

ENTRE MARIA E MADALENA:  
A MULHER COMO SUJEITO E OBJECTO DE CARIDADE  
EM PORTUGAL E NAS COLÓNIAS (SÉCULOS XVI-XVIII)

ISABEL DOS GUIMARÃES SÁ \*

O senso comum e a historiografia portuguesa tradicional atribuem normalmente um papel activo às mulheres como agentes de caridade desde o período medieval. Na escola primária e mesmo mais tarde, duas figuras reais representavam a imagem da mulher caridosa: Isabel de Aragão, a Rainha Santa, e D. Leonor, mulher de D. João II. A ambas se atribui a fundação de diversos hospitais e instituições de caridade. A estas duas mulheres da família real portuguesa poderíamos juntar a infanta D. Maria, de memória menos viva mas de sólida fortuna, que instituiu por testamento o Hospital da Luz. A pretensa relação privilegiada entre mulheres e assistência aos pobres era ainda em 1958 formulada da seguinte forma: «As primeiras albergarias de que há notícia, devem-se às nossas rainhas, o que não admira por ser mais afervorado na mulher o espírito cristão, e ainda porque nesse tempo o homem andava empenhado na construção do país, ficando à mulher o ócio, que encontrava preenchimento nas obras de caridade» (1). Em 1958, aquando do centenário do nascimento da rainha D. Leonor deu-se especial ênfase ao seu papel na assistência aos pobres assim como outros trabalhos posteriores continuaram a focar a acção de outras figuras reais (2). Este trabalho procura, à luz de investigação recente, situar com maior rigor o lugar das mulheres na assistência, quer enquanto emissoras de serviços ou dadoras de recursos, quer como beneficiárias dos mesmos. Focaremos inicialmente um contexto geral de configuração portuguesa e só num segundo momento analisaremos os papéis femininos na assistência em contextos coloniais.

Trataremos em primeiro lugar a questão das fundações de instituições de assistência por parte das rainhas portuguesas. Se por um lado, era óbvio proceder por analogia relativamente à mãe de Cristo e associar a bondade subjacente à imagem destas rainhas à figura da Virgem Maria, símbolo da caridade por excelência, por outro os compromissos dos hospitais fundados desmentem o papel activo das rainhas na gestão das instituições cuja criação se lhes atribui. Detenhamo-nos um pouco sobre a analogia entre as figuras reais e a Virgem Maria: o seu culto enquanto mãe de Misericórdia surge associado ao manto que cobre todos, ricos e pobres, nobres e plebeus, clérigos e laicos sob o manto protector. Além do mais, Maria era vista como intermediária entre os

\*Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Financiamento da C.N.C.D.P., projecto 172/92 «Misericórdias nos territórios ultramarinos sob administração portuguesa (1500-1800)» e J.N.I.C.T.-I.C., projecto PLUS.C.HIS.810.93». «As Misericórdias: oligarquias e práticas de

devotos e Cristo, figura demasiado próxima a um Deus castigador, e devia interceder em favor dos crentes (\*). Maria representava a imagem ideal do género feminino e a analogia com as rainhas surge imediatamente ao senso-comum.

As mulheres, enquanto pessoas jurídicas e capazes de testar, podiam fazer doações a favor dos pobres, tal como os homens, embora a gestão e o poder nas instituições criadas lhes estivesse vedado. Os compromissos que chegaram até nós de alguns dos hospitais fundados por essas rainhas desmentem que elas se ocupassem efectivamente de assistência, e, tal como os homens, parece terem dedicado parte dos seus bens aos pobres para cumprirem um objectivo comum aos dois sexos: a salvação da alma. O compromisso do Hospital das Caldas, dado em vida da rainha, em 1512, atribua funções directivas exclusivamente aos homens e as mulheres apenas trabalhavam na cozinha e lavagem da roupa e serviam como enfermeiras nas enfermarias femininas. As missas eram ditas por alma da rainha, mas também pela de seu marido e filho defuntos e os doentes tinham a obrigação de rezar igualmente pelos três elementos da família (\*). Quanto à Misericórdia de Lisboa, em cuja fundação se atribui um papel fundamental à rainha D. Leonor, circunscrevia-se a homens e as mulheres, mesmo viúvas, não tinham estatuto de irmãs com direito a intervenção na vida assistencial e administrativa da irmandade. As mulheres não participavam na vida da irmandade, excepto enquanto figuras sob tutela: filhas, mulheres ou viúvas dos irmãos, donzelas com necessidade de dote de casamento, mulheres pobres visitadas, etc... (\*). Por outro lado a gestão das obras de caridade instituídas por testamento da infanta D. Maria cabia à Misericórdia de Lisboa e o hospital, exclusivamente dedicado a homens, seria administrado pela Ordem de Cristo (\*). O documento português mais importante do século XVI sobre adminis-tração de bens de caridade, o Regimento de Capelas e Hospitais não menciona mulheres na qualidade de gestoras (\*).

Vejamos agora a participação das mulheres na globalidade das confrarias: muitas das irmandades admitiam mulheres entre os membros e é de admitir que, se estas não tinham um papel activo na direcção das irmandades, praticavam pelo menos alguns dos actos de caridade que a respectiva confraria enquadrava (\*). As confrarias assentavam geralmente no trabalho voluntário dos seus membros e poderiam ter fornecido um enquadramento à acção de mulheres nos serviços de caridade. No entanto, em Portugal e nas colónias, as principais confrarias votadas à assistência – as Misericórdias – só admitiam homens entre os seus membros. Todos os trabalhos relacionados com a caridade tal como esta era praticada pelas Misericórdias (alimentação dos presos nas cadeias, tratamento de doentes nos hospitais, visitas a pobres envergonhados) eram praticados por homens. Não será excessivo frisar uma vez mais a importância das misericórdias enquanto instituições de poder competindo lado a lado na arena política com outros baluartes do poder local como por exemplo as câmaras municipais, tanto em Portugal como nas colónias (\*). Todas as decisões tomadas pelas Misericórdias relacionadas com a atribuição de recursos, mesmo que estes proviessem de testamentos feitos por mulheres ou revertessem a favor de mulheres, eram feitas por homens. Refiro-me ao resgate de captivos, que privilegiava mulheres e crianças, e à atribuição de dotes de casamento a raparigas. Apenas nos casos em que as tarefas necessárias à assistência tinham de ser efectuadas por mulheres é que estas assumiam um papel activo, ainda que tutelado pelos homens. Temos o caso das amas de expostos, por exemplo, ou das regentes e demais pessoal feminino adstrito aos recolhimentos de mulheres (\*). Mas a generalidade dos papéis que envolviam chefia e poder de decisão circunscreviam-se sempre aos homens e quando tal não se podia verificar por dificuldades logísticas, como no caso dos recolhimentos, as mulheres eram vigiadas.

Se por um lado a participação das mulheres nas Misericórdias ou mesmo na grande maioria das restantes instituições de assistência era virtualmente inexistente, essa exclusão implicava que as actividades caritativas femininas não tivessem geralmente um enquadramento público, circunscrevendo-se geralmente a actos de natureza privada, como por exemplo dádivas de esmolas feitas directamente. Apenas no que respeita à faculdade de testar em favor dos pobres, beneficiando uma instituição de assistência já existente ou criando uma nova, parecem ter existido potencialidades idênticas a homens e mulheres. Como explicamos que de facto as mulheres não tivessem uma actividade pública importante no que respeita à assistência? Várias razões ajudam a explicar esta exclusão. Em primeiro lugar, as mulheres não eram potenciais ocupantes de cargos públicos ou cívicos e a sua participação neles era posta de parte sem ser sequer considerada. A nível global, qualquer função que implicasse protagonismo público e poder político estava vedada às mulheres, a não ser no caso de certas viúvas e mesmo estas apenas na inexistência de alternativas masculinas. A exclusão das mulheres da caridade integra-se portanto num contexto geral de inexistência política e cívica. O facto de nas sociedades de Antigo Regime a caridade ter uma importância política fundamental como elemento de pacificação social, sendo voluntária e sendo o seu volume totalmente dependente do arbítrio do doador, tornava-a num espaço fundamental de poder que excluía as mulheres à partida. Por outro lado, a reclusão imposta às mulheres, confinadas ao espaço doméstico, excluía-as de actividades manifestamente públicas, como por exemplo curar enfermos num hospital, enquanto algumas actividades assistenciais punham em causa a sua própria honra: visitar doentes a domicílio, visitar presos, etc.. Podemos pois excluir a imagem da mulher de alta estirpe ocupada em tarefas assistenciais; seria importante até contextualizar a imagem tradicional da ordem religiosa feminina que se dedica à gestão e ao trabalho hospitalar, pelo menos no que respeita à Península Ibérica (\*). Desde quando é que estas últimas, bem como as sociedades de senhoras da alta aristocracia se ocuparam dos doentes e pobres? Creio que no caso português a resposta a esta pergunta terá de ser procurada num contexto cronológico oitocentista. Na Europa, a participação de mulheres de elevado estatuto social na assistência, circunscreve-se curiosamente à gestão de hospitais de crianças abandonadas (Madrid e Paris) (\*\*).

Essa ausência de participação feminina nas actividades públicas relacionadas com a assistência era contrabalançada pela existência de situações assistenciais exclusivamente votadas a mulheres. Em primeiro lugar os dotes destinados a ajudar raparigas órfãs pobres a participar no mercado matrimonial e, em complemento com estes, as instituições destinadas a salvaguardar a honra feminina, os recolhimentos. Estes últimos podem ser definidos como instituições destinadas a albergar mulheres para as poupar às vicissitudes da fortuna: donzelas, mulheres mal casadas ou com maridos ausentes e viúvas. Outros recolhimentos destinavam-se a reciclar reputações já manchadas: institutos de convertidas, por exemplo, que recolhiam prostitutas arrependidas ou doentes. Por outro lado, as mulheres figuravam em pé de igualdade com os homens quando se tratava de doenças que atingiam indiscriminadamente uns e outros e eram recebidas nos hospitais que separavam geralmente as enfermarias femininas das masculinas.

Este contexto global aplica-se geralmente aos estados meridionais da Europa de tradição católica e passou aos impérios coloniais ibéricos, embora com algumas diferenças entre zonas espanholas e portuguesas, que não cabe aqui detalhar (\*). Nas colónias portuguesas construíram-se recolhimentos de mulheres e os hospitais incluíram enfermarias femininas. No entanto, da assistência prestada às mulheres nas colónias ressaltam algumas especificidades decorrentes de um contexto global caracterizado por

uma emigração diferencial masculina que desequilibrava a relação de masculinidade tanto em Portugal como nas colónias mas criava populações com um défice de mulheres sobretudo nos territórios asiáticos e brasileiros. Charles Boxer caracterizou a presença feminina de origem portuguesa e portanto de raça branca como sendo quase inexistente na Índia e no Brasil, para onde a generalidade dos homens portugueses, mesmo exercendo cargos públicos, raramente se fazia acompanhar das mulheres e filhos/as<sup>(14)</sup>. Boxer afirmou também que as poucas mulheres dos colonos portugueses presentes nesses territórios eram ciosamente confinadas à casa e mantidas fora da esfera social<sup>(15)</sup>. Os únicos territórios onde se verificava um certo equilíbrio entre o número de mulheres e homens parece terem sido os arquipélagos atlânticos dos Açores e Madeira, que desenvolveram economias e sociedades semelhantes às europeias, e os presídios marroquinos, onde os soldados das guarnições se faziam acompanhar das respectivas mulheres<sup>(16)</sup>. Mas, mesmo nestes casos de excepção, a esfera feminina era rigorosamente a da casa. Não é aqui o lugar para explicar a razão de comportamentos tão diferentes, mas a explicação poderá eventualmente residir nas características dos mercados sexuais e matrimoniais respectivos. As estruturas assistenciais dos territórios tropicais reflectem, tanto no caso brasileiro como no asiático, a extrema desigualdade numérica entre a população feminina e masculina. Em relação à assistência a mulheres nos territórios sob administração portuguesa tomaremos três casos de estudo: o primeiro consiste numa lista de pessoas a quem foi concedida esmola na Misericórdia de Angra na Ilha Terceira; o segundo diz respeito aos recolhimentos femininos existentes na cidade de Goa e finalmente o caso das mulheres assistidas no Hospital dos Pobres de S. Salvador da Bahia no Brasil.

Em Angra, ao contrário dos territórios de clima tropical sob administração portuguesa, estamos perante uma sociedade substancialmente idêntica à europeia, de cariz fortemente agrário e com um papel importante ao nível da escala dos navios da carreira da Índia. A fonte que usarei diz respeito a um rol de indivíduos assistidos a domicílio, situação similar ao conceito clássico de pobre envergonhado. A estes indivíduos era-lhes concedida uma esmola, em géneros ou espécie, e esse acto de caridade processava-se na sombra, sendo a situação de pobreza escondida dos olhares públicos<sup>(17)</sup>. No continente europeu, o beneficiário mais frequente deste tipo de assistência era a mulher chefe de agregado doméstico, ou na situação de viúva com filhos a cargo ou de solteira, em regime de celibato definitivo. Não interessa aqui frisar a situação de extrema vulnerabilidade económica para que a viúve remetia as mulheres nas sociedades pré-industriais: trata-se de uma situação por demais bem estudada. Em geral, a fragilidade da economia familiar tinha a ver com a ausência de homens capazes de ganhar um salário, quer fossem maridos, irmãos ou filhos, mortos, ausentes ou inválidos. Vejamos a situação do caso específico de Angra, para o qual encontramos uma fonte inexistente em muitos arquivos das Misericórdias: um rol de pedidos de esmola concedidos a pobres entre Junho de 1755 e Dezembro de 1762<sup>(18)</sup>. Trata-se de um maço de cerca de 120 folhas cosidas, não necessariamente representativo de *todas* as esmolos concedidas por requerimento nesse período. O número relativamente pequeno de casos excluiu uma abordagem estatística detalhada embora a sua análise tenha sido rica em sugestões. Em 119 pedidos de esmola, 112 dos beneficiados foram mulheres (94%): a imagem global é de que, neste caso particular de assistência à pobreza, eram as mulheres os principais receptores de recursos e que uma ênfase muito especial era colocada na honra feminina, com uma separação estrita entre as esferas privada e pública. As mulheres solicitavam um vestido que lhes permitisse serem vistas publicamente na igreja: tratava-se de um bem imprescindível para cumprirem os seus deveres de boas cristãs e o seu recolhimento e vida honrada era um

factor de sucesso no pedido de esmola. De notar também que os poucos homens que aparecem a beneficiar de assistência se encontravam numa situação de dependência económica. A única mulher que aparece a solicitar uma quantia muito elevada de dinheiro comparada com as outras, pretendia dar estado a uma das filhas completando o respectivo dote de entrada num convento<sup>(19)</sup>. Trata-se de um caso de acesso privilegiado aos recursos da caridade extremamente corrente a nível geral na época, mas que não explorei com detalhe, remetendo para a bibliografia especializada<sup>(20)</sup>. Em todo o caso, todos os exemplos apontam para a importância conferida ao estatuto social das mulheres, fortemente assimilado à sua honra. Mais do que uma assistência baseada em critérios estritamente económicos, temos uma caridade essencialmente preocupada em assegurar um estatuto social e religioso condigno ao sexo e posição social do beneficiário. De notar também que a maior parte das mulheres socorridas com esmola (em moios de trigo ou dinheiro) se colocava à frente de uma casa e tinha dependentes a cargo, fossem eles filhos pequenos ou irmãos. Muitas vezes os membros desses agregados aparecem qualificados como órfãos, quer se tratasse das requerentes (nos casos das mulheres sóas ou de irmãs solteiras vivendo na mesma casa), dos filhos das viúvas ou de irmãos mais novos. A grande maioria das mulheres que obteve a esmola fazia parte da população activa: os registos mencionam expressamente que as suplicantes viviam do trabalho de suas mãos, não tinham nada de seu e o que ganhavam não chegava para manter a família. Outras vezes o registo declara que a suplicante «não tinha com que pagar a renda da casa».

Vejamos agora o caso de Goa em que a oferta assistencial relativa a mulheres privilegia igualmente a honra feminina: dos hospitais existentes, um era claramente um hospital para homens, portugueses de origem e preferencialmente ao serviço do rei, o Hospital Real<sup>(21)</sup>. Tratava-se de um hospital de vocação claramente militar, acolhendo preferencialmente soldados e marinheiros, como o parece ter sido a generalidade dos hospitais na Ásia portuguesa<sup>(22)</sup>. O único hospital que admitia mulheres destinava-se à população local<sup>(23)</sup>.

Em Goa, se tardou o estabelecimento de mosteiros, tal não aconteceu com os recolhimentos femininos. O arcebispo D. Frei Aleixo de Menezes fundou em 1605 o recolhimento de Nossa Senhora do Monte. Os objectivos da instituição goesa eram os mesmos das suas congéneres europeias: a salvaguarda da honra como forma de inserir a mulher no mercado matrimonial. A rapidez com que a coroa deu o seu consentimento à iniciativa prende-se também com a necessidade de fornecer um enquadramento institucional às órfãs del rei, inicialmente hospedadas por particulares. A coroa mantinha as chamadas órfãs do número (20) e as restantes eram supranumerárias. A preocupação com a honra feminina foi alargada às mulheres brancas de má reputação («de mau viver») através da criação de outra instituição, de fundação igualmente protagonizada pelo mesmo bispo, o Recolhimento de Santa Maria Madalena e complementar da primeira. A preocupação de separar mulheres com origens e reputações diferentes era comum à Europa, onde as mulheres virgens eram discriminadas das outras inclusivamente dentro do mesmo edifício<sup>(24)</sup>. Por outro lado, a invocação de S. Maria Madalena era também frequente em instituições deste teor e fornecia uma imagem de santidade oposta à de Maria Imaculada de que falámos no início. A vontade de reciclar reputações manchadas era evidente na determinação de não admitir mulheres demasiado velhas para pecar que tirariam o lugar àquelas que podiam perseverar nos «desastres da honra»; admitiam-se ainda mulheres cujos barragãos estavam prontos a reparar a falta pelo casamento; eram também bem vindas as mulheres moribundas que se reconhecia serem propensas ao arrependimento. Por outro lado aludia-se ao demónio, «inimigo de todo o nosso bem», sempre pronto a fazer saudades às internas da vida fora do recolhimento, provocando-

-lhes «tristeza» e «enfadamento». A vontade de reproduzir as estruturas institucionais europeias era evidente e foi de resto explicitada no próprio texto do compromisso <sup>(25)</sup>.

Vejamos agora o caso do Brasil, tomando como exemplo o hospital de S. Cristóvão na Bahia, destinado a pobres de ambos os sexos e de todas as raças e credos, para o qual existem registos de doentes que permitem observar a assistência prestada a mulheres. Assumi que neste caso de estudo não há um acesso diferencial por sexo aos serviços de caridade: trata-se de um hospital para pobres, onde estes são admitidos e tratados gratuitamente. Trata-se de um aspecto importante, uma vez que a frequência dos hospitais na Europa, excepção feita dos hospitais termais e das curas de sífilis, se circunscrevia às camadas mais baixas da população e aos soldados. As mulheres inseridas numa família e dispoendo de um suporte familiar e económico que lhes garantisse um tecto e cuidados de saúde raramente se socorriam dos hospitais. Desta forma, assumi que as mulheres que aparecem nos registos do hospital eram mulheres pobres, estrutural ou conjunturalmente e, uma vez que o hospital possuía uma enfermaria para doentes mentais, algumas podiam ser internadas nessa qualidade. Por outro lado, os dados de que dispomos não se aplicam já aos primeiros séculos da expansão portuguesa, mas a uma fase colonial tardia, correspondente à segunda metade do século XVIII.

QUADRO 1 - COR DAS MULHERES REGISTADAS NO HOSPITAL DE CARIDADE (1779-1792)

	brancas	pardas	pretas	outras	s. inf.	totais
	298	303	190	17	80	888
%	33,6	34,1	21,40	1,91	9,00	100,1

Total de 4000 indivíduos (22,2% de mulheres)

Fonte: A.S.C.M.B., *Livros 1.º e 2.º do Hospital da Caridade*, ns. 1044-1045

No caso dos doentes pobres baianos, as conclusões são claras: as mulheres representam um quinto dos assistidos; entre elas eram raras as mulheres brancas e a maior parte eram escravas mulatas ou negras. Das mulheres brancas, muito poucas tinham vindo do Reino e dos Açores: a grande maioria declarou ser originária de Salvador, do Recôncavo baiano e até de outras zonas do Brasil (75,1% numa população de 298 indivíduos). Nunca saberemos as causas de hospitalização tanto de homens como de mulheres porque os registos não o declaram, salvo excepções muito raras. Stuart Schwartz chamou a atenção para a escassez de mulheres entre a própria população escrava <sup>(26)</sup>; o défice da população feminina parece ter sido generalizado no Brasil.

No entanto, é no contexto dos recolhimentos femininos e dotes de órfãs ultramarinas que os valores associados à raça e estatuto social adquiriam relevância <sup>(27)</sup>. Nas colónias tropicais merece atenção especial a distinção entre mercado sexual e mercado matrimonial. Entende-se o primeiro como o conjunto de relações de oferta e procura de relações sexuais e obviamente não é considerada a circunstância de serem objecto de mercantilização no sentido literal do termo. A um mercado sexual alargado para o colono branco correspondia uma oferta fraca de noivas potenciais, uma vez que, se do ponto de vista sexual as limitações eram virtualmente inexistentes, as hipóteses de casamento se reduziam a brancas e mulatas claras <sup>(28)</sup>. Trata-se de uma sociedade assente em preconceitos de cor <sup>(29)</sup>, que se manifestavam no acesso às mais variadas instituições coloniais, desde o Senado municipal ao ingresso na Misericórdia e Ordens Terceiras. Tanto num como noutro dos dois últimos casos, o casamento com uma mulata podia

excluir um candidato a irmão <sup>(30)</sup>. Embora não tenha trabalhado sobre a Bahia no que respeita a dotes de órfãs ou ao recolhimento da Misericórdia, a informação disponível evidencia uma preferência clara por raparigas brancas ou mulatas muito claras, as mulheres mais valorizadas no mercado matrimonial, embora as raparigas negras ou mulatas não fossem excluídas em todos os dotes instituídos. Sabemos que na Bahia os conventos femininos tardaram em ser implantados e que, a nível geral, a coroa desencorajou a fundação de mosteiros femininos, tanto em Goa como no Brasil <sup>(31)</sup>. Na Bahia, o convento feminino destinava-se a raparigas brancas, filhas da elite que monopolizava os cargos municipais e as mesas das Misericórdias e Ordens Terceiras e chegou a ser proposta uma diferenciação de estatuto social entre as raparigas admitidas <sup>(32)</sup>.

Em três pontos fulcrais do Império Português – Angra, Goa e Baía – a presença das mulheres na assistência não se afastou significativamente do enquadramento que lhe era imposto na Europa e em particular em Portugal. Em Angra, mulheres a quem a Misericórdia procurava ajudar a preservar a honra e a manter um estatuto social que as dificuldades económicas faziam perigar; em Goa, mulheres que os recolhimentos procuravam manter na observância da moral sexual católica; no Brasil, raparigas pobres e menos pobres que os dotes ajudavam a casar condignamente. Os registos de mulheres doentes que eram tratadas num hospital maioritariamente frequentado por homens levam-nos a constatar por um lado o défice de mulheres entre a população brasileira e por outro a hipótese ainda por confirmar de que as mulheres recorriam menos ao internamento hospitalar do que os homens. Nos territórios tropicais as alterações efectuadas relativamente à metrópole relacionavam-se com a presença de várias raças e de miscigenação racial que obrigava a demarcar critérios rígidos de admissão a brancas nos recolhimentos. Ao conceder tanta importância à honra das mulheres brancas, as instituições estavam implicitamente a reconhecer a ausência de sobreposição entre mercado sexual e mercado matrimonial, uma vez que a preocupação com a honra das outras mulheres está ausente das fontes.

#### ABREVIATURAS UTILIZADAS

A.D.B.M.A.H.: Arquivo Distrital e Biblioteca Municipal de Angra do Heroísmo  
A.H.E.G.: Arquivo Histórico do Estado de Goa  
A.S.C.M.B.: Arquivo da Santa Casa da Misericórdia na Baía

#### NOTAS

(1) Gusmão, Armando, *Subsídios para a história da Santa Casa da Misericórdia de Évora, parte 1.ª* (1499-1567), Évora, 1958, p. 23.

(2) *A Rainha D. Leonor*. Catálogo, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1958 e *Actas do IV Congresso das Misericórdias*, Lisboa, 1959; Lopes, Fernando Félix, «Breve apontamento sobre a Rainha Santa Isabel e a pobreza», A pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média. Actas das 1.ªs Jornadas Luso-espanholas de História Medieval, Lisboa, 25-30 de Setembro de 1972, t. II, Lisboa, Instituto de Alta Cultura, 1973, pp. 527-545. De notar que a mitificação do papel das figuras reais femininas na assistência começa muito antes do Estado Novo: veja-se a história do Hospital das Caldas escrita no século XVII (S. Paulo, Jorge de, *Antiguidades das Caldas da Rainha e do tempo da rainha D. Leonor* (revisão, prefácio e notas de Fernando da Silva Correia), Caldas da Rainha, [s.e.], 1959). Ver ainda Sousa, Ivo Carneiro de, *A Rainha da Misericórdia na história da espiritualidade em Portugal na época do Renascimento*, vol I, Porto, dissertação de doutoramento em Cultura Portuguesa apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 1992.

(3) Flynn, Maureen, *Sacred Charity. Confraternities and Social Welfare in Spain, 1400-1700*, London, The Macmillan Press, 1989, p. 28.

(4) «Compromisso do Hospital das Caldas dado pela Rainha D. Leonor sua fundadora em 1512» in Correia, Fernando (ed.), sep. de O Instituto. *Revista Científica e Literária*, Coimbra, 4ª série, vol. 80, 1930, n. 9, pp. 8-11, 18 e 43.

(5) Cf. comp. omissos publicados da Misericórdia de Lisboa: Correia, Fernando (ed.), *Do compromisso da Confraria da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa fundada pela rainha D. Leonor de Lencastre*, impresso em 1516, reimpresso em 1929, Caldas da Rainha, Tip. Caldense, 1929; *Compromisso da Irmandade da Sancta Casa da Misericórdia da Cidade de Lisboa*, Lisboa, Antonio Alvarez, anno de 1600; *Compromisso da Misericórdia de Lisboa*, Lisboa, Pedro Craesbeeck, 1619.

(6) «O testamento da Infanta D. Maria filha de D. Manuel I»; «Regimento do Hospital que a Serenissima Iffanta Dona Maria filha DelRei dom Manoel d'Gloriosa memoria fundou junto ao mosteiro de Nossa Senhora da Luz em Carnide», ambos publicados in *Charitatis Monumenta Historica*, Boletim da Assistência Social, 1945.

(7) *Regimento de como os contadores das Comarcas hã de prover sobre as capellas, ospitales, albergarias, cõfrarias, gafarias, obras, terças e residuos, novamente ordenado e copillado pello muyto alto e myxto poderoso Rey Dom Manuel nosso senhor, E por especial mandado de sua Alteza Johã Pedro de Bonhomini de Cremona o mandou imprimir. Com privilegio, 1514.*

(8) A não ser nas confrarias exclusivamente femininas, os cargos directivos eram exclusivos dos homens. Por ou ro lado havia diferenças na relação de masculinidade entre os membros das confrarias mistas. Cf. Flynn, Maureen, *Sacred Charity* cit., p. 33 e Abreu, Laurinda, «Confrarias e irmandades de Setúbal: redes de sociabilidade e de poder», *I Congresso Internacional do Barroco*, Actas, I vol., Porto, Reitoria da Universidade do Porto/ Governo Civil do Porto, 1991, pp. 5-6.

(9) Cf. Santo, Rui, «Senhores da terra, senhores da vila: elites e poderes locais em Mértola no século XVIII», *Análise Social*, vol. XXVIII (121), 1993, pp. 345-369.

(10) Sá, Isabel dos Guimarães, «A Casa da Roda do Porto e o seu funcionamento (1710-1780)», *Revista da Faculdade de Letras - História*, Porto, 2.a série, vol. II, 1985, pp. 161-191; Ferreira, J. A. Pinto, *Recolhimento de órfãs de Nossa Senhora da Esperança (fundado na cidade do Porto no séc. XVIII)*, Porto, Câmara Municipal, s.d..

(11) A implantação de ordens religiosas femininas na gestão de hospitais foi estudada para a França meridional: cf. Dinet-Lecomte, Marie-Claude, «Implantation et rayonnement des congrégations hospitalières dans le sud de la France aux XVIIe et XVIIIe siècles», *Annales du Midi*, t. 104, 1992, n. 197, pp. 19-42.

(12) De Demerson, Paula, «La Real Inclusa de Madrid a finales del siglo XVIII», *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, vol. 8, 1972, p. 262; a «Junta de Damas de Honor y Mérito» substituiu em 1797 a confraria que se ocupava da administração do hospital de expostos; em Paris, a participação de senhoras na assistência às crianças abandonadas remonta ao século XVII (Cf. Aragon, Philippe, «Saint Vincent de Paul et l'abandon», *Enfance abandonnée et Société en Europe, XIVe-XXe siècle, Actes du Colloque, Rome 30 et 31 Janvier 1987*, Roma, École Française de Rome, 1991, p. 154).

(13) Boxer, C. R., *A mulher na expansão ultramarina ibérica, 1415-1815. Alguns factos, ideias e personalidades*, Lisboa, Livros Horizonte, 1975, pp. 48 e 81.

(14) Boxer, C. R., *A mulher na expansão cit.*, pp. 69-71 e 82.

(15) Boxer, C. R., *A mulher na expansão cit.*, pp. 66-67.

(16) Boxer, C. R., *A mulher na expansão cit.*, pp. 36-37 e 15. Sobre o povoamento das ilhas dos Açores, desertas antes da colonização europeia ver Santos, João Marinho dos, *Os Açores nos séculos XV e XVI*, s.l., Direcção Geral dos Assuntos Culturais, s.d., pp. 131-138.

(17) Pullan, Brian, «Poveri, mendicanti e vagabondi (secoli XIV-XVII)» in Pullan, Brian, *Poverty and Charity: Europe, Italy, Venice, 1400-1700*, Variorum, 1994, pp. 981-1047.

(18) Cf. A.H.B.P.A.H., Fundos não catalogados da Misericórdia de Angra, maço 1.

(19) Quantia de 10 000 réis destinada a completar um dote de 60 000 réis, contraposta ao montante médio de 4700 réis. De resto, das 118 mulheres que receberam esmola, apenas 26 receberam dinheiro; as restantes foram pagas em trigo.

(20) Sobre critérios de selecção de beneficiários de caridade e importância do estatuto social nas escolhas efectuadas cf. Woolf, Stuart J., *The poor in Western Europe in the eighteenth and nineteenth centuries*, London and New York, Methuen, 1986.

(21) Rivara, J. H. Cunha, *Arquivo Portuguez-Oriental*, New Delhi, Asian Educational Services, 1992, fasc. 5, part. III, doc. 838, pp. 1006-1067, «Regimento do Hospital Real da Cidade de Goa».

(22) A.H.E.G., cod. 865 – Hospital Real – Matrícula dos doentes, 1733-1737 (Hospital de S. João de Deus de Baçaim) e ainda Pina, Luís de, «A expansão hospitalar portuguesa ultramarina», *Broteria*, vol. XXXVII, fasc. 5, Lisboa, Novembro de 1943, pp. 7-76.

(23) A.H.E.G., cod. 10425 – Regimento do Hospital da Misericórdia de Goa, 1612: «Regimento do Ospital da Casa da Santa Misericórdia pera a gente da terra e outros que pela Mesa se recebem».

(24) Esta regra projecta-se em Goa, em que existiam diferenças de vestuário entre as pensionistas do Recolhimento das Convertidas («Assento que se fez sobre aceitar em toda demenstração da Casa das Arrepentidas» in Martins, J. F. Ferreira, *História da Misericórdia de Goa (1520-1910)*, vol. 2, Nova Goa, 1910., p. 215).

(25) A.H.E.G., cod. 10422 – Compromisso da Casa das Convertidas de Santa Maria Madalena, 1611.

(26) Schwartz, Stuart B., *Sugar plantations in the formation of Brazilian Society. Bahia, 1550-1835*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, p. 384.

(27) Existem dois estudos publicados sobre as recolhidas baianas: Russell-Wood, A. J. R., *Fidalgos e Filantropos. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*, Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1968, cap. 13, pp. 253-265; Nascimento, Anna Amélia Vieira, «A pobreza e a honra: recolhidas e dotadas na Santa Casa de Misericórdia da Bahia. 1700-1867», *Revista da Academia de Letras da Bahia [Salvador]*, n. 38, 1992, pp. 123-134. Especificamente sobre a condição da mulher no Brasil colonial veja-se do mesmo autor «Women and Society in Colonial Brazil» in Russell-Wood, A. J. R., *Society and Government in Colonial Brazil, 1500-1822*, Variorum, 1992.

(28) Boxer, C. R., *A mulher na expansão cit.*, pp. 70-71.

(29) Boxer, C. R., *Race Relations in the Portuguese Colonial Empire, 1415-1825*, Oxford, Oxford University Press, 1963; Russell-Wood, A. J. R., «Class, Creed and Colour in Colonial Bahia: A Study in Prejudice» in Russell-Wood, A. J. R., *Society and Government cit.*, cap. IV, pp. 133-157.

(30) Esteves, Neusa Rodrigues (organizadora), *Irmãos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia – século XVII*, Salvador, Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1977, pp. 227; Russell-Wood, A. J. R., «The Third Orders of Salvador» in Russell-Wood, A. J. R., *Society and Government cit.*, p. 67.

(31) Cartas régias de 2 de Setembro de 1603 e de 2 de Março de 1615 in Silva, José Justino de Andrade e, *Colecção Chronológica de Legislação Portuguesa compilada e anotada*, Lisboa, Imprensa de A.J.J. da Silva – Imprensa Nacional, 1854-59, 10 vols., volumes respeitantes a 1603 e 1615, pp. 22 e 124 respectivamente. A carta régia de 1603 recomendava abertamente a fundação de recolhimentos nas colónias, em vez de mosteiros femininos.

(32) Boxer, C. R., *Portuguese Society in the Tropics. The Municipal Councils of Goa, Macau, Bahia, and Luanda, 1510-1800*, Madison and Milwaukee, 1965, p. 93.