

## De porta em porta.

### Os cuidados de saúde nas associações de socorro mútuo: O caso da ASMECL From door to door. Healthcare in mutual aid associations: the case of ASMECL

RENATO PISTOLA<sup>1</sup>

**Resumo:** Entre o final do século XVIII e o início do século XX, as associações mutualistas afirmaram-se como as principais instituições prestadoras de socorros de saúde às classes mais desfavorecidas. No entanto, apenas um reduzido número criou infraestruturas específicas para a disponibilização destes cuidados. Partindo da análise da evolução da Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa (ASMECL), a primeira associação mutualista a criar infraestruturas médicas em Portugal, sustentamos que a quase inexistência de infraestruturas médicas mutualistas se ficou a dever à incapacidade de grande parte das realizações mutualistas se adaptarem às transformações ocorridas no campo da prestação de cuidados de saúde no início do século XX.

**Palavras-Chaves:** Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa; infraestruturas; mutualismo; saúde.

**Abstract:** From the end of the 18th century and the early 20th century, mutual associations asserted themselves as the main providers of health care to the most disadvantaged classes. However, only a small number created specific infrastructures to provide this care. Based on the analysis of the evolution of the Mutual Aid Association of Employees in Commerce of Lisbon (ASMECL), the first mutual association to create medical infrastructures in Portugal, we argue that the almost non-existence of mutualist medical infrastructures was due to the incapacity of most of the mutualist structures to adapt to the transformations that took place in the health care field in the early twentieth century.

**Keywords:** Mutual Aid Association of Employees in Commerce of Lisbon; infrastructures; mutualism; health.

---

<sup>1</sup> Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1422-9012>.

## 1. A emergência do movimento mutualista

Uma parte significativa dos países europeus conheceu, desde finais do século XVIII, o surgimento de instituições que reclamavam o mesmo ideal – o «mutualismo» –, tendo este movimento sido materializado em três realizações, distintas nos seus propósitos: caixas de penhores, caixas económicas e associações de socorros mútuos<sup>2</sup>. As duas primeiras tinham finalidades financeiras e bancárias, respetivamente, enquanto as associações de socorros mútuos se ocupavam da proteção social dos seus membros. Serão exclusivamente estas o objeto deste estudo.

Ainda que o aparecimento de associações mutualistas na Europa tenha acontecido a partir do final do século XVIII, seria apenas depois de meados do século XIX que ocorreria uma explosão de fundações. Esta célere criação de associações relacionou-se com o desenvolvimento do movimento operário europeu, mas também com a difusão das ideias liberais, em particular pelo facto de o movimento mutualista associar aos conceitos liberais de responsabilidade individual e de

ajuda mútua a organização da proteção social, por oposição ao conceito de caridade presente nas instituições que tinham um papel análogo no Antigo Regime.

Em Portugal, as primeiras associações mutualistas surgiram também a partir de finais do século XVIII, por iniciativa do funcionalismo público e de oficiais do Exército (Rosendo, 1990: 295-317). Eram, desta forma, realizações da classe média e procuravam, consequentemente, responder aos seus anseios específicos de proteção social. Entre eles encontrava-se a manutenção do rendimento da unidade familiar em caso de perda da sua principal fonte, o salário do então designado «chefe de família», sendo menos significativa a necessidade de associações que oferecessem socorros clínicos em função da sua capacidade financeira para recorrer a médicos particulares. Por esta razão, as primeiras associações fundadas até à década de 1840 tiveram como objetivo superior o estabelecimento de pensões de sobrevivência, entregando regularmente uma quantia à família do subscritor no caso da sua morte, de forma a garantir a condição financeira da família após o seu desaparecimento.

==

<sup>2</sup> Os montepios, quando entendidos como instituições financeiras, herdaram a função dos *monti di pietà*, uma instituição medieval criada em Itália, no século XV, por monges franciscanos para efetuar empréstimos a juros considerados módicos, combatendo a usura, e que se difundiu pelo continente europeu. A partir do século XVIII, com o triunfo do pensamento liberal, assistiu-se a um processo de laicização forçada destas instituições, limitando-as, de uma forma geral, à sua função financeira. No contexto português, a terminologia «montepio» surge muitas vezes usada como sinónimo de associação de socorros mútuos. A segunda realização mutualista tinha funções financeiras e bancárias, as caixas económicas. Tinham como função a promoção e a captação das poupanças das classes mais desfavorecidas, pretendendo contribuir para o reforço da sua capacidade de resistir à miséria e para as moralizar nos seus hábitos. Nalguns casos, os fundos captados eram canalizados para o financiamento das economias nacionais; noutros, eram encaminhados para montepios, financiando os empréstimos sobre penhores.

A principal realização desta tipologia de montepios, e aquela que viria a adquirir uma maior dimensão, seria o Montepio Geral. Esta instituição, fundada em 1840 por funcionários públicos, estabeleceu um sistema de pensões de sobrevivência para socorrer os seus associados, vindo também a fundar uma caixa económica em 1844, outra das instituições mutualistas (Pistola, 2018: 194-251).

Objetivos distintos tinham os montepios de assistência, instituídos em função do crescimento do número de operários e de outros trabalhadores pouco qualificados que ocorreu a partir da década de 1840. Um aumento que expôs a necessidade da criação de instituições que respondessem às carências de proteção social destes trabalhadores. Resultou daqui a fundação de associações que os suportavam em caso de perda momentânea ou permanente do seu rendimento, sendo as doenças ou os acidentes de trabalho as causas mais frequentes da impossibilidade de trabalhar.

## 2. Doentes mas ainda vivos

O desenvolvimento de estudos em que as associações mutualistas eram analisadas como prestadoras de cuidados de saúde adquiriu maior projeção depois de 1997, quando James Riley publicou a obra *Sick, not Dead: The Health*

*of British Workingmen during the Mortality Decline*. Pela primeira vez, um estudo dedicava-se exclusivamente à análise das associações mutualistas como prestadoras de cuidados de saúde, em particular ao socorro a que a classe operária britânica podia recorrer antes da implementação do sistema de seguros britânico que seria estabelecido com o National Insurance Act, em 1911<sup>3</sup>, e no qual estavam incluídos os seguros de saúde. Esta obra alumiou com grande pertinência a problemática da organização dos cuidados de saúde das classes mais desfavorecidas num período em que não podiam socorrer-se de qualquer proteção estatal e em que não tinham possibilidades económicas para recorrer ao sistema privado existente, fazendo emergir análises análogas para outros países europeus.

Em Itália, as associações mutualistas que prestavam cuidados de saúde representavam, em 1862, 53 % da totalidade das associações mutualistas aí existentes (Tomassini, 1999: 28)<sup>4</sup>. O mesmo ocorreu em Espanha, onde, no último quartel do século XIX, mais de 50 % das instituições tinham como objetivo principal a cobertura de doença (Pons Pons e Vilar Rodríguez, 2011: 5; Moreno Ruiz, 2000: 207)<sup>5</sup>. Já a Alemanha, apresenta-se

---

<sup>3</sup> Note-se que o sistema nacional de saúde inglês, o National Health Service, viria a ser implementado apenas em 1948.

<sup>4</sup> A primeira sociedade mutualista italiana seria fundada em 1848, a Società Generale fra gli Operai di Pinerolo.

<sup>5</sup> Em Espanha, o primeiro surto de fundações ocorreu em meados do século, amplamente relacionado com as etapas de implementação do liberalismo nesse país.

como um caso distinto. O mutualismo ficou aí subjugado à implementação do sistema de seguros sociais instituído, a partir de 1881, por Bismarck, integrado nas diversas tipologias de caixas (*kassen*) que formalizaram o sistema de seguros, nomeadamente nas caixas de doença (Stollberg, 1995: 17), um sistema pioneiro de seguros sociais que viria a ser expandido para alguns dos países europeus durante o século xx.

### **3. Mutualismo e cuidados de saúde: uma herança do Antigo Regime?**

A literatura em torno do desenvolvimento do movimento mutualista tem sublinhado a necessidade de se aprofundar o estudo do período que medeia entre o declínio das instituições que no Antigo Regime se dedicavam à proteção social, sobretudo as confrarias e as irmandades<sup>6</sup>, e a emergência do movimento mutualista, a partir de finais do século xviii. A urgência de um melhor conhecimento deste período de transição adquire maior relevo se atendermos à tese dominante de que as associações mutualistas se afirmaram mais pela linha evolutiva do que em rutura com o quadro institucional anterior, conforme apontam os

estudos mais recentes (Sibalis, 1989). Para o caso português, é também unanimemente sublinhada esta relação, não obstante as primeiras reflexões oitocentistas sobre as origens das associações mutualistas as terem classificado como realizações de tipo novo (Rosendo, 1990: 140-235)<sup>7</sup>. Estas interpretações foram influenciadas pelos trabalhos pioneiros de Costa Godolfim, sendo entendido que o autor definira o mutualismo como uma realização que rompia com o modelo assistencialista anterior, apresentando-o exclusivamente como uma criação do liberalismo. Contudo, estes trabalhos ampliaram abusivamente o «tipo novo» a que Godolfim se referia, dado que este apenas aludia ao facto de as associações mutualistas, ao contrário das antecedentes, não terem qualquer função religiosa (Godolfim, 1874; 1883; 1889).

A ligação entre as primeiras realizações mutualistas e as instituições de caridade dominantes no período anterior é evidente, em particular no que respeita à relação entre os montepios e as confrarias<sup>8</sup>. Alguns montepios foram inclusivamente fundados por confrarias<sup>9</sup>. Mas esta analogia pode ser estabelecida

---

<sup>6</sup> Para a análise dos socorros prestados no Antigo Regime, sugerimos Araújo, 2004 e 2011; e Lopes, 2004.

<sup>7</sup> Dois dos primeiros montepios exemplificativos desta argumentação são o Montepio Filarmónico, fundado a 4 de novembro de 1834 para socorrer os músicos de Lisboa na doença, na inabilidade para o trabalho e no funeral, e o Montepio de Jesus Maria José, fundado em 1822 no seio do Arsenal do Exército, em estreita ligação com a Congregação do Arsenal do Exército.

<sup>8</sup> O termo «montepio» surge aqui como sinónimo de associações de socorros mútuos e não como instituição financeiras.

<sup>9</sup> Foi esse o caso do Montepio Filarmónico, fundado a 4 de novembro de 1834 no seio da Irmandade de Santa Cecília, e do Montepio da Corporação dos Ourives de Prata, ligado à Confraria de Santo Eloy.

também através da necessidade de proteção social, que é análoga aos confrades e aos membros de associações mutualistas, mormente na premência de proteger ambos da perda do rendimento do trabalho devido a doença, de suportar o pagamento dos funerais dos irmãos falecidos nas confrarias (Simão, 1996, I: 70) ou de conceder subsídios nas associações mutualistas para a realização de funerais dignos.

Há, no entanto, diferenças claras nas formas de prestação de socorros, disparidades que não emergem apenas pela oposição entre caridade e ajuda mútua, ou seja, pelo facto de as confrarias serem instituições assistencialistas estabelecidas segundo o princípio da caridade, enquanto o mutualismo se constituiu de acordo com o conceito de ajuda mútua<sup>10</sup>. Resultam também de uma progressiva evolução entre a organização dos socorros prestados nas confrarias e, posteriormente, nas associações mutualistas, sobretudo no que respeita à sua organização financeira. Com efeito, no final do século XVIII esta organização mantinha-se, nas confrarias, ainda marcadamente informal e arcaica, sendo este arcaísmo verificável na ausência de sistemas

de contribuições e de socorros regulares e tabelados. Por sua vez, nas associações mutualistas era já verificável uma maior organização dos socorros, sendo introduzidos, inclusive, cálculos atuariais. Neste sentido, a analogia entre as duas tipologias de associação deve ser analisada com cuidado, não devendo as confrarias ser consideradas instituições protomutualistas. Pelo contrário, serão as realizações mutualistas, considerando a herança anterior, que procurarão responder de uma forma mais organizada, sistemática e adaptada ao novo quadro institucional<sup>11</sup>. Por sua vez, note-se que as associações mutualistas já não tinham como função a organização do culto<sup>12</sup>.

Dentro deste quadro, o estudo que aqui apresentamos deve ser também considerado como uma proposta de trabalho mais abrangente para que se aprofunde a análise da organização dos socorros sociais entre o final do século XVIII e os meados do século XIX. Mas atentamos agora à questão central: as razões para a reduzida implementação de infraestruturas mutualistas dedicadas aos cuidados de saúde.

---

<sup>10</sup> Para o entendimento do conceito de ajuda mútua, ver Christen-Lécuyer, 1994: 9.

<sup>11</sup> Grande parte das associações mutualistas de assistência agregava, entre os socorros que prestava, os subsídios de inabilidade, os subsídios de funeral, os subsídios para «banhos», entre outros.

<sup>12</sup> Esta ligação tem sido estudada com mais premência para o caso francês, em que são apresentadas evidências de uma clara evolução dos sistemas de contribuições de assistência mais rudimentar próprios do Antigo Regime para modelos assentes em contribuições e prestação de socorros regulares próprios do mutualismo, sobretudo na região de Paris. Ver Sibalís, 1989.

#### 4. A saúde de porta em porta

A prestação de cuidados de saúde desenvolvida pelas associações mutualistas portuguesas até ao final do século XIX não resultou na edificação de quaisquer infraestruturas clínicas, assentando unicamente no modelo de visitas domiciliárias, no qual os médicos destas associações prestavam cuidados de saúde aos associados em casa destes. Que razões podemos apresentar para a perpetuação deste modelo e para a ausência de infraestruturas clínicas mutualistas? Em primeiro lugar, como foi assumido pelo próprio movimento mutualista nos encontros que realizou no início do século XX, em particular nos congressos de 1911 e de 1916<sup>13</sup>, encontravam-se as limitações financeiras das associações mutualistas, demasiado débeis para erigir quaisquer infraestruturas. A mesma evidência sustentou também posições análogas em estudos desenvolvidos ainda nas primeiras décadas do século XX (Cruz, 1934: 293). Acrescentamos aqui duas razões menores, mas igualmente significativas: a já mencionada evolução a partir do socorro que tinha sido seguido nas confrarias, no qual as infraestruturas clínicas não eram relevantes (Pistola, 2018: 87-89), e a inexistência de uma rede abrangente de infraestruturas médicas que tivesse servido de

paradigma ao movimento mutualista para que erigisse as suas próprias infraestruturas. Neste quadro, o caso de estudo que aqui apresentamos, a ASMECL, revela-se importante para ajudar a compreender o facto de, até ao início do século XX, serem tão reduzidas as infraestruturas clínicas mutualistas<sup>14</sup>.

A ASMECL foi fundada, em 1872, por empregados no comércio de Lisboa apenas com a designação de Associação dos Empregados no Comércio de Lisboa, sendo os seus estatutos primitivos aprovados por decreto régio datado de 27 de agosto de 1872. Veio a tornar-se uma das maiores associações mutualistas portuguesas. A forma como socorria os seus membros era, nos primeiros anos da sua existência, análoga ao modelo implementado nas demais associações mutualistas. Esta similitude inicial é verificável nos seus estatutos, nos quais se encontravam fixadas as principais diretrizes que pautavam a associação, mormente a tipologia dos associados, a delimitação do espaço geográfico abrangido, a estrutura de gestão, a arquitetura financeira e a tipologia dos socorros prestados (Casalheira e Pistola, 2017: 25-49). No que respeita à tipologia de associados, o objetivo maior que conduziu à criação da ASMECL foi o socorro aos empregados do comércio de Lisboa quando

==

<sup>13</sup> Sobre estes congressos, ver Pistola, 2018: 65-74.

<sup>14</sup> A realização do artigo recorreu à documentação da ASMECL depositada no arquivo desta associação, mormente aos *Livros de atas da assembleia geral* (1872-1930), aos *Relatórios e contas da direção* (1872-1930) e aos diversos que contêm as reformas estatutárias entre 1872 e 1930.

entendidos de uma perspetiva abrangente, dado que podiam ser associados todos os indivíduos que pertencessem a atividades profissionais indiretamente ligadas à atividade comercial, mais concretamente os guarda-livros, os despachantes de alfândega, os farmacêuticos e até os pequenos proprietários de oficinas (Cascalheira e Pistola, 2017: 25-49).

Como era comum entre as associações mutualistas, também na ASMECL havia uma superior necessidade de proteger a sua saúde financeira tomando-se em conta as contribuições dos associados e a tipologia de socorros prestados, mais ou menos generosos em função das contribuições dos associados, mas com o estabelecimento de alguns mecanismos de controlo<sup>15</sup>. Um elemento relevante para cercear estes riscos transversais ao movimento mutualista foi o estabelecimento de um médico que inspecionasse os candidatos a associado, dando pareceres sobre a sua admissão em função do seu estado de saúde<sup>16</sup>. Outro elemento comum ao movimento era o facto de o espaço geográfico de atuação de cada associação ser estatutariamente estabelecido tendo em conta a segurança financeira das associações. Apenas algumas divergiram desta metodologia, não especificando um espaço geográfico e/ou os

membros de uma profissão que poderiam ser admitidos, sendo o caso mais evidente o do Montepio Geral, que adquiriu a denominação «geral» precisamente por ser mais abrangente no que respeita à tipologia de associados e ao espaço abarcado. No caso da ASMECL, foi estabelecido que apenas poderiam ser admitidos os indivíduos que residiam ou trabalhavam na cidade de Lisboa, entendendo-se como cidade de Lisboa, em 1872, o espaço intramuros. A delimitação do espaço de atuação ou da profissão de admissão era particularmente importante porque permitia igualizar os associados perante os riscos inerentes a um determinado espaço geográfico ou profissão, dado que os expunha a perigos similares e permitia projetar as contribuições e os subsídios que a associação pagaria no futuro. Note-se que a imposição destes e de outros limites era geralmente comum a todas as instituições análogas e tinha em conta a ausência de cálculos atuariais aplicados às associações mutualistas (Martins, 2013: 233-275).

Face a esta realidade, como funcionava então a prestação de cuidados de saúde na ASMECL? Até ao início do século XX, para que pudessem recorrer a socorros de saúde,

---

<sup>15</sup> O estabelecimento de idades mínima e máxima para a admissão era comum a todas as associações mutualistas. No caso dos montepios de assistência, a definição da idade máxima resultava da constatação de que os indivíduos com mais idade adoeciam com mais facilidade.

<sup>16</sup> No caso da ASMECL, os estatutos de 1872 definiam que os candidatos a associado tinham de ser aprovados clinicamente numa consulta realizada pelo facultativo da associação.

os seus associados subscreviam um sistema de subsídios e de quotas estabelecidos em tabelas específicas. Uma vez feita essa subscrição, podiam solicitar os subsídios de doença em caso de enfermidade. Deve entender-se, no entanto, que, no modelo fixado nos estatutos de 1872, o socorro não seria prestado diretamente pelo médico da associação, ficando o associado livre para recorrer a outros médicos, pagando esses tratamentos com os subsídios atribuídos pela ASMECL. Esta formalização estatutária, que era extensível às restantes associações mutualistas, evidencia que a definição teórica inicial, na qual estava previsto que a prestação de cuidados de saúde deveria ser baseada em subsídios de doença atribuídos em função dos dias em que o associado estivesse doente, não objetivava a prestação direta de cuidados de saúde. Ou seja, o que se pretendia era apenas compensar o associado, com o valor recebido através do subsídio, pela perda de rendimentos nos dias em que estivesse temporariamente impossibilitado de trabalhar devido a doença. O associado poderia depois usar esse subsídio para recorrer a um dos diversos consultórios particulares que existiam na cidade de Lisboa. No entanto, na prática, este socorro rapidamente evoluiu para a prestação de cuidados de saúde pelos médicos mutualistas em casa dos associados.

Como se transitou então de um sistema de subsídios para a prestação de cuidados de saúde porta a porta? Não é claro para a globalidade das realizações mutualistas o momento pre-

ciso em que esta mutação ocorreu. No entanto, o exemplo da ASMECL sugere que esta transição terá resultado do facto de ter sido inicialmente previsto que os médicos da associação não só verificassem se os candidatos a associado poderiam ser admitidos, aferindo as doenças preexistentes que assolassem os mesmos, mas também fiscalizassem as condições de salubridade das suas habitações uma vez admitidos. Terá sido durante essas visitas que os médicos passaram, de facto, a assistir clinicamente os associados (Casalheira e Pistola, 2017: 51-75). O modo como ocorreu esta mutação terá, porventura, sido comum às restantes associações de socorros mútuos que ofereciam cuidados de saúde, dado que o modelo de visitas domiciliárias se tornou a forma exclusiva de prestação de cuidados de saúde pelas associações mutualistas, havendo uma total ausência de infraestruturas clínicas.

## **5. As primeiras infraestruturas: o caso da ASMECL**

No momento da sua fundação, em 1872, a ASMECL instalou-se provisoriamente num 1.º andar no Largo do Poço do Borratém, em Lisboa, mudando-se depois para o Largo dos Torneiros (atual Rua de São Nicolau, em Lisboa) e, por fim, para um espaço arrendado num 2.º andar de uma divisão do então Convento do Corpus Christi que anteriormente tinha sido entregue aos frades Carmelitas Descalços. Ficaria aqui instalada até 1913.

Nas primeiras décadas de existência, os associados da ASMECL não colocaram a possibilidade de criar infraestruturas clínicas. No essencial, o debate interno respeitante ao modelo de prestação de socorros de saúde desenrolava-se em torno da definição da área geográfica que a associação deveria abranger. Nos estatutos primitivos tinha-se definido que esse território seria a área intramuros da cidade de Lisboa, mas, em função das modificações que esta cidade foi conhecendo ao longo do século XIX, o debate interno sobre esses limites foi adquirindo maior centralidade. Num desses momentos, a 21 de outubro de 1891, a assembleia geral aprovou o alargamento dos limites estabelecidos para a ação da associação à área do Beato, ultrapassando assim a área intramuros estabelecida em 1872. Esta extensão foi fixada na reforma estatutária de 1893 (Casalheira e Pistola, 2017: 51-96).

Estando o debate focado na forma de ampliar as visitas domiciliárias, foi apenas na década de 1890 que a temática da construção de infraestruturas clínicas próprias entrou no debate interno. O móbil que iniciou esta discussão não seria do foro interno, decorrendo de dois fatores. Em primeiro lugar, da crise económica que depois de 1890-1891 afetou Portugal, colocando novos desafios de ordem financeira à associação<sup>17</sup>. Perante a crise, a

principal preocupação dos associados foi aumentar os seus rendimentos financeiros, significando isso conseguir fazer crescer o número de associados, logo, implementar produtos mutualistas mais atraentes. Em segundo lugar, na década de 1890 o mutualismo viu ser aprovada a sua primeira legislação orgânica, o que tornou necessário adaptar a associação à nova regulamentação. A nova legislação ocorreu em duas fases: primeiro em 1891, com a aprovação da primeira legislação orgânica mutualista através de um decreto datado de 28 de fevereiro de 1891; depois com um decreto de 2 de outubro de 1896, que reviu a legislação de 1891 (Pistola, 2021: 296-297).

Os resultados do debate ocorrido na década de 1890 podem ser aferidos com clareza na reforma estatutária de 1893. Tornar a ASMECL mais atraente representou, num primeiro momento, aprofundar o modelo perseguido até aí, mormente através da extensão da área de atuação da associação, da alteração da idade de admissão dos associados (passando a aceitar-se membros com mais de 45 anos) e do estabelecimento de tabelas de quotas e de joias mais rigorosas nas contribuições, mas mais generosas nos subsídios concedidos. Todavia, nos anos seguintes viria a tornar-se perceptível aos associados que as modificações introduzidas em 1893 não estavam a ter os resultados financeiros desejados, mantendo-se

---

<sup>17</sup> Sobre a crise de 1891, ver Mata, 2002.

a necessidade de se promoverem alterações que garantissem o equilíbrio financeiro da associação. Em 1903, ocorreu o momento inaugural dessa mudança, tendo o conselho fiscal sugerido à assembleia geral que se estudasse a possibilidade de se estabelecer um serviço de consultas e de operações nas instalações da associação. Entusiasmada com esta proposta, no ano seguinte a direção reforçou a ideia, solicitando à assembleia geral que aprovasse a instalação na sede de um gabinete de consultas e tratamentos. No entanto, a proposta era arrojada e acabaria por não ser adotada, dado que os associados receavam que conduzisse ao desequilíbrio financeiro da associação. Por esta razão, as propostas que foram aprovadas nos anos seguintes para a reforma dos serviços clínicos ainda privilegiaram o desenvolvimento do modelo de visitas domiciliárias. Na base destas propostas de reestruturação esteve também a necessidade de responder a um aumento do número de associados, que passou de 615 em 1872 para 4106 em finais de 1905, um crescimento que mostrava a vitalidade da associação, mas que também ajudava a sustentar as teses dos defensores das visitas domiciliárias como o modelo dominante de prestação de socorros (Casalheira e Pistola, 2017: 64).

Enquadrada neste debate, em 1906 a direção em funções apresentou à assembleia geral uma proposta que acabaria por se revelar determinante para a mutação do modelo. Com efeito, tendo sido aprovada pela assem-

bleia geral a 23 de agosto de 1906, esta proposta materializou-se na separação das áreas geográficas abrangidas pelas visitas domiciliárias em duas zonas. Esta divisão deveria ter apenas consequências na forma como eram geridos internamente os socorros. Todavia, acabaria por se revelar determinante, dado que conduziu a um aumento do número de médicos ao serviço da ASMECL, os quais passaram a constituir um corpo clínico propriamente dito e, conseqüentemente, a ver mais considerada a sua opinião.

A emergência de um corpo clínico mais reforçado na ASMECL ocorreu numa altura em que a prestação de cuidados de saúde em Portugal conhecia também ela um importante debate, tendo resultado na constituição dos Hospitais Cíveis de Lisboa, em 1914 (Pereira, 2012). O surgimento dos Hospitais Cíveis de Lisboa veio colocar um desafio duplo. Por um lado, estes ofereciam um novo modelo que contemplava infraestruturas hospitalares modernas; por outro, impunham uma concorrência que até aí não existia. A influência que a fundação dos Hospitais Cíveis de Lisboa teve na ASMECL é ainda mais evidente se atendermos ao facto de parte do corpo clínico da associação ser composta por médicos destes hospitais. Enquadramos aí Silva Araújo, médico e cirurgião no Hospital de S. José, o principal hospital de Lisboa nesse período, que chegou à associação em 1906 para substituir o anterior facultativo, João Chaves (Pereira, 2012; Mora, 2013). Silva Araújo viria a envolver-se com

afinco nos destinos da associação, dando um renovado impulso ao peso que o quadro clínico tinha no debate interno sobre a melhor forma de prestar os socorros de saúde. Logo em 1907 expôs, perante a assembleia geral, a pouca segurança dos tratamentos efetuados em casa dos associados, muitas vezes realizados pelos próprios familiares, vincando a necessidade de os membros da associação serem tratados nas instalações da ASMECL. A sua argumentação seria decisiva. Na assembleia geral de 29 de fevereiro de 1908, os associados aprovaram a construção da primeira infraestrutura criada por uma associação mutualista para a prestação de cuidados de saúde: um dispensário médico. Revelador da importância de Silva Araújo é o facto de o projeto do dispensário ser de sua autoria, por atribuição da direção. O dispensário médico-cirúrgico seria rapidamente instalado, sendo inaugurado a 18 de outubro de 1908. Nesta nova valência, a ASMECL oferecia os serviços de consultas externas, tratamentos de enfermagem e pequenas cirurgias, sendo as consultas realizadas pelos mesmos médicos que eram responsáveis pelas visitas domiciliárias. Estes eram, no entanto, apoiados por uma estrutura clínica que foi aumentando progressivamente.

Nos anos seguintes, como Silva Araújo defendera, o sucesso do dispensário tornou-se evidente perante todos os associados, tendo sido apresentadas, inclusive, várias propostas para a sua expansão. Foi na sequência da apresen-

tação destas propostas que surgiu a possibilidade de a ASMECL o ampliar. Uma proposta mais significativa seria apresentada pela direção em funções em 1910, propondo que fossem acrescentados ao dispensário um gabinete eletroterápico, um laboratório de análises clínicas e uma enfermaria. Contudo, pela sua dimensão, estas valências já não poderiam ser instaladas no dispensário existente. Teriam de ser estabelecidas num edifício especificamente adquirido para o efeito. Apesar de ambiciosa, a proposta foi, num primeiro momento, bem aceite pelos associados. Mas após alguns avanços e recuos, a assembleia geral acabaria por a recusar (Casalheira e Pistola, 2017: 25-96). Porém, a temática tinha sido introduzida no debate interno, sendo retomada algumas vezes nos meses seguintes. O debate culminou em 1912, quando a direção em funções propôs a aquisição de um espaço amplo e abrangente, em função de uma oportunidade de negócio que surgia nas proximidades: o Palácio de S. Cristóvão estava à venda. Não obstante constituir uma rutura com o que a ASMECL e as restantes associações mutualistas tinham desenvolvido até esse momento, a proposta viria a ser aprovada a 18 de julho de 1913, e a compra seria efetuada por 40 contos, um valor que representava um esforço financeiro considerável da associação. Para além do ambiente propício à aquisição de infraestruturas médicas próprias, em função do debate em torno dos Hospitais Civis de Lisboa e da pressão do corpo clínico,

também o otimismo reinante na associação devido ao sucesso do dispensário suportou esta opção. A partir daqui, o processo de aquisição avançaria rapidamente. A portaria que aprovava a compra foi publicada no *Diário do Governo* a 26 de julho de 1913<sup>18</sup>, e a escritura foi realizada a 31 de julho do mesmo ano. A aquisição do Palácio de S. Cristóvão representava uma diferenciação ainda maior perante a tipologia de socorros mútuos prestados pelas restantes associações mutualistas. Quais as razões da ASMECL ter seguido um caminho distinto, enquanto as restantes associações perpetuaram o modelo existente?

No início do século xx, existia um largo consenso no movimento mutualista em identificar a prestação de socorros de saúde através de visitas domiciliárias como um modelo que se encontrava esgotado. Nos principais momentos deste debate, em particular nos congressos mutualistas realizados em 1911 (*Primeiro Congresso Nacional da Mutualidade...*, 1911) e em 1916 (*Segundo Congresso Nacional de Mutualidade...*, 1918), ganharam destaque as teses que estabeleciam esse diagnóstico e que apresentavam outras soluções, nomeadamente a criação de infraestruturas médicas. Nestes congressos foi igualmente sublinhado que a inexistência de um modelo de prestação de cuidados de saúde diverso do existente não se devia especificamente a

uma opção das associações, mas à incapacidade financeira da maioria delas para erguer e gerir essas infraestruturas, até porque grande parte das mesmas conhecia apenas formas voluntaristas de administração, não possuindo qualquer estrutura de serviços profissionalizada. Logo, seria grande o esforço para erguer a estrutura profissional que a posse de infraestruturas clínicas permanentes exigiria. Perante estas limitações, as soluções apresentadas neste debate defendiam a necessidade de as associações federarem os seus serviços clínicos e farmacêuticos. Mas, devido à incapacidade das associações se organizarem, estas propostas não foram materializadas em novas infraestruturas mutualistas. Apenas a ASMECL e a análoga Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria continuaram a ter infraestruturas próprias dedicadas aos cuidados de saúde nas primeiras décadas do século xx (Coelho e Simões, 1954).

## 6. O Palácio de S. Cristóvão

Não foi fácil a adaptação do Palácio de S. Cristóvão às funções clínicas, até porque a sua arquitetura tinha sido pensada para funções muito diversas daquelas. Com efeito, as primeiras referências a este edifício surgem no século xv e dizem respeito às suas funções como habitação nobre e salão de festas, tendo servido de abrigo ao casamento de D. Leonor, filha de D. Duarte e irmã de D. Afonso V, com

---

<sup>18</sup> Face ao seu estatuto, as associações de socorros mútuos precisavam da autorização estatal para possuir imóveis próprios.

Frederico III, da Alemanha. Ainda no mesmo século, há referências a ter resguardado D. Álvaro de Bragança, filho de D. Fernando, duque de Bragança. Posteriormente, o Palácio de S. Cristóvão surge referenciado como morada dos condes de Aveiras e marqueses de Vagos, razão pela qual é igualmente conhecido como Palácio do Marquês de Vagos. Já no século XVII, mantendo as suas funções habitacionais, conheceu obras de ampliação que podemos sintetizar na construção de uma galeria sobre o pavimento das casas e na edificação de duas estrebarias por baixo das mesmas. Em 1660, foram-lhe alterados os telhados, as paredes do pátio e as paredes da galeria de cima. Seguiu-se um período de acentuada deterioração. Em 1728, iniciou-se um novo conjunto de obras, requalificação que seria suspensa devido à destruição causada pelo terramoto de 1755 e pelo incêndio que se seguiu, sendo retomada apenas alguns anos após o sismo. Já no século XIX, o palácio mantinha a função de servir de habitação, sendo nesta condição, ainda que parcialmente decadente, que, em 1913, passaria para a posse da ASMECL.

A sua adaptação à função médica obrigou a uma remodelação total. Este desafio ocuparia, nos anos seguintes, grande parte da atenção dos membros da ASMECL, sendo as obras sempre supervisionadas pelo médico Silva Araújo. Na verdade, o projeto de adaptação do palácio à função médica foi-lhe solicitado pela direção de 1913. Deveria englobar esta tarefa,

mas também conter propostas para a reorganização geral dos serviços médico-cirúrgicos. As obras propriamente ditas iniciaram-se a 18 de agosto de 1913. O primeiro espaço a ser adaptado foi o rés do chão, que foi preparado para receber um gabinete para tratamentos e consultas e outro para pequenas cirurgias. Acolheu também uma secretaria, uma sala de espera, um depósito de medicamentos, os vestiários, uma lavandaria, uma estufa para a secagem de roupa e um balneário. Já o 1.º andar serviu para aí serem instaladas a sala de operações e uma enfermaria com oito camas, para além de dois quartos particulares para quatro doentes. Foram ainda estabelecidos uma sala de esterilização, uma enfermaria de medicina, uma cozinha com a respetiva dispensa, um espaço para recreio dos doentes e os quartos dos enfermeiros e dos ajudantes. As obras foram concluídas de forma faseada. A 10 de março ficaram terminados a secretaria e o dispensário; a 7 de outubro instalaram-se no 1.º andar o internato hospitalar, a sala de operações e a esterilização, a enfermaria de cirurgia, a sala de estar, a cozinha, o quarto do enfermeiro, a rouparia, uma sala de banhos e um espaço para o recreio dos doentes. Do plano de obras constava ainda, apesar de a sua realização ter sido mais tardia, a construção do balneário, ou, na designação da época, os «banhos higiénicos», um espaço onde os associados, que por norma não possuíam estas facilidades em casa, podiam tomar

banho, existindo quatro gabinetes de banhos de imersão e quatro gabinetes com chuveiro.

A aquisição e modificação do Palácio de S. Cristóvão permitiu à associação, em função das necessidades e das condições oferecidas, construir um corpo clínico formado não só por médicos mas também por outros profissionais do ramo da saúde, sendo notória, como referimos, a estreita ligação com os designados Hospitais Civis de Lisboa, que a I República procurava reorganizar e projetar. Note-se que, à semelhança de Silva Araújo, este corpo clínico não se limitaria a cumprir as suas funções clínicas, mas constituía um suporte técnico e instruído que influenciava as decisões dos associados. Importa entender, no entanto, que, apesar destas transformações, os serviços clínicos domiciliários continuaram em funcionamento, sofrendo apenas pequenos ajustes.

## 7. Uma clínica palaciana

Uma das tendências vigentes no início do século XX era a especialização dos serviços médicos, conduzindo à introdução de novas especialidades. Destacaram-se, nesta fase, a Psiquiatria, a Neurologia, a Oftalmologia, a Dermatologia, o tratamento da sífilis, a Ginecologia, a Urologia, a Otorrinolaringologia e a Medicina Dentária (Macedo, 2000). A ASMECL acompanharia esta tendência, tendo a direção de 1914 apresentado à assembleia geral uma proposta para que se introduzissem algumas especialidades clínicas na associação. Todavia, a eclosão da Grande Guerra e o período eco-

nómico difícil que se seguiu à mesma conduziram ao adiamento da discussão. Por isso, seria apenas em 1923, depois de ultrapassada a guerra e cerceados, em parte, os seus efeitos económicos, que uma nova proposta seria apresentada com o mesmo propósito, mas desta vez em moldes mais ambiciosos: que se estudasse a criação de uma clínica com múltiplas especialidades. A proposta, que seria rapidamente aprovada, conduziria à instalação na associação do que se designou de «serviços policlínicos». Tal como ocorrera em 1913, também as obras realizadas para a adaptação do edifício foram iniciadas num clima de entusiasmo geral, desta vez em função das comemorações do 50.º aniversário da associação, em 1922.

A policlínica da ASMECL foi inaugurada a 3 de outubro de 1926 e oferecia aos associados as especialidades clínicas de «pele e sífilis», «coração e pulmões», «rins e vias urinárias», «Estomatologia», «Otorrinolaringologia», «doenças nervosas», «eletroterapia e fisioterapia» e «estômago, intestinos e fígado», seguindo-se a terminologia usada na época. Também como ocorreu em 1913, a adaptação do Palácio de S. Cristóvão decorreu de forma faseada, tendo sido efetuada a inauguração das diversas alas à medida que as obras iam sendo concluídas. Logo em 1927 foram disponibilizados os serviços de cirurgia, um conjunto de especialidades clínicas que compunham a policlínica e o serviço de medicina geral, ao qual estava anexo a medicina

domiciliária, que se mantinha em funcionamento, sendo alargada a áreas anteriormente periféricas da cidade de Lisboa e, inclusive, a áreas suburbanas. As obras ficaram concluídas em 1929, sendo disponibilizada a enfermaria de medicina, o gabinete de agentes físicos e um depósito para medicamentos. Nesse ano, seria ainda inaugurado o «serviço de hidroterapia».

Tal como o dispensário médico-cirúrgico, a policlínica da ASMECL foi a primeira infraestrutura do género a ser desenvolvida por uma associação mutualista, resultando do aumento de instituições concorrentes no campo da oferta de serviços de saúde, mas também da necessidade de regenerar os seus associados e de se adaptar às exigências do novo século. Isto é, a ASMECL teve capacidade para se adaptar às transformações institucionais ocorridas no início do século XX, enquanto grande parte das associações análogas não logrou acompanhar essas alterações, assistindo-se ao definhamento da forma de prestar os socorros clínicos, as visitas domiciliárias, perante a emergência de infraestruturas e ofertas de serviços médicos cada vez mais complexos e concorrenciais.

## **8. Uma escolha cirúrgica e um parto extraordinário**

A capacidade de adaptação da ASMECL não cessou com a abertura da policlínica. Os seus associados estiveram, nos anos seguintes, atentos a outras transformações que emer-

giam nos campos médico e social. Um marco que evidencia essa preocupação ocorreu a partir de 7 de novembro de 1930, quando passaram a ser admitidas associadas do sexo feminino, tendo os mesmos direitos e deveres que os associados masculinos. Este esforço não se extinguiu no estabelecimento desta equidade. Era preciso atentar às necessidades específicas das associadas, gizando ofertas de serviços clínicos específicos dirigidos às mesmas. A evidenciar esta capacidade de adaptação, a 12 de outubro 1930 foi inaugurado o «serviço feminino das empregadas no comércio», resultando de uma proposta apresentada, ainda em 1922, por um dos médicos da associação, Dias da Silva. Em função destas alterações, foram criadas, no 2.º andar do palácio, enfermarias de cirurgia e de medicina, um dispensário, um gabinete de consultas, três quartos particulares, um balneário e uma secretaria exclusivamente destinada às associadas. Foi ainda contratado um corpo clínico feminino para as atender. Este foi um primeiro passo para a constituição da maternidade que surgiria na década de 1940. A associação passou também a tratar os restantes familiares dos associados, em particular os filhos, o que, conjugado com a abertura da maternidade, impulsionou o desenvolvimento de especialidades dedicadas especificamente às crianças, sobretudo da Puericultura, o que acabou por ser também um fator de rejuvenescimento da associação.

Durante toda a década de 1930, seriam ainda efetuadas novas obras que permitiriam a introdução de novas especialidades. Assim, às originais consultas de «rins e vias urinárias», «pele e sífilis», «garganta, nariz e ouvidos», «coração e pulmões», «aparelho digestivo» e «boca e dentes», foram acrescentadas as especialidades de «agentes físicos» e «clínica geral e Ginecologia» (1930), «clínica geral» e «cirurgia geral» (1931), «Obstetrícia» e «Puericultura» (1941), «Nutrição» (1946), «Psiquiatria» (1957) e «Reumatologia» (1968) (Casalheira e Pistola, 2017).

A ASMECL continuaria o seu processo de modernização no período posterior. Na década de 1940, introduziria mais dois serviços que lhe deram grande notoriedade na cidade de Lisboa: a cirurgia e a maternidade. O primeiro serviço veria a conhecer um grande desenvolvimento em 1954, quando, devido ao elevado número de cirurgias solicitadas, a direção em funções optou por construir uma nova sala de operações, por causa da grande procura (Coelho, 1972), fazendo crescer aqui a promoção de duas equipas de cirurgia. Mas, porventura, o serviço que conferiu maior notoriedade à ASMECL no período áureo que viveu depois da década de 1930 foi a maternidade, instalada para servir as associadas e as beneficiárias no Palácio de S. Cristóvão. O projeto, refira-se, nasceu de uma proposta direta para a instalação do serviço de Obstetrícia. Mas os associados acabariam por revelar maior ambição e optaram por criar a mater-

nidade. O projeto de adaptação do edifício foi aprovado na assembleia geral de 6 de março de 1941. A inauguração viria a coincidir com a celebração do 69.º aniversário da ASMECL, celebrado a 29 de junho de 1941. O esforço de modernização seria mantido nas décadas seguintes, constituindo hoje, ainda instalada no Palácio de S. Cristóvão, uma importante instituição de saúde denominada Clínica de S. Cristóvão – ASMECL (Casalheira e Pistola, 2017).

## 9. Conclusão

Até ao início do século XX, apenas um reduzido número de associações mutualistas erigiu infraestruturas clínicas, apresentando-se como exceções a um quadro em que as restantes associações mutualistas prestavam os socorros de saúde aos seus membros através de visitas domiciliárias. Perante a emergência de diversas infraestruturas clínicas surgidas em Portugal no início do século XX, este modelo tornar-se-ia obsoleto, mostrando a incapacidade de grande parte das associações mutualistas para se adaptarem a um quadro institucional diverso daquele que conheceram durante a segunda metade do século XIX. Por sua vez, as associações mutualistas que construíram infraestruturas clínicas seriam aquelas que viriam a ter maior dimensão e vitalidade durante todo o século XX. Urgem estudos que permitam uma melhor identificação dos mecanismos que impossibilitaram uma adaptação mais adequada das mesmas ao quadro institucional. Todavia, o caso de

estudo da ASMECL sugere que foi relevante a presença na associação de médicos que se encontravam igualmente envolvidos na reflexão sobre a forma de prestar cuidados de saúde em Portugal, nomeadamente com a emergência dos Hospitais Cívicos de Lisboa, influenciando a ASMECL a adaptar-se ao quadro institucional dominante.

## Bibliografia

Anselmo, M. (1938). *O mutualismo como doutrina social (esboço filosófico)*. Civilização. Porto;

Araújo, M.M.L. de (2004). Charity practices in the Portuguese brotherhoods of *Misericórdias* (16<sup>th</sup>-18<sup>th</sup> centuries). Em: L. Abreu (ed.). *European Health and Social Welfare Policies*. Compostela Group of Universities. Blansko;

Araújo, M.M.L. de (2011). Assuntos de pobres: As esmolas dos confrades de São Vicente de Braga (1783-1839). Em: M.M.L. de Araújo e A. Esteves (coords.). *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)*. Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória». Braga;

Ávalos Muñoz, M.L. (1991). Antecedentes históricos del mutualismo. *CIRIEC – España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, **12**: 39-58;

Basto, A. de M. (1938). *Origens e tradições do mutualismo português e em especial do português*. Tip. Leitão. Porto;

Beirante, Â. (1990). *Confrarias medievais portuguesas*. Â. Beirante. Lisboa;

Cardoso, J.L. e Rocha, M.M. (2009). O seguro social obrigatório em Portugal (1919-1928): Ações e limites de um Estado providente. *Análise Social*, **XLIV (192)**: 439-470;

Cascalheira, P. e Pistola, R. (2017). *Anatomia de uma associação. História da Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa*. CSC – Associação de Socorros Mú-

tuos de Empregados no Comércio de Lisboa. Lisboa;

Christen-Lécuyer, C. (1994). *Histoire culturelle des Caisses d'Épargne en France, 1818-1881*. Éditions Economica. Paris;

Coelho, E. (1972). *Cem anos depois (1872-1972)*. Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa. Lisboa;

Coelho, E. e Simões, L. (1954). *Cem anos de mutualismo. Edição comemorativa do Centenário da Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria*. Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria. Lisboa;

Cruz, D. da (1934). *A mutualidade em Portugal*. Imprensa da Universidade. Coimbra;

Dreyfus, M. (1995). *Mutualités de tous les pays. Un passé riche d'avenir*. Mutualité Française. Paris;

Dreyfus, M. (2001). *Liberté, égalité, mutualité. Mutualismo et syndicalisme 1852-1967*. Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières. Paris;

Garriock, D. (2011). Mutual aid societies in eighteenth-century Paris. *French History and Civilization*, **4**: 22-33;

Godolfim, C. (1874). *A associação*. Seara Nova. Lisboa;

Godolfim, C. (1883). *Les institutions de prévoyance du Portugal*. Sociedade de Geografia. Lisboa;

Godolfim, C. (1889). *A previdência: Associações de socorros mútuos, cooperativas, caixas de pensões e reformas e caixas económicas*. Imprensa Nacional. Lisboa;

Gorsky, M. (1998). The growth and distribution of English friendly societies in the early nineteenth century. *Economic History Review*, **51 (3)**: 489-511;

Gosden, P.H.J.H. (1961). *The Friendly Societies in England, 1815-1875*. Manchester University Press. Manchester;

- Gueslin, A. (1998). *L'invention de l'économie sociale: Idée, pratiques, et imaginaires coopératifs et mutualistes dans la France du XIX<sup>e</sup> siècle*. Economica. Paris;
- Harris, B. (2004). *The Origins of the British Welfare State. Society, State and Social Welfare in England and Wales, 1800-1945*. Palgrave Macmillan. London, New York;
- Lains, P. e Silva, A.F. da (orgs.) (2005). *História económica de Portugal, 1700-2000*. Imprensa de Ciências Sociais. Lisboa. 3 vols.;
- Lopes, M.A. (2004). *Proteção social em Portugal na Idade Moderna*. (2.<sup>a</sup> ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra;
- Macedo, M. (2000). *História da medicina portuguesa no século XX*. Clube do Colecionador dos Correios. Lisboa;
- Martins, A.P.M.F. (2013). *Daniel Augusto da Silva e o Cálculo Atuarial*. Tese de Doutoramento em História e Filosofia das Ciências. Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa. Lisboa. 586 pp.;
- Mata, M.E. (2002). As crises financeiras no Portugal contemporâneo: Uma perspetiva de conjunto. Em: S.C. Matos (coord.). *Crises em Portugal nos séculos XIX e XX*. Centro de História da Universidade de Lisboa. Lisboa;
- Mora, L.D. (2013). *O espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Episódios da vida médica*. By the Book. Lisboa;
- Moreno Ruiz, R. (2000). La génesis del mutualismo moderno en Europa. *Revesco. Revista de Estudios Cooperativos*, **72**: 199-214;
- Pereira, D. (2012). *As políticas sociais em Portugal (1910-1926)*. Tese de Doutoramento em História. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. 629 pp.;
- Pereira, M.H. (2012). *Do Estado liberal ao Estado-providência. Um século em Portugal*. EDUSC. Bauru;
- Pereirinha, J.A. e Carolo, D. (2007). O Estado-providência em Portugal: A evolução da despesa social ao longo do século XX. *XXVII Encontro da APHES – Associação Portuguesa de História Económica e Social*. Lisboa;
- Pistola, R. (2018). *Entre mutualismo e capitalismo: Os caminhos do Montepio Geral (1840-1930)*. Tese de Doutoramento em História, na especialidade de História Contemporânea. Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa. Lisboa. 507 pp.;
- Pistola, R. (2021). *Entre mutualismo & capitalismo. Os caminhos do Montepio Geral (1840-1930)*. Theya. Lisboa;
- Pistola, R. e Rocha, A.C. (2015). *Sob o signo do pelicano*. (Coord. de António Castro Henriques e José Eduardo Franco). Montepio Geral, Imprensa Nacional-Casa da Moeda. Lisboa;
- Pons Pons, J. e Rodrigues, M.V. (2011). El papel de las sociedades de socorro mutuo en la cobertura del riesgo de enfermedad en España (1870-1942). *X Congreso Internacional de la AEHE – Asociación Española de Historia Económica*. Universidade Pablo de Olavide. Sevilla: pp. 1-31;
- Primeiro Congresso Nacional da Mutualidade. Relatórios, teses, atas das sessões e documentos publicado sob a direção do secretário-geral do congresso José Ernesto Dias da Silva (realizado em Lisboa nos dias 18 a 22 de junho de 1911, na sala Portugal da Sociedade de Geografia e no Salão Nobre do Teatro Nacional Almeida Garrett)* (1911). Imprensa Nacional. Lisboa;
- Riley, J.C. (1997). *Sick, not Dead: The Health of British Workingmen during the Mortality Decline*. The Johns Hopkins Press Ltd. London;
- Rosendo, V. (1990). *Montepio Geral. 150 anos de história*. Montepio Geral. Lisboa;
- Santa Rita, G.A. de (1991). *O socorro mútuo de Lisboa*. Imprensa Nacional. Lisboa;
- Segundo Congresso Nacional de Mutualidade. Relatórios, teses, atas das sessões e documentos publicados pelo secretário-geral do congresso,*

José Ernesto Dias da Silva (*Lisboa, 1 a 4 de dezembro de 1916, Sociedade de Geografia de Lisboa e Teatro S. Carlos*) (1918). Imprensa Africana. Lisboa;

Sibalis, M.D. (1989). The mutual aid societies of Paris, 1789-1848. *French History*, **3**: 1-30;

Simão, A.C.G.L.L. (1996). *Introdução ao estudo das confrarias corporativas do Porto*. Tese de Mestrado em História da Cultura Portuguesa. Universidade do Porto. Porto. 2 vols. 116 pp. e 289 pp.;

Stollberg, G. (1995). Les sociétés de secours mutuels dans l'Allemagne. Em: M. Dreyfus e B. Gibaud (coords.). *Mutualités de tous les pays*.

«*Un passé riche d'avenir*». Mutualité Française. Paris;

Tomassini, L. (1999). Il mutualismo nell'Italia liberale (1861-1922). *Le società di mutuo soccorso italiane e i loro archivi. Atti del seminario di studio (Spoleto, 8-10 novembre 1995)*. Archivi di Stato Saggi 49. Roma: pp. 15-53;

Vilar Rodriguez, M. (2009). La cobertura social a través de las sociedades de socorro mutuo, 1839-1935; Una alternativa a Estado para afrontar los fallos del mercado? XVI *Encuentro de Economía Pública, Crisis Financiera y Sector Público*. Granada: pp. 1-34.