

**La respuesta social a la pobreza
en la Península Ibérica durante
la Edad Moderna**

**María José Pérez Álvarez
María Marta Lobo de Araújo**

(Coords.)

**Universidad de León,
2014**

La respuesta social a la pobreza en la Península Ibérica durante la Edad Moderna /
María José Pérez Álvarez, María Marta Lobo de Araújo (coords.). – [León] : Uni-
versidad de León, Área de Publicaciones, 2014

330 p. : tablas, gráf., mapas. ; 24 cm

Textos en español y portugués, con resúmenes en la lengua de cada comunicación
e inglés

ISBN 978-84-9773-684-8

1. Servicio social-Península Ibérica-Historia-Siglo 16º-18º. 2. Pobreza-Historia-
Siglo 16º-18º. I. Universidad de León. Área de Publicaciones. II. Pérez Álvarez,
María José. III. Araújo, María Marta Lobo de (1959-).

364.662(46)“15/17”

Este libro se inscribe en el Proyecto de Investigación “*Marginación y res-
puesta social en el Noroeste de la Península Ibérica durante el Antiguo
Régimen*”, por el Ministerio de Ciencia e Innovación, ref.: HAR2010-
17780.

© Universidad de León

Área de publicaciones

© Cada autor de la suya

© Foto de portada: Ana Martín García

ISBN: 978-84-9773-684-8

Depósito Legal: LE-558-2014

Maquetación: Yolanda Martínez Peñín

Queda prohibida cualquier forma de reproducción o transformación de
esta obra sin la autorización de los titulares de la propiedad intelectual, lo
que puede ser constitutivo de delito (art. 270 y ss. del Código Penal).

O tratamento das boubas no hospital de S. Marcos de Braga na Época Moderna

Maria Marta Lobo de Araújo*

Resumo

O nosso estudo analisa o tratamento de boubas no hospital de S. Marcos, de Braga, dando a conhecer não apenas as estratégias seguidas pela Misericórdia relativamente a estes doentes, mas também os internados, os tratamentos que lhe eram aplicados, as condições logísticas existentes para os receber e os profissionais de saúde. Sempre preocupada com o equilíbrio entre as finanças da instituição e a pressão que os doentes exerciam junto dela, a Santa Casa alterou procedimentos, diminuiu o número de internados, procurando responder com eficácia à situação com que era confrontada.

Palavras chave

Hospital de S. Marcos, boubas e tratamento.

Abstract

Our study examines the treatment of boubas in hospital of S. Marcos in Braga, giving to know not only the strategies followed by the Misericórdia respect to these patients, but also patients admitted, treatments that were applied to him, the existing logistical conditions for receiving and health professionals. Always concerned with the balance between the finances of the institution and the pressure exerted with her patients, the Santa Casa

changed procedures and decreased the number of the hospitalized, seeking to respond effectively to the situation with which he was confronted.

Keywords

Hospital of S. Marcos, boubas and treatment.

O hospital de S. Marcos foi erigido em 1508 pelo arcebispo D. Diogo de Sousa (1505-1532) e na ocasião entregue a sua administração à Câmara Municipal. Posteriormente, em 1559, o arcebispo D. frei Baltazar Limpo (1550-1558) preparou a sua entrega à Misericórdia, ação concretizada pelo seu sucessor, D. frei Bartolomeu dos Mártires (1559-1582), em 1559¹. Senhores da cidade no espiritual e no temporal, os arcebispos desempenharam uma ação preponderante nesta instituição, bem como na Misericórdia durante toda a Idade Moderna. Embora as Santas Casa fossem instituições de criação régia e laicas, que gozavam desde o concílio de Trento da “imediata proteção régia”, mantiveram desde sempre uma forte ligação à Igreja. Numa altura em que pela Europa e no reino se assistia à reforma do sistema de assistência, D. Diogo de Sousa empreendeu a mesma reestruturação em Braga, extinguindo duas confrarias e anexando os seus rendimentos, bem como as rendas de algumas igrejas ao novo hospital, dotando-o também de um regulamento². S. Marcos possuía, portanto, receitas próprias, uma contabilidade separada da da Misericórdia e um provedor que o geria.

O hospital de S. Marcos manteve durante toda a Idade Moderna uma importante atividade no setor da saúde, sendo obrigado a proceder a

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación titulado *Marginación y respuesta social en el Noroeste de la Península Ibérica durante el Antiguo Régimen*, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Ref. HAR2010-17780).

² *Docente de História da Universidade do Minho-Portugal. Membro do CITCEM. Consulte-se PAIVA, J. P. (coord. científico) (2004). *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 3. Lisboa: Centro de Estudos de História Religiosa; União das Misericórdias Portuguesas, pp. 40-46.

constantes obras de remodelação para responder às crescentes solicitações que lhe chegavam cada vez de um espaço geográfico mais alargado. Assumiu durante esse período um papel cimeiro no tratamento à doença na cidade³. Todavia, por realizar tratamento aos doentes das boubas, recebia pacientes não apenas da cidade, mas a partir do século XVIII de todo o arcebispado.

Perante o largo espectro de doenças tratadas em S. Marcos, decidimos neste trabalho centrar a nossa atenção apenas nas boubas, devido às particularidades de que este tratamento se revestia.

No início da Idade Moderna, a Europa viu-se confrontada com o surgimento da sífilis, embora o seu impacto foi mais leve quando comparado com doenças mais mortíferas, como foi o caso da varíola ou das pestes⁴. Neste período a doença recebia o nome de “boubas” ou “males” designações que abrangiam um alargado número de doenças sífilíticas.

Esta doença conheceu um grande incremento durante este período, levando ao surgimento hospitais destinados apenas ao seu tratamento, embora os seus portadores pudessem ser igualmente cuidados em alguns hospitais comuns. Alguns hospitais do Alto Minho recebiam pessoas portadoras destes males, embora em número limitado, porque não reuniam condições para proceder ao tratamento que lhes era ministrado. Quando tinham muitos doentes para cuidar, mandavam-nos para Braga.

O gálico atacou homens, mulheres e crianças de todos os estratos sociais e embora não fosse uma doença contraída apenas por transmissão sexual, estava associada a uma vida dissoluta, o que causava estigma em quem a contraía⁵.

³ Em Braga, para além deste hospital existia apenas mais um outro para velhos. Tratava-se de uma instituição de reduzidas dimensões, que não propiciava tratamentos aos internados, apenas os recolhia.

⁴ Confirma-se LINDEMANN, M. (1999). *Medicina e sociedade no início da Europa Moderna*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 55.

⁵ LÓPEZ TERRADA, M. L. (1989). “El tratamiento de la sífilis en un Hospital renacentista: la sala del mal de Siment del Hospital General de Valencia”. In *Asclepio*, 41:2, pp. 19-50; JUTTE, R. (1996). “Syphilis and confinement”. In Junker, Detlef; Mattern, S. Daniel (ed.), *Institutions of confinement: hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America: 1500-1950*. Cambridge: University Press, pp. 97-115.

As fontes de que dispomos permitem afirmar que estas doenças eram já tratadas em S. Marcos nas primeiras décadas de seiscentos, em dois períodos durante o ano. O alastramento da doença e a inexistência de outro local de tratamento no Minho com curas sazonais fazia com que um grande número de enfermos acorresse a Braga para minimizar os seus efeitos, obrigando, por vezes, a abrir mais do que duas vezes por ano as enfermarias das boubas⁶.

As boubas combatiam-se na Primavera e no começo do Outono, períodos do ano considerados mais adequados às condições do tratamento e no hospital de S. Marcos durante um período de internamento de 12 dias. Apesar de este ser o tempo estipulado, vários casos ultrapassaram esses dias e ficaram mais tempo no hospital até serem considerados tratados e receberem ordem para sair. De acordo com o volume de procura, assim se abria um ou vários períodos de tratamento. Normalmente, decorriam em março ou abril e em setembro ou outubro, mas quando foi necessário as enfermarias de "baixo", como eram designadas, abriram em março, abril e maio, bem como em setembro e outubro. Estas enfermarias estavam situadas no rés-do-chão do edifício, enquanto as enfermarias dos doentes comuns se situavam no primeiro andar. O hospital tinha um pátio no seu interior, que posteriormente se transformará num claustro.

Como referimos, em S. Marcos, os portadores de boubas eram internados nas enfermarias do rés-do-chão, separados por sexos⁷. A sua localização no piso inferior facilitava a gestão hospitalar, porquanto dispensava o contacto com os restantes doentes que se encontravam no piso superior. As enfermarias dos doentes das boubas estavam ao nível da porta exterior do hospital, não precisando os infetados de percorrer os espaços hospitalares, porquanto eram internados em locais próximos da referida entrada.

⁶ Embora existissem outros hospitais de Misericórdias espalhados em várias vilas minhotas, não procediam ao tratamento da doença, senão em casos raros, como acontecia em Ponte de Lima, por não reunirem condições logísticas para o fazerem.

⁷ Veja-se CASTRO, M. de F., "Assistência no Hospital de S. Marcos da 2ª metade do século XVII a cerca de 1710". *Revista Bracara Augusta...*, p. 52.

A existência de enfermarias separadas das restantes para o tratamento das boubas acontecia em vários hospitais, sobretudo nos maiores, como se verificava em Lisboa⁸ e no Porto⁹. Nos hospitais de menor dimensão, a inexistência desses espaços levava a que o tratamento fosse realizado nas enfermarias dos doentes comuns, mas em camas separadas¹⁰.

Como cada doente era um caso que podia responder melhor ou pior às mezinhas que lhe eram aplicadas, houve momentos em que estas enfermarias fecharam na véspera da festa de Santa Isabel e na cura do Outono, no mês de novembro, o que significa que o período de tratamento se prolongava consoante as necessidades dos pacientes. Este facto levava alguns escrivães a registar que “todos os doentes sairão contentes”, fazendo a apologia do tratamento recebido, bem como da instituição que o proporcionava.

A elevada procura e as limitações do espaço obrigavam a várias aberturas, como, aliás, acontecia em outros hospitais que também combatiam a doença através do internamento dos seus portadores.

À medida que o hospital cresceu, teve que se apetrechar com bens móveis. Em 1741 estava dotado com 64 catres, 44 colchões, 65 enxergões, 134 mantas e um fogareiro, bens distribuídos entre as enfermarias das mulheres e a dos homens.

Como se verifica, a existência de 64 catres não possibilitava ter mais doentes internados do que este número e ajuda a compreender a abertura de mais do que uma cura em algumas épocas. Quando a procura ultrapassava a capacidade de receber os doentes, o hospital era obrigado a abrir novos períodos de tratamento¹¹.

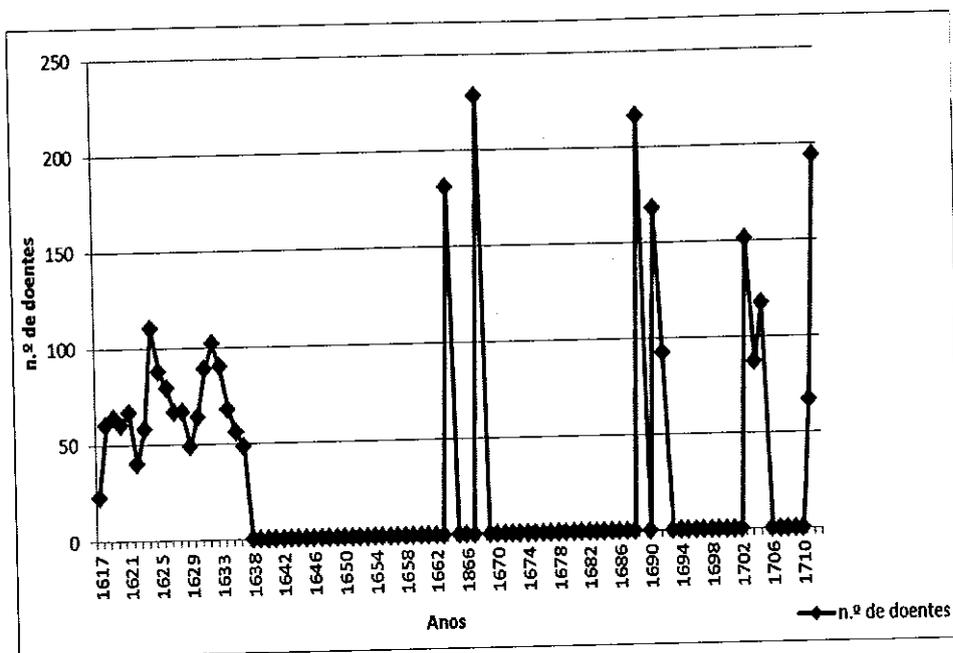
⁸ Leia-se MENDONÇA, M. (1996). “Albergarias e hospitais no Portugal Quatrocentista”. *Revista de Ciências Históricas*, vol. XI, p. 48; BARROS, VELOSO (2001). “Da sífilis à Sida”. *Medicina Interna*, nº 8, 1, pp. 56-57.

⁹ FREITAS, E. de A. da C. (1998). *História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, vol. III. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, p. 473.

¹⁰ Em Viseu, o hospital disponibilizava duas camas para tratar doentes de boubas. Veja-se MAGALHÃES, V. L. A. (2011). *O hospital novo da Misericórdia de Viseu. Assistência, poder e imagem*. Gaia: Santa Casa da Misericórdia de Viseu, p. 53.

¹¹ No período da Primavera ocorreu em 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1631, 1632, 1633, 1635, 1636, 1637, 1664, 1669, 1691, 1703, 1705 e 1712. No período do Outono verifi-

Gráfico 1. Movimento dos doentes portadores de gálico (1617-1637, 1664-1665, 1689, 1691-1692, 1703-1705, 1711-1712).



Fonte: ADB, *Livro dos doentes entradas 1617-1630*, nº 65; *Livro dos doentes-Entrada e Sahida 1631-1637*, nº 66, não paginado; *Livro dos doentes-Entrada e Sahida 1664-1665*, nº 67, fls. 33-44; *Livro dos doentes-Entrada e Sahida 1668-1669*, nº 68, fls. 43-45; 59-65; *Livro dos doentes-entrada e sahida 1689-1690*, nº 69, não paginado; *Livro dos doentes que se curarão na Casa da Infermaria & gallico* nº 70, não paginado; *Livro dos doentes-Entradas e Sahida 1703-1704*, nº 71, fls. 59-71; *Livro dos doentes-Entradas e Sahida 1704-1705*, nº 72, fls. 61-74.

A falta de fontes sequências para o estudo da entrada destes doentes, não nos permite conhecer a sua evolução. Todavia, através do gráfico 1 é possível constatar a enorme procura destes serviços, a partir de mea-

cou-se em 1626, 1627, 1636, 1637, 1664, 1669, 1691 e 1703. Em 1632 e 1669 o hospital teve de admitir em março, abril e maio para receber estes doentes.

dos do século XVII. A demanda continuou elevada nas primeiras décadas do século XVIII e apesar de não possuímos dados estatísticos para toda a centúria sabemos que permaneceu alta através das menções deixadas nos acórdãos e das medidas tomadas para resolver esse assunto. Como já referimos, S. Marcos recebia doentes de um espaço geográfico alargado. Sabe-se, contudo, que muitos doentes portugueses da região do Minho procuravam tratamento no hospital de S. Roque de Santiago de Compostela, instituição que se mantinha em funcionamento entre julho e outubro, embora no século XVIII fosse obrigada a prolongar esse período, devido ao volume de doentes¹².

A elevada procura dos hospitais era geral e não se restringia apenas aos que prestavam este tratamento. Em toda a Europa verificava-se o mesmo fenómeno, reflexo, aliás, das muitas doenças que atacavam as populações e de fraca capacidade da maioria das pessoas poderem por si sós tratar dos males do corpo¹³.

O tratamento não se aplicava somente aos adultos, pois a doença atingia também crianças. Estas integravam o rol dos recolhidos, sempre sem nome, apenas com menções referentes à sua tenra idade. Muito raramente, mas também aconteceu, acompanhavam as mães sem estarem contaminadas. Talvez a sua tenra idade e a falta de quem cuidasse delas, levasse ao seu internamento conjuntamente com a progenitora. A facilidade do contágio obrigaria provavelmente a que as crianças estivessem acomodadas em outro espaço, que não a enfermaria onde estavam internadas as mulheres, mas desconhecemos o procedimento adotado pelo hospital. Conhecem-se também casos de pais e filhos contaminados a receber tratamento em simultâneo no hospital¹⁴.

As pessoas de “melhor” condição social também não eram identificadas. O escrivão referenciava somente tratar-se de uma pessoa envergonhada.

¹² Para o funcionamento deste hospital consulte-se BARREIRA MALLÓN, B.; REY CASTELAO, O. (1998). *Peregrinos y enfermos. A red asistencial gallega en el Antiguo Régimen*. Santiago de Compostela: Consorcio de Santiago, p. 17.

¹³ Veja-se CARMONA GARCÍA, I. J. (1997). *El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del antiguo régimen*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla, pp. 163-164.

¹⁴ CASTRO, M. de F. (2008). *A Misericórdia de Braga. A Assistênciã no Hospital de S. Marcos*, vol. IV. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga e autora, p. 478.

Composto de unções mercuriais¹⁵ e suadouros, o tratamento requeria resguardo e temperaturas amenas. A abertura dos períodos de tratamento era realizada através da colocação de editais à porta do hospital e da sacristia da igreja da Santa Casa, informando sobre a data de começo.

A aplicação do número de suadouros variava de doente para doente, de acordo com a sua necessidade. Verificámos, contudo, ser frequente aplicarem-se entre cinco a sete a cada doente. A Santa Casa pagava em 1627 por cada suadouro, “untar e cobrir” 10 réis ao enfermeiro, embora para o sexo feminino contasse com duas mulheres para fazer esse serviço.

Como trabalhou com diferentes profissionais, existiam naturalmente receitas próprias que cada um aplicava¹⁶. Essas receitas eram guardadas e registadas nos livros para que não se perdessem, uma vez que se revestiam de grande importância. Algumas delas eram aperfeiçoadas através da experiência dos profissionais de saúde.

A experiência acumulada ao longo dos anos, resultou numa receita deixada pelo licenciado João Vilas Boas, médico que no hospital de S. Marcos tratou estes doentes durante muitos anos.

A receita constava de vários ingredientes e estava acompanhada das quantidades para a sua utilização. Mas esta não era a única. Há registo pelo menos de mais outra.

Apesar de possuírem a receita, os prestadores de cuidados de saúde do hospital adaptavam-na de acordo com as indicações que recebiam para poupar nos ingredientes, sobretudo quando a instituição se debatia com problemas financeiros. Em 1636 aplicou-se a receita em vigor a 40

¹⁵ Ungentos de mercúrio eram utilizados para o tratamento desta doença. Confira-se para Madrid o trabalho de SANCHEZ TÉLLEZ, M. C. (1984). “La medicación antivénerea en los hospitales madrileños durante la Ilustración”. *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*, nº 140, p. 221.

¹⁶ Sofre a forma de juntar os ingredientes aplicados leia-se ARRAIS, D. M. (1633). *Do methodo de conhecer e curar o morbo gallico: propoemse diffinitivamente a essencia, specias, causas, sinais, pronostico e cura de todos os affectos gallicos e largamente se trata do azougue, salsa parrilha, guaycão, pao santo, raiz da China e todos os mais remedios della e infermidade*. Lisboa: Antonio Craeesbeeck de Mello, Impressor de S. A.

peçoas de ambos os sexos e ainda a duas crianças de leite, colocando-se somente meia onça de untura. A receita não foi aplicada integralmente, mas os resultados obtidos foram considerados muito satisfatórios.

Os prestadores de cuidados de saúde deviam proceder ao doseamento adequado das mezinhas. Em 1636 o cirurgião referiu ter procedido a uma experiência que consistia na aplicação das unturas da casa “com mea onsa e as vezes seis oitavas se vão os doentes bem”, uma vez que a aplicação de uma maior quantidade era considerada muito forte, provocando achaques nos doentes, que o obrigavam a intervir para evitar males maiores, ao mesmo tempo que causava mais despesas à instituição, considerando adequado ministrar “100 a cada untura mea onca ou seis oitavas quando fosse necesario”¹⁷. O discurso dos mesários apontava para a necessidade de moderação nas quantidades dos ingredientes a aplicar¹⁸, pois mais do que a teoria era preciso pragmatismo e dosear as quantidades dos produtos de acordo com o estado dos doentes. Por detrás desta poupança podiam estar também motivos de natureza financeira, uma vez que durante todo o século XVII o hospital apresentou défices, que tiveram de ser cobertos com dinheiro da Misericórdia.

As várias referências existentes nas fontes às quantidades para obter a receita e ao modo de a administrar aos doentes, demonstram a preocupação com o tratamento que lhes era ministrado e a necessidade de deixar memória aos futuros responsáveis pela sua aplicação. Quando se aproximava o período de abertura deste tratamento, o diretor do hospital solicitava ajuda à Misericórdia, invocando as grandes despesas com ele e a incapacidade de S. Marcos as poder saldar sozinho.

O tratamento a estes doentes implicava grandes gastos não apenas com a alimentação e alojamento, mas também com as mezinhas e assala-

¹⁷ Arquivo Distrital de Braga (doravante ADB), Fundo da Misericórdia, *Livro dos doentes-Entrada e Sahida 1631-1637*, nº 66, não paginado.

¹⁸ Sobre a doença e o seu tratamento leia-se PITA, J. R.; PEREIRA, A. L. (2007). “Doenças venéreas: do século XVIII ao século XX. Medicamentos de Ribeiro Sanches a Fleming”, in *XIV Colóquio de História Militar. O serviço de saúde militar na comemoração do IV centenário dos irmãos hospitaleiros de S. João de Deus. Actas*. Lisboa: Comissão Portuguesa de História Militar, pp. 362-363.

riados. Para além do cirurgião existiam mais duas mulheres que trabalhavam nesta enfermaria das mulheres: a “untadeira” e a “cobrideira”¹⁹. A figura da “untadeira” parece ter existido em vários hospitais que procediam a estes tratamentos²⁰.

Exigia também condições logísticas adequadas. Os portadores de boubas não se juntavam aos restantes doentes para não lhes transmitirem a doença. O isolamento, a separação de roupas e calçado eram cuidados importantes no combate à sua disseminação. Embora muito associada à atividade sexual, a sífilis podia ser transmitida através de um objeto contaminado, sendo facilmente passada a outra pessoa²¹. Por esta razão, em alguns hospitais oferecia-se também roupa aos contaminados, para depois de tratados vestirem outras peças de vestuário, evitando que usassem a que traziam, muitas vezes contaminada pelas feridas que resultavam da doença²².

Apesar de existir uma flutuação do volume dos doentes ao longo dos anos, na segunda metade do século XVII e no começo de setecentos as mulheres estavam em número superior ao dos homens²³. No período em estudo representavam 67% dos internados com esta doença.

Ao longo de toda a Idade Moderna, este hospital debateu-se com uma elevada procura de doentes, quase sempre superior à capacidade de cura possibilitada pela instituição. Este facto levou a Santa Casa a tomar

¹⁹ A “untadeira” ganhava 10 réis por cada untura que fazia, enquanto a “cobrideira”, mulher que cobria as doentes aquando dos suadouros, ganhou em 1637, 2480 réis pelas 248 unturas. Em 1740, o montante recebido era já de 15 réis.

²⁰ No século XVI, existia no hospital de Todos-os-Santos uma mulher designada “untadia dos males”, provavelmente encarregue de aplicar as unções mercuriais aos sífilíticos. Leia-se CARVALHO, A. da S. (1949). *Crónica do Hospital de Todos-os-Santos*. Lisboa: s. e., pp. 96-97.

²¹ Leia-se REAL, L. A. C. (1921). *Notas sobre a sífilis*. Porto: Imprensa Nacional, 1921, p. 16.

²² Consulte-se se a propósito MAGALHÃES A. (2013). *Práticas de caridade na Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI-XVIII)*. Viana do Castelo: Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, pp. 444-445.

²³ Para este assunto confira-se CASTRO, M. de F. (1993). “Assistência no Hospital de S. Marcos da 2ª metade do século XVII a cerca de 1710”. *Revista Bracara Augusta*, vol. XLIV, p. 54.

medidas de contenção, obrigatórias por não dispor de condições físicas para receber mais doentes, mas igualmente para conter despesas.

Os elevados gastos feitos no tratamento dos doentes e a falta de verbas próprias em quantidade suficiente foram responsáveis, como já mencionámos, pela injeção frequente de dinheiro por parte da Misericórdia²⁴. Era nessas alturas que mais se conhece as medidas implementadas para refrear o número de curas e o volume de despesas.

No final da década de 20 do século XVII com o hospital “mui individado”, deliberou-se não tratar doentes de boubas que não fossem da cidade e termo. Procurava-se também que os mesmos doentes fossem atendidos somente uma vez no ano²⁵. Era frequente, os doentes recaírem e regressarem na cura efetuada no começo do outono, como, aliás, se verificava em outros hospitais que procediam ao mesmo tratamento²⁶.

Como o hospital de S. Marcos não dispunha de verbas suficientes e num período em que os legados recebidos não suportavam as despesas, nem os rendimentos das propriedades que possuía chegavam para tão elevados gastos, o hospital assegurava tratamento mediante critérios. A utilização de critérios no acesso à caridade foi corrente na Idade Moderna e verificou-se em praticamente todas as obras de misericórdia²⁷. A pressão exercida pelos pobres junto das instituições de assistência não tinha

²⁴ A falta de recursos foi conhecida por muitos hospitais, pese embora alguns deles possuírem património para o seu funcionamento. Leia-se ABREU, L.; PAIVA, J. P., “Introdução”. In PAIVA, J. P. (coord. científico) (2006). *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 5. Lisboa: Centro de Estudos de História Religiosa; União das Misericórdias Portuguesas, p. 24.

²⁵ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1598-1632*, nº 4, fls. 187-194v.

²⁶ Sobre o tratamento feito aos sífilíticos no Hospital de Vila Viçosa leia-se ARAÚJO, M. M. L. de (2000). *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*. Barcelos: Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, pp. 207-209.

²⁷ Para este assunto consulte-se SÁ, I. dos G. (2002) “Estatuto social e discriminação: formas de selecção de agentes e receptores de caridade nas Misericórdias portuguesas ao longo do Antigo Regime”. In LEANDRO, M. E., ARAÚJO, M. M. L. de; COSTA, M. da S. (2002). *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social*. Braga: ICS, pp. 313-324.

correspondência nos recursos existentes, sendo necessário seleccionar para ajudar.

Por outro lado, a Misericórdia, como outras, tinha as suas opções de gestão, que nem sempre davam prioridade aos pobres. As obras, os restauros, a aquisição de bens para as igrejas e sacristias, obrigavam, por vezes, à suspensão das práticas de caridade, como se verificou em 1648, data em que empreendeu obras de restauro na igreja do hospital e se trataram muitos doentes, quer de boubas, quer de outras enfermidades. Para além da falta de dinheiro, o hospital ressentia-se também da carência de mantas e de enxergas. A proposta do provedor João de Brito e Cunha de suspender o tratamento foi votada favoravelmente em Mesa, até se reverter a situação financeira do hospital²⁸.

A decisão de suspender era tomada em casos extremos, pois o mais comum foi a Misericórdia socorrer o hospital com dinheiro para responder à procura dos serviços de saúde, como se verificou na segunda metade do século XVII. Quando se analisava a abertura ou não da cura, os mesários tinham informações sobre os doentes das boubas existente na cidade e termo e ponderavam vários fatores. Em 1653 a situação era tão grave que o provedor do hospital afirmava precisar de “huma boa esmolla” para a realizar e informava já ter decidido pedir ajuda ao Cabido e à câmara. No ano seguinte, insistia-se na redução destes internamentos, ordenando-se a redução do volume de doentes ao mínimo de 25, ou seja 50% do que era habitual internar. A Misericórdia entendia ser preferível curar bem este número do que atender um maior volume e ter que mandar os doentes embora mais cedo, quando não estavam ainda totalmente tratados, não se podendo “guardar dos ventos e frio e ares dos primeiros dias e das comidas. E tornão logo para a outra cura e mais curas e nunca fiquão curados e são sempre doentes”²⁹. Nesse ano, as carências foram várias e situaram-se principalmente ao nível das roupas. Faltavam lençóis e as mantas rotas passaram das enfermarias de cima para os das boubas, a fim de agasalha-

²⁸ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1645-1653*, nº 6, fls. 57v.-58.

²⁹ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro das visitasoins do Ospital e Beatas e da Casa e Termo dela 1693-1684*, nº 706.

rem os doentes. Também chovia em alguns locais das enfermarias³⁰, o que demonstra a precariedade das instalações hospitalares.

Defendia-se um número mais diminuto, mas um melhor atendimento, através de um período de convalescência. Dar "alta" aos doentes sem estarem totalmente curados revertia em desfavor da instituição, porquanto sem possibilidades de manterem em casa o resguardo, a alimentação e os cuidados que o hospital oferecia, rapidamente estavam de volta, fazendo mais despesas à instituição.

A comparticipação da Misericórdia tornou-se quase permanente. Os argumentos repetiam-se, bem como a incapacidade do hospital gerar receitas para manter a autosuficiência. De facto, com o crescimento da procura, as despesas avolumaram-se não só em termos de tratamento, mas também com o calçado que era oferecido aos doentes. Entre 1653 e 1685 a Misericórdia enviou para o hospital o montante de 890 mil réis, através de parcelas anuais.

O envio do dinheiro servia para pagar metade dos gastos efetuados com estes doentes. As fontes são pródigas em referências à divisão das despesas entre o hospital e a Santa Casa.

As preocupações demonstradas com o contágio destes doentes alargavam-se também ao resguardo dos internados, mantendo uma vigilância cuidada sobre os visitantes. Para além do contágio, estava em causa o sossego e o pudor dos internados. A atenção recaía sobre as visitas, pedindo-se uma atenção redobrada aos enfermeiros para que a afluência de pessoas estranhas não perturbasse o bem-estar dos internados.

A partir de finais do século XVII, com a chegada de mais legados, o hospital deixou de pedir para este tratamento, embora a sua situação financeira se mantivesse muitas vezes deficitária.

Para além do tratamento, a confraria proporcionava aos doentes um período de convalescência, porém em anos de maior dificuldade suspendia-a, dando "alta" mais rapidamente aos enfermos. Segundo os mesários de 1728, esta medida não favorecia o hospital, porquanto como estes

³⁰ ADB, *Livro das visitasoms do Ospital e Beatas e da casa e Termo della 1659-1684*, n.º 706, ffs. 26-26v.

não estavam totalmente tratados, regressavam, obrigando a instituição a maiores gastos, facto que os levou a implementar novamente o período de restabelecimento³¹. Como se constata, o hospital agia de acordo com as disponibilidades financeiras do momento. A medida agora tomada já tinha sido anteriormente implementada, mas, como se constata, estava suspensa.

O cuidado com estes doentes era grande e manifestava-se não apenas nos tratamentos a que eram sujeitos, mas também com a roupa e calçado, como verificámos. Sempre necessária em grande quantidade, era preciso adquirir roupa e desembolsar grandes montantes de dinheiro para a comprar por ser cara e deteriorar-se com facilidade, devido às sucessivas lavagens. O hospital dispunha de uma lavadeira para realizar este trabalho, mas manifestou várias vezes o desagrado com o seu serviço, devido ao facto da roupa ser mal lavada e os lençóis se encontrarem escurecidos.

A alimentação constituía outro motivo de preocupação. Quando em junho de 1744, se ponderou abrir novo período de tratamento em setembro, os mesários sublinharam o pouco efeito dessa cura, por ser tempo de fruta, alimento que os doentes ingeriam logo que saíam do hospital, prejudicando o seu estado de saúde, por não deixarem atuar os remédios tomados no período de internamento. Alguns médicos desaconselhavam o seu consumo, demonstrando alguma resistência à sua integração na alimentação dos doentes.

Este argumento pesou na decisão tomada pelos irmãos, uma vez que decidiram não abrir o período de receção de doentes, embora não negassem atender casos de maior gravidade³². Como suplemento alimentar, a Santa Casa servia pão-de-ló aos doentes das boubas, mas nem sempre lhes era disponibilizado pelos hospitaleiros, como aconteceu em 1742. Estes assalariados não lho deram durante o período dos suadouros, presumindo-se que o tenham ingerido eles próprios³³.

As preocupações com a alimentação dos doentes levaram em 1750 à nomeação de mordomos para assistirem às suas refeições, acompanhando-

³¹ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1723-1734* n° 12, fl. 168v.

³² ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1734-1746*, n° 13, fl. 346.

³³ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro das devaças 1714-1800*, n° 707, fl. 56.

do-os em momentos importantes para o tratamento. O cuidado colocado na alimentação dos internados e nos momentos em que estes tomavam as refeições, levou a Mesa a determinar em 1798 que lhes fosse servida carne de carneiro e pão até ao dia de aplicação das unções³⁴. Esta disposição faz prever uma adequada alimentação ao estado dos doentes e à fase do tratamento em que estes se encontravam. Aliás, esta preocupação era sentida também relativamente aos restantes internados.

A referência à fruta, ainda que ponderosa, não era exclusiva do ano em questão. A segunda fase de tratamento decorria sempre em setembro, não se entendendo bem a medida agora tomada, porquanto sempre assim tinha sido. Todavia, esta resolução conferia poderes à Mesa para seleccionar os casos considerados mais graves. Foi precisamente com base nesta resolução que passados quatro anos, o órgão diretivo, apesar do elevado volume de petições recebidas, para tratamento em setembro, reiterou a solução anteriormente encontrada para receber apenas os casos que estivessem em perigo de vida e não pudessem esperar até à Primavera³⁵. Na sequência, após ouvidos os médicos, mandaram-se colocar editais com as condições estabelecidas. Apesar das restrições, a confraria não deixava de atender os casos mais urgentes, mesmo fora do período de tratamento. Com o decorrer do tempo e o aumento do número de doentes, a Santa Casa foi cada vez mais pressionada a atender doentes fora dos períodos mencionados³⁶. Os argumentos utilizados eram relevantes: estando a Misericórdia na posse da prerrogativa de receber os rendimentos dos legados não cumpridos da diocese desde 1713, não se podia negar a aceitar doentes em S. Marcos, porquanto esse dinheiro era destinado ao hospital.

³⁴ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1791-1799*, n.º 21, fl. 261.

³⁵ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1746-1751*, n.º 14, fls. 126v.-127.

³⁶ A partir de meados do século XVIII, admitia doentes em meses que não existia tratamento, por estarem em risco de vida.

Mapa da cidade de Braga (século XVIII).



Fonte: Biblioteca da Ajuda, MAPPA DA CIDADE DE BRAGA PRIMAS, André Ribeiro Silva, (Séc. XVIII).

Porém, e com o aumento de contaminados, em 1752 a Mesa decidiu aceitar somente 60 doentes a tratamento na época de maio, ameaçando de expulsão os excedentes, bem como os responsáveis pelo seu ingresso. Admitia, no entanto, poder abrir uma segunda fase para receber os restantes.

A elevada procura destes tratamentos levou alguns hospitais a tomar medidas semelhantes para conter as despesas³⁷.

À medida que o século XVIII avançou, a Misericórdia tornou-se mais exigente, estabelecendo normas para o ingresso. Depois de colocar critérios mais apertados para a cura de setembro, em 1747 decidiu realizar

³⁷ O hospital da Divina Providência de Vila Real tomou igual medida para controlar a admissão de portadores de males venéreos. Leia-se COUTO, M. A. P. (2009). *O hospital da Divina Providência de Vila Real. Doenças e Doentes (1796-1836)*. Porto: Centro de Estudos de História da Vitivinicultura Duriense e do Vinho do Porto, p. 163.

um exame prévio, exigir uma petição e aceitar apenas os portadores de certidão de pobreza emitida pelo pároco de residência, medida reiterada muitas outras vezes, fazendo acreditar que nem sempre era cumprida. Procurava-se restringir o tratamento apenas aos que dele necessitavam e não o podiam pagar, por serem manifestamente pobres. Todavia, devido à falta de cobranças, em 1756 a Santa Casa nem esses pôde atender, tendo decidido não abrir as enfermarias na Primavera, colocando editais para que os interessados tomassem conhecimento. Apesar da decisão, admitia-se, caso as finanças o permitissem, atender os casos mais urgentes, que apresentassem perigo de vida³⁸.

Os padres surgiam como “mediadores” entre a instituição e os pobres, avalizando a condição de dependência destes últimos.

A situação da Misericórdia e hospital recomendava cautelas redobradas na despesa. Embora os legados continuassem a chegar, a confraria encontrava-se sobrecarregada com encargos pios e o hospital era cada vez mais um setor de grandes gastos. Assim, não existindo possibilidade de recorrer à arca da Misericórdia para um empréstimo, como se verificou em 1763, inviabilizou-se o tratamento. Esta situação obrigou a Mesa a tomar várias medidas tendentes a minorar os gastos e a reforçar o seu poder: em 1768 acordou a presença dos provedores da Santa Casa e do hospital na triagem que os médicos efetuavam aos doentes antes da admissão e ordenou que os editais se fizessem em nome do provedor e dos mesários da Misericórdia e não no provedor do hospital. O órgão dirigente chamava a si este poder, dando visibilidade à sua capacidade decisória, demonstrando publicamente que o hospital lhe pertencia, apesar de funcionar com certa autonomia. Era ainda uma forma de diminuir o poder do provedor do hospital, num período em que nem tudo corria bem nessa instituição e as devassas se sucediam.

Mas se, por um lado, se procurava atender apenas os que verdadeiramente precisavam, também quando era possível não se aliviavam responsabilidades para aumentar o número de doentes, abrindo um novo período de cura³⁹.

³⁸ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1751-1757*, n.º 15 fl. 201.

³⁹ Em maio de 1768 foi necessário abrir um outro período de tratamento, devido ao elevado volume de doentes: primeiro receberam-se os casos mais graves e só depois os

A Misericórdia ia oscilando nas suas posições, de acordo com a situação das suas finanças. Em 1774 fixou o limite máximo de 100 doentes por ano, dando preferência aos da cidade e termo⁴⁰, acordando que na eventualidade deste número ser ultrapassado, a despesa realizada recairia sobre os responsáveis pela sua admissão. Procurava-se controlar as despesas em crescimento, embora nem sempre com sucesso. No ano seguinte, receberam-se mais doentes do que o permitido e perante essa realidade a Mesa ponderou as sanções a aplicar aos responsáveis, acabando por não as implementar, devido às explicações que lhe foram presentes⁴¹.

Tornava-se muito complicado equilibrar despesas e atender os que precisavam, mas este não era o único problema com que a instituição se defrontava no momento. Um outro setor a gerir era o dos próprios doentes. A presença de militares com o mal céltico nem sempre era bem recebida na instituição, devido aos desacatos que provocavam, por isso, em 1769 só foram admitidos novamente militares, por se saber serem pessoas “se-zudas e quietas”, bem diferentes dos soldados anteriormente recebidos, provenientes da praça de Valença e que colocaram o hospital em polvorosa⁴². O movimento de militares oscilou e esteve marcado pelos momentos de guerras. Assim, em meados dos séculos XVII, devido à guerra da Restauração⁴³, surgiram no hospital vários militares, posteriormente, aquando da guerra de Sucessão de Espanha também se conheceram mais militares, em meados de setecentos igualmente, devido à guerra dos Sete Anos e o mesmo se verificou durante as invasões francesas. Durante alguns destes

restantes, ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1757-1769*, nº 16, fls. 455, 488.

⁴⁰ Apesar desta determinação, a Mesa recebia homens e mulheres dos concelhos vizinhos, demonstrando que nem sempre seguia com rigor as determinações aprovadas, dando preferência ao estado dos doentes.

⁴¹ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1769-1776*, nº 17, fls. 228, 249v.

⁴² ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1769-1776*, nº 17, fl. 5. A vinda de militares de Valença para Braga deve ter-se ficado a dever ao grande número de doentes, porquanto nessa vila, nesta altura, já se procedia ao tratamento do gálico.

⁴³ Muitos militares que chegaram a S. Marcos no contexto desta guerra eram portadores de febres e poucos apresentavam ferimentos.

períodos, foi preciso abrir duas fases de tratamento, quer na Primavera, quer no Outono⁴⁴.

A presença de militares provocava normalmente alterações no quotidiano hospitalar e em Braga as experiências com os corpos militares que no futuro passarão por S. Marcos constituirão experiências muito marcantes⁴⁵.

O universo dos internados abrangia pessoas comuns, militares e prostitutas. Preocupada com o foco de propaganda que constituíam na cidade, a Mesa debateu em 1787 diligenciar para estas serem presas e remetidas ao hospital, todavia após ter discutido o assunto, resolveu não tomar nenhuma medida e tratá-las apenas quando livremente aparecessem, munidas de certidão de pobreza. O seu tratamento visava conter a contaminação e alastramento da doença, mas o bom senso levou à não intromissão numa matéria complexa e que não dizia respeito diretamente à Misericórdia.

As preocupações dos mesários pareciam legítimas, mas só em 1871 é que as toleradas ou prostitutas da cidade passaram a ter um regulamento que as obrigava a serem inspecionadas periodicamente por um “facultativo inspector e o guarda de policia sanitaria”, nomeados pelo Governador Civil. O médico devia inspecionar periodicamente as prostitutas em suas casas, em dias e horas combinados, prestar-lhes informações sobre a higiene do corpo, das suas casas e limpeza da roupa, de forma a impedir a propagação da sífilis e de outras doenças contagiosas. Incumbia-lhe ainda elaborar mapas das toleradas inspecionadas, destacando os casos de sífilis encontrados. O guarda da policia estava encarregue de apresentar o facultativo às prostitutas e acompanhar as infecionadas ao hospital, à casa de inspeção, receber as multas resultantes das visitas de inspeção, avisar as prostitutas com 24 horas de antecedência do dia e da hora em que iriam ser

⁴⁴ Esta informação foi recolhida em CASTRO, M. de F. “Assistência no Hospital de S. Marcos da 2ª metade do século XVII a cerca de 1710”... p. 54.

⁴⁵ O período de maior internamento de militares registou-se, contudo, durante a primeira metade do século XIX, principalmente durante as invasões francesas e as lutas liberais. Para esta matéria leia-se PINTO, N. M. L. A. (2011). *O tratamento de militares no hospital de S. Marcos de Braga (Primeira metade do século XIX)*. Braga: Universidade do Minho. Dis. de Mestrado Policopiada.

visitadas, conduzir “em custodia á inspecção as toleradas que não comparecerem á hora marcada ou não houverem sido inspeccionadas em sua propria casa” e executar as ordens do administrador do concelho ou do facultativo inspetor⁴⁶.

Com uma pressão cada vez maior para receber doentes fora do período de curas, em 1783 a Mesa resolveu aceitar doentes, sempre que fosse necessário ao longo do ano, devendo estes ser portadores de certidão de pobreza, embora a sua admissão ficasse condicionada ao parecer dos “Professores de Medicina”. Só eram internados os doentes que não fossem naturais de localidades onde existissem hospitais. Se aparentemente se alargava o período de tratamento, estreitavam-se as condições de admissão, não permitindo que qualquer um acesse ao tratamento. Os referidos médicos eram obrigados a atuar debaixo de juramento, obrigando-os a maiores cuidados nos pareceres que formulavam. Embora fossem os médicos que procediam à triagem, o tratamento era realizado por cirurgiões⁴⁷. Porém, esta metodologia de trabalho foi alterada em 1785, quando se entregou aos médicos o tratamento da “dita moléstia como interna” e aos cirurgiões “os sintomas externos”, ficando para trás uma conceção de atuar que já não respondia à modernidade. Os irmãos alertavam para os avanços da ciência médica para alterar procedimentos antigos. Esta preocupação foi presente em vários momentos e inspirava-se quase sempre em hospitais de maior dimensão como eram os de Lisboa e Porto.

A preocupação da Misericórdia com o critério geográfico foi uma constante e provou em alguns momentos não ser pacífica entre os mesários. Perante as divergências existentes, em 1787, resolveram consultar teólogos, os quais foram contrários a este princípio, defendendo a não existência de limites à caridade. Esta posição fez com a Mesa convocasse a Junta para se pronunciar sobre o assunto. A defesa do alargamento geográfico era pertinente, porquanto se aduzia receber o hospital legados de todo o arcebispado. Neste sentido, a posição da Junta foi surpreendente: os presentes defenderam a receção dos portadores da doença céltica do

⁴⁶ *Regulamento policial das toleradas no concelho de Braga*, Braga, s. e, 1981, pp. 2-4.

⁴⁷ Apesar de em 1785 ter sido um médico que procedeu ao tratamento, no ano seguinte foi de novo entregue aos cirurgiões, por não ter sido considerada eficaz a ação do referido médico.

arcebispado e de fora dele, bem como os estrangeiros que e Mesa considerasse. Reiterou-se ainda o princípio de receber doentes ao longo do ano, prática que parece não estar ainda enraizada no momento⁴⁸.

Numa reflexão alargada sobre toda a atividade da instituição, em 1802 os mesários debateram o fim das “curas gerais” em maio e em setembro, medida que devia ser anunciada a todos os interessados para não se deslocarem para a cidade e hospital. Alegava-se uma vez mais a falta de capacidade financeira da instituição hospitalar, embora se entendesse providenciar alguns doentes, desde que acordado em Junta. A resolução acordada pôs termo à “cura geral”, mas admitia-se receber os doentes da cidade, termo e da freguesia de Rio Mau, satisfazendo, no que toca a esta última localidade, o disposto no testamento do abade Jerónimo Dias Peixoto. A aceitação dos doentes era realizada em Mesa, mediante atestado de pobreza e residência, responsabilizando-se estes pelo pagamento em caso de atuarem contra esta resolução⁴⁹.

Com o hospital cheio de militares, poucas receitas e muitas despesas procurou-se cortar em vários setores, sem, no entanto, existir uma política consequente relativamente a vários aspetos. No que diz respeito aos portadores de sífilis é evidente a falta de rumo e de consenso, bem como as hesitações entre os mesários. Ora se decide acabar com as “curas gerais” e aceitar doentes ao longo do ano, ora se põe termo a essa política e se retomam os tratamentos em maio e em setembro. Os critérios geográficos constituíram outro problema de difícil resolução.

Apesar da resolução de 1802, passados dois anos, o assunto voltou a ser debatido no órgão diretivo, defendendo-se agora a aceitação de doentes do arcebispado, tendo em consideração o dinheiro dos legados não cumpridos que o hospital recebia. A discussão não foi pacífica e apesar de se ter acordado receber os doentes do arcebispado, a resolução foi aprovada apenas por maioria. Passados apenas alguns meses esta resolução foi alterada, regressando-se à metodologia anterior.

⁴⁸ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro dos termos ou actas 1776-1780*, nº 18, fls. 228v.-229.

⁴⁹ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1799-1806*, nº 22, fls. 104v., 141v.

A partir desse momento foram aceites apenas casos isolados, mas não somente da cidade e termo como se tinha decidido. Ou seja, tudo o que era aprovado era alterado, percebendo-se a dificuldade que o hospital tinha em lidar com tantos doentes. Foi neste enquadramento que em 1807 se decidiu implementar novamente uma “cura geral”, de forma a evitar os tratamentos ao longo do ano⁵⁰. Esta parecia ser a tendência que a Mesa queria implementar, regressando aos anteriores períodos de abertura das enfermarias do piso inferior. Alegava-se que os doentes aproveitavam pouco, por existirem invernos muito rigorosos e prolongados e não estarem presentes os “Padres Espirituais” ao longo do ano no hospital. Estes padres tinham como missão instruir os enfermos sobre os valores morais e chamar-lhes à atenção para a sua conduta, uma vez que a Santa Casa considerava que muitos deles contraíam a doença, devido à vida licenciosa que levavam. Nas curas de maio e setembro, o hospital requisitava os serviços de religiosos para instruírem os doentes e dissuadi-los a abandonar a vida dissoluta, inculcando-lhes padrões de conduta mais consentâneos com a moral e os bons costumes. Ficou também decidido solicitar aos médicos e cirurgiões maior brevidade, tanto quanto possível, nos tratamentos e não proceder a novas admissões sem autorização, atendendo apenas os casos que apresentassem perigo de vida. Estas medidas eram tomadas numa altura de agitação política e militar. O hospital tinha consciência da grave situação em que se encontrava e pretendia diminuir as suas despesas.

Sobrelotado de soldados e com graves problemas de receitas, o hospital recebeu em 1810 apenas os casos mais graves em maio e decidiu cancelar outras admissões, por falta de verbas⁵¹, demonstrando que as medidas tomadas podiam ser transitórias, dependendo da sua capacidade económica.

A capacidade de receber os doentes, a abertura das fases de tratamento e as medidas tomadas ao longo dos tempos estiveram sempre condicionadas pela capacidade financeira da instituição.

⁵⁰ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1799-1806*, nº 22, fls. 183v., 185, 190v.

⁵¹ ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1806-1817* nº 21, fls. 127v.

Não conseguindo aguentar os gastos, o hospital passou a cobrar o tratamento a estes doentes, tendo a Mesa decidido em 1810 o preço mínimo diário de 400 réis, ficando os internados com direito a alimentação e ao tratamento. Estavam obrigados a pagar metade ou a totalidade das despesas ao tesoureiro no ato da entrada. O tratamento tinha a duração mínima de 20 dias⁵². Passados três anos, restringiu-se o limite de admissões a 30 ou 40 doentes, sendo o seu ingresso permitido apenas com despacho do provedor.

A ação do hospital de S. Marcos no tratamento aos portadores de boubas esteve durante a Idade Moderna condicionada pelas disposições internas dos seus órgãos gerentes, que, por sua vez, foram também condicionados pelas suas finanças. Número de internados, calendário das curas e critérios de admissão foram várias vezes discutidos e alterados, sempre na tentativa de conciliar volume de doentes, capacidade financeira e logística da instituição. O assunto foi amplamente debatido em vários momentos e ganhou maior eficácia na primeira década do século XIX, quando se fazia sentir uma nova postura perante a doença e o hospital se debatia com despesas acrescidas com o tratamento de militares.

O estudo do tratamento das boubas no hospital de S. Marcos na longa duração possibilita-nos analisar o crescimento da doença, a pressão dos doentes sobre a instituição, as estratégias por si implementadas para fazer face às elevadas despesas neste setor, bem como a evolução feita em termos de cuidados prestados e as suas repercussões nas políticas de saúde adotadas pela Santa Casa.

⁵² ADB, Fundo da Misericórdia, *Livro de termos ou actas 1806-1817*, nº 23, fls. 50, 133.