

Os Hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno

Prof.^a Doutora ISABEL DOS GUIMARÃES SÁ
Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho

Este trabalho procura analisar a complementaridade que se verificava nos hospitais entre os cuidados da alma e os cuidados do corpo na transição da época medieval para o período moderno. Pelos primeiros entende-se a preocupação em curar as almas dos doentes: confessá-los, comungá-los e assegurar a sua entrada no além com um ritual fúnebre apropriado à condição social do defunto. Nos cuidados do corpo incluem-se todas as práticas tendentes a melhorar o estado de saúde dos doentes ou o acto de enterrar os mortos. Uma observação preliminar se impõe: na época a que nos reportamos tratamento médico não era forçosamente sinónimo de cuidados do corpo. Enquanto os cuidados médicos supunham a existência de pessoal especializado, os simples cuidados do corpo prestados a doentes iam desde a atribuição de vestuário a uma alimentação reforçada do ponto de vista nutricional e não requeriam aptidões específicas por parte de quem os ministrava.

Na Idade Média existiram vários tipos de instituições cuja distinção se revela difícil, uma vez que a hospitalidade se confundia com a assistência, numa época em que os cuidados do corpo eram secundarizados relativamente aos cuidados da alma. As albergarias eram destinadas a peregrinos, para quem as regras sociais prescreviam hospitalidade. Os hospitais eram dedicados ao tratamento dos doentes pobres, mas tinham muitas vezes dependências reservadas a peregrinos, ou, se não as tivessem acolhiam-nos nas instalações para doentes. A excepção era feita para os doentes contagiosos, que deviam ser tratados separadamente. Daí a insistência que vamos encontrar nos hospitais da Idade Moderna em não admitir doenças incuráveis: é o caso, entre outros, do hospital das Caldas da Rainha¹.

¹ CORREIA, Fernando (ed.), «Compromisso do Hospital das Caldas dado pela Rainha d. Leonor sua fundadora em 1512», *O Instituto. Revista Científica e Literária*, Coimbra, 4.ª série, vol. 80, 1930, n. 9, p. 38.

O aspecto mais significativo da confusão entre hospitais e albergarias é o facto de esta revelar a ausência de distinção entre a simples hospitalidade e a assistência. Para o peregrino, cuja viagem podia demorar meses ou anos, a sobrevivência era impensável sem que este vivesse à custa dos recursos alheios, dispensados tanto mais de boa vontade quanto as motivações dessa dependência eram em primeiro lugar religiosas. Vagabundos e peregrinos eram indistintamente acolhidos nas albergarias, geralmente durante um período de tempo limitado a três dias, podendo prolongar-se esse tempo em caso de doença. Em teoria, a albergaria estaria ligada ao acolhimento de peregrinos enquanto que o hospital de destinaria ao tratamento de doentes². Na prática, no entanto, essa diferença esbate-se uma vez que quase todos estes estabelecimentos são simultaneamente uma e outra coisa. Esta indefinição parece prender-se com o estatuto económico e social do doente propriamente dito: ele é geralmente um pobre sem tecto nem família a que possa recolher. Por outras palavras, a sua figura identifica-se com o forasteiro de que falámos há pouco. A ausência de distinção entre albergarias e hospitais levou a que alguns historiadores tivessem sugerido que os cuidados médicos prestados eram de reduzida importância e tinham fraca incidência na saúde dos doentes, fantasiando-se sobre os elevados índices de mortalidade nos hospitais. No entanto, para outros autores colocou-se a questão de saber até que ponto os cuidados do corpo eram secundarizados face aos cuidados da alma nos hospitais medievais. Parece inegável que a generalidade dos hospitais e albergarias não incluíam médicos entre o seu pessoal até ao século XIII. Tem-se sublinhado a importância de alimentar os doentes que chegavam subnutridos e o aumento da importância do pessoal médico nos grandes hospitais a partir do século XIV. Uma cidade tardomedieval, pela sua visibilidade na historiografia contemporânea, especialmente na anglo-saxónica, tem servido de exemplo: a Florença dos séculos XIV e XV, a cujos hospitais parece ter cabido um papel de vanguarda na medicalização da assistência³. Entre os quatro «grandes» hospitais de Florença no século XV, o hospital de Santa Maria Nuova é justamente citado como pioneiro desta nova tendência e parece ter sido escolhido como exemplo a seguir no resto da Europa. Por volta de 1500 foi enviado a Henrique VII de Inglaterra um exemplar do regulamento do hospital⁴ e alguns autores apontam-no como tendo inspirado o regimento do Hospital de Todos os Santos

² CORREIA, Fernando da Silva, «Os hospitais medievais portugueses», separata de *A Medicina Contemporânea*, n. 11, 12, 13, 14 e 15, ano XLI, 1943, p. 1.

³ Entre outros, vejam-se os trabalhos: PARK, Catharine, «Healing the Poor: Hospitals and Medical Assistance in Renaissance Florence», in BARRY, Jonathan; JONES, Colin (eds.), *Medicine and Charity before the Welfare State*, London, Routledge, 1991, pp. 26-45 e HENDERSON, Michael, *Piety and Charity in Late Medieval Florence*, Oxford, Clarendon Press, 1994.

⁴ PARK, Catharine, «Healing the Poor», p. 32.

de Lisboa⁵. Antes de mais, como se deve entender esta acrescida importância dos cuidados médicos na assistência hospitalar? Em primeiro lugar, chama-se a atenção para a necessidade de nos abstrairmos das formas que a medicina assumiu a partir da segunda metade do século XIX, sem dúvida muito diferentes das medievais. Por outro lado, é nítida nos compromissos dos hospitais a preocupação em excluir os doentes incuráveis ou contagiosos da massa dos doentes, e daí a fraca mortalidade que vamos encontrar no seu interior⁶. Em todo o caso, excepção feita dos que proporcionavam curas termais, os hospitais medievais tinham uma clientela exclusiva de pobres: os médicos e cirurgiões faziam visitas domiciliárias a pagamento, e, num escalão social elevado, integravam a domesticidade dos ricos. O que não implica que os médicos dos hospitais não fossem os mesmos que tratavam estes últimos: pelo contrário, era o prestígio acumulado na prática hospitalar que determinava o sucesso do médico como servidor de particulares.

Apesar da indiferenciação existente entre os estabelecimentos de assistência medievais, existiam já hospitais especializados: os «hospitais» para estudantes nos colégios universitários; os hospitais de meninos e os estabelecimentos destinados a leprosos. Os primeiros estariam marcados pela já referida ausência de distinção entre hospitalidade e assistência: seriam uma espécie de residências destinadas a estudantes pobres.

Em Portugal, não falta qualquer um destes tipos de hospitais especializados: os enjeitados são já objecto de hospitais próprios desde o século XIII, quando se fundaram hospitais em Lisboa e Santarém. O primeiro a ser fundado foi o Hospital dos Meninos Órfãos, na Mouraria, construído por ordem de D. Beatriz, mulher de Afonso III⁷. O de Santarém remonta ao primeiro quartel do século XIV⁸ e o regimento respectivo circunscreve-o aos filhos ilegítimos em risco de infanticídio, perdendo-se as almas sem baptismo das crianças e as das mães que os abandonavam. Diz-se também que ser criança pobre não bastava para ingressar no hospital, aludindo ao elevado número de pobres existente⁹. Outra categoria de necessitados requeria, pela natureza da sua própria doença, hospitais específicos: os

⁵ Damião de Gois refere que D. João II recomendou no seu testamento que «ho governo, ordem e regimento delle fosse ho que se tinha entam no Sprital de Florença» (*Crónica do Felicíssimo Rei D. Manuel composta por Damião de Gois*, nova edição conforme a de 1566, parte I, Coimbra, por ordem da Universidade, 1949, p. 6).

⁶ Acerca destas questões veja-se o artigo de PARK, Catharine, «Healing the Poor», pp. 26-45.

⁷ REIS, Maria de Fátima Marques Dias Antunes dos, *As crianças expostas em Santarém em meados do Antigo Regime (1691-1701). Elementos sociais e demográficos*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, 1988, p. 95.

⁸ Idem, pp. 96-98.

⁹ LOPES, Fernando Félix, «Breve apontamento sobre a Rainha Santa Isabel e a pobreza», *A pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média cit.*, t. II, p. 542.

leprosos, que as comunidades tentavam isolar do contágio de forma mais ou menos ritualizada. Os gafos eram acolhidos nas gafarias, lazaretos ou leprosas, geralmente situadas em locais periféricos em relação aos núcleos urbanos, fora das muralhas, insistindo-se na ausência de contacto entre leprosos e as comunidades, muito embora os perigos reais de contágio fossem reduzidos. A segregação a que deviam ser votados fez com que por vezes fossem criadas unidades económicas autónomas em que comunidades de lázaros viviam isoladas. Em Portugal, a segregação dos leprosos parece ter ficado aquém da verificada em outras regiões da Europa, com os gafos pobres a circularem pelo reino, enquanto que os mais ricos se podiam permitir ingressar numa gafaria, sem renunciar a saídas periódicas¹⁰. A distribuição geográfica das gafarias encontra-se estudada para o caso português e o seu declínio estava já bem acentuado na segunda metade do século XV¹¹. Sabemos pouco acerca dos hospitais destinados a estudantes: em todo o caso circunscreviam-se à universidade¹². Em todo o caso todos estes hospitais especializados tinham outros objectivos não os do tratamento médico: destinavam-se os primeiros a fazer vingar crianças abandonadas pelos pais; os segundos a separar doentes contagiosos do resto da população e os terceiros a alojar estudantes.

A frequência com que os testamentos e doações instituíam pequenos hospitais e albergarias levou a que um sem número de instituições se formassem em todo o território português. A criação de hospitais fazia-se quase sempre por testamento e a salvação da alma era a preocupação prioritária. A maior parte dos doadores fundava estabelecimentos de reduzida capacidade, destinados a pobres ou peregrinos, com instalações sumárias, reduzidas a uma ou duas divisões com os respectivos leitos, mantendo um hospitaleiro, destinado a zelar pelos indivíduos acolhidos. Os hospitais ou albergarias eram mantidos através de dotações em património, constituídas por terras e casas. Património que não revertia inteiramente a favor da manutenção das instituições: grande parte dos fundos destinava-se a pagar missas por alma do doador.

No entanto, a administração de hospitais por leigos deparava com uma limitação importante: era impossível, por determinação do direito canónico, fazer reverter os bens deixados em benefício da alma aos hospitais por particulares para outros fins que não aqueles que o doador ou testador tinham estabelecido. Havia duas formas que podiam fazer ultrapassar o problema:

¹⁰ Conde, Manuel Sílvia Alves, «Subsídios para o estudo dos gafos de Santarém (séculos XIII-XV)», *Estudos Medievais*, Porto, 1987, n. 8, pp. 111, 132 e 141-142.

¹¹ Idem, p. 117.

¹² COSTA, António Domingues de Sousa, «Hospitais e albergarias na documentação pontifícia da segunda metade do século XV», *A pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média. Actas das 1.ªs Jornadas Luso-espanholas de História Medieval*, Lisboa, 25-30 de Setembro de 1972, t. I, Lisboa, Instituto de Alta Cultura, 1973, pp. 261-267.

o desconhecimento dos textos de fundação — que as autoridades laicas invocariam com frequência — ou, quando a situação o exigia, a obtenção de uma autorização papal para aplicar os bens dos hospitais a outros fins. Este último aspecto explica que a alegada reforma dos hospitais levada a cabo por D. João II tenha sido precedida de um esforço diplomático junto de Roma para obter autorização para fundir pequenas unidades assistenciais em estruturas hospitalares de grande porte, como foi o caso do Hospital de Todos os Santos. Mas, na maior parte dos casos, a vontade dos testadores era obliterada pela má gestão dos hospitais e albergarias que atingiu o seu auge no século XV, sendo a regra a apropriação indevida dos bens por parte dos administradores¹³.

No entanto, a ausência de poder central levava a que não existisse controle sobre a administração dos bens dessas instituições e se negligenciassem os serviços de assistência para que tinham sido criadas. Dessa forma, muitos particulares lançavam mão dos rendimentos e utilizavam-nos em benefício próprio. Esta situação, de resto, foi comum à generalidade das regiões europeias: por toda a parte se encontram ecos da degradação da gestão das instituições. Degradação que pode constituir de resto apenas uma tomada de consciência da má gestão existente: situações que anteriormente passariam despercebidas eram agora tidas como pouco aceitáveis.

A coroa portuguesa procurou melhorar a situação de má gestão hospitalar. Por um lado, reconheceu que muitos hospitais não dispunham de rendimentos suficientes para sobreviverem e funcionarem; por outro, era mais fácil gerir um número mais reduzido de instituições sob o controle directo do rei. A preocupação reformista fez-se sobretudo para tornar viáveis pequenas unidades assistenciais agregando-as em hospitais de maior dimensão, com autonomia económica proveniente da junção de vários patrimónios, ao mesmo tempo que se procuravam limitar os abusos dos administradores através de uma fiscalização, até então quase inexistente.

A intervenção da monarquia portuguesa em matéria hospitalar contou assim com duas grandes vertentes: a criação de uma fiscalização e as iniciativas régias em matéria de criação de hospitais.

A intervenção régia na administração instituições de assistência parece ter-se pautado pela necessidade de preservar o património destas, tentando impedir que fossem mal administrados e que os seus administradores desviassem os seus bens em proveito próprio. Daí que a preocupação fundamental fosse o tombamento de propriedades e rendas, logo seguido pela elaboração de um regulamento. No sentido de indagar se as disposições testamentárias dos instituidores estavam a ser cumpridas, verificava-se se ainda existiam os documentos de fundação ou se existia compromisso.

¹³ Cf. BRAGA, Paulo Drummond, «A crise dos estabelecimentos de assistência aos pobres nos finais da Idade Média», *Revista Portuguesa de História*, Coimbra, 1991, t. XXVI, pp. 175-190.

Tentava-se obrigar também os responsáveis por essas instituições a elaborarem livros de receita e despesa e apresentarem contas superiormente. A protecção do património podia também efectuar-se procurando reunir hospitais pequenos inviáveis em unidades maiores. Fê-lo o infante D. Henrique em Tomar ao reduzir para quatro os catorze hospitais aí existentes¹⁴. Tentou também D. Duarte obter do papa o que D. João II conseguirá mais tarde: reunião dos hospitais de Lisboa e autoridade para empreender acção semelhante nas restantes cidades do reino¹⁵. O Regimento das albergarias e hospitais de Évora dado por Afonso V em 1470 preconiza a reunião das unidades inviáveis em unidades maiores e revela a preocupação em fazer cumprir das vontades dos testadores, o que equivalia a cercear a cobiça dos particulares e o desvio das respectivas rendas¹⁶. Santarém é outro caso em que a iniciativa régia visa reorganizar a rede hospitalar: desde 1436 que os seus hospitais eram fiscalizados por um único provedor e o monarca supervisionava as suas rendas e estatutos. Ainda no século XV, o hospital de Jesus Cristo incorporou todos os hospitais da vila, à excepção do de S. Lázaro¹⁷.

Esse esforço culminará com D. Manuel I, que nomeará provedores de capelas e hospitais, encarregados de velar pela feitura dos livros de tombo e dos regimentos ou compromissos nas comarcas respectivas. O facto é que grande parte dos tombos e compromissos que chegaram até nós têm indicação de terem sido feitos perante notário e em presença do juiz dos resíduos ou provedor das capelas e hospitais e esta acção inicia-se com ordens régias dadas por volta de 1498. Estão neste caso a confraria e hospital do Espírito Santo de Angra¹⁸, a gafaria de Viana¹⁹ e a confraria de S. Domingos de Guimarães²⁰. Outra preocupação consistia em nomear novos administra-

¹⁴ DINIS, António Joaquim Dias, «O infante D. Henrique e a assistência em Tomar no século XV», *A pobreza e a assistência cit.*, t. I, p. 354.

¹⁵ NUNES, Eduardo, «Política hospitalar de D. Duarte: achegas vaticanas», *A pobreza e a assistência cit.*, t. II, pp. 686-687. A já referida bula *Ex debitis sollicitudinibus* foi obtida por instâncias de D. João II ainda no reinado do pai. Em 1485 Inocêncio VIII concedia a bula *Injunctum nobis*, em que autorizava a reunião de pequenos hospitais num só hospital grande em todas as terras do reino. Já no reinado de D. Manuel, em 1501, idêntica bula de Alexandre VI, *Gerentes in Desideris*, reiterava o conteúdo exposto nesta última (cf. ABRANCHES, Joaquim dos Santos, *Fontes do direito eclesiástico*, vol. I, Coimbra, F. Amado, 1895, pp. 48 e 53).

¹⁶ Publicado por GUSMÃO, Armando, *Subsídios para a História da Santa Casa da Misericórdia de Évora*, vol. I, Évora, Edição da Santa Casa, 1958, pp. 176-183.

¹⁷ REIS, Maria de Fátima Marques Dias Antunes dos, *As crianças expostas cit.*, pp. 111 e 102. Ver ainda SILVA, Manuela Santos, «A assistência social na Idade Média. Estudo comparativo de algumas instituições de beneficência de Santarém», *Estudos medievais*, Porto, Centro de Estudos Humanísticos da Secretaria de Estado da Cultura, n.º 8, 1987, pp. 199-203.

¹⁸ AFONSO, João, *O Hospital de Angra nos séculos XV e XVI. Compromisso. Estatutos. Outros documentos inéditos*, Angra do Heroísmo, Santa Casa da Misericórdia, 1970, p. 4.

¹⁹ VIANA, Abel, ARAÚJO, José Rosa de, «Livro do Tombo da Misericórdia e Gafaria de Viana», *Arquivo do Alto-Minho*, Viana, vol. 6, 1956, p. 159.

²⁰ MARQUES, José, «A confraria de S. Domingos de Guimarães (1498)», *Revista da Faculdade de Letras. História*, Porto, II série, vol. I, 1984, p. 84.

dores para os hospitais existentes, que encontramos ao longo de todo o século XV. É indubitavelmente na primeira e segunda décadas do século XVI que chegamos ao cume de todo este processo. É destes vinte anos que datam os regimentos dos hospitais de que falaremos adiante, o próprio compromisso da Misericórdia de Lisboa e o fundamental Regimento das Capelas e Hospitais de 1514 que fixam as alterações entretanto produzidas na assistência em Portugal. Este último representa o corolário das iniciativas régias em matéria assistencial: inclui ao mesmo tempo um regimento da fiscalização dos oficiais régios sobre a gestão de capelas, albergarias, hospitais, gafarias e confrarias e um regulamento geral que todos os hospitais do reino deviam seguir²¹.

Concentremos a atenção um pouco mais de perto sobre as primeiras fundações que podemos considerar *modernas* tanto pelas alterações que testemunham em relação ao período medieval como pela sua permanência institucional: só o marquês de Pombal as alteraria de forma significativa. Temos então os hospitais de Todos-os-Santos, das Caldas e a Misericórdia de Lisboa. Estas três instituições são aqui consideradas à luz dos capítulos expressos nos regimentos respectivos: interessou-nos estudar modelos e não práticas, uma vez que os primeiros informam acerca das *intenções* que estiveram na base e tiveram influência na estruturação dessas instituições²².

Os novos hospitais

O primeiro grande momento do reagrupamento das instituições de assistência é protagonizado pela criação do Hospital de Todos-os-Santos de Lisboa, que juntou dezenas de hospitais (c. de 43) de Lisboa e arredores. Chamou-se hospital de Todos-os-Santos precisamente porque juntava instituições cujos nomes invocavam uma quantidade apreciável de santos diferentes. A sua designação completa — Hospital Real de Todos os Santos — não deixa dúvidas quanto ao interesse que a coroa tinha em patrocinar a assistência.

²¹ *Regimento de como os contadores das Comarcas hã de prover sobre as capellas, ospitaes, albergarias, cõfrarias, gafarias, obras, terças e residuos, novamente ordenado e copillado pello muyto alto e muyto poderoso Rey Dom Manuel nosso senhor*, E por especial mandado de sua Alteza Johã Pedro de Bonhomini de Cremona o mandou imprimir. Com privilégio, 1514 (publicado ainda por Correia, Fernando da Silva, «Charitatis Monumenta Historica. Regimento das Capelas e Hospitais», *Boletim da Assistência Social*, 2.º ano, 1945, n. 14 a 24).

²² Excepto indicação em contrário, as fontes utilizadas daqui em diante são: CORREIA, Fernando (ed.), «Compromisso do Hospital das Caldas dado pela Rainha d. Leonor sua fundadora em 1512», *O Instituto. Revista Científica e Literária*, Coimbra, 4.ª série, vol. 80, 1930, n. 9, pp. 107-265; CORREIA, Fernando da Silva (ed.), *Regimento do Hospital de Todos os Santos*, Lisboa, edição Sanitar, 1946.

Tratou-se de um processo complicado, porque, como vimos, D. João II teve de obter licenças papais para agregar essas instituições, decorrentes das competências do direito canónico em matéria hospitalar. A construção do edifício iniciou-se em 1492 e terminou em 1504, havendo nele duzentas camas. Localizava-se em pleno centro (junto ao Rossio) e constituiu um dos edifícios públicos mais importantes da cidade, tendo sofrido vários incêndios até ao golpe final do terramoto de 1755. O hospital sobreviveu noutra local sob a designação de Hospital de S. José graças à apropriação de bens da extinta Companhia de Jesus.

A criação do Hospital das Caldas reveste-se também de algum significado, embora não tenha origem em nenhum esforço de reagrupamento: fundado pela rainha D. Leonor, a sua construção foi iniciada em 1485, abriu ao público em 1488 e foi terminado em 1500. Este hospital evidenciava também uma manifesta tendência para a laicização da assistência, bem como para o afastamento dos poderosos da sua gestão, uma vez que o seu provedor não devia ser frade, nem comendador, nem pessoa poderosa acima da categoria de cavaleiro.

Os dois hospitais podiam tratar-se apenas de fundações hospitalares análogas às centenas de instituições que tinham sido criadas até então. À primeira vista, a diferença parece residir apenas na dimensão: ambos introduziam uma nova escala nas dimensões e capacidade dos hospitais. Tanto um como outro dispunham de um número de leitos elevado para a época, principalmente quando comparado com o dos hospitais medievais. Por estatuto, o hospital das Caldas tinha cem camas e o de Todos-os-Santos duzentas, enquanto o maior hospital medieval, o da Rainha Santa, em Coimbra, tinha trinta camas²³. Os dois hospitais são comparáveis na medida em que partilham as mesmas preocupações e atitudes face à assistência, embora o Hospital das Caldas seja um caso particular. Trata-se de um hospital termal, e como tal aberto durante um período circunscrito (de Abril a Setembro) e inserido num meio rural. Sobrevivia à custa das rendas pagas nas terras vizinhas pertencentes à rainha (Aldeia Galega e Óbidos), possuindo uma estrutura de cobrança adstrita ao hospital. Enquanto o hospital de Todos-os-Santos se destinava exclusivamente a pobres, como se depreende aliás dos parágrafos iniciais do seu regimento, o das Caldas destinava-se a pobres e ricos, a que prestava um acolhimento diferenciado: 60 camas para pobres, 20 para pessoas «mais honradas» e religiosos e 20 para peregrinos, servidores e escravos, com distinção entre o aparelho das camas respectivas. Uma vez mais essa especificidade decorria do facto de se tratar de um hospital termal e portanto abria apenas durante as épocas do ano em que se viajava: estava aberto desde Maio até ao S. Miguel. Admitia cerca de 1200 pessoas anualmente em finais do século XVII, pobres e doentes a pagamento em

²³ CORREIA, Fernando da Silva, «Os hospitais medievais», p. 1.

proporções iguais. Os pobres recebiam roupa à entrada. Todo o pobre que falecesse no hospital tinha indulgência plenária para a hora da morte concedida por Leão X a instâncias da rainha²⁴. No entanto, do ponto de vista assistencial e administrativo ambos os hospitais consolidavam uma série de alterações significativas, pelo menos ao nível das intenções expressas nos compromissos respectivos.

Do ponto da organização interna, eram unidades complexas. Vejamos o elevado número de lugares previstos nos compromissos:

	Todos-os-Santos	Caldas
Serviços religiosos	4	5
Serviços administrativos	9	3
Serviços médicos ou afins	23	7
Serviços domésticos	19*	13*
Totais	55	28

* O hospital de Todos-os-Santos incluía 6 escravos e o das Caldas 9

Fontes: citadas na nota 22.

No entanto, é no aspecto assistencial que os dois hospitais se demarcam definitivamente dos estabelecimentos medievais. Operavam definitivamente a distinção entre espaços reservados à hospitalidade a forasteiros e indivíduos sem tecto, e os dedicados à cura de doentes²⁵. Individualiza-se a enfermaria face à «casa dos pedintes» ou «casa dos peregrinos». Alteração tanto mais significativa quanto o pessoal que servia na parte de hospedaria era específico. O tempo durante o qual os viajantes podiam usar da hospitalidade era reduzido para uma noite e um dia, e não três como na generalidade dos hospitais medievais.

A assistência ao corpo, efectuada segundo os parâmetros da medicina da época, assumia uma importância que não detinha nos hospitais medievais portugueses. Qualquer um destes hospitais possuía uma estrutura médica complexa, com a presença de médicos, cirurgiões, boticários, sangradores e enfermeiros. O Hospital de Todos os Santos constituiu-se inclusivamente como lugar de aprendizagem de cirurgia. Nenhum doente era admitido sem ser observado pelo médico, em conjunto com o provedor ou um representante deste último. Nenhum deles admitia doentes incuráveis e

²⁴ SANTA MARIA, Francisco, *O Céu aberto na Terra. História das Sagradas congregações dos cônegos seculares de S. Jorge em Alca de Venesa e de S. João Evangelista em Portugal*, Lisboa, Off. de Manuel Lopes Ferreira, 1697, pp. 547-549.

²⁵ *Chartularium Universitatis Portugalensis (1288-1537)*, vol. X, Lisboa, INIC, 1991, gravura que acompanha o doc. 3942, p. 85.

regulou-se pelo princípio da elevada rotatividade: os doentes deviam dar lugar aos recém-chegados e desocupar as enfermarias, existindo espaços próprios para convalescentes. Valorizava-se a limpeza como contributo fundamental da saúde dos doentes; a referência aos «bons cheiros», obtidos através de preparados especiais, é tema recorrente no compromisso do Hospital de Todos-os-Santos. Este último compromisso previa que o transporte de doentes mortos nas enfermarias não fosse presenciado pelos outros doentes: eram levados pelas traseiras dos compartimentos individuais dos doentes (isolados por cortinados, conforme era hábito na época) para a igreja, onde também entravam por uma porta secundária. Trata-se de um indício de que a morte não era tratada como um facto demasiado banal e frequente para não ser cancelada da vista dos doentes.

Não obstante a medicalização da assistência patente em ambos os compromissos, a cura das almas continuou a ocupar o primeiro plano nas atitudes para com os doentes, embora não seja de excluir que se tenham verificado melhorias ao nível organizativo. Essa importância, de resto, é bem patente pelo facto de as estruturas religiosas e a cura das almas serem as primeiras matérias a serem tratadas em ambos os compromissos. As preocupações religiosas têm maior incidência no compromisso do Hospital das Caldas: faz-se o inventário minucioso das alfaías de culto, por exemplo. No entanto, os dois compromissos observam regras comuns: os doentes que se recusassem a confessar e comungar depois de serem admitidos eram expulsos; faziam testamento, que no caso do Hospital de Todos-os-Santos era obrigatório; diziam-se missas pelas almas dos membros da família real, e os doentes eram exortados a rezar por eles, o que transformava na prática as igrejas de ambos os hospitais em capelas reais.

É significativo que ambos os hospitais tenham sido objecto de uma atenção continuada por parte da casa real portuguesa: nenhum deles é uma criação testamentária e tanto D. João II como D. Leonor puderam dedicar-lhes atenção em vida. Por exemplo, através da dotação a ambas as instituições de compromissos específicos, o que significava uma diferença relativamente aos pouco conhecidos ou inexistentes regulamentos dos hospitais medievais. Os compromissos do Hospital das Caldas e o de Todos os Santos constituem documentos notáveis: mesmo considerando a hipótese plausível de terem sido copiados directamente de outros hospitais, acompanhavam a modernidade no que toca à administração hospitalar e cuidados médicos. Quanto ao hospital das Caldas, é importante notar que este préexiste à própria povoação das Caldas da Rainha, cujo aparecimento decorre da presença do hospital. Situado em terras que integravam o património da rainha, foi governado por ela e depois da sua morte os provedores conservaram jurisdição real na vila. A marca da autoridade da rainha, permanecia ainda no século XVII: narra-se que o provedor na visita diária do hospital e em outras ocasiões públicas levava a mesma bengala que D. Leonor supostamente trazia em ocasiões semelhantes²⁶. Por outro lado, o facto de os reis consi-

derarem os hospitais como obra sua, justifica as recomendações à continuação da obra do hospital de Todos-os-Santos feitas por D. João II no seu testamento²⁷; D. Manuel deixou a sua roupa de cama e as camisas ao hospital de Todos os Santos, o que comprova a relação de carácter pessoal entretanto estabelecida entre o rei e o hospital: «Item leixo ao meu spirital de Todos os Santos de Lisboa, toda a minha roupa de cama que ficar ao tempo de meu falecimento, convem a saber colchoens, colchas cobertores, lençoes, fronthas dalmofadas, e de travisseiros, e traviseiros, e toalhas, e toda outra roupa de linho, e asy todas as minhas camizas, e asy espames e arquilhas»²⁸.

O Regimento das Capelas e Hospitais (1514) introduzia vários elementos inovadores no que diz respeito à gestão de hospitais e que copiam directamente os compromissos hospitalares que acabamos de mencionar. Em primeiro lugar, postula a separação entre a figura do doente e a do peregrino, que mencionámos anteriormente, e que pode ser justamente considerada como o primeiro passo na medicalização da assistência. Peregrinos e doentes dispunham agora de espaços definidos; apenas se considera a eventualidade de o peregrino necessitar de cuidados médicos, cuja regulamentação é de resto a outra grande novidade do documento, que os equipara em importância aos cuidados da alma pela atenção que lhes dedica. Encontramos a mesma ressalva que referimos para os hospitais florentinos: exclusão de doentes incuráveis, depois de exame médico obrigatório. Tal como em Florença, a apresentação dos doentes era voluntária e submetida à apreciação conjunta de administradores e pessoal médico. Os hospitais deviam ser objecto de uma presença contínua e regular tanto dos administradores como do pessoal médico, com uma a duas visitas diárias pela manhã e tarde. Mas o que nos espanta no regimento é a sua intenção normalizadora: feita a ressalva de nem todos os hospitais disporem de recursos para o pôr em prática, aconselha-se que se cumpra em todos os hospitais do reino na medida das rendas disponíveis.

A estruturação da gestão hospitalar estava portanto completa: das experiências pioneiras do hospital das Caldas e do de Todos-os-Santos passava-se agora à difusão do modelo hospitalar português com o *Regimento das capelas*. Cabe no entanto fazer a ressalva de que a pedra mestra do modelo era constituída pelo hospital de Todos-os-Santos pelas suas características de hospital geral, e pela sua localização na principal cidade do reino. Seria este último, de resto, a fornecer a matriz do regimento do hospital Real de

²⁶ SANTA MARIA, Francisco, *O Céu aberto na Terra. História das Sagradas congregações dos cônegos seculares de S. Jorge em Alca de Venesa e de S. João Evangelista em Portugal*, Lisboa, Off. de Manuel Lopes Ferreira, 1697, pp. 547-548.

²⁷ *Crónica do Felicissimo Rei D. Manuel cit.*, p. 6.

²⁸ SOUSA, António Caetano de, *Provas da história genealógica da Casa Real portuguesa*, t. II, 1.ª parte, Coimbra, Atlântida, 1947, p. 409.

Goa, em tantos aspectos semelhante ao regulamento de Lisboa²⁹. Uma nebulosa de instituições semelhantes entre si mas autónomas, as Misericórdias, transformar-se-iam no veículo de transmissão do hospital moderno português à escala do reino e seus territórios ultramarinos. Desde o seu início, as Misericórdias tiveram condições privilegiadas para o atendimento aos doentes pobres: o compromisso de 1516 da Misericórdia de Lisboa afirmava a possibilidade de fazer recolher os seus pobres em hospitais locais, naqueles lugares em que as Misericórdias não dispusessem de casas próprias para recolher os pobres doentes desamparados, o que lhe concedia potencialidades significativas no sentido de fazer assistir os doentes e pobres que ajudava³⁰. A obtenção de recursos destinada a doentes pobres foi facilitada através de privilégios como os seguintes: os irmãos da Misericórdia gozavam de precedência no açougue local, geralmente da alçada municipal, para abastecimento de carne aos hospitais e aos presos. Desta forma os mordomos podiam não apenas encurtar tempos de espera, mas também ter direito a uma primeira escolha. Ficavam com quatro quintos dos panos falsos achados na cidade para ajuda das suas despesas; o outro quinto seria queimado, num gesto de evidente carácter simbólico, uma vez que a destruição de bens era reduzida a uma pequena proporção do conjunto³¹. A dádiva de panos não era acidental: trata-se de criar condições ao exercício da obra de Misericórdia que consistia em vestir os nus, numa época em que os pobres se vestiam de farrapos. Por outro lado, as Misericórdias enquadraram processos de mudança que são generalizados ao Ocidente Europeu, como por exemplo o processo de reagrupamento de instituições, por exemplo, que os investigadores conhecem pelo nome de «incorporações». Em Portugal, é inseparável dos inícios da construção do estado, com a crescente afirmação da monarquia a partir de D. João II: as Misericórdias, sob protecção régia, tenderam progressivamente a administrar os hospitais que até então estavam sob a alçada dos municípios, num processo que se arrastou até finais do século XVII. Como afirmamos noutro lugar, não se tratou de «espoliar» a Igreja em matéria assistencial, mas tão só de continuar uma tradição laica de socorro aos pobres³². Não que a transferência de hospitais para a alçada das Misericórdias tivesse sido imediata ou linear: nalguns casos significativos, algumas ordens religiosas administraram instituições, e os grandes

²⁹ RIVARA, J. H. da Cunha, *Archivo Portuguez Oriental*, New Delhi, Asian Educational Services, 1992, fasc. 5, parte 3, pp. 1006-1067.

³⁰ CORREIA, Fernando (ed.), *Do compromisso da confraria da Sancta Casa da Misericórdia de Lisboa fundada pela rainha D. Leonor de Lancastre*, Caldas da Rainha, Tip. Caldense, 1929, p. 45.

³¹ Idem, pp. 42-43.

³² Cf. Sá, Isabel dos Guimarães, «A assistência em Portugal no século XV», trabalho apresentado no Congresso *O Mundo do Infante D. Henrique*, Angra do Heroísmo, 5-9 Junho 1995 (em fase de publicação no *Boletim do Instituto Histórico da Ilha Terceira*).

hospitais modernos do reino oscilaram entre a gestão de ordens religiosas e as Misericórdias locais. No entanto, a tendência foi para mesmo nesses casos se ter operado uma transferência administrativa para as Misericórdias. Digamos que foram as misericórdias a dar seguimento às mudanças no panorama geral da assistência em Portugal, verificadas nas primeiras décadas de quinhentos. As misericórdias, pelo diálogo constante que mantinham com as chancelarias régias, passaram a ser os instrumentos privilegiados das reunificações de instituições hospitalares. Fique bem claro que não inauguraram as incorporações (veja-se o exemplo do Hospital de Todos-os-Santos), e provavelmente não existiu uma estratégia concertada no sentido de as fazer liderar esse movimento. Mas o certo é que em 1521, por exemplo, D. Manuel ordena que alguns dos hospitais municipais do Porto passem para a posse das Misericórdias³³. Com revezes, oscilações e algumas excepções, as Misericórdias acabaram por gerir grande parte das instituições hospitalares do país e colónias pelo menos em determinados períodos. Em muitas cidades as misericórdias monopolizaram a rede hospitalar local, apropriando-se cumulativamente de grande parte dos hospitais existentes, quer por via da incorporação ou da criação de novos estabelecimentos. Era importante controlar vários hospitais no mesmo aglomerado populacional, uma vez que estes funcionavam de forma interactiva: era possível e recomendável fazer transitar doentes entre os diferentes estabelecimentos conforme a idade, o tipo de doença e o estado de saúde. A existência de várias instituições tornava viável a separação dos doentes conforme as expectativas de cura: os indivíduos deficientes ou incapacitados eram internados em hospitais de entrevados, os incuráveis em pequenos hospitais, e os feridos ou os que padeciam de doenças nem contagiosas nem crónicas no hospital geral, com a correspondente separação entre doentes e convalescentes. No entanto, a administração de hospitais pelas misericórdias não se inscreve num processo de centralização: ao promover a administração de hospitais a Coroa portuguesa apenas propunha modelos e estabelecia um diálogo com os poderes locais. As misericórdias eram autónomas, geriam capitais próprios e autogovernavam-se: o diálogo com a Coroa destinava-se a obter, a reforçar privilégios, a sanar conflitos internos ou diferendos com outras instituições a nível local. Em contrapartida, hospitais e misericórdias conferiam visibilidade à monarquia, talvez o único objectivo político viável no contexto das estruturas de poder existentes.

Que podia esperar um doente dos séculos XVI e XVII de um hospital? Regra geral, se o indivíduo adoecesse longe do núcleo urbano podia ser transportado em cavalgadas que o hospital respectivo reservava ao trans-

³³ BASTO, A. de Magalhães, *História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, vol. I, Porto, Edição da Santa Casa da Misericórdia, 1934, pp. 293-296.

porte de doentes abrangidos pela sua área³⁴. Os doentes eram submetidos a um exame médico antes da admissão; seguiam-se a confissão e comunhão, sem as quais a sua estadia não era permitida. Uma das preocupações logo à entrada era fazer com que o doente fizesse testamento: mesmo que fosse pobre os hospitais sentiam-se no direito de ficar com os bens de que o doente fosse eventualmente proprietário e obviamente no caso de não haver herdeiros. No entanto, D. Afonso V estipulava que os hospitais podiam com a roupa e outros bens móveis com que os doentes davam entrada no hospital, hábito que encontramos nos hospitais do século seguinte³⁵. Depois de feito, o testamento podia ser guardado numa caixa e ser-lhe-ia restituído à saída. Depois de cumpridos os requisitos necessários à admissão no hospital, o doente era alimentado, vestido se necessário (com as roupas dos doentes falecidos ou oferecidas por doadores) e tratado na doença segundo as práticas em vigor na época. A alimentação pode ser considerada em si mesma como tratamento médico uma vez que era prescrita juntamente com os remédios de botica na visita diária. Tratava-se geralmente de uma dieta rica em comparação com a alimentação sumária das populações pobres: em vez de pão e caldo à base de gorduras animais, os hospitais davam carne de borrego, galinha e vaca aos doentes, o que podia representar uma diferença significativa no estado de saúde do doente. Os feridos eram normalmente assistidos por um cirurgião, enquanto os doentes eram vistos por um médico. Os hospitais, pela própria natureza da farmacopeia da época, tinham boticas incorporadas, com o respectivo boticário e seus ajudantes, onde os medicamentos se preparavam no momento e consoante o conjunto das receitas prescritas pelo médico na visita geral. Em caso de perigo de morte, o doente era confessado e recebia a extrema-unção. De notar que o pessoal médico não trabalhava em exclusividade nos hospitais: visitava a pagamento os doentes particulares, numa época em que apenas os pobres ingressavam nos hospitais e as «pessoas de qualidade» se tratavam em casa. Temos também casos de hospitais que reservavam espaços específicos para certas categorias da população: podemos citar o hospital de Évora em 1556 que procurava receber em casas «apartadas» estudantes e sacerdotes, englobados na categoria geral de «pessoas de qualidade»³⁶. Em Chaúl, por exem-

³⁴ Podemos citar o caso de Setúbal, na qual irmãos da Misericórdia tinham pedido ao rei para não serem embargadas as cavalgadas do almocreve que fazia o transporte de doentes para o hospital de que eram administradores. Mandava-se às justiças de Setúbal que não as embargassem para as fronteiras, nem prendessem o almocreve nem o vexassem por causa das cavalgadas (alvará de 1647.10.24 in SILVA, José Justino de Andrade e, *Collecção Chronológica cit.*, vol. VI, p. 333).

³⁵ Carta de 31 de Julho de 1450 publicada em CARVALHO, Augusto da Silva, *Crónica do Hospital de Todos os Santos*, Lisboa, s. n., 1949, pp. 246-247.

³⁶ PEREIRA, Gabriel, *Documentos históricos da cidade de Évora*, parte II, Évora, Tip. Ec. José de Oliveira, 1887, p. 190.

plo, os fidalgos recém chegados naus preferiam fazer-se tratar fora do hospital nas casas onde estavam provisoriamente hospedados, mesmo que recebessem medicamentos à custa da fazenda real³⁷. Os médicos que prestavam serviço nos hospitais podiam ser contratados como médicos da câmara — os chamados médicos do partido, por receberem salário fixo que geralmente assumiam o encargo de curar doentes em várias instituições incluindo os pobres do hospital³⁸. Havia ainda outra modalidade, usada no Oriente: citando uma vez mais o caso de Goa, o médico privado que acompanhava o vice-rei desde a partida de Lisboa tinha tendência a assumir funções no Hospital Real³⁹. No entanto, enquanto na Idade Média havia ainda lugar para o médico hebreu, assistimos a uma irradiação destes expressa nas leis portuguesas⁴⁰.

Se por um lado no Idade Moderna começava a ser obsoleto o hospital medieval desprovido de pessoal médico especializado, os cuidados da alma continuavam a ser fundamentais e pode-se inclusivamente aventar a hipótese de a sua importância se ter reforçado no seguimento do concílio de Trento. Os doentes eram obrigados a ouvir missa aos domingos e as enfermarias incluíam altares que podiam ser vistos de todas as camas. Esta permanência da assistência religiosa significa que, por um lado os orçamentos hospitalares conferiram parcelas significativas da sua totalidade ao pagamento de sacerdotes, por outro que tiveram de negociar com as autoridades religiosas os serviços destes últimos. Havia igualmente que resolver problemas logísticos: era necessário assegurar um sacerdote em permanência, que pudesse acudir a emergências no que toca à administração da extrema-unção. Veja-se o caso do hospital de Évora: em 1591 o arcebispo concedeu licença para colocar o Santíssimo Sacramento na igreja do hospital, por causa dos doentes que de noite e a desoras tinham necessidade de o receber com urgência, tornando-se inconveniente ir buscá-lo à Sé pelas perturbações que causava a ambas as partes. Por outro lado no hospital havia igreja onde se dizia missa cada dia com o culto divino, pelo que o

³⁷ REGO, António da Silva, *Documentação para a História das Missões do Padroado Português do Oriente, Índia*, vol. 11, pp. 184, doc. 66, 13 de Setembro de 1529.

³⁸ Em carta régia de 1624.06.04 a câmara da Guarda pretendia estabelecer partido a um médico; a sua pretensão era aprovada, acrescentando que este seria obrigado a curar gratuitamente os frades de S. Francisco e todos os pobres, tanto os do hospital como fora dele; e esta obrigação se imporia aos partidos que daí em diante se concedessem nos lugares do reino (SILVA, José Justino de Andrade e, *Collecção Chronológica da Legislação Portuguesa compilada e anotada*, vol. III, p. 122).

³⁹ LAVAL, Francisco Pyrdard de, *Viagem de Francisco Pyrdard de Laval contendo a notícia de sua navegação às Índias Orientais, ilhas de Maldiva, Maluco e ao Brasil...*, parte II, Porto, Livraria Civilização, s.d., p. 19.

⁴⁰ Em 1578 o rei confirmava o estipulado pelo seu sobrinho D. Sebastião, ordenando que o lugar de físico do hospital de Évora fosse dado a cristão velho que tivesse obtido o grau em Coimbra (PEREIRA, Gabriel, *Documentos Históricos cit.*, parte II, p. 262).

podiam colocar dentro dela. O arcebispo, examinado o local, autorizava a que o tivessem no altar e lugar que visitara e para tal fora determinado⁴¹. Problema que de resto se encontrava parcialmente resolvido a partir do momento em que a arquitectura dos hospitais era geralmente do tipo religioso. Os hospitais eram semelhantes na planta aos conventos: as enfermarias davam para pátios interiores, idênticos a claustros e tinham igreja própria⁴². A existência desta última arrastava ainda outra consequência: uma eventual diminuição dos recursos aplicados à cura de doentes. Numa época de gastos elevados com despesas de ostentação, relacionadas com o culto religioso (procissões, alfaia religiosa) ou com a construção e melhoria de instalações (igrejas e capelas), grande parte do património das instituições de assistência tinha a ver com as necessidades da alma. De resto, entre os inventários dos hospitais quinhentistas e seiscentistas contrasta a riqueza das alfaia das igrejas com a precariedade das instalações hospitalares e a rudimentaridade do seu equipamento⁴³.

Que aconteceu entretanto à hospitalidade reservada a viajantes e forasteiros? Desapareceu por completo ou sobreviveu de forma atenuada? O seu desaparecimento total está fora de causa uma vez que dar pousada aos peregrinos e pobres era a sexta obra de misericórdia e como tal não podia ser totalmente esquecida pelas misericórdias. Há indícios de que os hospitais mantiveram num primeiro momento a função medieval de hospedarem viajantes, como é o caso do de Évora no século XVI⁴⁴. Num contexto pós-medieval a figura do peregrino perdeu importância⁴⁵, embora muitas misericórdias passassem guias de transporte a peregrinos, assegurando-lhes transporte e alojamento de umas povoações para as outras. No entanto, a distinção entre forasteiro e doente pobre, passou a ser um facto no período moderno.

⁴¹ PEREIRA, Gabriel, *Documentos Históricos cit.*, parte II, p. 266.

⁴² Ver fotografia da maquete em *Hospital Real de Todos-os-Santos. Catálogo*, Museu Rafael Bordalo Pinheiro, Galeria de Exposições Temporárias, 1993, p. 46. Os textos deste catálogo, a cargo de vários autores, documentam bem a estrutura do edifício e as influências patentes na sua arquitectura. Veja-se em especial Rafael Moreira, «O Hospital Real de Todos-os-Santos e o italianismo de D. João II», pp. 23-30, pela inserção do edifício na arquitectura hospitalar renascentista.

⁴³ Biblioteca Pública e Arquivo de Angra do Heroísmo, *Fundo da Misericórdia da Vila da Praia*, maço 4, «Inventários da sacristia da Santa Casa da Misericórdia e do hospital respectivos». Vejam-se ainda os inventários quinhentistas do hospital do Espírito Santo de Évora e das alfaia de culto (BPADE, *Fundo da Misericórdia*, Livro n. 960).

⁴⁴ BPADE, livro n. 276, *Doentes: registos de entradas no hospital e falecimentos, 1554-1562*.

⁴⁵ Sobre peregrinações na época Moderna veja-se JULIA, Dominique, «Rome-Reims: Gilles Caillotin pèlerin (1724)», in S. Boesch, Gajano et L. Scarafia (éditeurs), *Luoghi sacri e spazi della santità*, Turim, Ed. Rosenberg et Céliier, 1990, pp. 327-364.

RESUMO:

Os hospitais quinhentistas portugueses de patrocínio régio procuraram desenvolver a complementaridade entre os cuidados da alma e os do corpo. Dedicados essencialmente ao tratamento de pobres, é patente uma preocupação com a salvação das almas de patronos e doentes, a par de uma intensificação dos cuidados médicos então praticados. Ao contrário da ideia corrente de que tratavam sobretudo doentes em estado terminal, é nítida a preocupação em evitar o ingresso de doentes incuráveis e em separar a hospitalidade a mendigos e peregrinos dos tratamentos médicos. Nessa medida, e no campo restrito dos regulamentos, estavam em sintonia com os hospitais «modernos» do século XVI.