

Transição epidemiológica, infra-estruturas urbanas e desenvolvimento: a cidade do Porto

O enfoque básico deste artigo é o de que a análise das estatísticas de mortalidade é suficientemente importante para ser tomada em consideração na avaliação do impacto do processo de desenvolvimento económico numa dada população à escala nacional ou simplesmente regional. Para além das tradicionais variáveis económicas, os indicadores de mortalidade podem esclarecer questões sobre a natureza da desigualdade social e os efeitos da disparidade de distribuição de rendimentos.

E, já que a qualidade de vida do ser humano depende de outras condições físicas e sociais que não só o rendimento *per capita*, entre as quais os cuidados de saúde fornecidos pela iniciativa pública e privada, o meio epidemiológico, etc., os indicadores de mortalidade podem fornecer ideias sobre políticas futuras a serem estabelecidas e são por isso uma base informativa para a acção.

1. Na maior parte das cidades europeias e norte-americanas, ao longo da segunda metade do século XIX e primórdios do nosso século, as populações adultas, em primeiro lugar, e as populações infantis e juvenis, posteriormente, experienciaram profundas mudanças em termos de vivências colectivas e individuais da saúde, da doença e da morte. As tradicionais doenças infecto-contagiosas declinaram em termos relativos e absolutos e o seu lugar foi ocupado por doenças crónicas e degenerativas. Este processo foi designado

* CEHCP/Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

por «transição epidemiológica»¹ e as suas determinantes podem ser sumariadas da seguinte forma:

- a) O declínio da mortalidade está associado a melhorias na situação nutricional das populações, que implicaram um recuo das doenças infecciosas que afectavam a primeira infância e da tuberculose como causas de morte;
- b) É também o resultado, no meio urbano, de políticas de intervenção sanitária por parte das autoridades municipais, observável no rechaçar das doenças transmissíveis através da água e dos alimentos;
- c) É na sua última fase caracterizado por um conseqüente aumento do papel das doenças do foro degenerativo, como é o caso das cardiopatias e cancros.

Recentes reavaliações da evolução dos níveis da mortalidade infantil têm demonstrado que a qualidade do meio ambiente é, ao fim e ao cabo, o factor determinante na sua redução, especialmente no que concerne ao período considerado entre finais do século passado e os anos 40 do século XX².

É já tradicional considerar as cidades do século XIX como lugares particularmente insalubres, que exibiam taxas de mortalidade bastante mais elevadas do que o todo nacional. O processo de industrialização, aliado a um crescimento rápido da concentração demográfica, favoreceu a propagação de doenças infecciosas. Não faltam os estudos demográficos que avaliam as conseqüências para a saúde em geral desta situação de *stress* urbano observável nas cidades do mundo ocidental.

A expressão «*handicap* urbano» vulgarizou-se para designar a sobremortalidade das cidades do século XIX. No entanto, a mortalidade urbana na Europa central e ocidental e no continente norte-americano reduziu-se de forma significativa no dealbar do século XX, aproximando os seus níveis das médias nacionais³.

A esta redução não são estranhas as políticas sociais urbanas postas em acção no Ocidente ao longo da segunda metade do século XIX e inícios do nosso século. Esta evolução desencadeou importantes modificações nas atitu-

¹ A. R. Omran, «The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change», in *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (1971), pp. 509-538.

² S. R. S. Ezreter, «The importance of social intervention in Britain's mortality decline. C. 1850-1914: a reinterpretation of the role of public health», in *Social History of Medicine*, I (1988), pp. 10-11.

³ Cf., por exemplo, G. Kearns, «Le handicap urbain et le déclin de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles. 1851-1900», in *Annales de démographie historique*, Paris, EHESS, 1993, pp. 75-105, ou Jorg Peter, Vogele, «Différence entre ville et campagne et l'évolution de la mortalité en Allemagne pendant l'industrialisation», in *Annales de démographie historique*, Paris, EHESS, 1996, pp. 249-268.

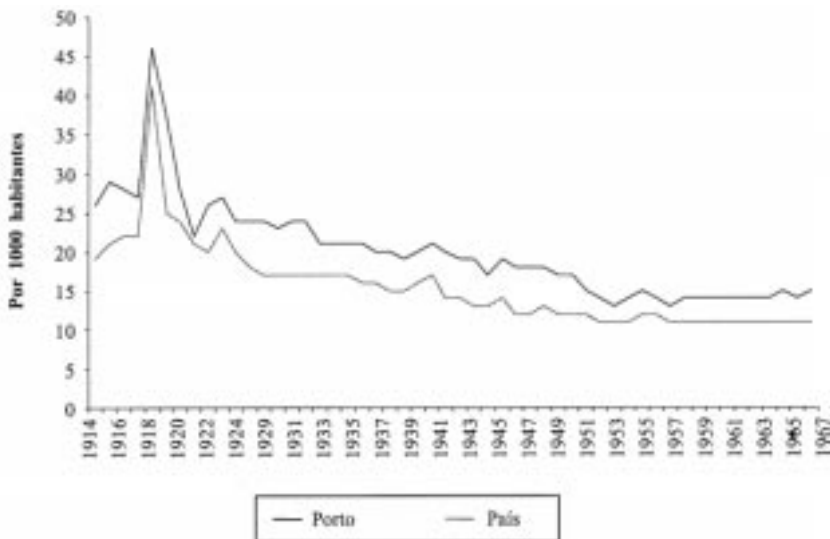
des dos actores sociais e políticos em relação às questões a serem resolvidas e aos novos problemas criados pelo desenvolvimento económico e social.

Durante este período a cidade impôs-se nas realidades e nas representações políticas e sociais nacionais, mas também conheceu profundas modificações internas, das quais a menor não foi o surgimento de novos espaços sociais e de novas formas de intervenção social.

O Porto do século XIX partilha com as suas congéneres europeias as características acima referidas, só que o seu «*handicap* urbano» não será resolvido na viragem do século, mas apenas cinquenta anos depois. As taxas de mortalidade do Porto manter-se-ão bem acima da média nacional até finais da década de 60 do nosso século. Mesmo quando estes indicadores se aproximarem dos existentes na cidade de Lisboa, a partir de 1965, observa-se que a taxa de mortalidade infantil do Porto será dupla da lisboeta.

Taxas brutas de mortalidade

[GRÁFICO N.º 1]



Em trabalhos anteriores já tive ocasião de referir que as doenças ligadas a uma deficiente nutrição infantil constituíam a principal causa de morte das crianças no Porto no século XIX⁴. A sinergia das interacções entre má nu-

⁴ Cf. José João M. Maia, — *Flutuações e Declínio da Mortalidade na Cidade do Porto (1870-1902). Ensaio de Demografia Histórica*, Amadora, Lusolivro, 1994, «Padrões de mortali-

trição, efeitos do clima e infecções era a grande responsável pela elevada mortalidade infantil ocorrida sobretudo durante os meses do estio e atribuível a diarreias e enterites. Isto é, porventura, uma das características estruturais da mortalidade europeia meridional, já que podemos observar situações similares nas cidades espanholas, italianas, etc.⁵.

Se, em 1893, 10 em cada 100 óbitos eram provocados por estas afecções, em 1901, esta percentagem elevava-se a 15%.

Outra importante causa de morte, especialmente nas primeiras idades, era constituída pelas bronquites e pneumonias, que surgem associadas a outras afecções que atingem o aparelho respiratório, tais como a gripe, o sarampo ou a coqueluche, o que sugere uma osmose permanente entre estas morbilidades e o ambiente patogénico. Estas foram responsáveis por mais de 20% das mortes ocorridas no Porto em anos como 1896 e 1909.

Em contrapartida, algumas das tradicionais vagas epidémicas que caracterizavam a mortalidade do Antigo Regime sofrem uma importante redução nos últimos vinte anos do século passado. Tal é o caso da difteria, objecto de intervenção por parte da Câmara Municipal do Porto, que criou um serviço antidiftérico em 1894, no âmbito do qual se iniciou o primeiro posto de desinfecção do país, graças aos esforços do higienista Ricardo Jorge.

Na então formada Repartição Municipal de Saúde e Higiene, e na sequência da divulgação da seroterapia como tratamento antidiftérico, durante alguns anos, efectuou-se a preparação e aplicação de soro aos casos declarados de garrotinho. A partir de 1903, este serviço foi transferido para o recém-criado Hospital Joaquim Urbano, passando a ser enquadrado pelo seu laboratório de bacteriologia. Significativamente, em 1899 grassou no país uma grande epidemia de difteria que teve poucas repercussões em termos de mortalidade no Porto, o que deixa supor que o desenvolvimento de uma ainda que incipiente rede de assistência médica permitiu manter esta doença infecciosa em níveis relativamente baixos.

Ainda nos anos 90 do século passado, a Repartição Municipal de Saúde iniciou um plano de vacinação antivariólica que permitiu, sem dúvida, reduzir a incidência dos surtos epidémicos que ocorreram, nomeadamente, em 1894, 1898 e 1902, tendo-se então aumentado o número de vacinações e de revacinações de 4760 em 1898 para 6497 em 1902. Isto mau grado a resistência oferecida pela população, a qual, mal informada, inclusivamente, chegou a refugiar-se nos barcos do rio para não ser vacinada.

dade e transição sanitária no Porto (1880-1920)», in *População e Sociedade*, n.º 1, Porto, CEPFAM, 1995, pp. 233-244, e «A transição epidemiológica no Porto (1914-1968)», in *População e Sociedade*, n.º 3, Porto, CEPFAM, 1997, pp. 235-246.

⁵ Josep Bernabeu-Mestre, «Problèmes de santé et causes de décès infantiles en Espagne (1900-1935)», in *Annales de démographie historique*, Paris, EHESS, 1994, pp. 61-77.

Deste modo foi minorizada a incidência das vagas epidémicas, das quais a peste bubónica de 1899 permanece como um incidente de retaguarda com alguma espectacularidade mediática e política. Os casos da pneumónica e do tifo de 1918 são sobretudo fenómenos pan-europeus do pós-guerra. Durante os primeiros cinquenta anos do século xx, a estrutura da mortalidade portuense vai manter-se inalterada, apesar do forte crescimento populacional.

2. Entre 1864 e 1930 a cidade do Porto viu-se confrontada com um crescimento populacional sem precedentes. A sua população aumentou cerca de 157%. Face à nova dimensão dos problemas colocados por esta explosão demográfica, as autoridades públicas e municipais viram-se confrontadas com dois grandes desafios deste meio citadino em transformação: o escoamento das águas residuais e o abastecimento da água potável.

No que diz respeito ao primeiro, à quase inexistência de sistemas individuais de remoção de detritos juntava-se a ausência completa de um plano organizado de esgotos. Se bem que a construção dos primeiros aquedutos de despejo de águas residuais remonte ao século xviii e ao longo do século xix o município tenha multiplicado regulamentações comprometendo os particulares na melhoria das condições sanitárias, o certo é que nos finais do século o panorama sanitário do Porto era desolador. A evacuação dos detritos em fossas fixas e a multiplicação anárquica de condutas particulares acabaram por transformar a cidade num autêntico depósito de excrementos. Não tendo a maioria dessas fossas comunicação com as condutas principais ou situando-se numa cota de terreno inferior ao esgoto, acontecia que os dejectos refluíam constantemente, acumulando-se sem escoamento⁶.

No final do século, a rede de esgotos apresentava, na ausência de plano prévio, uma conformação inextricável, com os canos rateiros abundantemente espalhados por toda a cidade, com formas e diâmetros diversos, ao sabor das idiosincrasias dos seus construtores. Eram construídos em pedra, raramente fixada com argamassa, não possuindo qualquer tipo de impermeabilização. Regra geral, canos e colectores principais encontravam-se obstruídos por entulho, devido à sua deficiente construção e à sequência anárquica de sifões, nos quais os dejectos se acumulavam, formando autênticos lodaçais. Esta situação era ainda agravada pelo facto de estas canalizações comunicarem directamente com a superfície através de sarjetas a céu aberto⁷.

A esta situação de descalabro no domínio da higiene pública deve ainda acrescentar-se a quase inexistência de sistemas individuais de remoção de

⁶ António Chaves, *Estudo sobre os diversos sistemas de remoção das imundícies*, Porto, Typographia A. J. da Silva Teixeira, 1886.

⁷ Álvaro Cândido Furtado de Antas, *Insalubridade do Porto*, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Porto, Oficinas do Comércio do Porto, 1902.

dejetos, sendo estes despejados directamente nas valas, sem obturador de espécie alguma. Nas *ilhas*, onde se alojava uma parte importante da população portuense, o despejo de dejetos era efectuado em fossas comuns, abertas na terra, sem paredes nem cobertura, facilitando deste modo as infiltrações, que contaminavam as águas das fontes que abasteciam a cidade.

O abastecimento de água potável era, por seu turno, efectuado por poços abertos muitas vezes paredes-meias com as fossas fixas, e, na ausência de qualquer tipo de impermeabilização, as suas águas eram facilmente inquinadas pelos dejectos. As diversas análises efectuadas às águas dos poços e fontes do Porto entre 1890 e 1927 atestam o elevado grau de inquinação das mesmas: apresentavam altas taxas de salinidade e um grande teor de matérias fecais, com a presença de colibacilos virulentos⁸.

Após meados do século XIX, a qualidade da água deteriorou-se gravemente nas cidades do mundo ocidental. Muitas delas, situadas junto de cursos de água, ficaram empestadas pelos esgotos urbanos. Na sequência da actividade desenvolvida por Edwin Chadwick, que chamou a atenção para o deplorável estado sanitário em que viviam as classes laboriosas britânicas, o movimento higienista, em nome do prestígio nacional ou regional ou da vontade de evitar tentativas revolucionárias por parte das classes «perigosas», expande-se no mundo ocidental e faz ouvir as suas opiniões junto dos poderes públicos⁹.

O Porto oitocentista não escapa a este movimento: o afluxo de população operária oriunda do mundo rural, alojada em condições deploráveis nas *ilhas* e nas *casas da malta*, faz pesar uma ameaça sobre o Porto burguês. O que atemoriza os contemporâneos não é tanto a subversão da ordem social como a subversão das regras da higiene. A multidão de proletários de origem rural albergados na cidade constituía uma formidável reserva de micróbios que ameaçava as «pessoas de bem»: «habitando os bairros infectos e insalubres das cidades, falhos de ar, de luz; insufficientemente alimentado; extenuado por um trabalho deprimente; alcoolizado e syphilizado: reúne em uma palavra todas as condições que depauperam o organismo e lhe diminuem a resistência, tornando-se bem depressa presa do bacillo que a todos os instantes o espreita, esperando o momento favorável para o ataque»¹⁰.

⁸ Cf. Ferreira da Silva, *As águas dos poços do Porto*, separata do Instituto, vol. XLII, 1895, António de Andrade Júnior, *Águas dos poços do Porto*, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Porto, Typographia da Gandra, 1895, e Azeredo Antas e Manuel Monterroso, *A salubridade habitacional do Porto (1929-1933)*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1934.

⁹ Cf. Lawton Richard (ed.), *The rise and fall of great cities. Aspects of urbanization in the Western World*, Londres, Belhaven Press, 1989, e J.-P. Goubert, «L'eau: la crise et le remède (1840-1900)», in *Annales. Économies. Sociétés. Civilisations*, Setembro-Outubro, Paris, Armand Colin, 1989, pp. 1075-1090.

¹⁰ António Pereira Barbosa, *Da tuberculose no Porto*, dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Porto, Typographia da Empreza Artes e Letras, 1906, p. 30.

O discurso sobre a patologia urbana é exercido pelos higienistas de forma pedagógica — a cidade é a encarnação do mal e o migrante rural a vítima imolada: «transportado subitamente a um meio absolutamente diferente, o camponês procura avidamente os prazeres que melhor convêm à sua natureza forte, brutal, nem sentimentalizada, nem intelectualizada»¹¹.

A urbe transforma-se no cancro que corrói o ser humano e aqui os higienistas do século XIX situam-se numa linha ecológica que desemboca na rejeição da vida urbana: «enfim, todas as paixões consumptivas e deprimentes, todos os vícios e excessos, corrompem e minam a massa social urbana»¹².

À apatia dos poderes públicos respondeu a iniciativa particular, a partir de 1855, data da primeira tentativa de adjudicação de uma concessão para o abastecimento de água à cidade com base num projecto de um engenheiro inglês. Este projecto aconselhava a tomada de águas no rio Leça, cujo débito era claramente insuficiente para suprir as necessidades da cidade.

Tendo esta proposta sido rejeitada, uma segunda foi dirigida à Câmara, em 1864, pelo engenheiro Eugéne Gavand, o qual apresentava um estudo credível baseado na tomada de água pelo rio Sousa. A falta de investidores inviabilizou esta concessão, tal como o projecto que em 1873 se constituiu sob a designação de Oporto Water Works Company, L.^{da}¹³.

De modo que apenas em 1880 a Câmara Municipal colocou a concurso público o abastecimento de água da cidade, tendo-se apresentado como única concorrente a Compagnie Générale des Eaux pour L'Étranger. Após diversas análises, optou-se pelo rio Sousa como ponto de tomada de água e, estando as obras concluídas em 1886, o serviço começou a funcionar regularmente no ano seguinte¹⁴.

A empresa concessionária comprometeu-se a fornecer à cidade 10 000 metros cúbicos diários, ou o correspondente a 100 litros por dia e por habitante, à medida que a população fosse crescendo. Em 1900, o consumo *per capita* diário era ainda de 18 litros, isto numa época em que os higienistas recomendavam 200 litros de capitação. Recordemos que a capitação em Paris e em Marselha, na mesma data, era de 300 e 500 litros, respectivamente¹⁵.

¹¹ Id., *ibid.*, p. 28.

¹² Id., *ibid.*, p. 77.

¹³ Horácio Marçal, *O Abastecimento de Água à Cidade do Porto e à Vila de Matosinhos*, separata do *Boletim da Biblioteca Pública Municipal de Matosinhos*, n.º 15, Matosinhos, 1968.

¹⁴ A. J. Ferreira da Silva, *As águas do rio Souza e os mananciaes e fontes da cidade do Porto*, Porto, Typographia Occidental, 1881; Armando Marques Guedes, *O saneamento do Porto (A canalização dos esgotos — O abastecimento das águas)*, Porto, tipografia a vapor da Empresa Guedes, 1917.

¹⁵ Álvaro Cândido Furtado de Antas, *Insalubridade do Porto...*, cit., p. 36.

Com a abertura de dois balneários públicos no Porto, este consumo aumentou para 23 litros por habitante em 1902. Mesmo assim, e durante muito tempo, a maioria da água canalizada era consumida por conta do município¹⁶.

De qualquer modo, as instalações montadas depressa se revelaram deficitárias, já que nas épocas das cheias dos rios Douro e Sousa os motores hidráulicos das estações elevatórias ficavam submersos, interrompendo, assim, a distribuição de água à cidade.

O incumprimento das cláusulas contratuais por parte da Compagnie Générale des Eaux pour L'Étranger arrastou consigo uma situação de conflito latente entre esta e a Câmara Municipal do Porto. Quando existia interrupção no abastecimento de água da cidade, a Câmara aplicava multas, as quais eram contestadas pela companhia, alegando causas naturais para estas interrupções.

Em 1909, a capacidade produtora do sistema rondava os 6500 metros cúbicos, tendo então a população da cidade ascendido a um quantitativo que, nos termos originais do contrato, obrigaria à produção de 18 000 metros cúbicos diários.

A sentença do juízo arbitral da época, dada na sequência de um recurso da companhia das águas contra a aplicação de uma multa camarária, sublinhava então que «[...] a companhia, confiada na condescendência da Câmara, tem simplesmente em atenção os seus interesses particulares, em detrimento do interesse público, sofismando o disposto no contracto [...] etc.»¹⁷.

As graves carências no abastecimento de água canalizada da cidade acabariam mesmo por inviabilizar o funcionamento do saneamento urbano, como refere em 1917 o relatório do então vereador Armando Marques Guedes: «Sem modificação do actual regime de abastecimento de águas não pode ter a cidade, por ele só, água bastante para o funcionamento normal dos seus esgotos¹⁸.»

As controvérsias entre a Câmara e a companhia das águas, muitas delas dirimidas no foro judicial, desenrolaram-se durante todo o primeiro quartel do nosso século. A primeira acusava a segunda de incumprimento das cláusulas do contrato de 1882. A verdade é que estas cláusulas tinham sido redigidas de forma ingénua e vaga e com muito pouca precisão técnica. Por exemplo, relativamente à pureza da água distribuída, previa-se que «a companhia empregará os meios convenientes e indispensáveis para que as águas, que circulam nos casos de distribuição, nunca sejam turvas nem insalubres»¹⁹.

¹⁶ Alfredo Lobo das Neves, *Variola no Porto (1893-1903)*. (*Subsídios para o seu estudo*), dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Porto, Typographia Occidental, 1903, p. 46.

¹⁷ Cit. in Armando Marques Guedes, *O saneamento do Porto...*, cit., p. 72.

¹⁸ Id., *ibid.*, p. 94.

¹⁹ Id., *ibid.*

Daqui decorria, pois, que a água canalizada que servia o Porto, sendo considerada quimicamente pura, era bacteriologicamente altamente inquinada, como o comprovam as análises da época, pois os filtros de areia submersa então utilizados eram claramente insuficientes num tempo em que a norma era já a da ozonização ou hidrocloragem.

Neste contexto, já em 1917 Marques Guedes, futuro presidente da Câmara do Porto, apontava a via a seguir: expropriação e municipalização dos serviços de abastecimento de água²⁰. Esta solução seria adoptada dez anos mais tarde.

3. O caminho percorrido pela rede de saneamento do Porto não foi menos acidentado. Após um prolongado processo que se estendeu de 1896 a 1903, ao longo do qual se multiplicaram estudos, negociações e subcomissões, foi adjudicada à firma inglesa Hughes & Lancaster a construção da rede de saneamento do Porto²¹.

Apesar de a polémica entre os partidários dos sistemas unitário e separado estar a ser gradualmente vencida pelos defensores do primeiro, entretanto adoptado nas grandes capitais (Berlim, Paris, Bruxelas, Viena, Nova Iorque), seguiu-se no Porto o exemplo londrino do chamado *separate-system*, considerado mais económico e de mais fácil aplicação²².

Este sistema consistia basicamente na intercepção em dois colectores sob pressão e um gravítico que conduziam os esgotos da cidade para um tanque de retenção em Sobreiras, donde eram lançados na zona terminal do rio Douro, já que a corrente da maré vazante os conduzia rapidamente para o mar alto.

Este ainda é, hoje em dia, e se-lo-á, o sistema de saneamento do Porto, até à construção das ETARs de Sobreiras e Freixo.

No entanto, as críticas fizeram-se ouvir logo no início da sua construção. A mais curiosa provém do grande defensor do saneamento urbano, o higienista Ricardo Jorge — num panfleto semianónimo de 1903, ele zurze a canalização dos esgotos, porque:

1. Os gases refluem, em vários casos, para as habitações;
2. Pela dificuldade, e até impossibilidade, de arrastar os resíduos da cidade, quaisquer que seja o declive (*sic*);
3. Porque não há para onde vão sem perigo»²³.

²⁰ Id., *ibid.*

²¹ *Saneamento do Porto. Consulta da Comissão de Saneamento, apresentada à exma. Camara Municipal do Porto*, Porto, Typographia Occidental, 1897.

²² Adriano de Sá, *O novo systema de exgottos do Porto*, separata da revista científica *Porto Medico*, Porto, s. ed., 1905.

²³ Ricardo Jorge, *O saneamento do Porto e a canalização dos esgotos. Verdades ao alcance de todos*, Porto, Typographia da Empresa Literária e Typographica, 1903, p. 10.

E vai mais longe ainda: «Supondo a canalização feita, possível e boa, supondo belos bairros para os operários, baratos, higiénicos e até de graça [...] o resultado é nulo enquanto as condições de vida dos proletários forem as actuais²⁴.»

Pese-se embora esta diatribe, a solução proposta pelo ilustre higienista era algo impraticável: um sistema de fossas móveis, herméticas e amovíveis²⁵!

A rede de drenagem de águas residuais foi concluída em 1907, não tendo, no entanto, sido efectuados os ramais de ligações aos prédios. Em 1917 foi elaborado novo contrato com a mesma firma inglesa para a construção dos ramais de ligação, tendo este contrato sido rescindido em 1921 devido à carestia então atingida pelos materiais de construção.

A rede de saneamento esteve em estado de semiabandono até 1927, data em que, com a municipalização dos sistemas de água e saneamento, foi posta a funcionar. No ano da municipalização, apenas 285 prédios estavam ligados à rede. Cinco anos depois, em 1933, este número ascendia a 2178 prédios, faltando ainda 25 000 prédios²⁶. Neste mesmo ano, os delegados de saúde do Porto lamentavam amargamente a opção original seguida pela Câmara Municipal em relação ao sistema separado, já que este se tinha demonstrado insuficiente, pois as águas pluviais do Porto não afluíam em quantidades normais para a evacuação dos detritos. Teria sido preferível adoptar o sistema unitário²⁷.

Nesta primeira fase da municipalização, os esforços da Câmara foram orientados para a reabilitação da rede original de 1907, numa extensão de 107 km. Até ao final dos anos 30 foi esta aumentada em 24 km. E nas décadas de 40 e 50 estendeu-se até à zona oeste (Foz) da cidade.

Também na sequência da municipalização, o abastecimento de água da cidade melhorou significativamente. Tendo a Câmara resgatado, através de uma indemnização de 3500 contos de réis, a concessão à Compagnie Générale des Eaux pour L'Étranger, construiu novos reservatórios de grande capacidade, procedeu à desobstrução de condutas, captou um caudal de reforço no subleito do Douro e fez subir a captação diária da cidade de 9700 metros cúbicos para 35 000 metros cúbicos. Simultaneamente, foram desactivadas cerca de vinte e duas fontes e mananciais de água imprópria para consumo²⁸.

²⁴ Id., *ibid.*, p. 11-12.

²⁵ Esta solução remonta já a 1888, tendo sido exposta no seu relatório apresentado à Comissão Municipal de Saneamento.

²⁶ *Instalação do saneamento urbano. Regulamento...*, cit., Porto, Câmara Municipal do Porto, 1930.

²⁷ Azeredo Antas e Manuel Monterroso, *A salubridade habitacional do Porto (1929-1933)*..., cit., pp. 9-10.

²⁸ Id., *ibid.*, e ainda *Inquérito sobre abastecimentos de água nos municípios do país, pelos engenheiros António P. de Miranda Guedes e Amadeu Pereira Rodrigues*, Porto, Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos, Suc.res, 1934.

O ponto de viragem na evolução da situação sanitária da cidade do Porto situa-se, sem dúvida, ao longo das décadas de 30 e 40. Com efeito, um relatório apresentado em Outubro de 1929 à Câmara do Porto pelo inspector de saúde Almeida Garrett computava o número de *ilhas* em cerca de 1301, abrangendo 14 676 habitações e uma população estimada de 50 000 pessoas, às quais deveriam somar-se cerca de 10 000 habitantes dos bairros insalubres da Sé e beira-rio²⁹.

Em 1931, um outro relatório elaborado pelo delegado de saúde Azeredo Antas exhibe os resultados de um inquérito efectuado em 1927 a 638 *ilhas* de Campanhã, Bonfim, Santo Ildefonso e Paranhos, abrangendo 7768 habitações. Apenas 42 destas 638 *ilhas* faziam os seus despejos para canos de esgoto de saneamento. Existia apenas uma retrete para 5,1 habitações, havendo casos em que existia apenas uma retrete para 190 habitações³⁰!

Em 1936 este número tinha diminuído para 1157 *ilhas*, com 45 283 habitantes³¹. É, provavelmente, a primeira vez que se observa uma redução do número de *ilhas*, bem como dos seus residentes, no Porto em cento e cinquenta anos³². Concomitantemente, constroem-se durante esta década cerca de 1300 habitações em bairros económicos, se bem que com mensalidades demasiadamente elevadas para as camadas de mais fracos rendimentos³³.

A sensibilização da opinião pública e das autoridades para o deplorável panorama sanitário do Porto remontava já ao século XIX e ao grupo de higienistas que, a partir da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, pugnam pela renovação do ensino médico no país e pelo fim da «cidade cemiterial». Agora é necessário esperar pelo advento dos anos 30 para vermos surgir o higienista como homem do poder.

A causa higienista será então liderada pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, cujo programa remonta ao ano de 1924 e que já então prenuncia alguns tiques dos anos 30, como pode avaliar-se pela leitura de alguns dos seus pontos que dizem respeito à «regulamentação do casamento» e aos «preceitos modernos de defesa das raças»...³⁴

²⁹ *Relatório da Inspeção de Saúde à Câmara Municipal do Porto*, Porto, 1930.

³⁰ «Relatório apresentado à Inspeção de Saúde do Porto pelo delegado de saúde António Firmo de Azeredo Antas», in *Relatório de Actividades da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, dactil., 1931.

³¹ António Emílio Magalhães, *A Obra da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, Porto, LPPS, 5.ª série de conferências, 1941.

³² Cf. quadro n.º 1, «Ilhas do Porto (1832-1939) e seu peso na população citadina», de Paula Guilhermina Fernandes, «Morte e ressurreição de Lázaro: a questão habitacional como forma de exclusão/integração social no Porto contemporâneo», in *Actas do Colóquio Internacional sobre Exclusão Social*, Lisboa, org. Gabinete de Estudos Olisiponenses/CMLisboa e CEHCP/ISCTE, Março de 1999 (no prelo).

³³ António Emílio Magalhães, *A Obra da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*...

³⁴ Cf. «Programa da Liga Portuguesa de Profilaxia Social», publicado na revista *A Águia*, n.º 28, órgão da Renascença Portuguesa.

A acção da Liga centrou-se sobretudo ao nível das conferências e campanhas de sensibilização, como a do pé-descalço de 1928, e publicação de artigos na imprensa nacional e regional. Ainda em 1928 foi a Liga Portuguesa de Profilaxia Social a introdutora em Portugal do BCG a partir de um contacto directo realizado com Calmette³⁵.

Em Novembro de 1931 reuniu-se na sede da Liga uma sessão plenária que juntou um grupo de notáveis da cidade do Porto com o objectivo de constituir uma autodenominada «Grande Comissão para o Estudo do Saneamento do Porto». Nesta assembleia participaram o então governador civil, Lobo da Costa, o presidente da Comissão Administrativa da Câmara e outras personalidades, como Bento Carqueja, Ezequiel de Campos, Tamagnini Barbosa, Azeredo Antas, Alfredo de Magalhães, etc. Desta reunião emergiu uma comissão incumbida de estudar e procurar dar solução aos problemas sanitários da cidade.

Dos trabalhos desta comissão nasceu uma primeira ideia do que deveria ser um plano director municipal, elaborado por Ezequiel de Campos³⁶, bem como uma proposta de construção de casas económicas colectivas à imagem do que se fazia principalmente na Rússia, apresentada por Azeredo Antas³⁷.

No entanto, é o estudo económico elaborado por diversos técnicos e apresentado ao presidente da Câmara, Alfredo de Magalhães, que merece aqui uma referência mais pormenorizada³⁸.

Começa por calcular em cerca de 400 000 contos a quantia necessária para resolver o problema sanitário da cidade. Ou seja, 300 000 contos para realojamento e 100 000 para instalação de água e esgotos. Depois demonstra que é impossível remunerar o capital investido em habitações para famílias de baixos rendimentos com taxas de juro superiores a 3%. Ora as taxas bancárias que eram então praticadas rondavam os 8%.

Deste arrazoado surge então a proposta de o Estado emprestar à cidade do Porto, isto é, à Câmara e às empresas construtoras, o montante de 400 000 contos por ano, durante dez anos, cobrando o juro a 3% e em períodos de amortização nunca inferiores a trinta anos!

Pesem-se embora as diferenças óbvias entre esta proposta e as realizações subsequentes, é, sem dúvida, a partir desta época que se iniciam as acções mais coerentes no sentido de resolver o problema da salubridade urbana. Em Abril de 1935 são adjudicadas, finalmente, as obras de ligação dos prédios do Porto ao sistema de colectores do saneamento urbano.

³⁵ António Emílio Magalhães, *A Obra da Liga Portuguesa de Profilaxia Social...*

³⁶ Ezequiel Campos, «Prólogo ao Plano da Cidade do Porto», in *Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, 2.^a série, Porto, Imprensa Portuguesa, 1935.

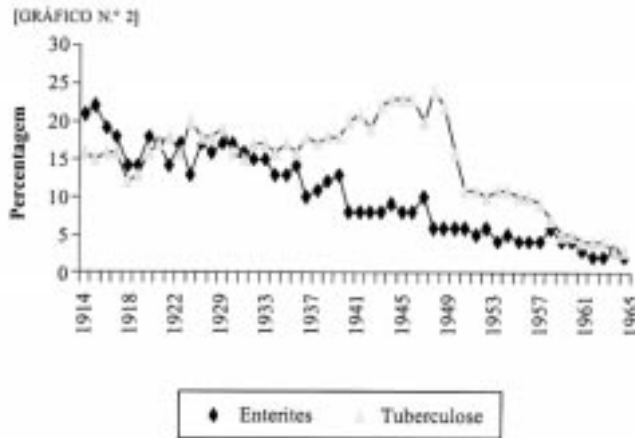
³⁷ In *Relatório de Actividades da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, dactil., 1931.

³⁸ *Ibid.*

4. De que forma e em que modalidades estas importantes melhorias sanitárias, levadas a cabo pela intervenção pública, influenciaram a redução dos níveis de mortalidade na cidade do Porto?

Sem pretender tomar partido numa polémica sobre os respectivos impactos do desenvolvimento económico, nomeadamente dos níveis nutricionais, no declínio da mortalidade, ou da saúde pública, neste processo, gostaria de lançar algumas hipóteses empíricas neste campo.

Doenças infecciosas no Porto, 1914-1968



No período em análise, o Porto apresentou sempre elevadas taxas de mortalidade, muito acima das médias nacionais ou de outros conjuntos urbanos, como é o caso de Lisboa.

Esta sobremortalidade passou por fortes oscilações, que atingiram amplitudes de crises demográficas de dimensões graves.

A curva obituária da cidade é marcada por uma sazonalidade acentuada, onde se destaca o pico do Verão. Durante este período, se decomposermos a mortalidade do Porto em causas de morte, podemos concentrá-las em três grandes alíneas:

- a) As que se agrupam sob a designação de diarreias e enterites, isto é, as infeções bacterianas relacionadas com as elevadas temperaturas de Verão e associadas à água ou ao leite contaminados;
- b) As doenças do foro pulmonar, à exceção das tuberculoses;
- c) As tuberculoses propriamente ditas, que atingem a população adulta.

Para além disto, há que sublinhar uma situação permanente de comorbilidade, ou seja, a frequência da incidência de múltiplas doenças, mui-

tas vezes não evidenciada pelos diagnósticos médicos, e que constituíam um fundo patogénico importante durante este período.

A taxa de mortalidade do Porto começou a declinar a partir da segunda metade da década de 20 e a partir de 1937 situou-se abaixo dos 20‰.

O principal responsável por este recuo é o grupo de doenças que incluímos na rubrica das gastrites, duodenites, enterites e colites, bem como outras infeções e diarreias, não só dos recém-nascidos, como também das idades superiores a 2 anos. Este grupo, aqui designado genericamente por «enterites», será responsável por mais de 20% dos óbitos do Porto até 1918, contribuirá ainda nos anos 40 com cerca de 13% do total das mortes, até se situar abaixo dos 5% na década de 60³⁹.

Um elemento fundamental para a compreensão da evolução destas afecções como causa de morte é o facto de serem doenças transmissíveis por colibacilos presentes nas águas inquinadas ou no leite⁴⁰. Ora estes microorganismos

Movimento mensal de óbitos

[GRÁFICO N.º 3]



³⁹ Cf. *A Cidade do Porto. Súmula Estatística (1864-1968)*, série «Estatísticas Regionais», Lisboa, INE, 1971.

⁴⁰ É conhecida a calamitosa situação que o Porto dos anos 30 e 40 vivia, no que diz respeito ao abastecimento de leite. Cf. A. de Figueiroa Rego, «Memória sobre o abastecimento de leite à cidade do Porto», in *Boletim da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, n.ºs 2-3, Porto, Empresa Industrial Gráfica do Porto, L.^{da}, 1931.

multiplicam-se com mais rapidez quando a temperatura sobe; daí que os surtos estivais de mortalidade infantil estivessem irremediavelmente ligados a estas gastroenterites. A comparação dos movimentos mensais de óbitos de 1900 e 1940 permite detectar com nitidez a atenuação destas oscilações, pois o pico de mortalidade deste último ano é já menos pronunciado do que o de início do século.

A assistência materno-infantil em meados dos anos 40 ainda era bastante deficiente, como o evidenciava o relatório do director do Hospital Materno Corte-Real, que então afirmava: «Continua a ser a causa principal da mortalidade das internadas a fraca resistência das crianças admitidas, devido às péssimas condições em que vive, durante o período da gestação, a maior parte das mães. Na sua quase totalidade, criadas de servir, solteiras e de fora do Porto, ficam ao abandono durante pelo menos os últimos meses da gestação, sofrendo privações de toda a espécie, como os filhos que têm de nascer e que aqui vêm cair⁴¹.»

Nesse ano de 1940, das 267 crianças admitidas neste Hospital, faleceram 90, ou seja, 35% do total⁴².

A redução da taxa de mortalidade infantil liga-se à modificação dos hábitos individuais, sobretudo no que diz respeito à observância das regras básicas de higiene e de alimentação dedicadas à criança, mas não podemos esquecer o papel que a assistência pública desempenhou, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento dos serviços de lactação, criados pela Câmara Municipal e juntas de freguesia, bem como às supra-referidas infra-estruturas urbanas.

A percentagem de redução das taxas de mortalidade infantil entre 1939 e 1949 foi no Porto de cerca de 32,3%, bastante abaixo dos 42,5% de Lisboa, mas muito acima dos 23,33% do conjunto do país, o que evidencia o papel desempenhado pela assistência médico-social neste processo⁴³.

Mesmo assim, deve aqui sublinhar-se que o Estado, no domínio da assistência sanitária, vai durante este período desempenhar um papel supletivo, já que esta estará centrada em torno do papel desempenhado pelas misericórdias, conforme o previsto no artigo 372.º do Código Administrativo de 1936. A Santa Casa da Misericórdia do Porto tutelava então as principais instituições hospitalares da cidade, tais como o Hospital Geral de Santo António, os hospitais menores Conde de Ferreira, Rodrigues Semide, etc.

⁴¹ In «Relatório da Junta da Província do Douro Litoral — Porto», 1940, cit. in Augusto César Pires de Lima, *O Problema da Assistência no Porto*, separata do *Jornal do Médico*, n.ºs 27, 28, 29, 30 e 31, II ano, Porto, 1942, p. 3.

⁴² *Ibid.*

⁴³ José Augusto Ribeiro Graça, *A Mortalidade Geral e por Algumas Doenças Infecciosas em Portugal Continental*, separata de *O Médico*, n.ºs 152, 153 e 154, s. I., 1954.

Estas unidades eram, nos finais dos anos 30, geridas com um apertado orçamento que rondava os 12 500 000\$00 anuais, dos quais 4 950 000\$00 atribuídos pelo Estado. Se acrescentarmos as verbas distribuídas por outras instituições, tais como a então criada Maternidade Júlio Dinis, o Hospital Joaquim Urbano e o Hospital Maria Pia, poderemos chegar à verba de 8 000 000\$00.

Ora este investimento, se bem que correspondente à realidade dos factos, demonstra já uma situação de claro desequilíbrio e assimetria no panorama da assistência sanitária nacional. A lista dos subsídios atribuída a estabelecimentos de assistência pública em Lisboa somava valores que, em regra, ultrapassavam os 40 000 000\$00! É certo que o distrito da capital contava então cerca de 900 000 habitantes, servidos com 4000 leitos hospitalares, enquanto no distrito do Porto residiam cerca de 800 000 habitantes, servidos com... 900 leitos hospitalares⁴⁴!

Ao declínio da mortalidade infantil seguiu-se o declínio da mortalidade causada pela tuberculose. Esta afecção, considerada doença protótipo da urbanização, passou a assumir um papel maior na mortalidade portuense na segunda metade do século XIX. Atingiu sobretudo os grupos etários distribuídos entre os 20 e os 49 anos de idade e a sua incidência irá aumentar até ao início da década de 50, após a qual se verifica um decréscimo acentuado⁴⁵.

Por detrás destes valores está o rápido desenvolvimento da urbanização. Esta aumenta o risco de exposição à contaminação, se bem que de forma não homogénea: uma pequena cidade inserida numa região com forte incidência da tuberculose apresenta níveis de mortalidade devidos a esta doença superiores a outros aglomerados urbanos maiores mas inseridos em regiões menos afectadas⁴⁶.

Isto talvez explique as diferenças entre a evolução da tuberculose no Porto e em Lisboa, independentemente dos graus de urbanização e de industrialização destas cidades.

Por outro lado, está bem estabelecida a associação entre a tuberculose pulmonar e a deficiente nutrição dos indivíduos. O empobrecimento do regime alimentar provoca o aumento dos casos desta afecção nos meios em que esta existe endemicamente. Deste modo, é observável um aumento da sua incidência nos anos posteriores ao termo da segunda guerra mundial, o que coincide com uma recessão económica importante no nosso país.

A regressão da mortalidade por tuberculose, mais uma vez, está implícita na acção das autoridades públicas e no seu esforço colectivo a partir dos anos 30. Na base desta regressão encontramos a anterior redução das enterites e diarreias infantis, devido às melhorias verificadas na qualidade do leite e da

⁴⁴ In «Relatório da Junta da Província do Douro Litoral — Porto», 1940, cit. in Augusto César Pires de Lima, *O Problema da Assistência no Porto*, separata do *Jornal do Médico...*

⁴⁵ Cf. *A Cidade do Porto. Símula Estatística (1864-1968)*...

⁴⁶ Cf. Bi Puranen, «La tuberculose et le déclin de la mortalité en Suède», in *Annales de démographie historique*, Paris, EHESS, 1989, pp. 79-100, especialmente p. 89.

água, o que proporcionou um melhor estado nutricional dos indivíduos, e o conjunto de terapias assistenciais posto em acção ao longo dos anos 40 e 50, sobretudo, entre os quais há que referir a multiplicação dos dispensários, a construção de novos sanatórios, como o do Monte da Virgem, e a aplicação de uma quimioterapia eficaz, bem como a estratégia terapêutica conhecida e universalizada pela designação de «método do Porto».

Deve, a este propósito, referir-se que entre 1910 e 1926 apenas foi criado um dispensário antituberculoso em Ponta Delgada. O número de leitos nos sanatórios era de 34 em 1910, de 914 em 1930 e em 1954 já ascendia a 3188. O número de dispensários passou de 6 em 1926 para 76 em 1954⁴⁷.

5. Uma já antiga e ainda não ultrapassada controvérsia na demografia histórica a propósito das causas do declínio da mortalidade opõe aqueles que o ligam ao aumento do rendimento *per capita* aos que realçam o papel desempenhado pela intervenção pública no domínio médico e sanitário. A primeira posição baseia-se no criticismo metodológico de McKeown, o qual, no seu estudo sobre o declínio da mortalidade na Inglaterra e País de Gales, defende que 50% desta redução são atribuíveis a melhorias no estatuto nutricional dos indivíduos e, portanto, à quebra da incidência das tuberculosas pulmonares⁴⁸.

As reavaliações desta tese levaram a colocar questões significativas, nomeadamente aquelas que dizem respeito à redução de causas de morte nas cidades do Ocidente. Comparações entre dados relativos a cidades norte-americanas parecem demonstrar de forma inquestionável o papel fundamental que a intervenção pública teve na baixa da incidência de inúmeras causas específicas de morte. Isto é especialmente relevante no que diz respeito ao abastecimento de água e de leite proporcionados pelos serviços municipais⁴⁹.

Por outro lado, a situação excepcional de que a cidade de Londres gozou no contexto da elevada mortalidade urbana da Inglaterra oitocentista está inelutavelmente ligada à posição privilegiada que a saúde pública possuía na

⁴⁷ José Augusto Ribeiro Graça, *A Mortalidade Geral e por Algumas Doenças Infecciosas em Portugal Continental*, separata de *O Médico...*

⁴⁸ T. R. McKeown e R. G. Record, «Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century», in *Population Studies*, 16 (1962), pp. 94-122; T. R. McKeown, *The Modern Rise of Population*, Londres, Edward Arnold, 1976.

Para uma posição crítica das teses de McKeown, v. S. R. S. Ezreter, «The importance of social intervention in Britain's mortality decline. C. 1850-1914: a reinterpretation of the role of public health», in *Social History of Medicine*, 1 (1988), pp. 10-11, ou ainda G. Kearns, «The urban penalty and the population history of England», in A. Brandstrom e L. G. Tedeband (eds.), *Society and Health during the Demographic Transition*, Estocolmo, 1988, p. 215.

⁴⁹ G. A. Condran, «Declining mortality in the United States in the late nineteenth and early twentieth centuries», in *Annales de démographie historique*, Paris, EHESS, 1987, pp. 119-142.

administração desta cidade, pelo menos desde a criação do General Board of Health em 1848. A ação voluntária das autoridades municipais, sobretudo no sentido de melhorar o estado sanitário do meio ambiente, foi fundamental. Em 1900, 265 das 314 municipalidades da Inglaterra e País de Gales geriam directamente empresas de abastecimento de água ou sistemas de saneamento urbano. É hoje pacífico e consensual que a implementação destes sistemas foi largamente responsável pela redução da mortalidade por doenças infecciosas nos séculos XIX e XX⁵⁰.

6. A análise económica e as teorias do desenvolvimento têm estado demasiadamente centradas em variáveis como produção, preços, rendimento, capital e investimento. Ora a produção e o consumo de bens não são, como já foi notado, a não ser na perspectiva reificada do pensamento económico contemporâneo, valores em si. São antes meios de que as pessoas se servem para conseguirem melhores padrões de existência. E estes é que devem ser valorados em si mesmos.

Nesta perspectiva, a análise dos indicadores de mortalidade, longe de constituir objecto de estudo exclusivo do demógrafo, é um instrumento imprescindível no estudo da problemática do desenvolvimento.

Deste modo, se o PNB *per capita* constitui um bom indicador do rendimento de uma dada nação, a qualidade de vida de uma pessoa não depende apenas do seu rendimento pessoal, mas de um vasto conjunto de condições sociais, como o acesso a serviços colectivos, públicos ou privados, de saúde, educação, etc.

Uma das formas de analisar a evolução portuguesa posterior à segunda guerra mundial, e na ausência de modelos formais da tradicional análise neoclássica do crescimento, foi a utilizada por João César das Neves⁵¹, aplicando uma grelha do Banco Mundial que combina a evolução da esperança de vida à nascença com a educação básica, o suprimento de proteínas diárias e o PNB *per capita*.

Do sumário das convergências mundiais após a segunda guerra, Portugal converge em todos estes indicadores de bem-estar, levando o autor a classificar o nosso país como «one of the successful stories»⁵². No entanto, se extrairmos o factor PNB *per capita*, podemos verificar pelos dados do Banco Mundial que a convergência afecta os outros factores relacionados na maior parte dos países independentemente da sua riqueza.

⁵⁰ Gerry Kearns, «Zivilis or Hygaeia: urban public health and the epidemiologic transition», in Richard Lawton (ed.), *The Rise and Fall of Great Cities. Aspects of Urbanization in the Western World*, Londres, Belhaven Press, 1989, pp. 96-124.

⁵¹ João César das Neves, *The Portuguese Economy. A Picture in Figures. XIX and XX Centuries*, Lisboa, Universidade Católica, 1994, pp. 116 e segs.

⁵² Id., *ibid.*, p. 117.

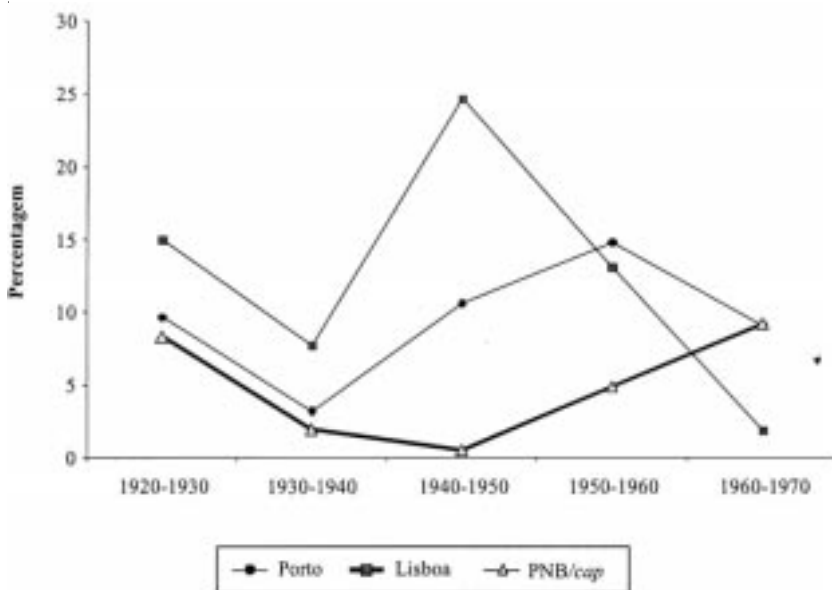
De facto, mesmo nos países de baixo rendimento, e apesar da sua pobreza, cuidados sociais, tais como a saúde e a educação básica, podem ser postos em funcionamento, já que são bastante trabalho-intensivos e, portanto, pouco dispendiosos nestes países e regiões pobres. Daí que exista uma disparidade surpreendente, hoje em dia, entre a esperança de vida relativamente mais alta em países de rendimento baixo, como é o caso da China e do Sri Lanka, e a de países mais ricos, como é o caso do Brasil ou da África do Sul⁵³.

Esta simples comparação acentua a importância dos factores exógenos no crescimento sustentado e sublinha o papel que a organização colectiva, pública ou privada, da economia tem no desenvolvimento da qualidade e quantidade da vida humana muito para além do factor «mão invisível».

Em ordem a realizarmos uma primeira e necessariamente preliminar avaliação do impacto que o crescimento dos rendimentos *per capita* teve no nível de vida das populações em Portugal, nomeadamente nas populações urbanas, efectuamos um exercício simples cujos resultados são expostos no gráfico n.º 4.

Evolução da esperança de vida e rendimento

[GRÁFICO N.º 4]



⁵³ Amartya Sen, «Mortality as an indicator of economic success and failure», in *The Economic Journal*, Oxford, Blackwell Publishers, Janeiro de 1998, pp. 1-25.

A curva referida por «PNB/cap» representa a evolução da média anual dos ganhos percentuais do produto nacional bruto *per capita* de Portugal por decénio entre 1920 e 1970⁵⁴.

As curvas designadas por «Porto» e «Lisboa» representam os ganhos percentuais nos mesmos decénios da esperança de vida ao nascimento das populações dos distritos de que estas cidades são sedes⁵⁵.

A curva de Lisboa apresenta um padrão de crescimento absolutamente inverso ao da linha do PNB/cap, o que demonstra que os maiores progressos da esperança de vida neste distrito não são atribuíveis à velocidade do crescimento económico nacional, mas antes a outros factores. Evidentemente, estes progressos, a partir de 1930, poderiam ter sido resultado do desenvolvimento das décadas anteriores. Mas, daquilo que é conhecido da história económica portuguesa e dos indicadores de mortalidade, tal conclusão não pode ser retirada.

Note-se que esta evolução é bastante similar e sincrónica à encontrada em estudos realizados para a população e economia da Inglaterra e País de Gales no mesmo período⁵⁶.

A evolução dos ganhos da esperança de vida no distrito do Porto apresenta uma maior proximidade com a rapidez do crescimento do rendimento *per capita*, sugerindo que factores como a qualidade da vida urbana, o meio epidemiológico, a disponibilidade de meios de cuidados de saúde e de educação básica, tiveram uma influência menor no alongamento da esperança de vida da população portuense. Mesmo tomando em consideração que os distritos são uma realidade populacional diferente dos núcleos urbanos, a medida bruta que constitui a esperança de vida à nascença não apresenta intervalos significativos entre as populações que, no caso destes dois distritos, se concentram nos respectivos núcleos urbanos.

Se combinarmos as ilações acima retiradas com alguns dos elementos que foram expostos ao longo deste artigo, podemos, pois, concluir que o investimento público em factores físicos, sociais e ambientais que proporcionariam melhores condições e qualidade de vida aos portuenses foi fruste e incompetente. Com uma esperança de vida semelhante à do distrito de Lisboa em 1940, o distrito do Porto viu-se superado nas duas décadas seguintes por larga margem.

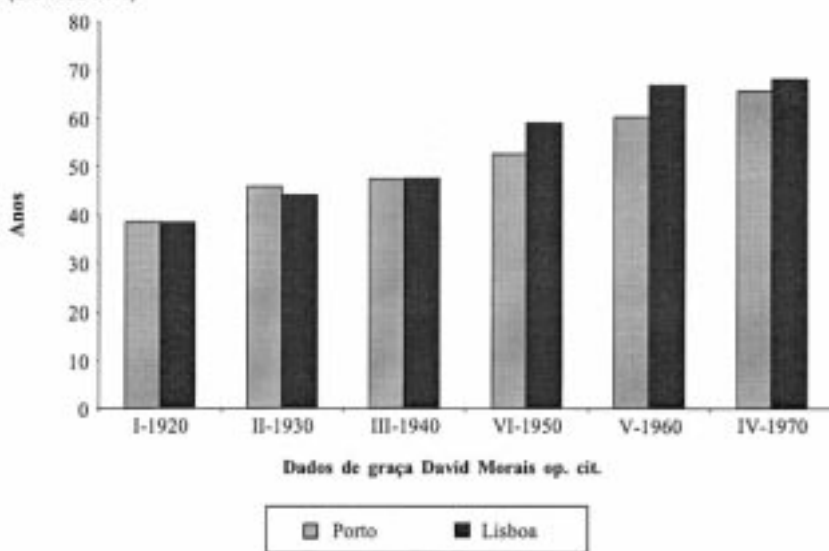
⁵⁴ Dados relativos ao PNB *per capita* podem ser encontrados em A. Nunes, E. Mata e N. Valério, «Portuguese economic growth. 1833-1985», in *Journal of European Economic History*, vol. 18, n.º 2, 1989, e a sua discussão em P. Lains e J. Reis, «Portuguese economic growth. 1833-1985. Some doubts», in *Journal of European Economic History*, vol. 20, n.º 2, 1990.

⁵⁵ Os dados relativos à esperança de vida foram gentilmente fornecidos por Graça David Morais, da Universidade de Évora, e estão constantes na sua dissertação de doutoramento, *A Transição da Mortalidade e a Estrutura de Causas de Morte em Portugal Continental no Século XX*, que será defendida brevemente.

⁵⁶ Amartya Sen, *Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure...*, pp. 6-7.

Esperança de vida nos distritos do Porto e Lisboa

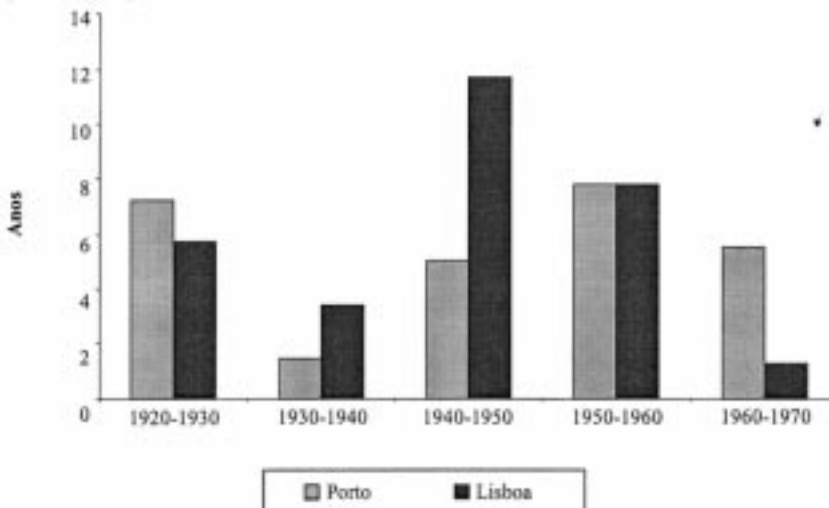
[GRÁFICO N.º 5]



Neste aspecto Lisboa surge-nos como um contrafactual do Porto; o que poderia ter sido, se o investimento e a organização económica tivessem sido superiores. A evidência empírica do caso da cidade do Porto funciona como um retrato em negativo.

Aumento da esperança de vida nos distritos do Porto e Lisboa

[GRÁFICO N.º 6]



Cidade burguesa e liberal por excelência, resistiu durante muito tempo a adoptar formas de intervenção directa na melhoria do seu meio ambiente. Estes cuidados foram entregues à iniciativa particular, sob a forma de concessões, com consequências, em regra, desastrosas. A ideia de acção colectiva foi-se afirmando progressivamente, tendo apenas ganho expressão oficial em 1927 perante a pressão das circunstâncias.

Só a partir desta data se definiu uma clara estratégia no sentido de mitigar os males da demografia urbana. O que a experiência demonstrou no Porto do primeiro quartel do nosso século já o tinha demonstrado noutras cidades europeias no século passado. É que as forças do mercado, no que diz respeito ao meio ambiente urbano, eram naturalmente comprometidas pelos monopólios constituídos pelas companhias que forneciam serviços desadequados em termos de abastecimento de águas e de saneamento. A acção colectiva, isto é, a municipalização, transformando o privado em público, isto é, o lucro em benefício, impôs-se em diversos momentos no tempo e pelo menos com um quarto de século de atraso no Porto, com implicações evidentes na evolução posterior da qualidade de vida cidadina.