspeção geral e à direção geral, assegurando-se a sua unidade técnica e administrativa. Circunscrever o médico sanitário ao exercício exclusivo do seu cargo oficial, seria ótimo, realizável se outro fora o estado da higiene nacional e sobretudo sobejassem meios financeiros. É inatingível por ora esse desideratum; mas pouco e pouco de futuro se poderão criar médicos de circunscrições sanitárias submetidos ao regime da especialização.

O médico do partido municipal recebia, portanto, as funções de subdelegado de saúde, sendo compensado com remuneração suplementar. Em cada capital de distrito um facultativo municipal seria delegado de saúde. A superintendência dos delegados e subdelegados caberia ao Inspetor Geral dos Serviços Sanitários.

Mas, em função do desenvolvimento das novas técnicas sanitárias, já não bastaria o médico para completar o sistema, tal como acontecia em Inglaterra, onde cidades populosas tinham um engenheiro sanitário, fiscais de salubridade, inspetores para cada ramo de aplicação e diretores de laboratório, todos com uma formação específica. Neste sentido, se criava agora o Instituto Central de Higiene, centro de investigação e escola de formação para sanitaristas, compreendendo estatística sanitária, laboratório, museu, epidemiologia, vacinação e desinfecção e organização de cursos, iniciados em 1903 e indispensáveis para acesso a funções no sistema sanitário:

A mão do higienista está hoje armada de um material de investigações e combate. Não é só com palavras, mas principalmente com obras que se previnem e debelam os males físicos. A reforma assinala essa aquisição paulatina de instrumentação, desde o simples material de desinfecção até ao laboratório e ao hospital de moléstias zimóticas.

Definida a política da organização sanitária, surgia depois a relação com a autoridade administrativa, aprendendo-se com a História: se a reforma de 1837 tinha conferido total independência ao antigo conselho de saúde, cujo excesso de atribuições colidia com

a administração, ao contrário a de 1868 tinha colocado a atividade sanitária numa «subserviência lesiva e sufocadora». A solução era o meio-termo, relacionando poderes e atribuições, «sem quebra da responsabilidade científica de quem a deve possuir, sem invalidações da autoridade e vigilância de quem tem que exercê-las». E definia-se o campo de ação, que passaria por estender a todo o território a nova disciplina sanitária exigida pela higiene, abrangendo áreas antes sob diferentes tutelas, como era o caso da sanidade urbana, da rural e da marítima:

A administração sanitária tem por fim vigiar e estudar tudo quanto diz respeito à saúde pública, à higiene social, à vida física da população, e promover as condições da sua melhoria. Extensa e complexa, não era abrangível num único diploma. O presente decreto formará o ato fundamental, a lei fixadora da organização geral da saúde pública do reino. Dele promanará a série de regulamentos de toda a ordem, referentes quer às múltiplas atribuições da higiene pública, quer ao exercício dos seus funcionários e corporações. O conjunto destas disposições sucessivas constituirá o nosso código sanitário.

Os serviços sanitários organizavam-se em externos (com regulamento geral de sanidade marítima e internacional) e internos (com regulamentos a elaborar para: estatística demográfico-sanitária; prevenção e combate de moléstias infecciosas; higiene da indústria e do trabalho; salubridade dos lugares e das habitações; inspeção das substâncias alimentícias; polícia mortuária; exercício médico-profissional; quaisquer outras aplicações de higiene pública). Previa-se a criação de laboratórios de higiene e postos de desinfecção nas capitais de distrito, em cujos governos civis deveria também existir uma repartição de saúde para expediente e estatística, mas também um engenheiro para inspeção da salubridade, um agrônomo e um veterinário para a fiscalização alimentícia. Lisboa e Porto, por razões de dimensão, teriam organização especial. Diverso articulado resolvia outras questões menores relativas a diversos tipos de funcionários e suas atribuições.

Em 22 de fevereiro de 1901, já após eleições e através do então chefe de governo e ministro do Reino, o regenerador Hintze Ribeiro, era apresentada à Câmara dos Deputados uma nova proposta para remodelar a Direção Geral de Saúde e Beneficência, que, em continuidade das medidas anteriores, iria valorizar o protagonismo de Ricardo Jorge, ampliando o papel do Inspetor Geral, que era libertado das funções de expediente da Secretaria Geral com o objetivo de lhe permitir entregar-se mais ao estudo e vigilância da saúde pública. Tudo indica, aliás, que a proposta derivava de um conjunto de sugestões de Ricardo Jorge, para aprofundar o definido nos diplomas anteriores. A filosofia geral continuava a ser a de lutar pela higiene e aprofundar a implementação do sistema sanitário, conforme o preâmbulo da proposta:

A tutela higiênica cada vez desperta mais a vigilância dos poderes públicos. De função rudimentar ou extemporânea passou a assíduo cuidado e a obrigação continua; os homens de Estado sentem como nunca o peso das palavras tantas vezes citadas de Disraeli, quando lhes impunha, como primeiro mandamento, velar pela saúde do povo.

De dia para dia se avigora mais o conceito de que a sanidade pública é um dos altos estabelecimentos por onde se poderá aferir a grandeza social de um país. Lá onde a instrução, a riqueza e a disciplina do povo se conjugaram com a ação do Estado tão harmônica e poderosamente, que a civilização chegou à máxima pujança, a higiene, fomentada por uma ciência desvelada, por uma administração próspera e pela ilustração pública, é ao mesmo par força imanente e manifestação extrínseca do progresso; padroeira das energias vitais, merece o culto de todos, porque delas promanam todas as energias coletivas. Assim, na Inglaterra e na Alemanha, guia uma da higiene prática, mestra a outra da higiene científica.

As nações menores e modestas acorrentaram-se também a este movimento de salvação pública. Incita-as o exemplo e subjuga-as uma ciência, ousadamente vitoriosa, que do dia para dia extingue flagelos, evita males e poupa vidas, tornando o ente social mais válido, sadio e duradouro, e, portanto, mais feliz e produtivo.

Não há duvida que o nosso país marcha hoje rasgadamente nessa estrada, resgatando a incúria de largo tempo. Vigoram instituições sanitárias, umas a desentranhar-se já em serviço útil e provado, outras em via fecunda de benefício geral. O espírito público já secunda, e até a seu turno convida a ação governativa. Das classes dirigentes até às populares, invadiu-nos também esse apostolado sanificante que, comungando ao mesmo tempo na fé positiva da ciência e na piedosa solidariedade humana, se tornou uma espécie de religião física dos povos, que em todos os espíritos cabe sem intransigências nem oposições. [...] O momento decorrente impõe por todos os modos aos poderes constituídos o dever de, dentro dos recursos do país e da nossa organização pública, estatuir devidamente o seu sistema de sanidade. Importa fixar, antes de mais, o seu mecanismo oficial, tanto nas rodagens centrais, como nos instrumentos periféricos⁶.

O projeto sofreu pequenas alterações no parlamento, vários apoios (por o novo governo não colocar em causa as opções do anterior, antes as desenvolver), mas também críticas, pois a proposta era considerada demasiado centralista, uma opção claramente explicitada no projeto, mas alguns deputados consideravam que, dada a meticulosidade com que a reforma sanitária se vinha fazendo, corria o risco de ser um bom desenho no papel e pouco concretizável. Críticas surgiam ainda por se constituir um sistema sanitário em paralelo às escolas médicas, que queriam ter uma palavra a dizer, mas eram apenas chamadas a um conselho de caráter consultivo cujas convocatórias poderiam rarear. As alterações essenciais (deixamos aqui de lado as relativas à beneficência) ajustavam-se ao perfil da personalidade do Inspetor Ricardo Jorge:

As funções cumulativas de inspetor geral e chefe de repartição que o citado decreto, a título de economia, impusera, restringem-se, e a inspeção geral desempenha o papel que essencialmente lhe cabe: além de informar os negócios sanitários na sua parte propriamente higiénica, será a Estação Técnica Central, imediata à Direção Geral. Superintendendo no corpo de saúde e prescrevendo diretamente as ordens e instruções para a execução dos serviços de saúde no seu cumprimento profissional, assegura a unidade e harmonia de ação à sanidade pública. E neste sentido se lhe prestam os elementos auxiliares absolutamente indispensáveis para os seus traba-

⁶ Diário da Câmara dos Deputados, n.º 48, 2 de abril 1901: 33.

*lhos especiais de higiene e estatística, de que passa a fazer parte a estatística do movimento fisiológico da população do reino*⁷.

Assim, o lugar de Inspetor não acumulava mais com o lugar de chefe da repartição de saúde: este passava a ser um bacharel em direito, reconhecendo-se que o «bom andamento» dos negócios da saúde implicava também com leis, funcionários, corporações, exigia o conhecimento da legislação e da organização administrativa geral.

Da decisão parlamentar resultou a Lei de 12 de junho de 1901, que respeita na generalidade os princípios emanados da direção-geral e veiculados pelo ministério do Reino na sua proposta. Os serviços centrais de saúde anexos à direção-geral passaram a ser a Inspeção Geral dos Serviços Sanitários do Reino, a Repartição de Saúde e o Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública. Definiam-se melhor os papéis de cada componente do sistema, alterava-se o estatuto de alguns elementos: o Inspetor passava a ter a colaboração de dois médicos e um engenheiro; ampliava-se o Conselho Superior de Higiene, que reuniria pelo menos uma vez por ano. Estabeleciam-se algumas taxas para financiar o serviço. Regulavam-se os serviços de vacinação, cuja produção de vacinas ficava a cargo do Instituto Bacteriológico. Autorizava-se o governo a reorganizar os serviços sanitários do Porto e das Ilhas Adjacentes e a elaborar vários regulamentos.

O REGULAMENTO GERAL DE 1901

Na sequência desta Lei, viria a publicação, em 24 de dezembro de 1901, do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, extenso diploma que procurava dar organização (atribuições, competências e funcionalidade) a todos os elementos dos serviços e que se tornou na matriz do novo sistema sanitário. Considerava-se que a «reorganização da sanidade oficial» encerrava a sua fase embrionária para entrar numa «fase definida de estrutura e ação», respondendo às circunstâncias do tempo, exigências científicas e condições administrativas e económicas do país. Expressão do poder médico emergente, o longo relatório anexo ao Regulamento evidencia a preocupação central de «reconcertar o mecanismo sanitário nas suas rodagens ativas, sistematizando-lhe peça por peça as relações, o funcionamento e a finalidade, de modo a assegurar o pleno exercício do seu trabalho em proveito da saúde pública». Se os serviços centrais tinham sido recentemente criados, o problema colocava-se, desde o início, nos serviços externos: «incumbidos tanto aos médicos e funcionários do corpo de saúde pública, como às autoridades, corporações e funcionários administrativos, surdia o problema da distribuição de poderes e atribuições por essa dupla série de entidades oficiais». Ou seja, quem eram as autoridades sanitárias, em que grau lhes impendiam os direitos e deveres de vigilância e incumbências?

O regulamento, fiel ao espírito de meio-termo, procurava articular as disposições recentes e avulsas publicadas desde 1899 com o estatuído no Código Administrativo, de

⁷ Diário da Câmara dos Deputados, n.º 48, 2 de abril 1901: 33.

acordo com as «imposições da higiene e da medicina administrativa, afinando-o pelo critério orgânico e profissional que presidiu a toda a reforma». Assim, apontavam-se atribuições às câmaras municipais e aos párocos (ao tempo, presidentes natos das juntas de paróquia), mas era no médico que se centrava todo o sistema:

A série médica abre pelo facultativo que na prática da sua profissão tem de ser naturalmente o primeiro funcionário de saúde; sem que o médico compreenda que por imposição deontológica e necessidade impreterível tem de na assistência individual zelar a assistência coletiva, não há higiene pública viável, tanto nos seus fundamentos de patologia social, como na sua obra a mais imperiosa e salvadora, a defesa contra as moléstias zimóticas. A classe médica do país – demonstra-o o seu honroso porte perante epidemias recentes – está compenetrada desse alto dever social, que, como nenhum outro, erige a sua profissão num sacerdócio público. Será ela, pois, e confiadamente, o esteio do sistema sanitário inaugurado⁸.

A instituição secular dos partidos médicos continuava a ser recuperada, pois, para além da função médico-cirúrgica, passava a caber ao médico municipal também a função sanitária através dos cargos de delegado ou subdelegado de saúde, encarregados da estatística demográfico-sanitária («tarefa numeral sem a qual se não pode saber do valor e estado físico-vital da comunidade nem aquilatar o esforço restaurador da higiene»), da profilaxia das moléstias infecciosas, instaurando-se o princípio da declaração obrigatória das espécies patológicas que todo o facultativo lhes deveria comunicar, e outras obrigações preventivas, nomeadamente a desinfeção compulsória. Em todo o caso, a tendência foi para a integração dos serviços municipais de higiene nos novos serviços do Estado (veja-se o caso do Porto, cujo serviço de saúde tinha sido pouco antes integrada no Estado central com pessoal, laboratório de bacteriologia e higiene, posto de desinfeção, serviço antidiférico e vacinal, por decreto de 18 de junho de 1901). Dava-se força ao arranque do Instituto de Higiene, centro de investigação e ensino, criado para o tirocínio do exercício sanitário, consagrava-se a integração no sistema do Laboratório Bacteriológico de Lisboa. Na sanidade marítima, ultrapassava-se o modelo quarentenário da simples procedência pestilencial imposto pelo regulamento respetivo, passando a usar-se a bacteriologia e procedimentos mais seletivos nos processos de sequestro das embarcações, jogando-se com processos profiláticos intermédios, enfim, ultrapassando-se problemas antigos com os interesses comerciais.

O Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública apresentava no total 347 artigos, dos quais 316 artigos se debruçavam sobre saúde pública, revelando-se assim o carácter secundário da beneficência neste diploma, prenunciando que esta ligação entre saúde e beneficência se revelava desadequada, mas só com a República, em 1911, se viria a verificar a separação, com a criação de duas direções-gerais, com a da saúde a ser dirigida por Ricardo Jorge, pois era pelo mesmo diploma extinto o lugar de Inspetor-Geral.

⁸ Boletim dos Serviços Sanitários, 1902, n.º 1: 5.

Estava, enfim, definida a estrutura burocrática dos serviços de saúde pública em Portugal, cujo desenho, deliberadamente centralista, procurava seguir os modelos europeus mais avançados (Inglaterra, Alemanha e, sobretudo, França), fazendo sobressair a autoridade científica dos sanitaristas na administração pública e que, naturalmente, colocava o médico nos centros de poder das políticas de prevenção. Novos regulamentos sairiam posteriormente, acrescendo ao conjunto de diplomas normativos que, no seu conjunto, constituiriam um «código sanitário», como se dizia, respondendo de forma dinâmica às necessidades emergentes: em 23 de agosto de 1902 regulavam-se os serviços de inspeção e fiscalização de géneros alimentícios; em 30 de agosto de 1902, os serviços profiláticos da tuberculose; em 19 de setembro de 1902, a inspeção sanitária escolar; em 14 de fevereiro de 1903, a salubridade das edificações urbanas.

NOTAS FINAIS

A República, mais tarde, desanexaria alguns serviços, por exemplo, o Instituto de Higiene passou para a tutela da Faculdade de Medicina (1913), o que também aconteceu com o Instituto de Bacteriologia (1915), o que implicava alterações nas tutelas ministeriais. Alguns deputados republicanos viam com desconfiança política este «exército de sanitaristas» capitaneado por Ricardo Jorge, com o qual terão algumas desinteligências, achavam que o sistema era de «centralismo ultra-cerrado», funcionando apenas como «polícia da salubridade», sem a dimensão pedagógica adequada, críticas que já vinham do tempo da monarquia⁹. Por sua vez, Ricardo Jorge considerava que a escassez de dotação financeira lhe cerceara a obra, que, por isso, era em grande medida apenas legislativa, e que, desse modo, o manietaram como um burocrata preso à secretária.

Mais tarde, Fernando da Silva Correia descrevia Ricardo Jorge, enquanto sanitarista, como um incompreendido que passou 60 anos «estudando deficiências, apontando erros, traçando medidas legislativas e ensinando meios técnicos racionais e eficazes se aplicados, lutando contra interesses criados, ilegítimos, rotinas desprestigiadas, preguiça, relaxamento, avareza, inconsciência»¹⁰. Enfim, um cavaleiro quase solitário desse «apostolado sanificante», como o próprio Ricardo Jorge designava a luta que, com mais alguns (entre eles, José de Gouveia Osório), se desenvolvia lentamente em Portugal, contando, desde 1899, com uma escola de sanitarismo em desenvolvimento.

Na transição de paradigma, esta legislação estruturadora do sistema sanitário conseguiu ultrapassar dificuldades antigas e atribuir um efeito de «dominação legal» à ciência médica na burocracia estatal, conferindo-lhe uma «autoridade racional» no domínio da higiene e da prevenção, permitindo ainda uma articulação continuada com as instâncias internacionais na luta contra as epidemias. Desenhou-se, assim, um quadro legislativo com potencial para, quando aplicado, assegurar diminuições sensíveis de mortalidade e de melhorar as condições físicas e sanitárias da população. Resultou? Algumas

⁹ ALVES; CARNEIRO, 2011: 46.

¹⁰ CORREIA, 1960: VII-VIII.

melhorias sensíveis foram reconhecidas, mas ainda muito longe do satisfatório, como o próprio Fernando da Silva Correia demonstrava, em 1938, com o seu *Portugal Sanitário* ou em artigos dispersos. Muito havia ainda a fazer, sobretudo no terreno, para que a realidade se adequasse à norma legislada.

Nota: Este artigo foi escrito segundo o novo acordo ortográfico.

BIBLIOGRAFIA E FONTES

- ALVES, Jorge Fernandes; CARNEIRO, Marinha (2011) – *A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (da monarquia à ditadura militar)*. In FERREIRA, Fátima Moura e outros – *Justiça na Res Publica (sécs. XIX-XX)*. Braga: CITCEM, 33-50.
- BOLETIM do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge.
- BOLETIM dos Serviços Sanitários.
- CARNEIRO, Marinha (2008) – *Ajudar a Nascer – Partejas, Saberes Obstétricos e Modelos de Formação (séculos XV-1974)*. Porto: Editorial UP.
- CORREIA, Fernando da Silva (1960) – *A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge*. Lisboa: ISHRJ.
- DIÁRIO da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://debates.parlamento.pt/>>.
- GARNEL, Maria Rita Lino, coord. (2010) – *Corpo: Estado, medicina e sociedade no tempo da Primeira República*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- JORGE, Ricardo (1885) – *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*. Porto: Livraria Civilização.
- LEGISLAÇÃO Portuguesa. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/paginas/XIL2S_LegislacaoRegia.aspx>.
- LEMOS, Maximiano (1925) – *História do Ensino Médico no Porto*. Porto: Typ Enciclopédia Portuguesa.
- OSÓRIO, José Frutuoso Ayres de Gouveia (1888) – *Projeto de Código Sanitário Português*. Lisboa: [s. n.].
- VIEGAS, Valentino; FRADA, João; MIGUEL, José Pereira (2006) – *A Direção-Geral da Saúde. Notas Históricas*. Disponível em: <<http://www.insa.pt/sites/INSA/SiteCollectionDocuments/ADGSnotashistoricas.pdf>>.

