



PALERMO
UNIVERSITY
PRESS

HOSPITALES DURANTE EL ANTIGUO RÉGIMEN

Instituciones benéfico-asistenciales,
siglos XV-XIX

PAULA BARBERO, ANA BARRENA GÓMEZ, RICH LIZARDO (EDS.)

Studi e ricerche



Studi e Ricerche

HOSPITALES DURANTE EL
ANTIGUO RÉGIMEN
INSTITUCIONES BENÉFICO-ASISTENCIALES,
SIGLOS XV-XIX

Paula Barbero, Ana Barrena Gómez, Rich Lizardo (eds.)



PALERMO
UNIVERSITY
PRESS

Studi e Ricerche - 2

Hospitales durante el Antiguo Régimen. Instituciones benéfico-asistenciales, siglos XV-XIX, Paula Barbero, Ana Barrena Gómez, Rich Lizardo (eds.)

Comité de gestión:

Antonino Giuffrida, Roberto Rossi

Comité científico del libro:

Lorena Barco Cebrián, Isidro Dubert, Isabel dos Guimarães Sá, Domingo Luis González Lopo, Alicia Marchant Rivera, Liliana Neves, André Silva, José Miguel Rodríguez Yanes, Juan Manuel Santana Pérez, Fátima Silva, Hortensio Sobrado Correa.

© Copyright 2022 New Digital Frontiers srl
Viale delle Scienze, Edificio 16 (c/o ARCA)
90128 Palermo
www.newdigitalfrontiers.com

ISBN (a stampa): 978-88-5509-487-0
ISBN (online): 978-88-5509-488-7



Índice

Prólogo <i>Elisa Novi Chavarria</i>	VII
Presentación	XI
Bloque I - Los hospitales en Portugal y Galicia durante la Edad Moderna	
Capítulo 1 - Cuidados de higiene e de saúde pública nos hospitais portugueses da Idade Moderna. Entre as permanências e as mudanças MARIA MARTA LOBO DE ARAÚJO	45
Capítulo 2 - Espírito e matéria num hospital da primeira globalização. O Hospital Real de Todos-os-Santos de Lisboa (1492-1620) ISABEL DOS GUIMARÃES SÁ	65
Capítulo 3 - O auxílio das Misericórdias e dos seus hospitais aos peregrinos e viajantes (séculos XVII e XVIII) LILIANA NEVES	85
Capítulo 4 - La asistencia hospitalaria en Galicia en la Edad Moderna. Estudio bibliométrico (1950-2020) SILVIA SIERRA ROLLE	103
Bloque II - Los reformadores y otros actores en Castilla en el Antiguo Régimen	
Capítulo 5 - La reforma antes de la reforma. Toledo y el hospital de la Santa Cruz (1494-1517) RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS	123
Capítulo 6 - La centralización de las instituciones caritativas después del Concilio de Trento RICH LIZARDO	149

Capítulo 7 - Vagabond healers and deviant cures. Religio-medical healers at the early modern Castilian hospital BRADLEY J. MOLLMANN	169
Capítulo 8 - Pleitos sobre enfermedades contagiosas en la Chancillería de Valladolid, ss. XVI-XIX RAFAEL MALDONADO DE GUEVARA DELGADO	187
Bloque III - La Ilustración desde el centro hasta la periferia. Transmutación, cambio en su forma y espacio	
Capítulo 9 - Transmutación del ejercicio sanitario malacitano a fines de la modernidad.El caso del Colegio de Náutica de San Telmo ANA BARRENA GÓMEZ	213
Capítulo 10 - La crianza y alimentación de los niños expósitos en Gran Canaria al final del Antiguo Régimen. Las amas de cría MANUEL LOBO CABRERA	227
Capítulo 11 - Las nodrizas de los niños expósitos en Tenerife (siglos XVIII-XIX) PAULA BARBERO	247
Capítulo 12 - Divenire minoranza, il trattamento della follia in età borbonica. L'Ospizio di Santa Teresa di Palermo (XIX secolo) VALERIA PATTI	265
Epílogo <i>Isidro Dubert</i>	287

Capítulo 1 - Cuidados de higiene e de saúde pública nos hospitais portugueses da Idade Moderna. Entre as permanências e as mudanças

MARIA MARTA LOBO DE ARAÚJO
UNIVERSIDADE DO MINHO

1. Introdução

Procuramos neste estudo analisar e debater os serviços prestados pelos hospitais portugueses da Idade Moderna em termos de cuidados de higiene e de saúde pública, demonstrando as alterações que se foram introduzindo no seu quotidiano, mas também as práticas que se mantiveram.

Maioritariamente pertencentes às Misericórdias, os hospitais portugueses do período em estudo possuem essa marca identitária de auxílio aos pobres enfermos, em termos corporais e espirituais. Estas confrarias, nascidas no alvorecer da Idade Moderna cumpriam a segunda obra de misericórdia corporal, curar os enfermos, seguindo duas vias principais que podiam ser complementares: ou internando-os nos seus hospitais, ou curando-os a domicílio, enviando os seus profissionais de saúde, conjugando esse auxílio, por vezes, com a oferta de medicamentos, de alimentação e de roupa. Existiam também alguns que após o internamento enviavam mordomos para visitar em casa os que já tinham obtido autorização para sair, entregando-lhes uma quantia em dinheiro para acabarem de se restabelecer. Esta ajuda acontecia frequentemente em hospitais que não possuíam enfermarias para convalescentes.

Com exceção do hospital de Todos os Santos, de Lisboa, D. Lopo de Almeida, do Porto, do de Évora, e do de Coimbra, que eram os de maior dimensão, a rede hospitalar portuguesa contava ainda com alguns de média dimensão como era o de Setúbal, Braga e Vila Viçosa,

entre outros, mas a maioria era composta por instituições pequenas, com pouca capacidade para internamento, ao que correspondia também um menor número de cuidadores. Muitos provinham da Idade Média, tinham sido incorporados nas Misericórdias, geralmente a seu pedido, resultando ou não da fusão de vários deles num só, enquanto outros foram fundados de raiz. Devemos ainda sublinhar que várias vilas assistiram apenas ao surgimento do hospital no século XVIII, sendo quase sempre unidades com fraca capacidade de internamento. Em Ponte da Barca, por exemplo, a Misericórdia fundou o hospital somente em 1748, com capacidade para duas camas permanentes (Pereira, 2008: 279).

Quando nos debruçamos sobre as condições de higiene dos hospitais portugueses da Idade Moderna somos confrontados com um quadro caracterizado por parcas condições de limpeza e de saúde pública. Simultaneamente, sente-se em alguns momentos, principalmente em setecentos, preocupação em proporcionar aos internados melhores condições em termos de conforto e de limpeza.

Para tratar da saúde do corpo e da alma, os hospitais estavam dotados de servidores, a quem pagavam um salário, mas contavam também com o trabalho voluntário dos mesários, que de forma rotativa assumiam a mordomia dos enfermos.

Diferente do hospital dos nossos dias, o hospital da Idade Moderna era um complexo que, para além dos locais de internamento, possuía outras dependências indispensáveis ao seu funcionamento. Falamos dos compartimentos para enfermeiros, hospitaleiros e capelão, do celeiro, da adega, da casa da lenha, do palheiro, do cemitério, da horta ou pomar. Alguns tinham ainda a «casa dos peregrinos» e uma botica. O complexo hospitalar dependia também da sua tipologia, pelo que nem todos apresentavam estes espaços e equipamentos. Enfim, funcionalidades que se perderam e se comutaram por outras mais adaptadas à sociedade de hoje.

Pese embora a abundante bibliografia existente para as Misericórdias do Período Moderno, onde os hospitais surgem integrados no cumprimento das práticas caritativas, pensamos existir falta de trabalhos sobre estas instituições, designadamente na análise que nos propomos efetuar, mas muitos outros aspetos carecem igualmente de maior investimento. Destacamos apenas os profissionais de saúde, as doenças, as finanças, os modelos de gestão, etc. Assim, na análise

que é possível efetuar sobressai uma imagem muito distinta e plural, quer relativamente às mudanças, quer no que toca às permanências.

2. Os complexos hospitalares e os espaços de tratamento

Uma grande parte dos hospitais em análise estavam localizados nos centros das cidades e vilas, ou seja, no coração da urbe, onde pulsava a vida quotidiana. Esta localização significava em várias ocasiões uma ameaça para os seus habitantes, por em situações de epidemias poderem potenciar o contágio das doenças. Acrescia o facto de as enfermarias estarem sempre sobrelotadas, existindo ocasiões de maior sobrecarga e a necessidade de colocar mais do que um doente por leito (Abreu, 1990), ou mesmo em esteiras, no chão. Esta situação decorria da exiguidade do espaço, da incapacidade de o aumentar, muito embora, em alguns deles existisse alguma folga para colocar uma ou mais camas nestes momentos, mas o facto é que a sobrelotação causava receio, tendo em atenção que os hospitais eram para pobres e que estes eram desprovidos de hábitos de higiene, tornando-se agentes facilitadores do contágio de doenças (Esteves, 2018: 288).

Devemos, contudo estabelecer algumas linhas separadoras no tocante aos diferentes tempos da Idade Moderna. Os séculos XVI e XVII são diferentes do século XVIII, todavia, o panorama geral é de precariedade, com instalações de reduzida dimensão, com falta de condições de salubridade, doentes amontoados, por vezes, mais do que um por leito, falta ou escassez de roupa e de outros equipamentos nas enfermarias e débil qualidade da assistência, assim como pouca eficácia dos serviços médicos. Em finais de seiscentos, mas principalmente em setecentos sente-se a necessidade de introduzir alterações, o que exigia receitas mais robustas, sempre difíceis de obter. Os legados para o setor da saúde foram em número muito pouco expressivo nos séculos XVI e XVII, mas começaram a aumentar no seguinte, direccionados para a alimentação dos doentes, a aquisição de roupa para as enfermarias, o pagamento de enfermeiros e até para a entrega de esmolas aos pobres que deixavam o hospital, quando eram autorizados.

Nas cidades, os hospitais estavam localizados em lugares de ruas estreitas e pouco salubres, onde eram colocados detritos. A proibição

de lixo nas ruas e outras sujidades, a interdição de animais circularem livremente nas vias públicas, como acontecia amiúde com os suínos, eram medidas comumente decretadas em várias cidades, principalmente em tempo de epidemias. As praças públicas, as fontes e as testadas das casas eram quase sempre visadas nessas medidas, de forma a promover-se a limpeza e combater a sujidade, que podia propagar a doença.

A dimensão dos hospitais, os serviços que prestavam e as condições de higiene vão ser alvo de atenção do movimento higienista ocorrido no século XVIII. Em Portugal, destaca-se o nome de Francisco da Fonseca Henriques com a publicação de vários títulos e ainda o de António Ribeiro Sanches que, na sua obra *Tratado da Conservação da saúde dos povos*, publicada em 1757, analisa a situação dos hospitais e faz um conjunto de propostas, relativas à sua localização, à arquitetura e aos seus agentes. Defende a construção dos hospitais em locais salubres, com janelas rasgadas, por onde entrasse a luz e o ar, não prejudicando, obviamente os enfermos. Recomenda de forma veemente a higienização dos espaços, sublinhando as roupas e os móveis, apelando à limpeza diária dos espaços de internamento. Estas medidas eram consideradas pelo médico como fatores de sublinhada importância para a saúde das populações (Sanches, 1757: 36-37). Em setecentos, a saúde e a sua preservação ganharam relevo entre os iluministas, ao serem considerados pilares de prosperidade das sociedades (Abreu, 2010: 226). Simultaneamente, vários médicos e cirurgiões que escreveram sobre estas matérias utilizaram a língua vernácula e não o latim divulgando a mensagem a um público mais alargado (Abreu, 2019: 184-185). Apesar das preocupações manifestadas e dos caminhos sugeridos para uma profunda alteração, as medidas introduzidas nos hospitais em Portugal pautam-se pela lentidão e acontecem apenas em alguns. Os de menor dimensão continuam com práticas rotineiras, distanciadas dos procedimentos adotados pelos das cidades maiores e dos procedimentos já adotados noutros países europeus. Em alguns países da Europa, como aconteceu em França, em finais de setecentos a higiene era já ensinada nas «Ecoles Centrales», como forma preventiva de combater as doenças (Ackerknecht, 1986: 190-191).

No século XIX, com a lei de 1834 da extinção das Ordens Religiosas, masculinas de imediato e femininas à medida que morria a

última freira, uma vez que o noviciado foi proibido, muitos complexos conventuais ficaram libertos e na mão do Estado. Essa determinação ocorreu num momento muito difícil em termos de saúde pública, por Portugal estar a viver uma grave epidemia de cólera. Os hospitais possuíam complexos incapazes de resolver problemas de internamento de muitos doentes, pelo que se equacionou em muitas localidades a ocupação dos conventos devolutos e se efetivou noutras, alterando substancialmente a capacidade de acolhimento e tratamento (Fernandes, 2016: 86-88). A criação de melhores condições de internamento fez-se à medida das exigências que se colocavam, mas também dentro das possibilidades financeiras existentes, conhecendo-se apesar disso muitas permanências em termos práticos.

Pese embora as mudanças introduzidas, o panorama traçado por Alexandra Esteves para os hospitais do Alto Minho no século XIX e inícios do século XX é muito desolador e impeditivo do cumprimento dos preceitos higienistas, «representando um verdadeiro perigo para a saúde pública» (Esteves, 2016: 370). No maior hospital desta região, o de Viana do Castelo, após obras de remodelação, constatava-se em 1872 que primava pela falta de higiene e de limpeza, sendo a alimentação fornecida aos doentes de má qualidade, ao mesmo tempo que reinava a indisciplina entre os assalariados, permitindo ao enfermeiro a criação de porcos dentro do hospital para proveito próprio (Esteves, 2014: 118).

3. A limpeza dos espaços hospitalares

Para proceder à limpeza dos hospitais era necessário água e pessoal assalariado. Até possuírem água canalizada, os hospitais serviam-se normalmente de água de um poço que tinham no seu interior, mas nem sempre esta se encontrava em boas condições. Podiam ainda utilizar a água das fontes públicas que estavam próximas, como se verificava em Ponte de Lima (Araújo, 2000: 658). Era também necessário um homem ou uma mulher que a fizesse chegar ao interior do edifício em quantidade suficiente, tendo que a transportar várias vezes ao dia.

Uma das necessidades da cozinha era a água, mas as enfermarias precisavam também desse líquido, quer para cuidar dos corpos dos

enfermos, quer para prover a sua limpeza. Todos os hospitais se debateram com esta questão ao longo da Idade Moderna, embora se torne mais premente em setecentos. No hospital de São Marcos de Braga, a primeira preocupação registou-se em 1693 quando a Santa Casa fez um contrato com a Câmara para o hospital ser abastecido com água proveniente do «registo de Santa Cruz». A água foi repartida, indo de noite para o hospital para ser armazenada em talhas e correndo durante o dia para o cano de Santiago. O hospital usava a água de um poço que tinha, mas na ocasião foi considerada prejudicial à saúde dos enfermos. Nessa altura, São Marcos debatia-se com uma subida abrupta de enfermos, com «febres malignas», o que faz crer tratar-se de um período de epidemias. Foi contudo, com o arcebispo D. Rodrigo de Moura Teles (1704-1728), que em 1723 se procedeu a um grande melhoramento nesta matéria, ao permitir usar a água ida do campo de Santa Ana. A Santa Casa foi autorizada a levar a água deste local até ao hospital e nele construir uma fonte e um tanque, no claustro. No edifício foi ainda colocada uma fonte, facilitando o transporte para as enfermarias, a cozinha e para outros locais onde fosse necessária, como, por exemplo, na botica.

Durante o século XVIII, a água foi tema várias vezes tratado no sentido de um melhor aproveitamento e de a fazer chegar à cozinha. E assim em 1793 o arcebispo D. frei Caetano Brandão (1790-1805) autorizou a condução da água das caixas públicas mais próximas do hospital para o seu interior, sendo preferencialmente destinada ao uso das enfermarias. A autorização foi corroborada pela rainha, mas contou com a contestação da Edilidade, por considerar tratar-se do desvio de um bem público para uma instituição particular, mas a obra acabou por ser realizada, em 1795 (Castro, 2008: 111-115).

Todos os hospitais que puderam, desenvolveram esforços para canalizar água para as suas cozinhas, aprimorando os serviços disponibilizados aos doentes. O mesmo esforço de condução de água até aos hospitais foi comum. Em Viana da Foz do Lima, a Mesa evidenciou essa preocupação em 1734, assinalando tratar-se de um aspeto importante para a limpeza dos doentes e acudir às necessidades da cozinha (Magalhães, 2013: 434).

A água era ainda utilizada na lavagem dos espaços comuns, que deviam também ser varridos periodicamente, ao mesmo tempo que se sublinhava a necessidade de abrir as janelas, facilitando o areja-

mento dos espaços. A estes procedimentos juntavam-se outros para assegurar a saúde do corpo: caiamento dos edifícios e de algumas partes do seu interior, como eram os espaços de internamento, separação das roupas de acordo com as doenças e ainda separação dos enfermos mesmos por enfermarias (Magalhães, 2011: 71).

Os hospitais da Idade Moderna estavam proibidos de receberem doentes portadores de doenças contagiosas, mas alguns procediam ao tratamento de boubas ou males, fazendo-o duas vezes ao ano, na Primavera e no começo do Outono, tempo mais adequado ao tratamento que lhes era efetuado. Estas enfermarias ficavam localizadas geralmente num piso distinto do das restantes, vedando a possibilidade dos doentes se contactarem e mesmo das roupas se cruzarem. Eram espaços distintos dos das restantes enfermarias, sendo a sua arquitetura pensada de acordo com os tratamentos dos enfermos. Se para os doentes comuns a ventilação dos espaços era de grande importância, para estes era desaconselhada, por poder ser-lhes nefasta. Como se procurava resguardá-los das correntes de ar e do frio, não deviam ter janelas, o que adensava os maus cheiros, de que alguns médicos e cirurgiões se queixavam.

Em alguns hospitais, sobretudo nos que recebiam mais doentes foram ainda criadas ao longo da Idade Moderna enfermarias para convalescentes. Eram espaços permitiam aos que se encontravam em fase final de tratamento permanecer mais uns dias até estarem totalmente curados para regressarem a suas casas. Tratando-se de pobres, esse prolongamento acompanhado era fundamental para não regressarem poucos dias após a alta, onerando mais a instituição. Para as erigir, alguns hospitais contaram com doações, esmolas e legados, o que facilitou a sua fundação e manutenção. Quem não dispunha destes espaços ou mandava os doentes para casa, ou mantinha-os junto aos restantes.

4. A higiene dos corpos, a feita das camas e a limpeza da roupa

A higiene dos corpos na Idade Moderna está diretamente associada ao conceito que se tinha de limpeza e ao que se entendia sobre

os efeitos da água. No século XVI surge uma desconfiança crescente relativamente à água, considerado um agente corrosivo, que se infiltraria no corpo, originando fissuras, que provocariam fragilidade. Esta posição está associada ao novo entendimento sobre o banho, tido como indecoroso, o que aconselhava a sua suspensão (Vigarello, 1988: 25-37; Bologne, 1990: 25-54). Sem ele, defendia-se o pudor e o resguardo. A ideia de que a água quente era mais nefasta, por dilatar os poros, fazendo com que a pele se expusesse ao ar o que debilitava os humores, podia ainda, segundo alguns, originar hidropisia, imbecilidade e abortos. Quer a água, quer o ar foram considerados elementos potenciadores de enfermidades, provocando muitos medos e precauções, principalmente em tempo de epidemias.

Neste sentido, a higiene tornara-se «seca», o que se prolongará até meados do século XVII, quando em algumas regiões europeias se altera esta noção. A limpeza do corpo passava pela mudança da camisa, elemento que contactava diretamente com a pele e atraía as secreções (Vigarello, 1988: 74). Os perfumes usados pelos grupos sociais mais elevados ajudavam à saída dos maus odores, significando limpeza, o que tornava a sua aplicação importante para afastar os miasmas, corrigindo o ar (Corbin, 1987: 85-91).

Acreditava-se que a troca da roupa, nomeadamente da camisa, eliminava a sujidade do corpo, o que não se adaptava aos pobres, por não a possuírem e quando a usavam não dispunham de substituta para a lavar. Essa peça devia ser branca, pois significava limpeza e asseio (Vigarello, 1988: 67-71).

Como os hospitais eram para pobres, os róis de roupa que tem sido estudados demonstram bens usados ou muito usados, evidenciando as parcas condições de vida dos seus donos. Mal vestidos, desnutridos e pouco limpos, os pobres que chegavam aos hospitais eram sujeitos a um programa de asseio no ato de entrada, mas que continuava, sendo-lhes lavados os pés em bacias, quando estavam internados. O corpo não era lavado, mas apenas algumas das suas partes, como a cara, as mãos e os pés. As mãos eram lavadas antes das refeições.

Com base na crença de que os cuidados de limpeza contribuía para a saúde dos enfermos, os hospitais colocam em marcha algumas medidas de higiene. Depois de serem aceites, os doentes tomavam um banho, numa tina ou numa selha, e vestiam uma camisa do hos-

Capítulo 1. Cuidados de higiene e de saúde pública nos hospitais portugueses

pital, bem como colocavam um pano ou toca na cabeça. A roupa ou os farrapos que traziam eram substituídos pela camisa. Em alguns hospitais cortava-se o cabelo aos homens antes de irem para a enfermaria, quando este se encontrava comprido. Ao longo do internamento, o barbeiro ou o sangrador encarregavam-se também de lhes fazer a barba. Os doentes sujeitavam-se a práticas de higiene e de saúde pública previamente ao internamento, existindo um corte com rotinas de pouca ou nenhuma higiene e limpeza, o que se alterava pelo menos durante o período de hospitalização. A sua roupa era entregue ao hospital para ser lavada e guardada em caixas ou armários até o doente ter alta. Nessa altura, era-lhe devolvida para se vestir e sair. Quando faleciam no hospital, a roupa era entregue a familiares que a procurassem ou ficava na instituição sendo dada aos pobres ou utilizada nos serviços que lhes eram prestados. Em alguns hospitais existia também um roupão para os doentes, resguardando o corpo quando se levantavam.

Acomodar mais do que um doente por cama parece ter sido uma situação transversal a todos os hospitais, principalmente em situações críticas, como era a das epidemias (Dinges, 1983: 169-170). Em algumas destas instituições, quando os enfermos não cabiam nas enfermarias, eram ocupados todos os lugares onde se conseguisse colocar leitos, como se verificou em momentos de sobrelotação. Camas nos corredores e nas varandas eram instaladas sempre que as enfermarias esgotavam a sua capacidade de internamento (Araújo, 2020: 144).

Alguns hospitais, perante a afluência de doentes e a incapacidade de os tratar por falta de verbas e de instalações, decidiram estabelecer um limite de aceitação, ajustando-o à sua capacidade financeira.

As camas dos enfermos eram em muitos hospitais de madeira, porém este material considerado facilitador da existência de percevejos, foi em alguns deles, substituído por barras de ferro onde eram colocados os enxergões com palha, mas em muitos continuaram a ser deste material. Havia ainda leitos de pedra embutidos na parede das enfermarias. Também o facto de os enxergões serem de palha proporcionava a existência de pulgas e piolhos, que, não raras vezes, passavam para os corpos e a roupa dos doentes. Como o corpo não se lavava, a possibilidade de criar bichos era real. Doentes encontrados com bichos no corpo encontram-se documentados para alguns hospitais, evidenciando a falta de limpeza, mas igualmente os poucos cuidados

dos enfermeiros tidos com os internados (Araújo, 2014: 61-62). Para além dos leitos, existia em vários hospitais uma pequena mesa por doente (Rodrigues, 2018: 319), mas não era assim em todos. Os leitos estavam dotados de um enxergão, lençóis, normalmente de estopa, um travesseiro, mantas e cobertores. Estavam dispostos longitudinalmente em ambos os lados, existindo ao centro um corredor para circulação dos cuidadores e dos próprios enfermos. Estavam ainda separados por cortinas suspensas em barras de ferro, criando maior intimidade e resguardo aos enfermos.

Dependendo do hospital, a limpeza das enfermarias estava a cargo dos enfermeiros ou dos hospitaleiros, os quais cuidavam também de fazer as camas dos doentes e de tratarem das roupas. A periodicidade de fazer as camas era variada, mas a tendência à medida que o século XVIII avança era de ocorrer diariamente. No «hospital da Casa» da Misericórdia de Ponte de Lima, as camas eram, no século XVIII, feitas três dias por semana: terças, quintas e sábados, o que, aliás, estava consignado no seu compromisso. Porém, como não estava a ser cumprido, determinou-se que fossem feitas pelo menos às quartas e sábados (Araújo, 2000: 658). Esta situação, demonstra o atraso do pequeno hospital de Ponte de Lima, que mantinha no século XVIII práticas registadas por outros no início da Idade Moderna. Já em muitos outros hospitais, as camas eram feitas diariamente. Descobre-se, todavia, a frequência com que a roupa era mudada e lavada, informação importante para avaliar de forma mais substantiva as práticas de higiene dos hospitais.

Para lavar a roupa das enfermarias, dos doentes, da cozinha e da sacristia, os hospitais dispunham de lavadeiras. Eram mulheres detentoras de força física e vigor (Araújo, 2014: 195-200), que tinham a responsabilidade de lavar as trouxas da roupa, de a devolver em tempo útil e de a apresentar branca. Sempre que a roupa aparecia encardida, os médicos insurgiam-se contra os serviços das lavadeiras, exigindo brancura, o que significava limpeza.

Como a roupa era cara, era comprada sempre que possível, mas os róis dos hospitais demonstram, como já se referiu, a precariedade da roupa de cama. Os panos eram adquiridos nos mercados e feiras mais próximos e as peças feitas por costureiras. Para se evitar o seu desvio e estrago, o que causava prejuízo à instituição, em alguns hos-

Capítulo 1. Cuidados de higiene e de saúde pública nos hospitais portugueses

pitais exigia-se aos enfermeiros especial vigilância e cuidado com as roupas, assim como as mantivessem prontas para serem usadas.

Dentro do hospital, as lavadeiras tinham de cuidar separadamente das roupas dos doentes comuns dos das boubas, ou males, o que se encontra também plasmado nos róis. Muito contagiosas, as boubas não só dispunham de enfermarias próprias, como de roupa separada, para evitar o contágio da doença na comunidade hospitalar. Este tratamento exigia grande quantidade de roupa, por ser efetuado à base de suadouros e de unções mercuriais.

Assim, as lavadeiras tinham de ter esse cuidado, bem como o de não a confundir com a das casas particulares, a quem também serviam. Vários hospitais marcaram com sinais a cores a sua roupa para evitar que fosse para outro destino. Para além desta separação, exigia-se igualmente que a roupa que servia nas enfermarias dos tísicos fosse tratada à parte e queimada quando estes deixavam o hospital ou falecessem, tal como acontecia com a de outros enfermos em tempos de epidemias. No início do século XIX, surgem novas propostas relativamente a esta roupa, sujeitando-a a várias lavagens, ao mesmo tempo que eram sugeridas formas de a manusear (Braga, 2001: 135).

O medo do contágio foi o principal motivo para a interdição, tanto mais que se sabia que a confluência de pessoas num local potenciava a transmissão da doença.

Como a roupa estava sujeita a grande desgaste, alguns hospitais receberam esmolas em roupa, quase sempre por via testamental. Podia ser roupa destinada a camas, como lençóis, travesseiros e cobertores, mas podia também destinar-se aos doentes, como camisas (Amorim e Costa, 2018: 129-130). Para servir os médicos, cirurgiões e sangradores existiam toalhas, onde limpavam as mãos.

De forma a evitar prejuízos no setor da roupa, e perante os maus tratos que os convalescentes lhes davam, no hospital de São Marcos de Braga, em 1769, determinou-se que os enfermeiros dobrassem os cobertores quando os doentes se levantassem das camas e lhes recomendassem que, quando tivessem necessidade de descansar, se sentasse cada um na sua cama, e não vários na mesma, para não estragar as roupas (ADB, Pasta I).

Para urinar, os doentes dispunham de bacios com testo, equipamento inicialmente em madeira e mais tarde em louça. Estes objetos eram retirados das enfermarias e despejados ao alvorecer, mas nos sé-

culos XVII e XVIII existiam urinóis à disposição dos internados, bem como vomitórios para os que deles necessitassem. Ia-se seguindo nestas instituições o preceituado pela literatura da época sobre a higiene e saúde pública (Lemos, 1991: 143-149), embora estas alterações não se registassem em todos os hospitais.

Ao mesmo tempo que se implementavam mais medidas de limpeza e higiene, observam-se também medidas tendentes a maiores responsabilidades dos enfermeiros e hospitaleiros, sendo em alguns hospitais proibidos de se ausentarem sem autorização da Mesa ou dos mordomos dos enfermos, ou do provedor do hospital. Nessas ocasiões, a falta era normalmente suprida pelos hospitaleiros. Procurava-se assegurar os cuidados aos internados, bem como melhor assistência e vigilância, aumentando as responsabilidades dos servidores. Simultaneamente, age-se no sentido de vedar o acesso a estranhos às enfermarias, mantendo as portas fechadas e responsabilizando os enfermeiros pelas ocorrências não autorizadas (Esteves, 2018: 262-263).

5. Outras preocupações com os doentes: a caridade e o conforto

Todos os que interagiam diretamente com os enfermos deviam tratá-los com caridade e amor. Eram preceitos cristãos que deviam estar presentes em todos os atos. Para os pobres ingressar num hospital era aceder a algum conforto, pois ter roupa, cama lavada e refeições asseguradas de forma gratuita simbolizava muito para quem tinha pouco ou mesmo nada. Porém, com o avançar do tempo, o conforto tornou-se cada vez mais presente nas determinações dos gestores hospitalares. Assim, a presença de luz nas enfermarias, através das janelas e varandas foi um aspeto considerável, bem como a sua iluminação à noite através de candeeiros, lâmpadas de latão, castiçais ou almotolias, criando algumas comodidades aos internados.

No tocante à renovação do ar, nota-se a preocupação de abrir janelas com vidros, quando era possível para não prejudicar a saúde dos internados e até em alguns deles de abrir varandas para entrar mais luz natural (Magalhães, 2013: 434). A abertura de janelas com vidros

demonstra o evidente valor atribuído à luz do dia. Mas a falta de renovação do ar nas enfermarias era um problema detetado em muitos hospitais, o que levava a que alguns profissionais de saúde a reclamassem para melhorar os serviços prestados aos enfermos (Christian, 1982: 751). E esta realidade permanecerá em muitos ao longo de oitocentos.

Mas ainda dotá-los de melhores condições de higiene e de algum conforto. Essas condições passam pela existência de água dentro do edifício, da colocação de alfazema, incenso e alecrim nas enfermarias ou da queima de plantas aromáticas em potes, retirando-lhes os maus cheiros e perfumando-as. A colocação de ervas cheirosas e de outros mecanismos de purificação do ar, o aquecimento das enfermarias, salientando as posições de médicos e filósofos do Iluminismo relativamente a estas questões, demonstram as mudanças introduzidas com o decurso do tempo. Em alguns hospitais, as enfermarias eram aspergidas com vinagres para purificar o ar e servir como antídoto das febres, enquanto noutras eram as brasas a arder que tinham essa função, sendo levadas para esses espaços quando os médicos e cirurgiões se preparavam para visitar os enfermos. Acresce ainda a compra de lenha sobretudo nos meses mais frios para aquecer os espaços de internamento, dotando-os de maior conforto (Roche, 2002: 135). No hospital D. Lopo de Almeida saíam brasas da cozinha para o aquecimento das instalações (Esteves, 2018: 267).

Quer aos hospitaleiros, quer aos enfermeiros não eram exigidas nenhuma competência no âmbito do setor da saúde. Provenientes dos «extratos mais baixos» (Lopes, 2019: 168), estes assalariados deviam atuar com brandura e caridade com os doentes, manifestando atitudes de amor fraterno. Era-lhes ainda exigido que tivessem sangue limpo e boa vida e costumes, seguindo o preceituado pela igreja contrarreformista.

Também o silêncio foi tido em consideração, por ser considerado importante para que os doentes estivessem melhor acomodados, o que era tido como significativo na sua recuperação (Magalhães, 2013: 442). Procura-se que o hospital fosse um local de sossego e tranquilidade, aumentando a preocupação com o silêncio, principalmente nas enfermarias. A imposição do silêncio significava ainda ordem e civilidade, conceitos mais largamente difundidos no século XIX (Corbin, 2016: 88).

É neste contexto de melhoria das condições oferecidas pelos hospitais, mas também de falta de receitas que deve ser entendido o alargamento dos espaços de cura aos doentes particulares, mediante pagamento, sendo-lhes disponibilizadas instalações diferenciadas.

6. Os cuidados alimentares

Parte integrante da cura, a alimentação era um setor que mereceu desde sempre grandes cuidados, por isso, no espaço da cozinha assistimos a alterações tendentes a melhorar os serviços prestados aos enfermos em termos de higiene e de adequação da alimentação aos doentes e às suas doenças. Procurava-se servir melhor os doentes e economizar mais, num período em que os hospitais se enchiam de enfermos e as receitas cresciam de forma alarmante. Em alguns hospitais a louça de barro onde eram servidas as refeições foi substituída por peças de estanho e as panelas de barro foram trocadas por outras de cobre. Tratava-se de materiais mais resistentes, evitando a compra de louça, como comumente se efetuava, ao mesmo tempo que era mais higiénica. No caso das panelas, poupava-se ainda na lenha, combustível necessário em grande quantidade. No hospital de São Marcos de Braga decidiu-se em 1736 seguir o que já estava em curso no hospital D. Lopo de Almeida, do Porto, e adquirir louça em estanho, por ser mais higiénica. A existente era de barro e quebrava-se com frequência, obrigando à sua renovação. Também as panelas passaram a ser de cobre, como se determinou, em 1766. Nesse caso estava também em causa a despesa com lenha, pois os utensílios em barro obrigavam a maior quantidade desse combustível (Castro, 2008: 281).

Para servir os doentes, as cozinhas estavam apetrechadas de pratos, tijelas, panelas, tachos, temperes, almofarizes, colheres de cobre, raladores, bacias para lavar a louça e alguns bens, salgadeiras, ganchos para pesar a carne, alguidares espetos e outros bens, dependendo da capacidade financeira da instituição em causa e das necessidades que tinha.

As preocupações com a alimentação dos internados eram grandes, como alguns estudos têm demonstrado (Lopes, 2000: 655-678). Dependendo de cada um, os doentes podiam tomar as refeições numa mesa comum, quando se podiam levantar ou na cama, sendo

a comida transportada num tabuleiro. A composição alimentar era prescrita pelos médicos e cirurgiões, sendo adequada ao estado do doente e ao momento do tratamento.

Em alguns hospitais, quando os doentes não podiam tomar as refeições sozinhos ou apresentavam falta de apetite, os enfermeiros deviam ajudá-los e persuadi-los a alimentar-se, devendo ser servidos antes dos restantes. A insistência dos enfermeiros, devia ser praticada com «caridade e amor» (ADB, Pasta I). No hospital de São Marcos de Braga advertiam-se os enfermeiros em 1769 para que vigiassem os doentes, impedindo-os que atirassem restos de comida para trás das camas ou passassem comida uns aos outros, o que sugere ser uma prática frequente, que o hospital queria impedir, num tempo em que se impunha maior limpeza.

Como as refeições eram muito nutritivas, a carne era um elemento sempre presente. No entanto, variava muito de acordo com a região, assim como outros ingredientes usados na cozinha. A galinha e o carneiro eram a base alimentar em muitos hospitais, quase sempre dotados de galinheiros, não evitando, todavia, a compra destas aves em muitos momentos. Do galinheiro saía também carne para fornecer aos doentes que se curavam a domicílio e eram auxiliados pelo hospital. Para além da capoeira, algumas destas instituições possuíam ainda rebanhos de ovelhas, obrigando a uma logística diferente.

Neste como noutros hospitais, introduzem-se ao longo do século XVIII mudanças no setor da alimentação, com vista a uma maior limpeza e melhores serviços prestados aos doentes. E é nesse sentido que em vários deles existia um prato e um jarro de estanho para os doentes lavarem as mãos antes de tomarem as refeições, assim como guardanapos para se limparem. Mas uma vez mais, mencionamos que estas práticas não se conhecem em todos os hospitais.

7. Considerações finais

Procuramos neste trabalho dar visibilidade à higiene e à falta dela nos hospitais portugueses da Idade Moderna, demonstrando as alterações introduzidas no século XVIII, mas também as permanências, principalmente nas instituições mais pequenas e de menores possibilidades financeiras.

O nosso estudo refletiu sobre os complexos hospitalares e as mudanças aconselhadas pelos higienistas do século XVIII, as práticas de limpeza que deviam imperar em todos os espaços dos complexos hospitalares, mas que infelizmente não existiam em muitos deles. Entrando nas enfermarias, realçamos a higiene dos corpos, a feitura das camas e a limpeza das roupas, sublinhando realidades muito diversificadas e ritmos diversos de rotinas e de inovação. Atendemos ainda aos cuidados tidos em geral com os internados e sublinhamos a caridade e o conforto, que alguns deles conseguiram disponibilizar aos internados. Por fim, analisamos práticas alimentares e cuidados manifestados com a saúde dos enfermos, tendo em atenção a importância alimentar no programa da cura, recordando que tratamos de pessoas desnutridas e com debilidades em termos físicos.

Apesar dos avanços observados em vários hospitais, sobretudo nos de maior dimensão e com capacidade financeira para concretizar programas de reforma, sabemos que o mesmo não se passava na esmagadora maioria dos restantes institutos. Estes últimos continuavam a ser verdadeiros focos de proliferação de doenças, por falta de separação entre os internados, de medidas de higiene e de novas práticas, associadas à fraca capacidade de internamento e à escassez de recursos, com reflexos em várias áreas da instituição, onde se integravam também os médicos e os cirurgiões. Aqui mantinham-se práticas rotineiras, evidenciando uma realidade hospitalar plural, assente na diversidade de condições de cada um.

Fontes Manuscritas

ADB, Fundo da Misericórdia, Pasta I, docs. Avulso, não paginados.

Referências

- ABREU, J. L. (2019), «Para evitar os achaques e preservar a saúde. A divulgação da medicina e o “regime de viver” em Portugal – século XVIII», en Dillman, M. y Ripe, F. (eds.), *Cuidados com o corpo e a alma na Luso-América dos séculos XVII a XIX*, Pelotas: Universidade Federal de Pelotas.

Capítulo 1. Cuidados de higiene e de saúde pública nos hospitais portugueses

- ABREU, L. (1990), *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal de 1500 a 1755. Aspectos de sociabilidade e poder*, Setúbal: Santa Casa da Misericórdia de Setúbal.
- ABREU, L. (2010), «Higiene e conservação da saúde no pensamento médico luso-brasileiro do século XVIII», *Asclepio*, 62, 1.
- ACKERKNECHT, E. H. (1986), *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris: Payot.
- ARAÚJO, M. M. L. (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, M. M. L. (2014a), «Women as service providers in Portuguese hospitals in the Modern Age», *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, pp. 195-200.
- ARAÚJO, M. M. L. (2014b), *Memória e quotidiano. As visitas e as devassas ao hospital de S. Marcos de Braga na Idade Moderna*, Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga.
- ARAÚJO, L. M. (2020), *Livro Curioso*, Braga: Arquivo Distrital de Braga e Câmara Municipal de Braga.
- AMORIM, I. y COSTA, P. (2018), «O Património-Herdar e Acrescenta, natureza e variações», en Amorim, I. (ed.), *Sob o manto da Misericórdia. Contributo para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto, vol. II, (1668-1820)*, Coimbra: Almedina, pp. 124-189.
- BOLOGNE, J. C. (1990), *História do Pudor*, Lisboa: Editorial Teorema.
- BRAGA, I. M. R. M. D. (2001), *Assistência, saúde e Prática Médica em Portugal. Séculos XV-XIX*, Lisboa: Universitária Editora.
- CASTRO, M. de F. (2008), *A Misericórdia de Braga. O hospital de S. Marcos*, vol. IV, Braga: Santa Casa da Misericórdia e Autora.
- CORBIN, A. (1987), *Saberes e odores. O olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*, São Paulo: Editora Schwarcz.
- CORBIN, A. (2016), *Histoire du silence. De la Renaissance à nos jours*, Paris: Albin Michel.

- DINGUES, M. (1986), «L'hôpital Saint-André de Bordeaux au XVI-
le siècle. Objectifs et réalisations de l'assistance municipale», en
*Congrès National des Sociétés. Colloque sur l'histoire de la sécurité
social – Actes*, Montpellier: Claris.
- ESTEVEES, A. (2014), «Na saúde e na doença. A ação do Hospital da
Misericórdia de Viana do Castelo na centúria de oitocentos e nos
inícios do século XX», en *Congresso Internacional 500 Anos de His-
tória das Misericórdias. Actas*, Braga: Santa Casa da Misericórdia
de Braga, pp. 117-148.
- ESTEVEES, A. (2016), «Os hospitais das Misericórdias do Alto Min-
ho entre o século XIX e os inícios do século XX. Problemas, desa-
fios e progressos» en Araújo, M. M. L. (ed.), *A intemporalidade da
Misericórdia. As Santas Casas portuguesas: espaços e tempos*, Braga:
Santa Casa da Misericórdia de Braga, pp. 363-391.
- ESTEVEES, A. (2018), «Do hospital de Dom Lopo de Almeida ao
hospital de Santo António», en Amorim, I. (ed.), *Sob o manto da
Misericórdia. Contributo para a História da Santa Casa da Misericór-
dia do Porto, vol. II, (1668-1820)*, Coimbra: Almedina, pp. 257-288.
- FERNANDES, P. S. C. (2016), *O Hospital e a Botica da Misericórdia
de Penafiel 1600-1850*, Penafiel: Santa Casa da Misericórdia de
Penafiel.
- GARCÍA GUERRA, D. (1983), *El hospital Real de Santiago (1499-
1840)*, s. l.: Fundación Barrie de la Maza.
- LEBRUN, F. (1990), «As Reformas. Devoções comunitárias e pieda-
de individual», en Àries, P. y Duby, G. (eds.), *História da vida pri-
vada. Do Renascimento ao século das Luzes*, Porto: Edições Afronta-
mento, 1990, pp. 71-111.
- LEMOS, M. (1991), *História da medicina em Portugal. Doutrinas e ins-
tituições*, vol. 2, Lisboa: Biblioteca da ordem dos Médicos; Publi-
cações, Dom Quixote.
- LOPES, M. A. (2000), *Pobreza e controlo social em Coimbra 1750-1850*,
Viseu: Palimage Editores, vol. I.

Capítulo 1. Cuidados de higiene e de saúde pública nos hospitais portugueses

- LOPES, M. A. (2019), «Enfermeiros e enfermeiras nos hospitais portugueses dos séculos XVIII e XIX. Continuidades e ruturas», en Esteves, A. (ed.), *Homens, instituições e políticas (sécs. XVI-XX)*, Braga, Lab2PT, pp. 154-173.
- MAGALHÃES, A. (2013), *Práticas de caridade na Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI-XVIII)*, Viana do Castelo: Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo.
- MAGALHÃES, V. L. A. (2011), *O hospital novo da Misericórdia de Viseu. Assistência, poder e imagem*, Viseu: Santa Casa da Misericórdia de Viseu.
- OLIVEIRA, N. de (1991), *Livro das Grandezas de Lisboa*, Lisboa: s.e.
- PEREIRA, M. D. S. (2008), *Entre ricos e pobres. A Misericórdia de Ponte da Barca (1630-1800)*, Braga: Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca.
- ROCHE, D. (2002), *História das coisas banais*, Lisboa: Círculo de Leitores.
- RODRIGUES, L. O. (2013), *Os hospitais portugueses do Renascimento (1480-1580). O caso de Nossa Senhora do Pópulo das Caldas da Rainha*, vol. 1 (Tesis Doctoral, Universidade do Minho, Braga, Portugal).
- RODRIGUES, L. O. (2018), «A saúde do corpo», en Amorim, I (ed.), *Sob o manto da Misericórdia. Contributo para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto, vol. I (1499-1668)*, Coimbra: Almeida, pp. 305-354.
- ROMOM, C. (1982), «Le monde des pauvres à Paris au XVIIe-XVIIIe siècles», *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 4.
- SANCHES, A. R. (1757), *Tratado da Conservação da saúde dos Povos*, Lisboa: Na Oficina de José Filipe.
- VIGARELLO, G. (1988), *O limpo e o sujo. A higiene do corpo desde a Idade Média*, Lisboa: Fragmentos.