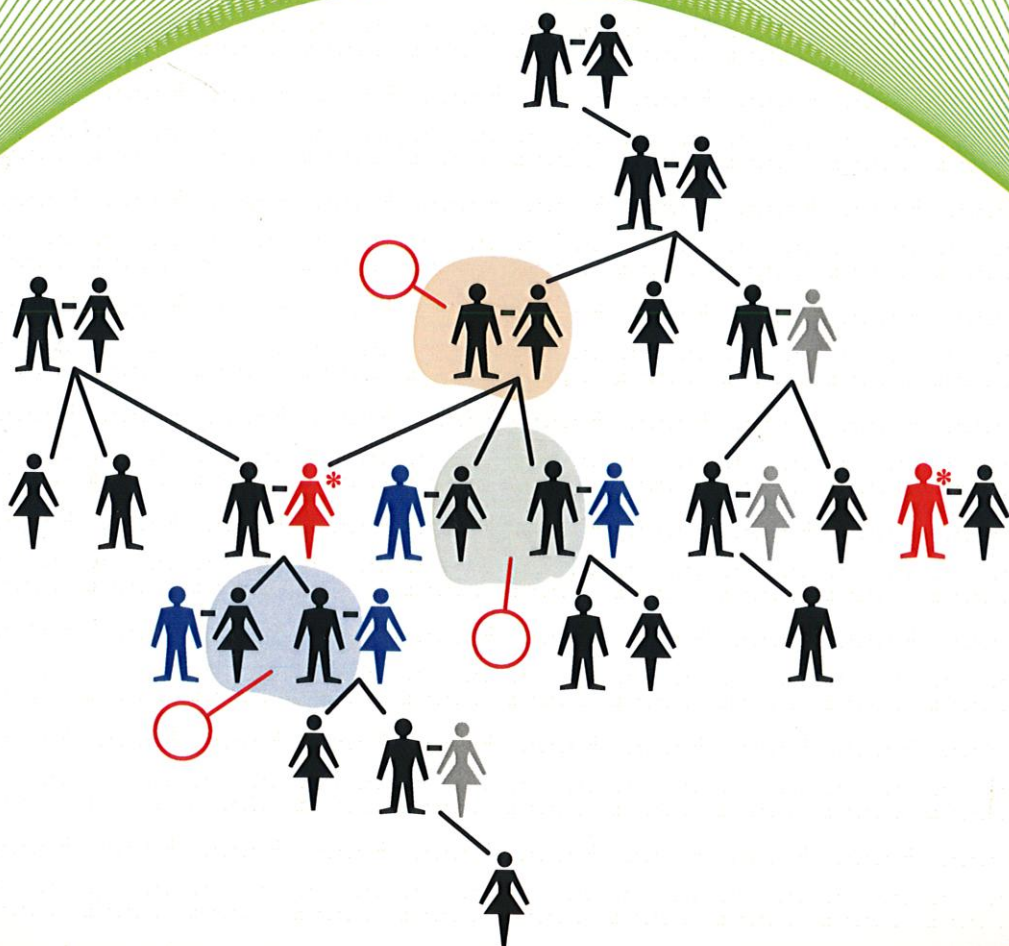


MARIA ENGRÁCIA LEANDRO  
PAULO NUNO DE SOUSA NOSSA  
VICTOR TERÇAS RODRIGUES

# SAÚDE E SOCIEDADE

## OS CONTRIBUTOS (IN)VISÍVEIS DA FAMÍLIA



MARIA ENGRÁCIA LEANDRO  
PAULO NUNO DE SOUSA NOSSA  
VICTOR TERÇAS RODRIGUES

Saúde e Sociedade.  
Os contributos (in)visíveis  
da família

psicosoma 

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	11
INTRODUÇÃO .....	13
<b>FAMÍLIA, SAÚDE, RISCOS E CONFIANÇA. EXPERIÊNCIAS E TEORIAS SOCIOLOGICAS .....</b>	<b>25</b>
Resumo .....	25
Abstract .....	26
Résumé .....	26
Introdução .....	26
Noção de risco .....	32
Os riscos nas sociedades hodiernas .....	32
Os riscos na óptica da saúde .....	39
Os riscos que ameaçam a saúde .....	41
Riscos familiares face à saúde .....	43
Procuras sensoriais e alimentação .....	47
Os mecanismos de confiança como prevenção de riscos para a saúde .....	53
Confiança triangular: médico-utilizador-família e prevenção de riscos .....	56
Os suportes familiares como prevenção de riscos .....	63
Conclusão .....	66
Bibliografia .....	68
<b>L'INVISIBILITÉ DE LA PARTICIPATION DES HOMMES IMMIGRANTS</b>	
<b>DANS LES SOINS À LEUR FAMILLE.....</b>	<b>73</b>
Resumo .....	73
Abstract .....	73
Résumé .....	74
Logiques institutionnelles versus logiques familiales .....	76
Engagement paternel .....	77
Méthode de recherche .....	79
Une plus grande participation des pères .....	81
Types de services fréquentés et formes d'implications des pères .....	82
Un nouveau rôle qui ne va pas toujours de soi .....	85
Non-reconnaissance du rôle des pères .....	87
Conclusion .....	91
Bibliographie .....	92
<b>A FAMÍLIA COMO ACTOR PROMOTOR DE SAÚDE .....</b>	<b>97</b>
Resumo .....	97
Abstract .....	97
Résumé .....	98
Família(s) no Portugal contemporâneo .....	99
Práticas de cuidados familiares .....	102
Promoção da saúde familiar .....	104
Conclusão .....	105
Bibliografia .....	106
<b>A FAMÍLIA, A SAÚDE E A INFÂNCIA NA PRODUÇÃO ACADÉMICA NACIONAL(1995-2005):</b>	
<b>CAMPOS DISCIPLINARES, INSTITUIÇÕES E TEMÁTICAS.....</b>	<b>107</b>
Resumo .....	107
Summary .....	108
Résumé .....	108
Introdução: O Projecto de Investigação, seus objectivos e dimensões em análise.....	108
1. Análise da produção académica: sua justificação .....	109
1.1 A produção académica nacional: as fontes .....	109
1.2 A saúde como critério directo e indirecto de identificação	
das teses: opções teóricas e empíricas.....	110
2. Alguns resultados e sua análise:	
a produção académica nacional: enquadramento científico e institucional.....	112

Título original	Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família
Autores	Maria Engrácia Leandro, Paulo Nuno de Sousa Nossa, Victor Terças Rodrigues
Copyright	© 2009, PsicoSoma
Capa	Digital 3, Lda. – Viseu
Revisão	PsicoSoma
Paginação	Digital 3, Lda. – Viseu
Impressão e Acabamento	Digital 3, Lda. – Viseu

ISBN: 978-972-8994-12-9  
Depósito Legal n.º 303320/09

1.ª Edição, Viseu, Dezembro 2009

*Reservados todos os direitos*

Psico & Soma – Livraria, Editora, Formação e Empresas, Lda.  
Largo Pintor Gata, N.º 13 e 14 R/Chão| 3500-136 Viseu | PORTUGAL  
Telefone: +351 232 431 060  
Fax: +351 232 431 059

<http://www.psicosoma.pt>  
[editora@psicosoma.pt](mailto:editora@psicosoma.pt); [info@psicosoma.pt](mailto:info@psicosoma.pt)

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida por qualquer processo (incluindo a fotocópia), transmitida ou traduzida em linguagem máquina sem a autorização por escrito do editor.

Se deseja promover a publicação de mais estudos em português, seja contra a fotocópia.

3. A família, as crianças e a infância.....	118
3.1 A especificidade da criança doente hospitalizada.....	119
4. Os contributos (in)visíveis da família na saúde das crianças: temáticas captadas na análise dos títulos das teses.....	120
4.1 Relações entre família, doença e infância.....	121
4.2 Uma relação construída pela modernidade.....	121
4.3 Cuidados visíveis: os pais em contexto hospitalar.....	123
4.3.1 Profissionais e pais em contexto hospitalar.....	124
4.3.2 Cuidar dos pais.....	125
5. A competência familiar fora do contexto hospitalar.....	126
5.1 Práticas parentais, escola e saúde.....	127
5.2 A educação familiar promotora de saúde.....	127
6. Cuidados invisíveis.....	128
Para finalizar.....	129
Bibliografia.....	130
<b>ENVELHECIMENTO E SAÚDE:</b>	
<b>UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA SOBRE IDOSOS E CUIDADORES.....</b>	<b>131</b>
Introdução.....	131
Envelhecimento e Família.....	135
Envelhecimento e Cuidadores.....	137
Envelhecimento e Capacidade Funcional no Idoso.....	141
Envelhecimento e Morbilidade Psicológica no Idoso.....	144
Envelhecimento e Ansiedade no Idoso.....	147
Envelhecimento e Stress Familiar.....	148
Envelhecimento e Qualidade de Vida no Idoso.....	149
Envelhecimento e Sobrecarga no Cuidador Informal.....	151
A Morbilidade Psicológica em Cuidadores Informais.....	154
Suporte Social no Cuidador Informal.....	156
Estudo 1: Idosos.....	159
Estudo 2: Cuidadores.....	163
Conclusão.....	165
Referências.....	166
<b>PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR</b>	
<b>O CONHECIMENTO DO RISCO PARA UMA INTERVENÇÃO SISTÉMICA DE ÂMBITO ALARGADO.....</b>	<b>175</b>
Resumo.....	175
Summary.....	175
Résumé.....	176
Introdução.....	176
Teorias e boas práticas.....	177
Prioridade para a prevenção da doença cardiovascular.....	180
Factores que aumentam o risco de doença cardiovascular.....	181
Hipertensão arterial.....	181
Diabetes.....	182
Colesterol.....	183
Conselhos a toda a população.....	184
Efeito da acumulação de factores de risco.....	184
Factores de protecção de doença cardíaca.....	185
Actividade física.....	
Estrogénio.....	186
A modificação dos estilos de vida.....	186
Avaliação do risco de doença cardiovascular.....	186
Apresentação do estudo - Risco de doença cardiovascular.....	187
Para a recolha dos dados.....	188
Para as mulheres.....	188
Para os homens.....	189
Apresentação dos resultados.....	189
Conclusão.....	192
Bibliografia.....	193
<b>QUANDO UMA PESSOA SE CASA TEM QUE ENGRAVIDAR, NÃO É?</b>	
<b>EXPECTATIVAS FACE À FAMÍLIA E CASAMENTO EM CONTEXTO DE INFERTILIDADE.....</b>	<b>195</b>
Resumo.....	195
Abstract.....	195
Résumé.....	196
Introdução.....	196
1. Algumas características da amostra.....	197
2. "Quem casa quer ter filhos".....	199
3. Condenação ou absolvição pela comunidade?.....	200
4. Que tipo de abalo sofre a relação conjugal?.....	204
5. Continuar a lutar, adoptar uma criança ou resignar-se?.....	206
6. Conclusões.....	209
Bibliografia.....	209

**"NÃO É DESTA FORMA QUE SE FAZ UM FILHO":**

<b>OS DISCURSOS LEIGOS SOBRE A FAMÍLIA NO CONTEXTO DE INFERTILIDADE.....</b>	<b>211</b>
Resumo.....	211
Abstract.....	212
Résumé.....	212
Introdução.....	212
Casar e procriar: reflexões em torno da natureza da família.....	215
A natureza das mulheres na infertilidade: deveres e responsabilidades.....	221
Conclusões.....	225
Bibliografia.....	226
<b>MATERNIDADE PROIBIDA.....</b>	<b>229</b>
Resumo.....	229
Abstract.....	229
Résumé.....	230
Maternidade Proibida.....	230
O Universo da Maternidade.....	233
Natureza da Maternidade.....	235
A Identidade e a Auto-imagem na Perspectiva da Maternidade.....	237
Aspirações e a Realização Pessoal.....	240
Sentimentos Relativos à Maternidade.....	242
A Terceira Entidade: O Filho.....	245
Conclusão.....	248
Referências Bibliográficas.....	248
<b>PREPARAÇÃO PARA NASCER: A FAMÍLIA E O ENFERMEIRO COMO SUPORTE SOCIAL NA GRAVIDEZ.....</b>	<b>251</b>
Resumo.....	251
Abstract.....	252
Résumé.....	252
Introdução.....	253
1. Metodologia.....	254
2. A Opinião das Grávidas: Análise dos Relatos.....	254
2.1 Caracterização Sócio-demográfica dos sujeitos da pesquisa.....	254
2.2 A rede de Suporte Social.....	257
2.2.1 O Papel do Marido/Companheiro.....	259
2.2.2 O Papel da Família.....	259
2.2.3 O Papel da(o) Enfermeira(o).....	260
Considerações Finais.....	262
Referências Bibliográficas.....	262
<b>MAL-ME-QUERES, BEM-ME-QUERES.....</b>	<b>265</b>
Resumo.....	265
Summary.....	265
Sommaire.....	266
Pilares da resiliência.....	270
Os Contributos Invisíveis da Família.....	271
Conclusão.....	274
Bibliografia.....	275
<b>A LITERACIA FUNCIONAL EM SAÚDE E AS SUAS REPERCUSSÕES NA GESTÃO FAMILIAR DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....</b>	<b>277</b>
Resumo.....	277
Résumé.....	278
Abstract.....	280
Introdução.....	281
1. Breve abordagem metodológica.....	288
2. Dimensões de doença.....	290
3. Fontes de informação sobre saúde/doença.....	294
4. Gestão da própria saúde.....	300
5. Lidar com determinantes sociais da saúde.....	304
6. Prevenir a doença.....	321
7. Utilização de serviços de saúde.....	326
7.1 Faz-se o que se pode, depois vamos ao hospital.....	326
7.2 Alternância entre particular e privado.....	328
7.3 Desigualdades regionais de disponibilização de serviços.....	331
8. Conclusões.....	333
9. Bibliografia.....	335
<b>NOTAS PARA A COMPREENSÃO DA PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO EM CONTEXTO FAMILIAR.....</b>	<b>337</b>
Resumo.....	337
Résumé.....	337
Abstract.....	338
Introdução.....	338
Automedicação: factores facilitadores.....	340
Objectivos Centrais.....	342
Material e métodos.....	343

Resultados.....	344
Considerações finais.....	349
Bibliografia.....	349
<b>INTENSIFICAÇÃO DOS RITMOS DE TRABALHO.</b>	
<b>IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL.....</b>	
Resumo.....	351
Résumé.....	351
Abstract.....	352
Introdução.....	352
1. A (in)visibilidade da relação trabalho e saúde.....	353
2. Condições de vida e de saúde no trabalho.....	355
3. Os jovens sob o signo da precariedade laboral.....	358
4. Feminização e conciliação da vida profissional e familiar.....	360
Referências bibliográficas.....	362
COESÃO FAMILIAR E SAÚDE. PORTUGUESES NA ALEMANHA E EM FRANÇA.....	365
Resumo.....	369
Résumé.....	369
Abstract.....	370
Introdução.....	370
Famílias em situação de saúde complexa.....	371
A relação entre o médico e a família.....	372
Migrações internacionais e saúde.....	373
A realização dos projectos migratórios ao preço da saúde.....	378
Os efeitos da estrutura social sobre a doença dos migrantes.....	382
A coesão familiar e a relação das famílias portuguesas com as instâncias de saúde.....	386
Conclusão.....	388
Bibliografia.....	392
A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NOS HOSPITAIS PORTUGUESES DA ÉPOCA MODERNA.....	395
Resumo.....	399
Abstract.....	399
Résumé.....	399
Bibliografia.....	411
A DESOSPITALIZAÇÃO E A GESTÃO FAMILIAR DOS CUIDADOS.....	413
Resumo.....	413
Abstract.....	413
Résumé.....	413
Introdução.....	414
O movimento de desospitalização.....	414
As consequências da reforma de saúde em curso para as mulheres.....	415
Desconstruindo os conceitos de cuidado familiar.....	421
A prestação de cuidados face às transformações sociais.....	424
Conclusão.....	430
Bibliografia.....	435
A FAMÍLIA E A SAÚDE: CONDICIONANTES SOCIAIS FACE À ACTUAL MOLDURA	436
DEMOGRÁFICA E PADRÃO EPIDEMIOLÓGICO.....	439
Resumo.....	439
Résumé.....	439
Abstract.....	439
Introdução.....	440
A Família num Contexto de Mudança.....	440
Factor sócio-demográfico, saúde e novo paradigma hospitalar.....	441
Breve caracterização sócio-demográfica do concelho de Braga.....	444
Técnicas metodológicas de pesquisa.....	448
Percepções dos familiares cuidadores.....	449
Em jeito de conclusão.....	458
Conclusão.....	462
Bibliografia.....	464
OS FAMILIARES DE DOENTES E A EMERGÊNCIA DE NOVOS ACTORES COLECTIVOS NO CAMPO DA SAÚDE.....	464
Resumo.....	467
Abstract.....	467
Résumé.....	468
1. Introdução.....	468
2. A constituição de novos actores colectivos no campo da saúde.....	469
3. As associações de doentes em Portugal e as famílias: para uma caracterização geral.....	471
3.1. O papel transversal da família no contexto das associações de doentes em Portugal.....	474
4. Considerações finais.....	475
Referências bibliográficas.....	485
ALBINO AROSO.....	486
DA CONTRACEPÇÃO À ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA NAS SOCIEDADES EUROPEIAS.....	487
	491

## AGRADECIMENTOS

Esta obra colectiva resulta de um conjunto de esforços conjugados de várias instituições e pessoas. Uma primeira versão da maioria dos textos que integram este livro foram apresentados no Colóquio Internacional “saúde e sociedade. O contributo (in)visível da família, que teve lugar na Universidade do Minho, nos dias 17 e 18 de Maio de 2007, sob a responsabilidade da Direcção do Mestrado de Sociologia – área de Sociologia da Saúde e do Projecto de Investigação “O contributo (in)visível. A gestão familiar dos cuidados de saúde”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT). Alguns dos outros trabalhos decorrem de algumas teses do Mestrado que acaba de ser indicado (recentemente defendidas), bem como de outros estudos, inclusive de carácter internacional, sobre a problemática que aqui propomos aos leitores. Os suportes financeiros e administrativos advieram da FCT, da Fundação Calouste Gulbenkian, da Organon e do Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS) do Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade do Minho. Aqui exprimimos a nossa profunda gratidão a todas estas instâncias pela sua respectiva contribuição e muito particularmente ao Secretariado do CICS. Pensamos expressamente na Dr.<sup>a</sup> Sofia Oliveira, relevando a sua inestimável ajuda e cooperação que sempre nos concedeu no atinente à organização e coordenação do respectivo Colóquio, o que também se prosseguiu na preparação desta obra. Desejamos agradecer, igualmente, às pessoas anónimas, na qualidade de referee, pelo seu minucioso trabalho de leitura, análise e pareceres sobre os trabalhos propostos para publicação neste livro, o que muito contribui para a melhoria da sua qualidade e selecção, quando tal se afigurou necessário.

A nossa gratidão é extensiva ao **Dr. Albino Aroso**, tendo presente quanto ao seu trabalho e pioneirismo em Portugal, em prol do Planeamento Familiar, tem contribuído para a saúde procriativa das mulheres e das famílias portuguesas. Cria Senhor **Dr. Albino Aroso** que a sua presença no referido Colóquio, aceitando uma singela homenagem que no momento lhe quisemos prestar, muito nos honrou, continuando reiterada na publicação deste livro de que também é co-autor. Bem Haja.

Queremos agradecer, igualmente, ao **Professor Doutor David Ferfaty**, cujo saber e competência postos ao serviço de alunos, colegas, mulheres e famílias sobre as dimensões da ginecologia e da contraceção constituem um legado importante, não apenas em França, mas através do mundo, tanto através da sua obra, como das várias intervenções que tem feito em múltiplos eventos científicos, inclusive em Portugal. Queremos dizer-lhe Doutor Serfaty que a sua presença entre nós muito nos honrou e continua a honrar, o que é manifesto neste trabalho.

E agora, sendo este o último evento científico que contou com a participação da 3ª edição do então Mestrado de Sociologia – área de especialização em Saúde, não queremos deixar, de modo algum, de dizer uma palavra ao Senhor **Professor Doutor Joaquim Germano Pinto Machado Correia e Silva**, que desde a primeira a hora, sem qualquer tipo de reserva, sempre apoiou a criação desta área de especialização em sociologia, aprovada no Senado da Universidade do Minho em 26 de Outubro de 1998. Entre muitos outros aspectos, relevamos o facto de ao longo do tempo ter querido e sabido criar pontes entre a Escola de Ciências da Saúde e a Sociologia na Universidade do Minho, demonstrando claramente o seu espírito de interdisciplinaridade entre Ciências da Saúde e Ciências Sociais em sentido mais lato, de resto, uma matriz fundadora da Universidade do Minho. Aqueles que tiveram a dita de trabalhar e aprender com o Professor podem saber o que lhe devem: uma transmissão de conhecimentos, um saber dialogar, um discernimento para questionar, analisar, relacionar e relacionar-se, (re)inovar abrindo-se a novas perspectivas, uma energia para trabalhar e uma vontade de “*recomeçar*”. É também, e ao mesmo tempo, uma relação com o saber, o saber-ser pessoa, mas saber ser pessoa com os outros, uma “*maneira*” de trabalhar, que se recebe. Ao Homem, ao Cidadão, ao Médico, ao Professor que foi/é o Professor Doutor Joaquim Pinto Machado, a quem, bem como ao Dr. Albino Aroso e ao Professor Doutor David Serfaty, dedicamos esta obra, aqui expressamos a nossa sincera homenagem e profunda gratidão.

A Direcção do Mestrado de Sociologia – área de especialização em Sociologia da Saúde:

Maria Engrácia Leandro  
Manuel Silva e Costa  
Maria Marta Lobo de Araújo

# A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NOS HOSPITAIS PORTUGUESES DA ÉPOCA MODERNA

Maria Marta Lobo de Araújo  
email: martalobo@ics.uminho.pt

## RESUMO:

Tratar do corpo e sarar a alma constituiu um dos pilares da actuação das Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. Possuidoras da esmagadora maioria dos hospitais, estas confrarias auxiliavam os doentes internando-os nos seus hospitais ou enviavam os profissionais de saúde aos seus domicílios, pagavam os medicamentos ou mandavam uma esmola para que se pudessem tratar.

Os hospitais da Idade Moderna forneciam um alargado conjunto de serviços aos internados que cobriam os cuidados do corpo e a assistência à alma.

**Palavras chave:** *Misericórdias, hospitais, doentes*

## ABSTRACT:

Taking care of the body and healing the soul became one of the touchstones of the Portuguese *Misericórdias* during the Modern Age. Proprietors of the large majority of existing hospitals, these brotherhoods either helped the sick people in their hospitals or sent health professionals to their homes, paying for the medicines or even giving those alms so that they could treat themselves.

Hospitals in Modern Age provided a wide set of services to those sick people, thereby covering body cares and soul assistance.

**Key-words:** *Misericórdias, hospitals, sick people*

## RÉSUMÉ

Soigner le corps et guérir l'âme, c'est un pilier de l'action des Miséricordes portugaises au Moyen Âge. Étant propriétaires de la majorité des hôpitaux,

ces confréries aidaient les malades, les faisant entrer dans leurs hôpitaux ou envoyaient des professionnelles de santé dans leurs domiciles, payaient les médicaments ou leur donnaient une aumône pour qu'ils puissent se soigner.

Les hôpitaux du Moyen Âge procuraient un ensemble de services à ceux qui étaient à l'hôpital s'occupant des soins du corps et de la protection de l'âme.

**Les mots clés:** *Miséricordes, hôpitaux, malades*

Os hospitais portugueses da Época Moderna prestavam um conjunto de serviços aos doentes que podemos sistematizar em dois grandes vectores: tratar do corpo e curar a alma. Estas foram as grandes preocupações destas instituições de saúde ao longo dos séculos XVI-XVIII.

O nosso trabalho procura analisar estes vectores tendo em atenção não apenas as diferentes doenças de que cada um era portador, mas também os contextos em que os hospitais estavam inseridos. Procuraremos ainda analisar e discutir os serviços de caridade dispensados pelas Misericórdias portuguesas aos doentes ao longo da Época Moderna, através dos hospitais que administravam e no auxílio a domicílio que praticavam. Tentaremos também conhecer o funcionamento dos hospitais durante este período.

Curar os enfermos constitui a segunda obra de misericórdia corporal e expressa o cuidado dispensado pelas Santas Casas aos que sendo pobres precisavam de ajuda. A esmagadora maioria dos hospitais portugueses da Idade Moderna estavam sob a administração das Misericórdias.

A forma de actuar das Misericórdias no sector da saúde desde cedo se configurou à assistência hospitalar, ajudando a tratar dos males do corpo. Todavia, a actuação destas confrarias no campo da saúde foi mais ampla e acolheu todos aqueles que não desejavam ou não podiam ser internados. Fizeram-no ajudando os doentes a domicílio, através do envio dos seus profissionais de saúde, ou da dádiva de esmolas, de géneros alimentares e mesmo de roupa.

No início da Época Moderna e perante a incapacidade das instituições de assistência responder com eficácia à procura dos pobres, constatou-se a necessidade de uma reforma que passou pela reunião dos hospitais, pelo tombamento dos seus bens, pela nomeação de novos administradores e pela existência de livros de receita e despesa. Em Portugal, essa reforma decorreu ao longo dos séculos XV e XVI, conheceu vários níveis de reforma e começou pelos hospitais (Araújo, 2003, 127-128). Este processo foi autónomo e precedeu o surgimento das Misericórdias.

Os estabelecimentos de assistência encontravam-se em má situação e estes não satisfaziam as necessidades de uma população pobre e em crescimento. Os hospitais eram muito pequenos e estavam mal administrados. Os seus rendimentos eram aplicados em fins para os quais não tinham sido deixados e exis-

tia falta de fiscalização destas instituições. Algumas confrarias, que administravam hospitais, encontravam-se esvaziadas de irmãos, não podendo satisfazer as exigências a que estavam vinculadas e os bens que suportavam financeiramente estas instituições de assistência também não eram devidamente controlados (P. Braga, 1991, 175-190). Ainda que, em traços gerais, é possível perceber o descontrolo em que se encontravam as instituições de assistência nos finais da Época Medieval e constatar a sua incapacidade para fazer face aos problemas existentes. Impunha-se, por conseguinte, uma reforma do sistema existente, tornando-o mais operativo e eficaz.

Por outro lado, urgia uma resposta que minorasse o quadro da pobreza. Com a alteração da estrutura da produção agrícola associada a anos de más colheitas e à consequente inflação do preço dos produtos, mas principalmente dos alimentos (decorrente de uma maior procura que provinha de um crescimento demográfico vivido e desaguava na falta de trabalho, em anos de peste), aumentaram os pobres (Jutte, 1994, 21-24). A precaridade fez disparar o número de mendigos que pressionavam as cidades em torno de esmolas, amealhando os seus habitantes e pressionando o poder político a alterar a situação existente.

O estudo da reforma da assistência em Portugal deve ser integrado num contexto mais alargado de reestruturação deste sector em toda a Europa.

Esta reforma iniciou-se em Portugal durante o século XV, como referimos, e prolongou-se até ao século seguinte. Tratou-se de um período lato de tempo em que se verificou uma transformação gradual do sistema de assistência.

Uma das medidas tomadas foi a junção dos hospitais, criando unidades de tratamento maiores e melhores administradas que procuravam responder a um crescimento do número de pobres e doentes.

Instituídos através de legados pios, os hospitais precisaram de autorização papal para efectuar a sua união e criar novos espaços de cuidados de saúde. Este processo verificou-se em várias localidades do reino, de que se destacam Lisboa, Coimbra e Évora..

Foi com a dinastia de Avis que o processo se desenrolou, estendendo-se de D. Duarte a D. João II. Este último monarca juntou os hospitais de Lisboa e criou o hospital de Todos-os-Santos. Por todo o reino assistiu-se à fusão dos hospitais e à criação de centros hospitalares de maiores dimensões, em Coimbra, Évora, Santarém e Setúbal (P. Braga, 1991, 175-190).

Foi neste enquadramento de reforma que surgiram a Misericórdia de Lisboa, em 1498, e o *Regimento de como os contadores das comarcas hão-de prover sobre as capelas, hospitais, albergarias, confrarias, gafarias, obras, terças e residios*, em 1514.

Da reunião dos hospitais emergiram novas unidades de saúde, melhor preparadas para acolher doentes: os hospitais gerais, de que se destaca o Todos-os-Santos, em Lisboa. Simultaneamente, criou-se o das Caldas (hospital ter-



mal). Enquanto o primeiro reuniu os bens dos 43 hospitais da cidade, o segundo, foi fundado por D. Leonor, abria apenas entre Abril e Setembro e era suportado pelas rendas pagas das terras pertencentes à rainha, que lhe eram vizinhas, nomeadamente Aldeia Galega e Óbidos. Estava dotado com 60 camas para pobres, 20 para peregrinos e mais 20 para pessoas “honradas”.

O hospital de Todos-os-Santos dispunha de 200 camas, corpo clínico, capelão-mor e regimento.

Estas unidades de tratamento tinham como novidade também a separação dos doentes dos peregrinos, situação bem diferente da apresentada pelos hospitais medievais, em que estas duas categorias de pobres repartiam o mesmo espaço.

Eram unidades de grandes dimensões, comparativamente com os hospitais do período anterior.

Confrarias de instituição régia, as Misericórdias foram desde sempre muito protegidas pela Casa Real. Inscreveram irmãos reis e rainhas como seus membros e foram largamente beneficiadas pelos diferentes monarcas. Para além de fundarem hospitais através de legados recebidos ou das suas próprias receitas, as Santas Casas incorporaram sobretudo desde a segunda metade do século XVI muitos hospitais medievais, administrando desta forma a larguíssima maioria dos hospitais existentes em Portugal no Período Moderno.

Como já se referiu, a Coroa portuguesa destacou-se em todo o processo de reforma, através das medidas que tomou. Para além das posições já enunciadas, a Casa Real procurando melhorar a gestão das instituições de caridade, ordenou a elaboração de tombo das propriedades e rendas, com vista a uma maior acção de fiscalização e de preservação dos bens. Simultaneamente, mandou proceder à elaboração de livros de receita e despesa, impondo maior rigor, e determinou a existência de regras, através da elaboração de regimentos. Procedeu ainda à colocação de novos administradores nos estabelecimentos de caridade (Sá, 1997, 42-50).

A publicação do *Regimento de como os contadores das comarcas hão-de prover sobre as capelas, hospitais, albergarias, confrarias, gafarias, obras, terças e residuos*, em 1514, vem na esteira do *Regimento das capelas, hospitais e albergarias e confrarias da cidade de Lisboa*, publicado em 1504 alargando a todo o reino uma nova atitude relativamente às instituições de assistência. Manifesta-se uma preocupação de conhecer o estado dos legados pios e de implementar uma política mais rigorosa na gestão das instituições a estes que deram origem (Rosa, 1998, 205-206).

Para além deste propósito, parece-nos inegável que este corpo legislativo teve efeitos paralelos no fortalecimento do poder do monarca. Ao dar ordens para que os bens dos hospitais fossem tombados, promovendo a preservação e o melhoramento da gestão patrimonial, D. Manuel estava a fortalecer o seu

poder. O mesmo se passa quando por ordem régia se retiraram hospitais da administração concelhia e se passaram para a tutela das Misericórdias.

A rede hospitalar portuguesa ia dando resposta aos problemas de saúde existentes. Todavia, em tempo de peste tudo se alterava, a estrutura hospitalar não estava preparada nem conseguia responder às solicitações do momento. As necessidades de uma população doente e faminta exigiam outras medidas.

Em Abril de 1598, os vereadores da Câmara de Lisboa escreveram ao monarca dando conta das “grandes companhias de homens, molheres e mininos” que chegavam à cidade desnutridos e doentes, vindos de todas as partes. Como o hospital de Todos-os-Santos, já sob a administração da Misericórdia de Lisboa não podia acudir a todos, solicitaram ao rei autorização para lançar um imposto sobre a venda de carne e de vinho (um real por cada arrátel) durante três meses, para desta receita construírem um novo hospital para tratar os mendigos enfermos. Os vereadores temiam a chegada de mais gente de fora “que como he muito pobre e mal mantida, em manadas anda por esta cidade pedindo esmola, entrando em todas as casas della se teme e quasi o temos experimentado que causara contagio” (Oliveira, 1887, 103-104). Era a fome generalizada, mas também a peste que grassava em muitos lugares do reino e o medo que os pobres provocavam (Rodrigues, 1990, 117).

O sentimento de perigo, de contágio era muito forte e estava espalhado por todas as populações. Os pobres eram incómodos pelo número, por se deslocarem “em manadas”, por rogarem esmola de porta em porta e por serem portadores de doenças. Apesar do receio, os vereadores de Lisboa decidiram não os expulsar. Eram muitos, diziam, e quando estes saíssem, viriam outros. Por isso, acordaram agasalhá-los, mas proibiram-nos de pedir nas casas particulares. Ou seja, a Câmara ia ajudá-los, mas acabava com a mendicância porta a porta.

O ritmo de crescimento da população europeia no início da Época Moderna levou a que um número considerável de pessoas se concentrasse nos centros urbanos, obrigando a um regular abastecimento de produtos para satisfazer as necessidades de uma população faminta e crescente. Mudam-se os níveis de consumo e a pressão que a população exercia sobre os produtos, que não conseguiam responder às quantidades desejadas, fez com que os seus preços subissem e, conseqüentemente, se tornassem proibitivos para a população pobre.

Como referimos, os hospitais da Idade Moderna cumpriam duas funções principais: sarar o corpo e curar a alma. Os pobres quando procuravam o hospital padeciam dos males do corpo, mas a instituição proporcionava estes dois serviços. Estava dotada de corpo clínico e de um capelão (Santos, 1994, 191). Geralmente possuía um altar nas enfermarias onde o religioso celebrava e os doentes recebiam os sacramentos.

O corpo clínico era normalmente composto por médicos, cirurgiões e sangradores, podendo nas grandes unidades de tratamento integrar aprendizes,

sendo o seu número muito variável e de acordo com as necessidades do hospital. A instituição podia contar ainda com enfermeiros ou hospitaleiros. Estes últimos prestavam serviços de enfermagem, confeccionavam as refeições e serviam-nas aos internados. Nos hospitais de grande e média dimensão, o desempenho dos enfermeiros era coordenado pelo enfermeiro-mor, função inexistente e desnecessária nas instituições de menor porte.

Para além do corpo clínico existia um capelão, responsável pela assistência à alma. Competia-lhe sacramentar os doentes, celebrar os sufrágios a que a instituição estava encarregue, confortar espiritualmente os moribundos e sepultar os que morriam. Em alguns hospitais espanhóis, o capelão tinha ainda por função doutrinar os que se encontravam internados (Carmona Garcia, 1979, 143-148). Geralmente, os pobres não cumpriam as normas morais, andavam afastados dos preceitos religiosos e não seguiam a doutrina católica, porque em muitos casos a desconheciam. Entendia-se, portanto, que o tempo de internamento servia também para os colocar no caminho da salvação, fornecendo-lhes a possibilidade de se redimirem dos pecados e de inverterem a sua conduta.

Todos os internados assistiam, pelo menos uma vez por semana, à missa, celebrada pelo capelão-mor nas enfermarias. Estes espaços estavam dotados de um altar, como já referimos, onde aconteciam os ofícios divinos (Araújo, 2003, 72-93). Era um dispositivo que se encontrava instalado num local de adequada visibilidade para homens e mulheres.

Em muitos hospitais o capelão era obrigado a viver dentro da instituição, facto que denotava a importância dada à assistência à alma, ao mesmo tempo que denunciava a sua primazia em relação ao corpo. Este assalariado devia efectuar um atendimento permanente aos doentes, quer de dia, quer de noite. Para não ter de passar com o viático por fora das instalações, a igreja comunicava, normalmente, através de uma porta, com o hospital, facilitando a travessia do capelão e evitando perdas de tempo.

Quando chegava ao hospital, o doente era obrigado a confessar-se, condição para ser admitido. Enquanto internado era assistido espiritualmente e, se a morte ocorria era igualmente acompanhado pelo sacerdote até à sepultura, sendo a sua alma era sufragada com uma missa.

O corpo clínico constituiu uma novidade dos hospitais da Idade Moderna.

Competia ao(s) médico(s) ou físico(s) ou cirurgião(ões) visitar regularmente os doentes. No hospital de Todos-os-Santos de Lisboa, o físico devia visitar os internados duas vezes ao dia: de manhã, bem cedo e no início da tarde, devendo a visita ser acompanhada pelo enfermeiro-mor e pelo boticário, pelo provedor, pelo vedor e pelo hospitaleiro (Salgado, 1996, 472). Ou seja, gente da especialidade, prestadora de cuidados médicos e pessoal ligado à administração do hospital. O número de gente envolvida e os cargos que alguns ocupavam conferiam solenidade ao acto, materializando a importância dada ao momento.

De acordo com o seu regimento, muitos hospitais tinham um horário estabelecido para estas visitas. Em Portel, as visitas que o médico e o cirurgião realizavam aos enfermos verificavam-se também de manhã e à tarde, tendo no século XVIII hora marcada. De manhã e no Inverno deveriam ocorrer às oito horas, enquanto no Verão seriam às sete. À tarde, no Inverno realizavam-se às 16 horas e no Verão às 17 horas (Araújo (a), 2003, 336).

Havia, no entanto, hospitais onde os profissionais de saúde não estavam vinculados a nenhum horário. A flexibilidade da instituição não os aliviava, de responsabilidades, pois deviam visitar os internados com regularidade e mostrarem-se disponíveis para o seu atendimento. Esta disponibilidade de horário estava associada às tarefas que desempenhavam. Praticavam igualmente clínica privada e muitos deles eram também médicos do Exército e das Câmaras.

Num período em que não existiam as especialidades que hoje conhecemos, a falta de saúde estava associada a assuntos do foro da Medicina ou da Cirurgia. Os médicos cuidavam dos males relacionados com questões da Medicina, enquanto os cirurgiões se dedicavam ao campo da Cirurgia. Aos sangradores competia lançar as sanguessugas e sangrar os internados (Lourenço, 1991, 14-16).

As funções de cada grupo prestador de cuidados de saúde estavam consignadas nos regimentos de cada hospital ou, na sua ausência, no compromisso das Misericórdias e nos acórdãos da Mesa. Por isso, cada um conhecia com precisão as tarefas que lhe estavam destinadas e, no caso de incumprimento ou de falta de zelo, eram admoestados e corriam risco de despedimento.

Contrariamente ao que se verificava na Idade Média em que os doentes e viajantes repartiam o mesmo espaço, o hospital da Época Moderna separou doentes de viajantes e criou espaços para cada um deles (Sá, 1996, 97). Os doentes passaram a estar instalados em enfermarias das febres e das feridas e, normalmente, separados por sexos, de acordo, aliás, com os quadros clínicos que apresentavam (Barreira, 2002, 350-353). Havia, no entanto, hospitais de pequenas dimensões, onde homens e mulheres coabitavam na mesma enfermaria (Araújo, 2000, 638).

De acordo com a capacidade hospitalar existiam mais ou menos enfermarias e, se reuniam condições, poderiam receber outras pessoas que não apenas os pobres. Em Vila Viçosa, o hospital da Santa Casa tinha seis enfermarias no início do século XVIII: uma das febres, uma das feridas, uma para pessoas honradas, uma para convalescentes e duas para a cura das "boubas", ou sífilis (Araújo, 2000, 176). Ou seja, integrava para além do tratamento a pessoas que sofriam de males do foro médico e cirúrgico, espaços para outros tratamentos, como era o da sífilis. Estava ainda dotado de um compartimento separado para pessoas honradas e religiosos e de uma enfermaria para os que se encontravam em restabelecimento. A enfermaria para convalescente era inexistente nos pequenos hospitais.

Os enfermos ocupavam camas separadas por cortinas, usavam roupa e calçado do hospital enquanto estavam internados e, embora o mobiliário hospi-

tar fosse reduzido e precário, a instituição oferecia aos que a procuravam um local de aconchego, a que normalmente não estavam habituados.

Embora na Época Moderna as preocupações com a saúde não fossem as mesmas que se manifestam nas sociedades contemporâneas, existia medo de perder a saúde e de ficar doente. Quando o mal se instalava e o corpo cedia à doença, os pobres procuravam os hospitais para se tratarem gratuitamente. Por isso, os hospitais estavam sempre cheios.

A ocupação permanente das enfermarias obrigava a gastos constantes no sector da saúde: a alimentação, as mezinhas da botica, o mobiliário, a roupa e os salários dos profissionais da saúde eram despesas certas.

O hospital proporcionava ainda transporte aos doentes: ia buscá-los a casa e levava-os numa cadeirinha e, em caso de manifesta necessidade, fornecia-lhes transporte à saída, mandando o doente numa besta até à localidade mais próxima e passando-lhe uma carta de guia.

Com este documento que atestava a sua pobreza e necessidade, o enfermo conseguia que a instituição de assistência da localidade para onde se deslocava lhe renovasse a carta de guia e, se necessário, lhe fornecesse uma besta para o transportar.

Os pobres andavam subnutridos, nem todos dispunham de casa, não tinham regras de higiene e frequentemente não dispunham de quem cuidasse deles em situação de doença. Ora, o hospital fornecia esses serviços, facto que contribuía para que as taxas de mortalidade não fossem elevadas. Estes aspectos teriam sido importantes, mas devem-se acrescentar os cuidados tidos com o bem-estar dos doentes, materializado na higiene que se exigia nestas instituições, normalmente associada aos “bons cheiros”. Compravam-se produtos para que o ambiente se tornasse mais agradável e, no século XVIII as preocupações com o conforto do ambiente passavam também pelo aquecimento dos espaços hospitalares, nomeadamente das enfermarias e pela colocação de ervas cheirosas: alecrim e alfazema. Estas manifestações em torno dos doentes ecoam a defesa do aumento de condições de saúde e foram manifestadas por médicos e filósofos (Ackerknecht, 1986, 190-206). As preocupações com a higiene e com o bem-estar dos enfermos ao longo da Idade Moderna aumentaram, porque se entendia que estes quesitos integravam o tratamento (Park, 1991, 26-45).

Nos hospitais, era o médico e o cirurgião que prescreviam o tratamento e as mezinhas a serem preparadas para o doente. Na maioria destas instituições, entregavam a receita ao hospitaleiro ou ao enfermeiro, que por sua vez a fazia chegar ao boticário. Depois da mezinha preparada, e se a instituição não tivesse botica incorporada, o boticário enviava-a ao hospital para ser ministrada ao doente. Nos casos dos hospitais que possuíam botica, tudo era mais fácil e rápido. Mas em Portugal nem todos os hospitais estavam apetrechados com botica.

Se se tratava de uma consulta domiciliária, a receita era entregue ao doente ou a um familiar, embora fosse dirigida ao boticário. Um e outras deveriam ser decodificadas pelo homem da botica, embora em finais do século XVIII e no “grande centro produtor de medicamentos em Portugal” (Pita, 1996, 229) – o Dispensatório Farmacêutico da Universidade de Coimbra – todo o receituário médico se encontrasse escrito em português. O mesmo já não acontecia em Espanha e na França para o mesmo período, onde estes incluíam expressões em latim (Kibleur, 2001, 327-330).

No Dispensatório Farmacêutico da Universidade de Coimbra, os medicamentos eram compostos por produtos nacionais e estrangeiros e a prescrição médica incluía uma listagem de matérias-primas e indicava a forma farmacêutica que o boticário deveria seguir.

Mas a que outros tratamentos eram sujeitos os doentes? De acordo com a patologia, assim se receitavam as mezinhas. A farmacopeia estava pouco desenvolvida e apesar dos esforços feitos ao longo do século XVIII, os tratamentos continuavam a ser à base de sangrias, do lançamento de sanguessugas e de algumas mezinhas. Sublinhe-se, no entanto, que se forneciam tratamentos adequados a doenças específicas.

Quando não dispunham de boticas integradas, os hospitais mantinham contratos com um ou mais boticários da localidade para confeccionar e enviar os remédios aos doentes. Os grandes hospitais estavam normalmente dotados de boticas, mas as pequenas unidades não dispunham de capacidade para aguentar não apenas as despesas da botica, mas também o pagamento a mais um assalariado. Por isso, era-lhes mais conveniente negociar com o boticário e ser servido.

As despesas da botica constituíam uma preocupação grande para estas instituições, porque, para além dos montantes que atingiam, eram custos certos. No século XVIII, com o crescimento da população hospitalar, as instituições de assistência foram confrontadas com maiores despesas no sector da saúde e queixavam-se com frequência dos gastos na botica, reclamando junto dos boticários maiores descontos (I. Braga, 2001, 46-47). Foi também ocasião para os pequenos hospitais equacionarem as vantagens de possuírem uma botica e equiparem-se com estes serviços. Com a posse de botica própria, acabaram-se as queixas sobre a qualidade dos produtos oferecidos e procurou-se, em alguns casos embolsar algum dinheiro.

Apesar dos hospitais conferirem visibilidade às preocupações com este sector, na verdade elas eram mais do foro financeiro do que do foro médico. Mesmo assim, nos grandes hospitais exigia-se a presença do boticário nas visitas feitas pelos médicos e cirurgiões aos doentes, para o responsabilizar pela preparação e entrega da mezinha prescrita.

Para exaltar os serviços que prestavam, os donos das boticas valorizavam a qualidade dos seus produtos, destacavam a limpeza das suas casas e referiam

o apetrechamento das mesmas. A defesa tornava-se necessária, quando existiam vários concorrentes para fornecerem as mezinhas a um hospital. Os que trabalhavam nas boticas das instituições prestadoras de cuidados de saúde deviam zelar pelos instrumentos e pelas substâncias medicamentosas, sob pena de serem penalizados nos seus salários, aquando das visitas periódicas efectuadas pela administração (López-Dias, 1986, 182).

A higiene e a alimentação integravam ainda o programa de apoio aos doentes (Wilson, 1996, 144-147). É sabido que a alimentação dos pobres era precária em calorias e carente em proteínas, vitaminas, cálcio e fósforo. A deficiente alimentação acarretava consequências para todos e dela decorriam problemas de saúde nos novos e nos velhos, tornando-os frequentemente dependentes dos serviços de saúde e da caridade (Soubeyroux, 1980, 100-101). Os hospitais preocupavam-se em fornecer uma dieta alimentar cuidada, seguindo as indicações dos médicos, propiciando melhoria e bem-estar aos doentes.

Em virtude da presença constante do pão nas refeições, os pobres mantinham-se dependentes dos cereais. Estes bens apresentavam preços mais baixos, quando comparados com os restantes que integravam a alimentação. Até ao momento, têm sido os estudos sobre as instituições de assistência os fornecedores de informação sobre a assistência aos enfermos.

Na Misericórdia de Vila Viçosa, os doentes internados no hospital Real do Espírito Santo tinham refeições variadas e sobremesas muito diversificadas também. A sua dieta alimentar era constituída à base de pão, carne de galinha e carneiro, carne de porco e de pomba, sendo esta última servida quando os enfermos apresentavam falta de apetite.

As refeições podiam também incluir arroz e bacalhau (I. Braga, 2004, 53-54) e eram acompanhadas de grande variedade de vegetais: nabijas, lentilhas, favas, espinafres, beldroegas, pepinos, alfaces, etc. Incluía ainda leite e ovos. A sobremesa era variada e integrava fruta da época: ameixas, pêra, pêros, laranjas, cerejas, melões, mas também era alternada com a distribuição de bolos: fatias de doces que se mandavam vir de Lisboa e pão-de-ló; ou ainda outras iguarias confeccionadas no hospital: marmelada e aletria. A sobremesa integrava ainda passas, queijo flamengo e amêndoas (Araújo, 2000, 215, 657).

Tratava-se de uma alimentação muito variada e rica que se oferecia aos internados neste hospital.

No Hospital da Convalescência de Coimbra, as refeições incluía pão, galinha e carneiro, em finais do século XVIII. O peixe era consumido em pequenas quantidades, mas gastava-se também leite, ovos e fruta. No Hospital Real da mesma cidade consumia-se no início do século XIX, carne de vaca e de carneiro, arroz e bacalhau. No período da Quaresma servia-se bacalhau aos enfermos (Lopes, 2000, 655-664).

Embora distintas, as refeições servidas nestes hospitais tinham como denominador comum o pão e a galinha. As particularidades de realce que se apontaram, estavam relacionadas com o meio de inserção e muito provavelmente com legados existentes para a cura de doentes. Os legados que os hospitais possuíam para o tratamento de doentes, tinham necessariamente impacto nos serviços que lhes eram prestados e muito particularmente na alimentação que lhes era servida. Acrescente-se também que a composição das refeições repercutia a dieta alimentar local e, portanto, estabelecia algumas diferenças nas diversas ementas hospitalares.

A composição das refeições e o facto de serem melhoradas e mais variadas em termos vitamínicos e proteicos, contribuía para o restabelecimento físico dos doentes e tornavam o hospital, pelo menos em termos de gastronomia, um lugar de excepção nas suas vidas (Vega Rojo, 1993, 78-82; Ramos Martínez, 1989, 112; Codima, 1974, 271-296).

Como se considerava que a alimentação integrava o tratamento, os cuidados que se colocavam eram muitos.

Nos hospitais especializados, como eram os do gálico, os cuidados eram mais particulares e vocacionados para a doença. Os enfermos eram sujeitos a suadouros, sangrias e fumos, xaropes e unturas. Combinavam-se alguns produtos para se obterem as mezinhas pretendidas: salsaparrilha, pau santo, pau da China (Arrais, 1663, 69) entre outros e usavam-se unções mercuriais (Sánchez Téllez, 1984, 221). O tratamento era acompanhado por uma dieta doseada e adaptada ao estado do doente. A mudança de roupa era também muito importante para a cura. Nestes hospitais a roupa estava sujeita a maior desgaste e, conseqüentemente, o investimento feito neste sector era maior e mais frequente que nos restantes hospitais.

Para se economizar nos produtos, guardavam-se as unturas que sobravam na Primavera para a cura do Outono. Conhece-se, no entanto, pouco sobre estes hospitais. Os trabalhos que os analisam são muito escassos, embora sugiram formas distintas de actuação dos hospitais comuns, devido à especificidade da doença que tratavam.

O mesmo se diga em relação aos *hospitais reais*. Sabe-se que a Coroa portuguesa criou hospitais para tratar militares, os denominados *hospitais reais*, *hospitais d'el rei* ou *de campanha*, normalmente desmantelados após a guerra em que serviram, mas são raros os trabalhos que os analisam. Trata-se de um campo de análise em aberto que espera investigadores para os analisarem e divulgarem.

Com a guerra da Restauração, a Coroa portuguesa tratou de celebrar contratos com as Misericórdias para os militares serem tratados nos seus hospitais. Todavia, nem sempre as partes envolvidas chegaram a consenso e em certas localidades a pequenez das unidades de tratamento obrigou à instalação de *hospitais reais*. Foram entregues aos religiosos de São João de Deus, ordem religiosa com

experiência neste sector. A rede de “Hospitais Reais” não dava resposta às necessidades dos homens da guerra, levando a que os hospitais das Misericórdias de fronteira se enchessem de militares, sobretudo em tempo de guerra.

Os hospitais mantiveram-se sem grandes alterações até à segunda metade do século XVIII, quando subiram de tom as críticas ao seu funcionamento. Os ataques desferidos abrangiam desde a organização até à administração, por serem considerados maus prestadores de cuidados de saúde às populações doentes.

Mas o tratamento aos doentes efectuava-se também ao domicílio. Nem todas as Misericórdias dispunham de hospitais. Só para darmos alguns exemplos, Ponte da Barca só o possuiu em 1748 e Monção, em 1803. Mesmo as Santas Casas que estavam dotadas de hospitais mantinham em simultâneo o tratamento domiciliário, cumprindo, aliás, o que ordenava o compromisso de 1618. As duas vertentes de acompanhamento estiveram sempre em funcionamento nas Santas Casas que possuíam hospitais, tanto mais que nem sempre as unidades de tratamento tinham espaço para internar todos os doentes, sobretudo as mulheres quando se recusavam a ser internadas. Em algumas localidades, como se verificou no Alentejo, os doentes internados eram maioritariamente constituídos por homens, sendo que muitos destes eram trabalhadores sazonais que do Norte ou Centro do país se deslocavam para cumprir temporadas de trabalho nessa região. As mulheres eram ajudadas em casa, mantendo-se no espaço mais recatado das suas moradias (Correia, 1943, 22).

Que razões justificavam a recusa das mulheres em algumas regiões a ser hospitalizadas? Os motivos estavam muito provavelmente associados à defesa da honra feminina. Coabitar com homens, em alguns casos na mesma enfermaria, ou em espaços muito próximos, não era uma razão que acrescentaria respeito nem contribuiria para a defesa da honra. Por isso, muitas mulheres preferiam tratar-se nas suas casas e serem auxiliadas pelas Misericórdias. Acrescente-se, no entanto, que alguns estudos para a região do noroeste português têm demonstrado que a procura dos serviços hospitalares era maior por parte do sexo feminino que do masculino, sugerindo uma forte influência dos contextos no acesso aos cuidados médicos.

Nas Misericórdias de fronteira foi corrente em períodos de guerra, os hospitais encherem-se de militares, fruto de acordos feitos com a Coroa para esse efeito, obrigando os mais pobres ao tratamento domiciliário.

As Santas Casas mandavam o médico e/ou o cirurgião a casa dos enfermos, pagavam-lhes as mezinhas e podiam ainda enviar galinhas ou outras carnes ou dar uma esmola para a alimentação. No caso dos pobres envergonhados, a instituição podia ainda enviar roupa de cama.

A ajuda podia em alguns casos acompanhar a convalescença. O estado dos doentes era transmitido pelos profissionais de saúde à Mesa, mas estes eram

também acompanhados por um mesário que se deslocava a suas casas para de perto atestar a sua necessidade e apurar do seu estado de saúde.

Maioritariamente sob administração das Santas Casas, os hospitais portugueses da Época Moderna estiveram permanentemente superlotados, em função da grande procura que registaram. Numa altura em que a principal preocupação dos homens girava em torno da salvação, aqui se ofereciam serviços para sarar as feridas do corpo, mas ao mesmo tempo se cuidava de curar a alma, preparando-a para o momento da passagem. Adoptando uma atitude previdente, e num altura em que os cuidados da alma se sobrepunham aos do corpo, os homens preparavam a morte, porque sabiam que não tinha data marcada, mas era certa e todos eram abrangidos.

Assim, e devido às funções que cumpriam, não apenas foi crescendo a procura dos serviços hospitalares sobretudo durante Setecentos, como se verifica uma alteração quer dos profissionais de saúde, quer dos serviços disponibilizados, no sentido de os dotar de maior eficácia no combate às doenças, proporcionando bem-estar às populações.

## BIBLIOGRAFIA:

- ACKERKNECHT, Erwin H. (1986), *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Poyot.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo 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.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (2003), “A Santa Casa da Misericórdia de Monção (séculos XVI-XVIII)”, in Capela, José Viriato (coord), *Monção nas Memórias Paroquiais de 1758*, Braga, Casa Museu de Monção, pp. 137-138.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (2003) (a), “O hospital do Espírito Santo de Portel na Época Moderna”, in *Cadernos do Noroeste*, nº 20 (1-2), pp. 341-409.
- ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (2003) (b), “Os bens móveis da Misericórdia de Vila Viçosa em 1764”, in *Callipole*, nº 10, pp. 73-92.
- ARRAIS, Duarte Madeira (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 enfermidades*, Lisboa, Antonio Crasesbeeck de Mello, Impressor de S. A.
- BARREIRA, José de Barros (2002), *A assistência hospitalar no Porto 1750-1850*, Porto, Faculdade de Letras, dis. de doutoramento policopiada.
- BRAGA, Isabel M. R. Mendes Drumond (2001), *Assistência, saúde pública e prática médica em Portugal, séculos XV-XIX*, Lisboa, Universidade Editora.
- BRAGA, Isabel M. R. Mendes Drumond (2004), *Do primeiro almoço à ceia. Estudos de História da Alimentação*, Lisboa, Colares editora.
- BRAGA, Paulo Drumond, (1991), “A crise dos estabelecimentos de assistência aos pobres nos finais da Idade Média”, in *Revista Portuguesa de História*, tomo XXVI, pp. 175-190.
- CARMONA GARCIA, Juan I. (1979), *El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*, Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla, pp. 143-148.
- CODINA, Jaume (1974), “L'alimentación humana a L'Hospitalet de Llabregat durant el segle XVII”, in *Estudios historicos y documentos de los archivos de protocolos*, IV, pp. 271-296.

- CORREIA, Fernando da Silva (1943), "A assistência médica em Portugal durante o século XVI", in *Imprensa Médica*, nºs 15 a 17, pp. 20-26.
- GUSMÃO, Armando (1969), *Subsídios para a história da Santa Casa da Misericórdia de Évora, parte II – tomo I (1567-1667)*, Évora, Santa Casa da Misericórdia de Évora, pp. 312-313.
- JUTTE, Robert (1994), *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*, Londres, Cambridge University Press.
- KIBLEUR-GRAMAIN, Pascale (2001), "Le rôle des prescriptions médicamenteuses dans la société française du XVIIIe siècle", in *Histoire, Economie, Société*, nº 3, pp. 327-330.
- LÓPEZ DIAS, M<sup>a</sup> Teresa (1986), "La botica del Hospital del Amor de Dios de Sevilla", in *Boletín de la Sociedad Española de Historia de Farmacia*, año XXXVII, nº 147, pp. 180-194.
- LOPES, Maria Antónia (2000), *Pobreza, Assistência e Controlo Social. Coimbra (1750-1850)*, vol. 1, Visu, Palimage Editores.
- LOURENÇO, António Gomes (1791), *Breve exame de sangradores*, Lisboa, Oficina de Simão Thaddeo Ferreira.
- OLIVEIRA, Eduardo Freire (1887), *Elementos para a História do Município de Lisboa*, tomo II, Lisboa, Typographia Universal.
- PARK, Catharine (1991), "Healing the poor: hospital and medical assistance in Renaissance Florence", in Barry, Jonathan; Colin, Jones (eds.), *Medicine and charity before the welfare state*, London, Routledge, pp. 26-45.
- PITA, João Rui (1996), "O arsenal terapêutico no Hospital da Universidade de Coimbra (1792-1836)", in *Actas do Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora. Actas*, Évora, Hospital do Espírito Santo de Évora, pp. 223-243.
- RAMOS MARTÍNEZ, Jesús (1989), *La Salud Pública y el Hospital General de la Ciudad de Pamplona en el Antiguo Régimen (1700 a 1815)*, Pamplona, Gobierno de Navarra.
- RODRIGUES, Teresa (1990), *Crisis de mortalidade em Lisboa, séculos XVI e XVII*, Lisboa, Livros Horizonte.
- ROSA, Maria de Lurdes (1998), "O Estado manuelino: a reforma das capelas, hospitais, albergarias e confrarias", in Curto, Diogo Ramada (dir.), *O tempo de Vasco da Gama*, pp. 205-210.
- SÁ, Isabel dos Guimarães (1996), "Os hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno", in *Actas do Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora. Actas*, Évora, Hospital do Espírito Santo de Évora, pp. 87-103.
- SÁ, Isabel dos Guimarães (1997), *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800*, Lisboa, Comissão para a Comemoração dos Descobrimentos Portugueses.
- SALGADO, Abílio José; Salgado, Anastácia Mestrinho (1996) (introdução, transcrição, glossário, notas e índice remissivo), *Registos dos reinados de D. João II e de D. Manuel I*, Lisboa, s. e.
- SÁNCHEZ TÉLLEZ, María Carmen (1984), "La medicación antivenérea en los hospitales madrileños durante la Ilustración", in *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*, año XXXV, nº 140, pp. 219-234.
- SANTOS, Eugénio dos (1984), "O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário", in *Revista da Faculdade de Letras, História*, II série, vol. 1, pp. 190-197.
- SOARES, Ivone da Paz (2002), "Cura de maleitas no/do hospital de S. Marcos (século XIX)", in Leandro, Maria Engrácia; Araújo, Maria Marta Lobo de; Costa, Manuel da Silva (org.) *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social*, Braga, Instituto de Ciências Sociais, pp. 357-379.
- SOUNEYROUX, Jacques (1980), "Pauperismo y relaciones sociales en el Madrid del siglo XVIII", in *Estudios de Historia Moderna*, nºs 12, 13, pp. 100-151.
- VEGA ROJO, Anastasio (1993), *Enfermos e Sanadores en la Castilla del siglo XVI*, Valladolid, Universidade de Valladolid.
- WILSON, Renate (1996), "Pietist Universal Reform and Care of Sick and the Poor. The Medical Institutions of the Franke Foundations and Their Social Context", in Finzsch, Norbert; Jutte, Robert (ed.), *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, Londres, Cambridge University Press, pp. 144-156.