

Gênese e institucionalização do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo (1934-1960)*

*Alexandra Patrícia Esteves***

Resumo. Este trabalho procura analisar o processo de criação e a atividade desenvolvida pelo Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, cidade do Norte de Portugal, considerando o período compreendido entre 1934 e a década de 60 do século XX. Os dispensários tinham uma função essencialmente preventiva e surgiram com a finalidade de impedir a propagação de doenças que facilmente ganhavam contornos de autênticos flagelos sociais. A ação do Dispensário de Viana do Castelo incidiu no combate às doenças venéreas, sobretudo à sífilis, e à raiva. São precisamente estes dois campos de intervenção que procuraremos analisar mais pormenorizadamente ao longo deste artigo.

Palavras-chave: Dispensários; Sífilis; Raiva; Doença; Viana do Castelo, Portugal.

The beginning and institutionalization of the Social Hygiene Dispensary in Viana do Castelo (1934-1960)

Abstract. The establishment and activities developed by the Social Hygiene Dispensary in Viana do Castelo, a village in northern Portugal, between 1934 and the 1960s are analyzed. Dispensaries had an essentially prophylactic function to hinder the dissemination of illnesses that would easily become epidemics. The dispensary of Viana do Castelo combated venereal diseases, especially syphilis, and rabies. Current paper details these two fields of intervention.

Keywords: Dispensaries; Syphilis; Rabies; Disease; Viana do Castelo, Portugal.

* Artigo recebido em 01/09/2013. Aprovado em 13/01/2014.

** Professora da Universidade Católica Portuguesa e CITCEM da Universidade do Minho, Portugal. E-mail: estevesalexandra@hotmail.com

Génesis e institucionalização do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo (1934-1960)

Resumen. Este trabalho busca analisar el proceso de creación como la actividad desarrollada por el Dispensario de Higiene Social de Viana do Castelo, ciudad ubicada al norte de Portugal, entre 1934 y la década de 1960. Los dispensarios tenían una función esencialmente preventiva y surgieron con el fin de impedir la propagación de enfermedades que fácilmente adquirirían características de auténticos flagelos sociales. La acción del dispensario de Viana do Castelo incidió en el combate de las enfermedades venéreas – especialmente sífilis – y de la rabia. Estos dos campos de intervención son los que trataremos de analizar más pormenorizadamente a lo largo de este artículo.

Palabras Clave: Dispensarios; Sífilis; Rabia; Enfermedad; Viana do Castelo, Portugal.

1. Introdução

Entre os finais do século XVIII e a centúria de 800, o mundo ocidental assistiu a profundas alterações, decorrentes do processo de industrialização e do fenómeno da urbanização, que conduziram a progressos significativos nas condições de vida das populações, mas contribuíram também para a emergência de novos problemas que se manifestaram, nomeadamente, no domínio da saúde pública.

Uma mudança indevidamente programada do paradigma rural, potenciada pelo êxodo em direção às grandes cidades e o consequente aumento da população urbana, a par da consolidação da imagem de uma nova tipologia de pobres, trouxe novas inquietações. Paralelamente, ocorreram outras transformações sociais que explicam a afirmação de um grupo cada vez mais consistente, que se ia impondo no escalonamento social: a burguesia. Esta, apostada na alteração de comportamentos, olha para baixo e encontra nas classes mais desfavorecidas muitos dos entraves ao progresso da sociedade.

No rol das culpas imputadas aos pobres, constava, precisamente, a emergência de doenças e de outros males que lesavam as populações (CARDOSO, 1912, p. 52). Aos olhos da sociedade burguesa oitocentista, a falta de higiene, a conduta amoral e desregrada, problemas ligados à indigência, eram causadoras de marginalidade, criminalidade e moléstias (RODRIGUES, 1884, p. 24). Os pobres eram tidos como os responsáveis pelo surgimento e propagação das mais mortíferas epidemias oitocentistas, designadamente a cólera, a febre amarela e a sífilis. Esta era uma enfermidade fortemente estigmatizante, cujo surgimento era imputado a comportamentos impróprios, e associada a franjas sociais específicas, como as prostitutas (JÜTTE, 1996). Numa época cujo quadro mental era marcado pelo evolucionismo, pelo positivismo e por uma conceção totalizante da história, havia, portanto, que intervir e acionar mecanismos que permitissem transformar a escala de valores e o *modus vivendi* dos pobres.

No século XIX, o banho e as práticas de higiene pessoal confundiam-se com atos civilizacionais, já difundidos entre as classes burguesas, mas que apenas muito timidamente chegavam aos grupos sociais mais baixos, cujos hábitos de limpeza do corpo se limitavam, quando muito, às partes mais visíveis, ou seja, às mãos e ao rosto (VIGARELLO, 1988). Concomitantemente, a sujidade, quer do corpo, quer dos espaços públicos, começa a ser confundida com a miséria e a doença. Com o dealbar do século XX, a higiene privada científicou-se, sendo reconhecida a importância dos hábitos privados de limpeza, nomeadamente do banho, convergindo estas rotinas para o bem da saúde pública (PEREIRA; PITTA, 2011). Todavia, ainda em 1926, Francisco Laranja de Castro Bicho, na sua tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, escrevia, a respeito da população portuguesa: “o povo ainda não está compenetrado do verdadeiro valor da higiene e dos seus alevantados fias, porque entre êle não

se tem sabido criar o verdadeiro interesse por este assunto” (BICHO, 1926, p. 75).

Era ao Estado que competia resolver os problemas gerados pelas carências sanitárias detetadas entre os mais pobres. Para o efeito, e de acordo com a visão social transmitida pela literatura coeva, devia incentivar as práticas de higiene pessoal, a limpeza das habitações, o regramento dos comportamentos e a disciplinação dos costumes.

A conexão entre a pobreza e a doença foi-se acentuando com os progressos alcançados no campo da medicina social e do higienismo. Considerava-se que se a miséria era causadora de moléstias, estas, por sua vez, também originavam pobreza. Portanto, tornava-se imperioso combater a miséria, mas também a doença. A consecução deste objetivo impunha a aposta numa medicina preventiva, atribuindo ao médico uma intervenção profilática e pedagógica, que deveria incidir principalmente nas doenças tidas como sociais. Embora todas as enfermidades possam assumir esta dimensão, algumas encaixam mais nesta categoria, nomeadamente, pelo elevado perigo de contágio, aos custos dos tratamentos e ao grau de mortalidade (FERREIRA, 1990, p. 1131). Entre as doenças sociais que mais preocupavam as autoridades públicas portuguesas nos inícios do século XX, estavam a tuberculose e as doenças venéreas, particularmente a sífilis.

O combate à doença e à pobreza beneficiou de um conjunto de avanços a nível da saúde pública, patentes sobretudo na segunda metade do século XIX, sendo de realçar, nomeadamente, as descobertas bacteriológicas de Pasteur e Koch, a afirmação do higienismo, os progressos no campo da física, da química e da venereologia, a aposta crescente na formação de enfermeiras profissionais. Importa ainda referir a emergência das ciências sociais, que procuravam sustentar as suas conclusões em dados fornecidos por estatísticas e inquéritos, os quais assumem importância fundamental para o Estado, dado

que lhe permitem aceder a uma informação quantitativa, mais objetiva e precisa sobre a realidade, incluindo, por exemplo, sobre as doenças mais mortíferas (PITA; PEREIRA, 2006). Por outro lado, importa igualmente destacar a importância crescente dos reformadores sociais, cada vez mais escutados pelos governantes, os quais, à medida que o século XIX se fecha e um novo tempo se abre, temem a disseminação das ideias socialistas junto das classes mais carenciadas e, por isso, consideram necessário atender a algumas das suas reivindicações e melhorar as suas condições de vida, nomeadamente no que concerne à assistência à saúde, acionando reformas nesse sentido. A prestação desse apoio, inicialmente entregue à beneficência de particulares, foi sendo transferida, de forma paulatina, para a alçada do Estado. Deste modo, chegados ao século XX, deparamo-nos com cuidados de saúde geridos pelos poderes públicos. Todavia, a diferenciação social continuava a refletir-se no âmbito dos cuidados de saúde: se os menos abastados recorriam às estruturas públicas, como hospitais e dispensários, as classes mais abonadas continuavam a preferir o recato do lar e a privacidade do quarto, resguardando-se dos olhares públicos (ENTRALGO, 1998, p. 537).

A História tem demonstrado que a doença, sobretudo quando assume contornos endémicos e pandémicos, pode constituir uma espécie de válvula de escape de comportamentos mais instintivos e até grotescos, sob o ponto de vista da ética e da moral judaico-cristã, os quais, por sua vez, são reveladores da componente social da doença.

2. Os dispensários

Os primeiros dispensários portugueses nasceram na sequência de uma política de combate à elevada incidência da tuberculose, que se verificava sobretudo no seio das classes mais desfavorecidas, e de assistência às crianças pobres. Estas, mal agasalhadas e mal alimentadas, vivendo em habitações

desprovidas de qualquer conforto, estavam mais expostas a contrair a *tísica*. Doença altamente contagiosa, que tanto entrava nos casebres como nos palácios, instalava-se e desenvolvia-se mais facilmente em organismos fragilizados (BYRNE, 2011). Em 1893, foi fundado, pela mão da rainha D. Amélia, o primeiro dispensário, destinado a crianças pobres e menores de 12 anos, que dispunha de serviços de assistência médica, alimentar e cirúrgica. Desde então, por todo o país, foram criados outros estabelecimentos de apoio às crianças, sob a administração e patrocínio de particulares e dos municípios, ou pela iniciativa das misericórdias, como sucedeu na cidade de Lisboa.

Não havia consenso entre as autoridades sanitárias quanto à melhor forma de lutar contra a tuberculose: enquanto uns apostavam na construção de sanatórios, outros elegiam a criação de dispensários. Impressionado com a experiência francesa, António de Lencastre pugnou, com sucesso, pela segunda hipótese, por entender que os dispensários permitiam uma intervenção mais precoce e eficaz sobre a doença e o paciente. Os sanatórios, por seu lado, foram-se transformando em antecâmaras da morte, aos quais os doentes acorriam, muitas vezes já num estado terminal (FERREIRA, 2005, p. 73). O primeiro dispensário antituberculoso foi aberto em Lisboa, em 1901. Por iniciativa da Associação Nacional aos Tuberculosos, outros foram surgindo em diversos pontos do país (MARTINS, 1999).

Além da atividade orientada para a prevenção e tratamento das doenças infecciosas, nomeadamente através do apoio domiciliário aos enfermos e da distribuição de leite e de substâncias medicamentosas, os dispensários investiam também na vertente educativa. Assim, ao facultativo não competia apenas informar o paciente sobre o seu estado de saúde e prescrever a terapia adequada, mas também corrigir os comportamentos impróprios. Cumpria-se, deste modo, a tripla função destas instituições: prevenir, tratar e educar.

Se alguns dos dispensários assumiam uma vocação mais polivalente, outros estavam direcionados para um determinado tipo de patologia. Em Portugal, foram-se erguendo dispensários antissifilíticos, de combate à tuberculose e à mortalidade infantil. A Direção Geral de Saúde promoveu a criação de Dispensários de Higiene Social, orientados para o estudo da higiene sexual e o tratamento de doenças venéreas. Em 1927, foi criado o Dispensário Central de Higiene Social de Lisboa, que, pela mão de Tovar de Lemos, conseguiu, três anos mais tarde, um trabalho de reconhecido valor no campo da venereologia. Dispunha, entre outros, de um serviço destinado, especificamente, à inspeção e ao tratamento de prostitutas, dado que a sua atividade era tida como potenciadora de doenças sexualmente transmissíveis, constituindo portanto um grupo de elevado risco (LEMOS, 1933, p. 1).

3. O Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo

Em março de 1934, abriram-se portas o Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, localizado mesmo no centro da cidade, direcionado para o tratamento de doenças venéreas, em particular da sífilis, e para o combate à raiva, ainda que também tratasse portadores de *tinha*, moléstia causada pela falta de higiene pessoal e que afetava sobretudo as crianças (ARAÚJO, 2008). Em 1954, aquela instituição, com recurso a dinheiros públicos, levou a efeito, no concelho de Viana do Castelo, uma campanha de sensibilização de combate a esta doença.

No Dispensário de Viana do Castelo, as consultas e os tratamentos eram gratuitos, sendo os gastos suportados pelo Estado, que, através da Direção Geral de Saúde, atribuía um subsídio mensal, cujo montante era variável. As despesas com a assistência aos utentes e com o funcionamento da instituição eram avultadas. Por exemplo, no período compreendido entre novembro de 1954 e outubro de 1955, altura em que foram realizadas mil

consultas e aplicados uma média de 9.000 produtos injetáveis para o combate à sífilis, foram despendidos 42 699\$00.¹

A abertura do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, sob o beneplácito da Junta Geral de Distrito, responsável pela sua gestão, era encarada como uma obra essencial para o bem-estar das populações do concelho vianense, dado que oferecia assistência gratuita a todos os estratos sociais. O quadro de pessoal contava com um diretor, cargo que, pelo menos até 1959, foi exercido por Joaquim Proença, um enfermeiro chefe, um ajudante de enfermeiro e um guarda-servente.²

Na elaboração do projeto e na construção do edifício foram devidamente acauteladas as condições de salubridade das instalações, dando-se especial atenção ao sistema de saneamento e à instalação de lavabos nas salas. Todas as casas de banho deviam ter um chuveiro, dispor de água quente e fria e de sistema de esgoto adequado.³ Mais tarde, em 1937, foi edificada uma estrutura anexa para albergar o Laboratório de Análises Clínicas, destinado à realização de exames serológicos e bacteriológicos e, a partir de 1954, de análises à urina.

a. A sífilis

O preconceito associado a determinada doença resultava não só dos comportamentos e práticas que podiam estar na sua gênese, ainda que compreendidas de forma errônea pela sociedade, como é o caso da sífilis, mas também pela conduta do próprio enfermo, condicionada pela moléstia de que padecia, como acontecia com os doentes mentais, ou pelas marcas físicas

1 Arquivo distrital de Viana do Castelo, (doravante ADVC), Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Relatórios da Gerência e orçamentos e planos de atividades, n.º 2.35.5.3

2 ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Auto de Inauguração do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, n.º 2.35.5.6, não paginado.

3 ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Auto de Inauguração do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, n.º 2.35.5.6, não paginado.

indisfarçáveis, como sucedia com os vitimados pela varíola, ou ainda pela aparência física, como ocorria, por exemplo, com os tuberculosos. Claro que não podemos denegar o medo do contágio, talvez o mais pernicioso.

A estigmatização que recaía sobre os sífilíticos era visível a vários níveis, como faremos notar, e era promovida, ainda que involuntariamente, pelo próprio Estado e pelas autoridades médicas, que, pelas medidas que adotavam, suscitavam atitudes de rejeição. A incapacidade de compreender a origem das enfermidades seria, por certo, um dos fatores explicativos do duplo sentimento de medo e de discriminação (CAPLAN, 2001).

Esta manifestava-se no quotidiano, nomeadamente através da utilização de expressões ofensivas. Um dos insultos mais utilizado no Norte de Portugal, no século XIX, era “que tem venéreo”, que significava que se estava perante alguém com conduta sexual considerada imprópria. Se se tratasse da mulher, assumia uma dimensão ainda mais gravosa, pois seria sinónimo de despudorada, dada a forte incidência das doenças venéreas entre as meretrizes. Em 23 de setembro de 1856, o governador civil de Viana do Castelo comunicou ao administrador do mesmo concelho a infeção de militares com sífilis, em resultado do contacto com prostitutas contaminadas, declarando o seguinte:

Tendo o brigadeiro comandante de infantaria n.º 3 sollicitado providencias desta repartição acerca das meretrizes, que, segundo consta da participação do hospital regimental, tem infeccionado de vírus sypphitus, algumas praças d'aquelle corpo, queira Vossa Senhoria adoptar as medidas convenientes para que as meretrizes que não são naturaes deste concelho sejam mandadas para fora do mesmo, e para que as doentes marchem para o hospital de S. Marcos de Braga, praticando as mais diligencias que são d'uso em cazos semelhantes.⁴

Associada ao pecado, a sífilis era considerada vergonhosa para os afetados, o que explica a sua inclusão na lista de insultos. Para além do mais, era

⁴ AHGCVC, Registo geral de julho de 1856 a 31 de dezembro, n.º 1.10.3.3, não paginado.

uma doença que, além de causar enorme sofrimento, consumia umas partes do corpo e deformava outras, e que exigia um tratamento à base de mercúrio, igualmente doloroso (LINDEMANN, 2002).

Em 1932, Henrique Jorge Niny salientava que “a sífilis tem sido injustamente acusada de vergonhosa”, sendo uma infecção que atingia indistintamente homens, mulheres e crianças, através de diferentes formas de contágio. Referia, por outro lado, que em Portugal a situação era particularmente difícil para as mulheres, que, dominadas pelo que designa de “velhos e bolorentos preconceitos de uma errada e falsa moralidade”, descuravam o tratamento ou simplesmente não se cuidavam, contribuindo desse modo para a propagação da enfermidade (NINY, 1932, p. 63).

A sífilis, em particular, foi profundamente debatida no século XIX, tratando-se de uma doença transmissível por via venérea, evidenciada pela presença de lesões cutâneas altamente contagiosas (MOULIN, 1998). Julga-se que chegou à Europa oriunda do continente americano, tendo-se transformado rapidamente em arma de arremesso entre povos: para os franceses era o “mal” italiano; para os italianos era o “mal” francês; para africanos, japoneses e indianos era a “mankabassam”, ou seja, a doença portuguesa (HARRISON, 2009, p. 35). Em Portugal, cedo ficou conhecida como “gálico”, associada, portanto, a terras francesas. Encarada como um ataque à família e à sociedade em geral, a sífilis exigia agora uma intervenção mais eficaz das autoridades estatais. Estas, por sua vez, dirigem a sua atenção para um grupo específico, considerado o principal veículo de transmissão: as prostitutas (BRANDT, 2001).

Em Portugal, no século XIX e nas primeiras décadas do século XX, a prostituição não era proibida, mas procurava-se higienizá-la, dada a sua relação com a expansão de doenças venéreas em indivíduos que se encontravam em idade produtiva. O Código Administrativo de 1836 admitia certa abertura à

prostituição, não no sentido de facilitar, mas antes de controlar. O artigo 109.º § 6 deste documento proibia a permanência de meretrizes nos espaços públicos mais concorridos, designadamente nas proximidades de igrejas, escolas e repartições públicas, enquanto o governo não “publicasse regulamentos especiais”.⁵ Deste modo, a prática da prostituição ficava restringida às áreas mais recônditas das localidades, com o intuito de evitar o escândalo e o mau exemplo, cabendo ao administrador do concelho zelar pelo cumprimento das regras estabelecidas e proceder à matrícula das prostitutas residentes no lugar sob sua jurisdição para serem submetidas à inspeção sanitária. As que faltassem injustificadamente à chamada das autoridades podiam ser punidas (PAIS, 2006). O Código Administrativo de 1842 segue na mesma linha, atribuindo ao administrador do concelho a responsabilidade pela vigilância sobre as prostitutas (CÓDIGO...1849, p. 105).

Analisando o *Regulamento Policial das Toleradas do Concelho de Braga*, datado de 1871, verificamos que eram consideradas prostitutas ou *toleradas* as mulheres que, declaradamente, faziam da meretrícia o seu modo de vida, frequentando casas associadas a esta prática, bem como as mulheres que, não tendo ocupação conhecida, recebiam nas suas casas a visita frequente de homens ou que coabitavam com soldados, não provando que estavam casadas com eles (REGULAMENTO...1981, p. 1-2). O controlo policial sobre as *toleradas* tinha, essencialmente, duas finalidades: por um lado, vigiar o seu comportamento, reprimir os excessos e auxiliar aquelas que pretendiam abandonar a prostituição, e, por outro, zelar pelo cumprimento das normas sanitárias para impedir a propagação da sífilis e outros males venéreos (LIBERATO, 2000).

A fiscalização das *toleradas* estava a cargo do administrador do concelho, de um guarda da polícia sanitária e de um empregado da

⁵ *Código Administrativo Português*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1838, p. 64; 72.

administração. O serviço sanitário competia a um médico, nomeado pelo governador civil, que ficava incumbido de lhes fazer a inspeção semanal no dispensário da cidade e no próprio domicílio, dar-lhes instruções sobre a higiene pessoal e sobre a limpeza das roupas e da casa. Caso fosse encontrada alguma infetada com sífilis ou outra doença contagiosa, seria conduzida de imediato ao hospital. No fim de cada mês, o médico tinha de apresentar uma lista com o número de prostitutas inspecionadas, indicando os casos de sífilis detetados.

Ao guarda da polícia sanitária cabia apresentar ao médico inspetor a relação das *toleradas* sujeitas a observação, conduzi-las ao hospital ou ao local onde seriam examinadas. As faltosas podiam ser levadas sob custódia e ficavam sujeitas ao pagamento de uma multa ou a oito dias de detenção. Também os ex-reclusos, identificados como portadores de doenças sexualmente transmissíveis, podiam ser obrigados pelo poder judicial a comparecerem nos dispensários para serem tratados.⁶

A tolerância das autoridades em relação à meretrícia não disfarça uma atitude discriminatória e segregacionista, ditada sobretudo por motivos sanitários. Há uma clara necessidade de identificar as prostitutas para poder controlá-las e segregá-las, como forma de evitar a propagação de doenças venéreas e proteger a saúde pública. Esta asserção é corroborada pela obrigação de existência, na administração do concelho, de um livro para registo das casas das *toleradas* ou dos *colégios*, ou seja, de casas dirigidas por uma mulher que controlava várias raparigas dedicadas à meretrícia. Estas mulheres podiam viver em qualquer ponto da cidade, “excepto junto dos templos, das escolas, e dos collegios, ou casas de educação, das repartições publicas e dos quarteis de soldados ou dentro das hoespedarias ou casas de venda” (REGULAMENTO..., 1981, p. 11). Não podiam permanecer durante muito tempo nos espaços

⁶ ADVIC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Correspondência recebida*, n.º 2.35.1.23, fl. 96.

públicos, nem estar à janela ou à porta de casa de “forma indecente”, as janelas das suas casas tinham de estar resguardadas com cortinas ou persianas, não podiam mudar de residência sem antes comunicarem ao administrador do concelho, ou mesmo sair da localidade onde estavam registadas, sob pena de pagamento de multa (REGULAMENTO..., 1981, p. 12). Outra medida claramente segregacionista, patente no *Regulamento das Toleradas da cidade de Braga*, previa que, na eventualidade de serem consideradas incuráveis, não poderiam residir no concelho de Braga, tendo de se recolher a um hospital ou instituição que as aceitasse (1981, p. 11).

As prostitutas nem sempre eram colaborantes com as autoridades. A imprensa dava conta das dificuldades sentidas pelas autoridades administrativas para controlá-las. As escaramuças entre meretrizes, com vizinhos e transeuntes eram frequentes e muitas destas mulheres terminavam a noite atrás das grades, por se considerar que o seu comportamento tinha contribuído para a eclosão de autênticos motins (O VIANENSE, n. 448, 12 nov. 1861, não paginado). A sua presença, sobretudo ao cair da noite, era tida como um estorvo que inibia algumas famílias de saírem à rua (O VIANENSE, n. 448, 12 nov. 1861). No caso particular de Viana do Castelo, havia determinados locais que estavam associados às “mulheres perdidas”. Grupos de prostitutas concentravam-se no adro da capela de Nossa Senhora da Agonia ou sob a arcada da igreja de Nossa Senhora da Vitória e ainda numa taberna junto ao arco de São Pedro, no fim da Rua D. Luís, onde eram frequentes “actos escandalosos e de completa desmoralização”.⁷ A sua estadia nestes lugares, além de lhes dar má fama, causava embaraço e mal-estar nos residentes, apesar de ter sido proibida a sua permanência nas imediações dos templos religiosos e de casas de espetáculos, sítios que seriam frequentados por “senhores de bem” (CÓDIGO..., 1849, p. 105).

⁷ O VIANENSE, n. 352, 19 de julho de 1860, não paginado; n. 1017, 22 de dezembro de 1864, não paginado; n. 1567, 27 de agosto de 1868, não paginado.

As inquietações veiculadas pela imprensa relativamente à prostituição, para além de se relacionarem com a defesa dos costumes e da moral, eram consequência da desconfiança que recaía sobre estas mulheres, tidas como transmissoras da sífilis (JUTTE, 1996). A conjugação destes dois fatores, o moralista e o sanitário, constituiu, decerto, a justificação para o relevo que a imprensa periódica conferia às prostitutas e ao seu comportamento. Em 1856, o comandante da força militar estacionada no distrito de Viana do Castelo, confrontado com a já referida infeção dos soldados com o vírus *sypphitus*, solicitou ao governador civil a tomada de providências. Este ordenou que as prostitutas de fora do concelho fossem expulsas e que as doentes fossem internadas no Hospital de São Marcos, em Braga.⁸ Não era a primeira vez que as meretrizes apareciam infetadas com sífilis na cidade de Viana do Castelo. Em 1839, o administrador do concelho fez reunir a maioria das prostitutas para serem examinadas, tendo a Misericórdia de Viana do Castelo passado carta de guia às que se encontravam contagiadas para se apresentarem no Hospital de São Marcos, em Braga.⁹ Deste modo, parece-nos inegável que, a par da imoralidade associada ao exercício da prostituição, a componente sanitária concorreu para que a discriminação social que, no século XIX e durante as primeiras décadas da centúria seguinte, recaía sobre as meretrizes (GÓMEZ BRAVO, 2007).

No serviço de profilaxia de sífilis do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo realizavam-se consultas e prescreviam-se tratamentos que passavam essencialmente pela aplicação de injeções de arsenobenzóis, de bismuto e mercúrio e, a partir de 1950, de penicilina. António Martins Moreira, na sua tese doutoramento intitulada *Os Sais de Bismuto no tratamento da Sífilis*, apresentada em 1922 à Faculdade de Medicina do Porto, exaltava os benefícios

⁸ AHGCVC, Registo Geral de Julho de 1856 a 31 de Dezembro, n.º 1.10.3.3, não paginado

⁹ ADVC, Administrador do concelho de Viana do Castelo, Copiador Geral -1838, n.º 5.16.4.17, não paginado.

do tratamento à base de bismuto e sustentava que os pacientes conseguiam melhorias surpreendentes à quarta inoculação, sem efeitos secundários de maior (MOREIRA, 1922, p. 23). Os tratamentos com mercúrio mantinham-se no século XX, perdurando a sua utilização desde 400, embora com muitos opositores (FORRAI, 2011, p. 53). Já os árabes recorriam à sua utilização para a cura de doenças dermatológicas. A penicilina, comercializada apenas a partir dos anos 40, começou a ser prescrita no Dispensário de Viana do Castelo em 1951 (PITA; PEREIRA, 2005, p. 130). Até 1950, os tratamentos mais recorrentes eram à base de mercúrio e, pontualmente, de iodo, mas a partir do momento em que começou a ser aplicada, a penicilina suplantou as restantes formas de terapia.

Ultrapassada a desconfiança inicial, o número de utentes que procurou o serviço de profilaxia da sífilis cresceu de forma exponencial, tendo passado de 7.944 consultas e tratamentos em 1934 para 20.174 em 1939.¹⁰ A partir deste ano, começou a decair e após 1953 registaram-se menos de 10.000 atendimentos anuais. Todavia, este decréscimo não teve a ver com a diminuição do volume de primeiras consultas, conforme se pode verificar nos relatórios mensais da instituição, mas deveu-se antes à redução do número de tratamentos, uma vez que o recurso à penicilina veio possibilitar que estes fossem mais rápidos e eficazes, exigindo menos deslocações dos pacientes.¹¹

Nas estatísticas mensais elaboradas pelo diretor do Dispensário, preparava-se um mapa distinto para homens e mulheres, que seria enviado à Junta Geral de Distrito e, posteriormente, à Junta de Província do Minho. Nesse documento eram discriminados o tipo e a quantidade de tratamentos aplicados (injeções, pensos e outros), de análises laboratoriais e de consultas

¹⁰ ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Boletins estatísticos e mapas mensais elaborados pelo serviço de profilaxia da sífilis*, 1934-1959, n.º 2.35.5.3, não paginado.

¹¹ ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Boletins estatísticos e mapas mensais elaborados pelo serviço de profilaxia da sífilis*, 1934-1959, n.º 2.35.5.3, não paginado.

realizadas, especificando-se se estas aconteciam pela primeira vez, se se tratava de recaídas ou de doentes que já estavam a ser assistidos. No caso dos pacientes que se dirigiam ao Dispensário pela primeira vez, mencionava-se se se encontravam indemnes, sem qualquer vestígio de sífilis ou outra doença venérea, ou, caso estivessem infetados, classificava-se o seu estado: se se tratava de sífilis recente (primária) ou tardia (secundária ou terciária), nervosa (quaternária), latente (antiga, sem manifestações) ou pré-natal (hereditária).¹² Tratava-se, portanto, de uma aplicação aproximada da diferenciação estabelecida, em 1837, pelo veneorologista francês Philippe Ricord (BRANDT, 2001, p. 567).

Além dos afetados pela sífilis, surgiam doentes com outras doenças venéreas, como a blenorragia e a úlcera mole. A maioria dos que acorreram ao Dispensário de Viana do Castelo, entre março de 1934 e dezembro de 1959, padecia de sífilis hereditária.¹³ Ao tempo, admitia-se que a enfermidade, além de contagiosa, era transmitida hereditariamente de três formas: pela via paterna, pela via materna ou por ambas as vias, sendo esta última considerada a mais mortífera (REAL, 1921).

Contrariando o ponto de vista sustentado pelo médico Luís António Corte Real, que na sua tese de doutoramento sobre a sífilis, apresentada em 1921, defendia que esta era um mal mais frequente nos homens, o número de mulheres atendidas no Dispensário vianense, infetadas com esta e outras doenças venéreas, foi bastante superior ao dos homens em todos os anos analisados (REAL, 1921, p. 9). Por exemplo, em 1942, registaram-se 4.498 consultas e tratamentos a homens e 11.861 a mulheres. Sendo a sífilis sexualmente transmissível, podemos concluir que muitas eram certamente contagiadas pelos seus parceiros.

¹² ADVC, Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4, não paginado.

¹³ ADVC, Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4, não paginado.

Por estar associada a comportamentos promíscuos e à meretrícia, algumas mulheres tinham relutância em assumir a condição de sifilíticas e procurar auxílio médico, receando a discriminação e o estigma social. Até porque, no século XX, a prostituição continuava a ser encarada como a principal forma de contágio (REAL, 1921, p. 10). Neste contexto, quer no continente americano, quer no europeu, desde finais da centúria anterior que se debatia a importância da família, do lar e da fidelidade conjugal (BLOM, 2007). Para o interesse por esta temática contribuíram os estudos efetuados por Alfred Fournier, que alertavam para a gravidade das consequências das doenças venéreas no seio do casamento, por serem a principal causa de infertilidade e de enfermidades congénitas, apesar de também se reconhecer a existência de outras formas de contágio acidentais, como, por exemplo, através do aleitamento.

O papel do Dispensário na profilaxia da sífilis era fundamental. De fato, a sua missão não se esgotava no tratamento dos afetados pela doença, mas incluía a componente preventiva, procurando corrigir os hábitos dos pacientes, em particular dos provenientes das classes mais baixas, no sentido de controlar e impedir a propagação de doenças deste tipo.¹⁴

Os números das doenças venéreas continuavam a ser preocupantes no século XX, apesar dos avanços conseguidos na centúria anterior, que tinham permitido distinguir a sífilis de outras enfermidades, como a gonorreia, e diferenciar os diferentes tipos de sífilis. As iniciativas de combate e tratamento foram surgindo pontualmente, como foi o caso de Lisboa, onde foi instalado, em 1924, um posto de venereologia, por iniciativa da Câmara Municipal (BICHO, 1926, p. 79).

¹⁴ ADVDC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Relatório anual do dispensário - 1937*, n.º 2.35.5.3-7.

b. A raiva

Apesar de a vacinação antirrábica se praticar em Portugal desde 1893, a raiva, uma doença infetocontagiosa e mortal, continuava a grassar entre as populações minhotas e representava um sério problema de saúde pública (ANDRADE, 1901, p. 70). Desde 1925, a vacinação passou a ser obrigatória para todos os cães com mais de quatro meses, mas havia outros animais, designadamente gatos e vacas, responsáveis pela transmissão da enfermidade a seres humanos.¹⁵ A cabeça dos animais considerados suspeitos do contágio era enviada para o Instituto Câmara Pestana, embora, muitas vezes, a análise fosse impossível devido ao seu adiantado estado de decomposição. Para este Instituto eram igualmente enviados mapas mensais com a indicação dos tratamentos ministrados e os frascos vazios das injeções.¹⁶ As pessoas atingidas pela raiva deviam ser vacinadas com a maior celeridade possível e eram categorizadas do seguinte modo: vítimas de ataques de animais raivosos, cujo diagnóstico resultava de exames laboratoriais ou era efetuado por um veterinário; pessoas mordidas por animais suspeitos ou que, comprovadamente, não eram portadores de raiva.¹⁷

Conforme se pode verificar no Quadro 1, o Dispensário atingiu o maior número de inscrições e de consultas na cura antirrábica em 1938. No ano seguinte, a Direção Geral de Saúde dava conhecimento dos encargos avultados que o processo de vacinação contra a raiva comportava.¹⁸ Refira-se, no entanto, que a atividade do Dispensário de Viana do Castelo estava mais concentrada nas áreas de profilaxia e higiene sexual das populações do que nos serviços antirrábicos, cujos tratamentos eram em menor número.

¹⁵ ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Correspondência recebida*, n.º 2.35.1.22, fl. 12.

¹⁶ ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Correspondência recebida*, n.º 2.35.1.22, fl. 1.

¹⁷ ADVC, *Mapa estatístico sobre o tratamento antirrábico*, 2.35.2.6-6.

¹⁸ ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Correspondência recebida*, n.º 2.35.1.22, fl. 74.

Quadro 1. Tratamentos antirrâbicos prestados pelo Dispensário de Viana do Castelo (1935-1944)

Ano	Inscritos	Injeções
1935	89	1499
1936	74	1651
1937	32	569
1938	110	2031
1939	55	855
1940	58	723
1941	35	500
1942	15	152
1943	9	167
1944	36	631

Fonte: ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Boletins estatísticos e mapas mensais elaborados pelo serviço de profilaxia da sífilis*, 1934-1959, n.º 2.35.5.3, não paginado.

A importância do posto antirrâbico foi diminuindo à medida que a ocorrência da raiva foi também desaparecendo, sendo considerada uma doença extinta em Portugal desde 1960.

4. Conclusão

Importa realçar, em jeito de conclusão, a relevância do papel desempenhado pelos dispensários, não apenas na cura das doenças, mas também nas vertentes preventiva e educativa. Surgiram em Portugal com algum atraso, em comparação com outros países, como a Inglaterra, Dinamarca ou Suécia, além de revelarem algumas insuficiências. Apesar das dificuldades de vária ordem, a sua intervenção foi deveras meritória.

No caso particular do Dispensário Social de Viana do Castelo, é de salientar o serviço prestado na profilaxia e no tratamento da sífilis e da raiva. Na verdade, a par da preocupação com a cura das enfermidades, a componente preventiva assumia uma importância primordial na missão desta instituição, que se traduzia, sobretudo, na correção de hábitos de vida, tendo em vista impedir o surgimento e a propagação de doenças. A sua ação, que não se circunscreveu à

cidade e ao concelho de Viana do Castelo, mas alargou-se às populações de todo o distrito e materializou-se de diversos modos: admissão de doentes; fornecimento de medicamentos à Misericórdia de Viana do Castelo e ao Posto de Higiene existente em Ponte de Lima, onde se realizavam tratamentos aos sífilíticos e aos tuberculosos; distribuição de óleo de fígado de bacalhau por todos os concelhos do distrito em resposta às solicitações das respetivas comissões de assistência, das misericórdias e do Instituto de Assistência à Família daquela cidade; e a organização dos tratamentos antirrâbicos para todos os habitantes do Alto Minho.¹⁹

Finalmente, afigura-se pertinente uma referência particular à forma como as autoridades administrativas e sanitárias encaravam a prostituição no século XIX e durante uma boa parte da centúria seguinte. Apesar de ser tolerada, era evidente o propósito de a higienizar e controlar em nome da saúde pública. A imoralidade associada ao exercício da profissão e a responsabilidade que lhe era atribuída na disseminação de doenças venéreas, sobretudo da sífilis, tornavam as prostitutas alvos de tratamento discriminatório, que, de forma porventura mais dissimulada, perdura nos dias de hoje.

Referências

Fontes

Arquivo Distrital de Viana do Castelo

Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Relatórios da Gerência e orçamentos e planos de atividades, n.º 2.35.5.3.

Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Auto de Inauguração do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, n.º 2.35.5.6.

Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Boletins estatísticos e mapas mensais elaborados pelo serviço de profilaxia da sífilis, 1934-1959, n.º 2.35.5.3.

¹⁹ ADVC, Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, *Correspondência recebida*, n.º 2.35.1.22, fl. 12; 55. *Correspondência recebida*, n.º 2.35.1.23, fls. 45-47; 64; 84.

Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4, não paginado.

Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.22.

Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.23.

Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4.

Dispensário de higiene social de Viana do Castelo, Relatório anual do dispensário - 1937, n.º 2.35.5.3-7.

Mapa estatístico sobre o tratamento antirrábico, 2.35.2.6-6.

Correspondência recebida, n.º 2.35.1.23.

Arquivo histórico do Governo Civil de Viana do Castelo

AHGCVC, Registo geral de Julho de 1856 a 31 de Dezembro, n.º 1.10.3.3, não paginado.

AHGCVC, 1.ª Repartição, G.S.P, 1.13.4.4.-2, não paginado.

AHGCVC, Registo Geral de Julho de 1856 a 31 de Dezembro, n.º 1.10.3.3, não paginado.

Bibliografia

ANDRADE, Carlos A. Salgado de. *Ligeira contribuição para o estudo da raiva em Portugal*. Porto: Imprensa Comercial, 1901.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. Pequenos e pobres: a assistência nas Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; FERREIRA, Maria de Fátima (Orgs.). *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, 2008. p. 135-149.

BICHO, Francisco Laranja de Castro. *Organização dos Serviços Sanitários em Portugal*. Porto: Tip. da Empresa d' "O Progresso", 1926.

BLOM, Ida. Contagion and Cultural Perceptions of Accepted Behaviour: Tuberculosis and Venereal Diseases in Scandinavia c.1900–c.1950". In: *Hygiea Internationalis*. Linköping: University Electronic Press, 2007, p. 121-133.

BRANDT, Allan M. Sexually transmitted diseases. In: BYNUM, W. F.; PORTER, Roy (ed.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Vol. 1. London/New York: Routledge, 2001. p. 562–584.

BYRNE Katherine. *Tuberculosis and the Victorian Literary Imagination*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

CAPLAN, Arthur. The concepts of health, illness, and disease. In: BYNUM, W. F.; PORTER, Roy (ed.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Vol. 1. London/ New York: Routledge, 2001. p. 233-248.

CARDOSO, J. Micróbios e doenças. *Biblioteca do Povo e das Escolas*, n. 152, 1912.

CÓDIGO ADMINISTRATIVO PORTUGUEZ. Lisboa: Imprensa Nacional, 1849.

ENTRALGO, P. Laín. *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson S. A., 1998.

FERREIRA, Maria de Lurdes de Carvalho. *A doença do peito*. Contributo para o estudo histórico da tuberculose. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005.

FERREIRA, F. A. Gonçalves. *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FORRAI, Judit. History of Different Therapeutics of Venereal Disease Before the Discovery of Penicillin. In SATO. Neuza S. (Ed.) . *Syphilis - Recognition, Description and Diagnosis*, In Tech, 2011. p. 37-58.

GÓMEZ BRAVO, Gutmaro. El delito y la enfermedad en la España del cambio de siglo. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, vol. Extraordinario, 2007.

HARRISON, Mark. *Disease in the Modern World*. 1500 to the present day. Cambridge: Polity Press, 2009.

JUTTE, Robert. Syphilis and Confinement. Hospitals in Early Modern Germany. In: *Institutions of Confinement, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 97-115.

LEMONS, A. Tovar. *Serviço de Inspeção de Toleradas em 1932*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1933.

LIBERATO, Maria Isabel Viegas. Da tolerância da prostituição à exclusão social da prostituição. In: VAZ, Maria João; RELVAS, Eunice. *Exclusão na História*. Actas do Colóquio Internacional sobre Exclusão Social. Lisboa: Celta, 2000.

LINDEMANN, Mary. *Medicina e sociedade no início da Europa moderna*. Lisboa: Replicação, 2002.

MARTINS, Alcina Maria de Castro. *Génese, emergência e institucionalização do serviço social português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

MOREIRA, António Martins. *Os sais de bismuto no tratamento da sífilis*. Porto: Tipografia Marques, 1922.

MOULIN, Anne-Marie; DELORT, Robert. Sífilis – mal americano? In: DUBY, Georges (introdução). *Amor e Sexualidade no Ocidente*. Lisboa: Terramar, 1998, p. 295-309.

NINY, Henrique Jorge. Combate à sífilis. *Boletim do Instituto de Criminologia*, vol. XVI. Lisboa: typ. Cadeia Penitenciária de Lisboa, 1932.

O VIANENSE, vv. nn.

PAIS, José Machado. *A prostituição e a Lisboa boémia do século XIX a inícios do século XX*. Lisboa: Âmbar, 2006.

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui. A higiene: da higiene das habitações ao asseio pessoal. In: VAQUINHAS, Irene (dir.). *História da Vida Privada em Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011. p. 92-116.

PITA, João; PEREIRA, Ana Leonor. Alexander Fleming (1881-1955). Da descoberta da penicilina (1928) ao Prémio Nobel (1945). *Revista da Faculdade de Letras. HISTÓRIA*. Porto, III Série, v. 6, p. 129-151, 2005.

REAL, Luís António Corte. *Notas sobre a sífilis*. Porto: Imprensa Nacional, 1921.

REGULAMENTO POLICIAL DAS TOLERADAS NO CONCELHO DE BRAGA. Braga, 1981.

RODRIGUES, J. Lisboa e a Cholera. *Biblioteca do Povo e das Escolas*, n. 88, 1884.

VIGARELLO, G. *O Limpo e o Sujo*. A Higiene do corpo desde a Idade Média. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1988.

