

MARIA MARTA LOBO DE ARAÚJO
(coord.)

OS HOSPITAIS PORTUGUESES

Da Idade Média aos dias de hoje

PORTO—Hospital geral de S.^{to} Antonio



MARIA MARTA LOBO DE ARAÚJO
(coord.)

OS HOSPITAIS PORTUGUESES

Da Idade Média aos dias de hoje

Os Hospitais Portugueses

da Idade Média aos dias de hoje

Maria Marta Lobo de Araújo (Coord.)

Capa: António José Pedro

© 2022, Edições Húmus

Edições Húmus, Lda., 2022
Apartado 7081
4764-908 Ribeirão – V. N. Famalicão
Telef.: 926 375 305
humus@humus.com.pt
www.edicoeshumus.pt
ISBN: 978-989-755-736-1

Impressão: Papelmunde – V. N. Famalicão
1ª edição: Fevereiro de 2022
Depósito Legal: 495362/22

Índice

- 13 Nota introdutória
Maria Marta Lobo de Araújo
- 17 **Os hospitais na Idade Média: realidades multifacetadas**
Arnaldo Sousa Melo
- 17 Introdução
- 18 1. Conceitos e realidades: pobres / pobreza; assistência aos pobres
- 19 2. Tipos de instituições de assistência: hospitais e albergarias na Idade Média: Funções e objetivos
- 24 3. Os hospitais e albergarias medievais
- 25 3.1. Edifícios, estruturas materiais e localização
- 26 4. Hospitais/albergarias: organização e instituições de enquadramento
- 33 5. Rutura e continuidade do *modelo* hospitalar *medieval*
- 37 **Os hospitais na Idade Moderna: uma realidade plural**
Maria Marta Lobo de Araújo
- 37 Introdução
- 41 1. A tipologia hospitalar e os seus complexos
- 45 2. Os espaços de internamento
- 49 3. O financiamento dos hospitais
- 55 4. Os hospitais em tempos de epidemias
- 62 5. O tratamento de militares
- 65 6. Os cuidadores do corpo
- 68 7. Os cuidadores da alma
- 71 Considerações finais
- 73 **O último regimento do Hospital de Todos os Santos (1632)**
Laurinda Abreu

119	Boticas e boticários nos hospitais da Idade Moderna <i>Maria de Fátima Reis</i>	232	4.2. Novas construções
149	O que comem os doentes? Alimentação nos hospitais portugueses da Idade Moderna e Contemporânea <i>Marina Galvão Prezotti</i>	235	4.3. Novas construções: constrangimentos que se mantêm
153	1. Alimentação e saúde: a dietética Antiga e Medieval	236	Conclusão
156	2. Alimentação que cura: o pão e a carne	239	O hospital no sistema de saúde. Do pós-guerra aos desafios da atualidade <i>Constantino Sakellarides</i>
162	3. As bebidas na dieta hospitalar	239	Introdução
166	4. "Mimos para os doentes": os doces na alimentação dos enfermos	241	1. Do fim da guerra ao fim do pós-guerra
169	Conclusão	241	1.1. Especialidades médicas, transição epidemiológica, "doença crónica" e multi-causalidade
171	O quadro hospitalar do Portugal oitocentista <i>Alexandra Esteves</i>	242	1.2. Sistema de saúde e políticas públicas em saúde – o papel da Organização Mundial de Saúde (OMS)
171	1. O quadro geral da realidade hospitalar	243	1.3. Crise do petróleo – consequências económicas e efeitos nas políticas públicas
182	2. Pequenos e grandes males com pouco remédio	244	2. Envelhecimento, dependência e fragilidade
187	3. Os doentes	244	2.1. Funcionalidades, incapacidades e dependências
192	4. Os quotidianos e os objetos hospitalares	245	2.2. Fragilidade
195	5. Os profissionais de saúde	245	2.3. Convergência
197	Os hospitais: mudanças e permanências no século XIX <i>António Magalhães</i>	246	3. Percursos de vida e morbilidade múltipla
197	Introdução	246	3.1. Promoção da saúde e literacia em saúde
200	1. As repercussões políticas nos hospitais	247	3.2. Morbilidade múltipla
200	1.1. Contextualização	247	3.3. Complexidade nos sistemas de saúde
208	1.2. Legislação relevante	248	4. Centralidade das pessoas, integração de cuidados, profissões de saúde, inovação tecnológica e contexto
210	1.3. Reflexos nos hospitais: alguns exemplos significativos	248	4.1. Centralidade das pessoas e integração de cuidados
212	2. Os regulamentos hospitalares	249	4.2. As profissões de saúde
212	2.1. Contextualização	249	4.3. Extraordinário impacto da evolução tecnológica
223	3. O tratamento aos militares nos hospitais civis	250	4.4. Estratégias de mudança em contexto de complexidade
223	3.1. Antecedentes	251	4.5. Contexto – da crise financeira às crises das democracias
226	3.2. Enquadramento legislativo	252	5. Desafios da atualidade – gestão dos processos de mudança
228	3.3. Modelos de cooperação	253	5.1. Políticas públicas e governação – capacidade de promover mudanças reais
230	4. Os projetos para a construção de novas estruturas	254	5.2. Administração pública na saúde: evolução da "administração máquina" para a "administração empreendedora"
230	4.1. Parque hospitalar degradado e anacrónico		

254	5.3. Criar mudança – atores sociais e pessoas
255	5.4. Papel das profissões de saúde
255	5.5. Conhecimento e sistemas de saúde
256	5.6. Contexto político e cultural – comunidades horizontais, abertas, interdependentes e colaborativas
257	6. O Hospital no sistema de saúde
259	Hospitais Portugueses do Presente
	<i>Carlos Valério</i>
259	Prêambulo
261	1.1. O Hospital do Presente
265	I. O Hospital e o Sistema de Saúde
268	II. O Hospital na cadeia de Produção da Saúde: a Montante e a Jusante
271	III. Modelos de Organização e Gestão dos Hospitais
271	3.1. Tipos de Regime Jurídico Hospitalar
272	3.2. Tipologia dos Hospitais
273	3.3. Economia / Economia da Saúde e os Hospitais
273	3.4. Qualidade em Saúde
275	3.5. Hospital = Instituição Complexa
275	3.6. Hospital de Amanhã/ Hospital de Proximidade ...
276	4. Os Hospitais e os Custos da Saúde
279	III. Quais os Modelos de Financiamento dos vários países no mundo:
279	3.1. Sistemas de Saúde – Modelos de Financiamento da Saúde
281	3.2. Porque crescem os Custos com a Saúde?
287	3.3. O Hospital e a Felicidade
288	3.4. O Hospital e a Humanização
291	O Hospital do futuro
	<i>Paulo Mendo</i>
291	1. A necessária reforma da saúde
297	2. O futuro dos hospitais
299	3. O hospital necessário do futuro

Índice de figuras

O último regimento do Hospital de Todos os Santos (1632)

75 Figura 1. Índices do regimento de 1504 e do regimento de 1632.

Hospitais Portugueses do Presente

- 261 Figura 1. Hospital de São Marcos. Hospital de Braga em 2013. Cinco séculos de evolução Histórico. Curiosidade científica. Investigação e Inovação. Melhoria dos Determinantes políticos, sociais, económicos e da saúde. Exercício da “criação”?
- 262 Figura 2. Pólo + / pólo – .
- 268 Figura 3. Sistema Nacional de Saúde.
- 271 Figura 4. Localização dos Hospitais no Organograma do Serviço Nacional de Saúde.
- 279 Figura 5. Como está distribuída a capacidade instalada do Sistema Nacional de Saúde e a respetiva produção:

Índice de Gráficos

Os hospitais na Idade Moderna: uma realidade plural

61 Gráfico 1. Mortalidade nas paróquias de Braga (1767-1772).

O quadro hospitalar do Portugal oitocentista

- 174 Gráfico 1. Doentes que entraram nos hospitais da região Norte em 1892
174 Gráfico 2. Doentes que entraram nos hospitais da região Centro em 1892
175 Gráfico 3. Doentes que entraram nos hospitais da região Sul em 1892
186 Gráfico 4. Número total de doentes e de variolados que entraram no hospital de Viana do Castelo (1880-1888).
188 Gráfico 5. Movimento de doentes por concelho (1891).

Hospitais Portugueses do Presente

- 277 Gráfico 1. Onde nos situamos na riqueza produzida e no poder de compra?
278 Gráfico 2. Então com este PIB o que se tem feito?
281 Gráfico 3. % do PIB gasto em saúde.
282 Gráfico 4. Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB.
283 Gráfico 5. Gasto "per capita" na Saúde.
284 Gráfico 6. Esperança de vida à nascença.
285 Gráfico 7. Taxas de Mortalidade Evitável.
286 Gráfico 8. Taxa de Internamento Evitáveis.

Índice de quadros e tabelas

Os hospitais na Idade Moderna: uma realidade plural

48 Quadro 1. Espaços de internamento nos diversos hospitais.

O quadro hospitalar do Portugal oitocentista

191 Tabela 1. Número de toleradas em cidades portuguesas (1898).

Hospitais Portugueses do Presente

- 279 Quadro 1. Portugal. Produção 2017.
280 Quadro 2. Gastos com a prestação de Cuidados de Saúde em Portugal, cuja percentagem para os Hospitais é de 60% do custo total.

O QUADRO HOSPITALAR DO PORTUGAL OITOCENTISTA

Alexandra Esteves

Universidade de Minho/Lab2PT

1. O quadro geral da realidade hospitalar

Em oitocentos, o hospital reflete as descobertas e os avanços conseguidos ao longo da centúria, que levaram a uma nova leitura e compreensão da doença, com efeitos na forma de conceber o hospital, agora encarado como um espaço de cura¹. Trata-se de uma rutura

1 Sobre os hospitais no século XIX e inícios do século XX consulte-se Silva, Ana Isabel Coelho Pires da, *Assistência Social em Portugal na Monarquia Constitucional (1834-1910): da doutrina política à prática no Alto Alentejo*, Coimbra, Universidade de Coimbra, 2017. Tese de doutoramento policopiada. Correia, Ana Maria Diamantino, “Os hospitais e a assistência aos doentes em Coruche no século XIX e princípio do século XX”, in *História, Revista da FLUP*, IV Série, Vol. 6, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2016, pp. 213-230. Correia, Ana Maria Diamantino, *A saúde pública no concelho de Coruche: instituições, agentes e doentes (1820-1910)*, Coruche, Câmara Municipal de Coruche/Museu Municipal, 2015. Couto, Manuel; Esteves, Alexandra, “A Saúde do Corpo – O Hospital de Santo António (1820-1910)”, in Amorim, Inês (Coord.), *Sob o Manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa casa da Misericórdia do Porto*, vol. III (1820-1910), Porto, Almedina, 2018, pp. 312-387. Esteves, Alexandra, “Comer, sarar e descansar: o quotidiano do hospital de Monção no século XIX”, in Araújo, Maria Marta Lobo de; Pérez Álvarez, María José (coord.), *Do silêncio à ribalta: os resgatados das margens da História (séculos XVI-XIX)*, Braga, Lab2PT, 2016, pp. 101-117. Esteves, Alexandra, “A assistência à doença no Alto Minho oitocentista: o caso do hospital de Nossa Senhora da Visitação de Caminha”, *Asclepio*, 67 (1), enero-junio 2015. Lopes, Maria Antónia, “Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários (medos do século XVIII-meados do século XIX)”, in *História da Saúde e das Doenças*, Lisboa/Torres Vedras, Colibri, Câmara Municipal de Torres Vedras, 2012, pp. 147-164; Lopes, Maria Antónia Lopes, *Proteção Social em Portugal, na Idade Moderna*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. Fernandes, Paula Sofia, *O Hospital e a Botica da Misericórdia de Penafiel (1600-1850)*, Penafiel, Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, 2016. Anica, Aurízia, “A

com um passado recente, em que homens como Montesquieu defendiam o fim dos hospitais, alegando a falta de condições, a miséria e a insalubridade que lhes estavam associados, bem como o facto de poderem favorecer a desvinculação de laços familiares². Por isso, os hospitais deviam ser extintos e substituídos por um sistema eficaz de assistência domiciliária. Ora, as descobertas de oitocentos contrariam esta leitura e acabaram, afinal, por promover a procura de assistência hospitalar quando se justificasse³.

Para alguns médicos, a necessidade de reforma dos hospitais foi tomada como objeto de estudo e reflexão nas teses que apresentaram às Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto⁴. Admitiam a existência de problemas, sobretudo a falta de higiene, mas também reconheciam os progressos alcançados nas estruturas hospitalares. Defendiam que o internamento de doentes era mais acertado do que a prática da assistência domiciliária, advogada por alguns, dado que, no século XIX, os hospitais eram frequentados, sobretudo, por gente pobre, cujas habitações tinham impressa a marca da insalubridade, não só no mundo rural, mas também nos espaços urbanos, com a emergência dos cortiços e das ilhas. Por conseguinte, apesar dos constrangimentos, os hospitais, além de serem lugares mais salubres do que as moradas habituais, permitiam uma assistência mais

Modernização do Hospital do Espírito Santo de Tavira, no Século XIX”, in *Actas das V Jornadas de História de Tavira*, Tavira, Clube de Tavira, 2006. Silva, Ana Margarida Dias da, *O Hospital e Asilo da Venerável Ordem Terceira da Penitência de S. Francisco de Coimbra (1851-1926)*, Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2014. Tese de mestrado policopiada. Araújo, Maria Marta Lobo de, *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais do Antigo Regime à República*, Braga, Santa Casa da Misericórdia, 2010.

² Leia-se D’Eça, Pedro Almeida, *Hospitais de Crianças*, Porto, Typographia Occidental, 1890.

³ Consulte-se Bynum, William, *História da Medicina*, Porto Alegre, L&PMPocket, 2011, pp. 101-129. Gargantilla Madera, Pedro, *Manual de Historia de la Medicina*, Málaga, grupoeditorial 13, 2009, pp. 233-249.

⁴ Veja-se Costa, Rui Manuel Pinto; Vieira, Ismael Cerqueira, “O trabalho académico como fonte histórica: as teses inaugurais da escola Médico-cirúrgica do Porto (1827-19109)”, in *CEM. Cultura, Espaço & Memória*, n.º 3, 2012, pp. 251-260.

rápida e mais eficiente em caso de necessidade. Outros sustentavam que, em caso de internamento do membro que garantia o sustento do agregado familiar, os restantes elementos ficavam mais libertos para continuarem a trabalhar e, dessa forma, supriam a sua falta. Caso contrário, alguém teria de assumir o papel de cuidador, retirando-se, assim, mais dois braços ao trabalho⁵.

Apesar dos melhorias alcançadas, os estabelecimentos hospitalares continuavam a enfrentar múltiplos desafios, decorrentes dos contextos adversos e da forma como o Estado liberal continuava a conceber a assistência à saúde. Aliás, no século XIX, a maioria dos hospitais continuam a ser geridos pelas santas casas, que reforçam o seu papel no domínio da saúde. Novas irmandades são instituídas para administrar hospitais já existentes ou para fundar outros. Mesmo assim, a rede hospitalar oitocentista continuava a ser deficitária. Algumas localidades não dispunham de hospitais, pelo que os cuidados de saúde eram garantidos pela via da assistência domiciliária e a capacidade de resposta das estruturas existentes dependia da sua lotação e da situação financeira das misericórdias.

Os hospitais continuavam a ser frequentados essencialmente por pobres, embora já contassem com enfermarias/quartos privativos, pagos por pensionistas, que assim tinham acesso a cuidados especiais. Algumas misericórdias também enfrentavam situações complicadas, motivadas, em grande parte, pelos gastos hospitalares, que, por vezes, tinham subidas muito significativas, designadamente aquando da ocorrência de surtos epidémicos, que não foram raros no século XIX. Por exemplo, a Santa Casa de Viana do Castelo, em 1883, dava conta da difícil situação financeira em que se encontrava, que se devia, sobretudo, ao acréscimo de despesa aquando das epidemias que atingiram o concelho vianense. Estas ocorrências levavam ao aumento dos gastos com a assistência aos doentes, à necessidade de criação de hospitais provisórios e, simultaneamente, expunham algumas das fragilidades que caracterizavam o quadro

⁵ Leia-se D’Eça, Pedro Almeida, *Hospitais de Crianças...*, p. 32.

Norte, o que originava problemas de sobrelotação, que, por sua vez, provocavam alguns constrangimentos, nomeadamente em matéria de higiene. A solução encontrada para resolver esta situação passava pela criação de estruturas provisórias, montadas, por exemplo, por altura de surtos epidémicos, e a aposta na assistência domiciliária.

Além da exiguidade das instalações, que limitava o acesso aos cuidados hospitalares, são de assinalar outras lacunas, mormente a ausência de conforto, aspeto que começa a ser mencionado com maior insistência no século XIX, sob a forma de críticas mais incisivas à falta de condições a que os doentes estavam sujeitos, não só durante o internamento, mas também na forma como chegavam ao hospital. Assim, a alimentação, as roupas de cama e de vestir, bem como a criação de mais e novas enfermarias para tratar certas patologias, são preocupações que, embora não sejam originais, se tornam mais prementes nesta centúria. Muitos dos melhoramentos que, na altura, foram efetuados resultaram da ação de beneméritos, nomeadamente de “brasileiros”, que financiaram obras em várias regiões do país⁷. As preocupações salvíficas, a vontade de aliviar a passagem pelo Purgatório, a par do desejo de perpetuação da sua memória, de conseguir o reconhecimento social e até de satisfazer algumas ambições políticas levaram particulares a praticar a benevolência, o que permitiu o alívio de algumas carências evidenciadas pelas estruturas hospitalares então existentes.

Do rol de dificuldades dos hospitais deste período constava ainda a falta de preparação e a insuficiência de recursos humanos, apesar do surgimento das primeiras escolas de enfermagem e da abertura das Escolas Médico-Cirúrgicas do Porto e Lisboa⁸. Nalguns

7 Alves, Jorge Fernandes, ““Brasileiros”, hospitais e filantropia nos séculos XIX e XX”, in Carneiro, Humberto, Coelho, José Abílio (Orgs.), *As Misericórdias e a Saúde. Passado, Presente e Futuro*, Amares, Santa Casa da Póvoa de Lanhoso, 2017, pp. 59-75.

8 Sobre as escolas de enfermagem consulte-se Silva, Helena Sofia, “O nascimento das escolas de enfermagem em Portugal (finais do século XIX)”, in *Noroeste. Revista de História. Actas*, vol. II, Braga, 2007, pp. 749-756. Sobre as condições de trabalho no hospital de São José consulte-se Subtil, Carlos Lousada; Vieira, Margarida, “Funções e condições de

hospitais, o trabalho de enfermagem estava a cargo de enfermeiras religiosas, o que motivou críticas e um intenso debate no país, dada a falta de consenso sobre a qualidade dos seus serviços, posta em causa por médicos, como, por exemplo, Miguel Bombarda⁹. O anti congregacionismo e a expansão do ideário republicano em finais de oitocentos contribuíram para o aumento dessa contestação. Também por este tempo a falta de médicos era gritante, havendo instituições sem um corpo clínico próprio.

Apesar dos constrangimentos apontados e do facto de continuarem a ser conotados com os pobres e desamparados, houve mudanças significativas nos hospitais oitocentistas, em particular de carácter organizativo, que se traduziram em vários domínios, designadamente, na melhoria do serviço médico e cirúrgico, no aumento da prestação de cuidados domiciliários, na maior eficiência do atendimento farmacêutico, na crescente centralidade dos cuidados hospitalares, bem como no aumento da procura de assistência.

Estas transformações implicaram a mudança nos regulamentos internos das unidades hospitalares, tendo em vista a melhoria do seu funcionamento e acabar com os problemas que punham em causa a sua imagem e prejudicavam a qualidade do serviço prestado. Todavia, as dificuldades persistiram e os hospitais continuaram a ser objeto de crítica, sobretudo pela falta de condições de higiene. Por outro lado, alguns estabelecimentos tiveram que enfrentar novos desafios, sendo um deles a diversificação dos utentes, que incluíam, entre outros, meretrizes, alienados e presos, cujo atendimento requeria enfermarias separadas.

trabalho de um enfermeiro no Hospital de S. José (meados do século XIX)”, in *Revista de Enfermagem Referência*, ser. III, n. 5, 2011, pp. 181-190.

9 Sobre este assunto leia-se Lopes, Maria Antónia, “Enfermagem hospitalar em Portugal séculos XVI-XIX. Mitos e realidades”, in Festas, Constança; Subtil, Carlos Louzada; Sá, Luís Octávio; Costa, Rui Manuel Pinto (Coords.), *Sob o signo da História Comparada: A Enfermagem na Europa do Sul*, Porto, Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem, 2019, pp. 1-29.

Entre os progressos conquistados no século XIX, está, por exemplo, o surgimento de institutos e hospitais especializados no tratamento de certas enfermidades. Consequentemente, o louco vai para o manicómio, o tuberculoso para o sanatório, por exemplo. Mesmo dentro dos instituições, a divisão entre doentes tende a estabelecer-se de forma mais vincada, com espaços próprios, destinados a enfermidades que se caracterizam pela sua especificidade ou pelo elevado grau de contagiosidade.

É nesta centúria que se assiste, em Portugal, à criação dos primeiros hospitais para alienados. O internamento de “doudos” em enfermarias exclusivas, separados dos restantes doentes, já se fazia no Hospital de São José, em Lisboa, e no Hospital de Santo António, no Porto¹⁰. Ambos enfrentavam os mesmos problemas: sobrelotação, falta de condições físicas e de recursos humanos para acolher e tratar estes doentes e fazer diagnósticos rigorosos. O primeiro hospital manicomial, o Hospital de Rilhafoles, futuro Hospital Miguel Bombarda, abriu portas em 1848¹¹.

A 24 de março de 1883, foi inaugurado o Hospital Conde de Ferreira, o primeiro construído de raiz em Portugal, graças ao legado que Joaquim Ferreira dos Santos, um benfeitor “brasileiro”, deixou à Santa Casa de Misericórdia do Porto, para fundar um hospital destinado a alienados¹². Inspirado no Hospício D. Pedro II, do Rio de Janeiro, era considerado o segundo estabelecimento mais importante da Santa Casa, depois do Hospital de Santo António.

10 Veja-se Abreu, Laurinda, “A Misericórdia de Lisboa, o Hospital Real e os insanos: notas para uma introdução”, in *Museu S. João de Deus. Psiquiatria e História*, Editorial Hospitalidade, Lisboa, Portugal, 2009, 109-114.

11 Pulido, Francisco Martins, *Relatório sobre a Organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles*, s/l, s/e, 1851. Patrício, António, *Assistência aos alitenados criminosos*, Porto, Typ. do Porto, 1907.

12 Sobre a criação deste hospital consulte-se Pereira, P. T., Gomes, E., & Martins, O. “A alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)”, in *Revista da Faculdade de Letras, História*, III Série, vol. 6, 2005, pp. 99-128.

Além dos hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira, Portugal contava com mais duas estruturas, de menor dimensão, para os padecentes de demência: o Instituto de São João de Deus, que abriu portas em 1883, e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Havia, ainda, duas casas de saúde, uma em Lisboa e outra no Porto, que não tinham capacidade para acolher mais de 20 doentes¹³. Mais tarde, foi criado o Manicómio Câmara Pestana, também com lotação reduzida, na ilha da Madeira.

Apesar da sua antiguidade, a tuberculose assumiu contornos preocupantes no século XIX, com o aumento do número de casos. Para combater a doença, começaram a surgir respostas específicas. Em 1853, na cidade do Funchal, nasceu o primeiro sanatório fundado em Portugal. No Hospital de Santo António, graças a um legado, foi criada uma enfermaria reservada a mulheres atacadas pela tuberculose e, mais tarde, em 1890, também em resultado de um legado, foi instalada uma enfermaria para doentes do sexo masculino¹⁴. Em 1894, foi instituída a declaração obrigatória da tuberculose e no ano seguinte teve lugar o primeiro grande congresso sobre a doença. Em 1898, os tuberculosos que se encontravam dispersos por diferentes hospitais de Lisboa foram colocados no Hospital de Arroios, que veio a chamar-se Hospital da Rainha D. Amélia¹⁵. Já nos anos 90 foi organizada uma comissão para estudar a solução hospitalar para os tuberculosos. Entretanto, Miguel Bombarda propôs a fundação da Liga Nacional contra a Tuberculose, que veio a ter núcleos espalhados pelo país. Em 1899, por iniciativa da rainha D. Amélia, foi fundada a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), tendo como objetivos a criação de instituições para tuberculosos, a construção de sanatórios para os tuberculosos curáveis e hospitais marítimos

13 Esteves, Alexandra, “Crime e alienação no Portugal de finais do século XIX e inícios do século XX”, in *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS*, Vol. 11 No 21, Janeiro – Junho de 2019, pp. 116-137.

14 Couto, Manuel; Esteves, Alexandra, “A Saúde do Corpo – O Hospital de Santo António (1820-1910)”, ..., pp. 312-387.

15 *Notas sobre Portugal*, vol. I, Lisboa Imprensa Nacional, 1908, pp. 643-644.

para crianças. Entre as suas realizações, destacam-se a fundação, em 1900, do Sanatório Marítimo do Outão, e o do Sanatório Marítimo de Carcavelos, em 1902. Em 1907, já funcionavam dispensários anti-tuberculosos em Lisboa, Bragança, Porto, Faro e Viana do Castelo¹⁶.

Os primeiros dispensários portugueses nasceram na sequência de uma política de combate à elevada incidência da “doença do peito”, que atingia sobretudo as camadas sociais mais desfavorecidas, e de assistência às crianças pobres. Em 1893, foi criado, pela mão da rainha D. Amélia, o primeiro dispensário, destinado a crianças pobres e menores de 12 anos, dispondo de serviços de assistência médica e alimentar. Desde então, por todo o país, foram criados dispensários de apoio às crianças, sob a gerência e patrocínio de particulares e dos municípios, ou por iniciativa das misericórdias, como sucedeu em Lisboa.

Além da atividade orientada para a prevenção e tratamento das doenças infecciosas, nomeadamente através do apoio domiciliário aos enfermos e da distribuição de leite e de substâncias medicamentosas, os dispensários investiam também na vertente educativa. Assim, ao facultativo não competia apenas informar o paciente sobre o seu estado de saúde e prescrever a terapia adequada, mas também corrigir os comportamentos que punham em causa a sua saúde. Deste modo, cumpria-se a tripla função destas instituições: prevenir, tratar e educar.

Se alguns dos dispensários tinham uma vocação mais polivalente, outros estavam direcionados para um determinado género

16 Leia-se Vieira, Ismael Cerqueira. *Conhecer, Tratar e Combater a “Peste Branca”. A Tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)*, Porto, Edições Afrontamento, 2016. Vieira, Ismael Cerqueira, “Alguns aspectos das campanhas antituberculosas em Portugal: os congressos da Liga nacional contra a tuberculose (1901-1907)”, in *CEM/Cultura, Espaço & Memória*, Porto, n. 2, 2011, pp. 265-279. Ferreira, Maria de Lurdes de Carvalho, *A doença do peito. Contributo para o estudo histórico da tuberculose*, Porto, Faculdade de Letras do Porto, 2005. Byrne, Katherine, *Tuberculosis and the Victorian Literary Imagination*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011.

de patologia. Em Portugal, foram-se erguendo dispensários antisifilíticos, de combate à tuberculose e de luta contra a mortalidade infantil¹⁷.

Importa ainda referir o aparecimento de hospitais pediátricos, de que são exemplo o Hospital D. Estefânia, fundado em 1877, em Lisboa, e o Hospital de Crianças D. Maria Pia, instituição que na sua génese se destinava a crianças até aos 12 anos de idade, criado em 1882, no Porto¹⁸. Quando abriu portas, este hospital tinha 30 camas. Fundado por Arnaldo Anselmo Ferreira Braga, manteve-se em funções, graças a doações e a ações filantrópicas, até inícios de novecentos. Estava aberto a todas as crianças, desde que vacinadas e não afetadas por qualquer doença contagiosa. O limite de idade estabelecido resultava do facto de, a partir dos 12 anos de idade, os doentes poderem ser admitidos no Hospital de Santo António, cujo regulamento previa que, a partir desta idade, as crianças para terem acesso a uma consulta tinham de apresentar atestado de pobreza¹⁹. Para além de outros apoios e serviços, colocava à disposição das crianças e dos seus familiares meios de transporte diários para se deslocarem a banhos, na zona da Foz, na cidade do Porto. Na altura, eram reconhecidas as qualidades terapêuticas da água do mar para as crianças, sendo recomendadas para combater certas moléstias infantis. Desde a sua fundação até junho de 1900, este hospital já tinha acolhido 1942 crianças, de ambos os sexos²⁰.

17 Sobre os dispensários leia-se Esteves, Alexandra, “Génese e institucionalização do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo (1934-1960)”, in *Diálogos*, vol. 18, n.º 1, 2014, pp. 241-263.

18 A questão da hospitalização infantil permanece como um problema ainda nos inícios do século XX. A este propósito, em 1928, o Diário de Notícias publicava um artigo sobre a situação degradante em que se encontrava o Hospital D. Estefânia, onde as crianças, desde 1924, eram internadas em barracas, sem as mínimas condições de higiene. *Diário de Notícias*, 27 de fevereiro de 1928.

19 Leia-se D’Eça, Pedro Almeida, *Hospitais de Crianças...*, p. 58.

20 Leia-se D’Eça, Pedro Almeida, *Hospitais de Crianças...*, p. 59.

A crescente hospitalização dos partos no século XIX, fruto dos avanços registados neste domínio, que ajudaram a resolver situações mais complexas, levou à discussão sobre a criação de maternidades. O primeiro a fazê-lo, em Portugal, foi Alfredo da Costa, em 1899, publicando nesta data uma série de lições que serviram de incentivo à fundação de maternidades no país, que, enquanto estruturas físicas, só serão organizadas no século XX. No Hospital de S. José existia, desde o século XVIII, uma enfermaria, de Santa Bárbara, destinada às parturientes.

Para além destes institutos, mantinham-se em funcionamento as leprosas, apesar de a lepra ser uma doença em recessão, bem como os hospitais militares. Embora já existissem em séculos anteriores, é no século XIX que se verifica a generalização de estruturas hospitalares destinadas a cegos²¹. A criação de instituições destinadas ao ensino de surdos-mudos remonta a 1823, por iniciativa de D. João VI. Em 1873, foi fundada uma outra instituição, na cidade de Guimarães, e, em 1893, foi a vez da Misericórdia do Porto fundar uma casa destinada a este público específico.

2. Pequenos e grandes males com pouco remédio

Face à ausência de instituições vocacionadas para o tratamento de determinadas enfermidades, designadamente as contagiosas, os hospitais mais pequenos recebiam todos os doentes, independentemente dos males de que padeciam. Esta circunstância colocava em risco a saúde pública, além de tornar o ambiente hospitalar propício à propagação de todo o tipo de doenças. No entanto, muitas das pessoas que se dirigiam aos hospitais apresentavam, frequentemente, problemas de subnutrição e extenuação, pelo que os padecimentos

21 Silva, Ana Isabel Coelho Pires da, *Assistência Social em Portugal na Monarquia Constitucional (1834-1910): da doutrina política à prática no Alto Alentejo...*, Tese de doutoramento policopiada.

eram remediados com uma dieta alimentar mais completa, descanso e conforto, ou seja, com o que faltava no seu quotidiano.

Por outro lado, a incapacidade de resposta das estruturas de menor dimensão obrigava o encaminhamento de doentes para os hospitais mais bem apetrechados, como era o caso do Hospital de São José e o Hospital de Santo António, que, recorrentemente, se insurgiam contra o envio discricionário de enfermos dos mais diversos lugares, o que prejudicava a qualidade do atendimento, além de agravar as carências em matéria de higiene.

No século XIX, Portugal foi atingido por várias epidemias, que pioravam os problemas com que se debatiam os hospitais. Logo na década de 1830, a cólera chegou ao território nacional, regressando, depois, em diversas vagas, que se fizeram sentir em todo o reino, ainda que de forma desigual²². Mais tarde, nos anos 50, foi a vez da febre-amarela, proveniente do Brasil, que afetou o Porto e Lisboa. Também a varíola, o tifo e a febre tifoide atingiram as populações durante esta centúria, que findou com a peste bubónica a atacar a cidade do Porto²³.

Em 1854, perante a notícia da presença de um novo surto de cólera em Valença, o governador civil de Braga determinou que os doentes de Esposende fossem tratados no hospital da Misericórdia local ou noutra que considerado conveniente. A Santa Casa acabou por apoiar os enfermos com a compra de camas.

Através da Circular de 13 de outubro de 1854, o governador civil de Viana do Castelo alertara os administradores dos concelhos

22 Veja-se Almeida, Maria Antónia Pires de "A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa, in *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, v. 18, n. 4, pp. 1057-1071, 2012. Veja-se Pita, André Filipe Samora, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): a emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Lisboa, 2017. Tese de mestrado policopiada.

23 Cohn, Samuel Kline, *Epidemics: Hate and Compassion from the plague of Athens to AIDS*, Oxford, Oxford University Press, 2018.

para a presença da doença na margem esquerda do Minho²⁴. Em finais desse ano, face à persistência do surto de cólera na Galiza, o administrador do concelho de Vila Nova de Cerveira comunicou a construção de um hospital para coléricos, dotado de quatro camas, com o apoio das irmandades locais. Foram ainda criadas comissões de socorros, foi ordenado o fechamento da fronteira galaico-minhota, foi recomendada a limpeza de poços, fontes e ruas, a inspeção de bens alimentícios, bem como a não utilização de vasos de cobre para cozinhar.

Durante o ano de 1854, o administrador do concelho de Viana do Castelo anunciou um vasto conjunto de medidas de carácter preventivo para enfrentar a ameaça da cólera: os diretores dos hospitais da Misericórdia, da Caridade e do hospital militar foram sensibilizados para os cuidados a ter com a limpeza das instalações e a higiene dos enfermos, bem como os procedimentos a seguir, caso surgisse um doente com cólera; em todas as freguesias do concelho, foram criadas comissões de socorros com o objetivo de promoverem subscrições para angariar roupa e remédios para os mais carenciados; foi ordenado aos médicos que informassem sobre o aparecimento de novas enfermidades, sobretudo de cólera, e sensibilizassem os seus pacientes para os cuidados a ter com a limpeza do corpo e das habitações; a cidade e as freguesias rurais foram divididas em distritos de saúde, de acordo com o número de facultativos existentes; os boticários foram alertados para a necessidade de estarem permanentemente disponíveis para aviarem as receitas de drogas e remédios que fossem prescritos; a população recebeu folhetos com instruções sobre os cuidados a ter para evitar e tratar a doença²⁵.

Por Portaria do Ministério do Reino de 1855, foi decidido que a instalação de hospitais para coléricos ficaria a cargo das misericórdias,

24 Arquivo Histórico do Governo Civil de Viana do Castelo (doravante AHGCVC), *Cholera Morbus*, n.º 1.13.6.12-10, não paginado.

25 AHGCVC *Cholera Morbus*, n.º 1.13.6.12-10, não paginado.

confrarias e câmaras municipais²⁶. Em Guimarães, em 1855, foram aprovadas as verbas para a instalação de um hospital para esses doentes. Com o mesmo fim, a Santa Casa da Misericórdia do Porto, com o apoio da Irmandade da Lapa, da Câmara Municipal, de ordens terceiras e da Coroa, montou o Hospital das Águas Férreas, com o qual despendeu cerca de dois mil e seiscentos réis²⁷. Até abrir portas, o que aconteceu a 18 de julho de 1855, os doentes de cólera eram colocados numa enfermaria do Hospital de Santo António.

Em 1884, Portugal enfrentou uma nova ameaça de cólera. Por essa altura, na cidade do Porto, foram tomadas várias medidas, incluindo a criação de um hospital provisório, chamado “Guelas de Pau”, constituído por barracas independentes, destinado a coléricos. Foi decidido que o hospital seria gerido pela Misericórdia do Porto, o que aconteceu até 1902/1903, quando passou para as mãos do Estado. Em setembro de 1899, foi criado o hospital definitivo para doenças infecciosas, que recebeu o nome de Hospital do Senhor do Bonfim.

Algumas doenças, pela sua recorrência, traziam preocupações acrescidas para as autoridades sanitárias, sendo o caso, por exemplo, da varíola, que continuava a ser bastante frequente no século XIX e que afetava sobretudo os mais jovens. Como se pode observar no gráfico 4 que se segue, respeitante ao hospital de Viana do Castelo, na década de 80, o ano em que se registou mais entradas foi o de 1881, o que se explica pelo número de variolados.

26 Arquivo Histórico da Misericórdia do Porto (doravante AHMP), *Relatório que se leu á Mesa da Santa casa da Misericórdia da cidade do Porto*, Porto, Typographia de Sebastião José Pereira, 1855.

27 AHMP, *Relatório que se leu á Mesa d Santa Casa da Misericórdia da cidade do Porto*, Porto, Typographia de Sebastião José Pereira, 1856.

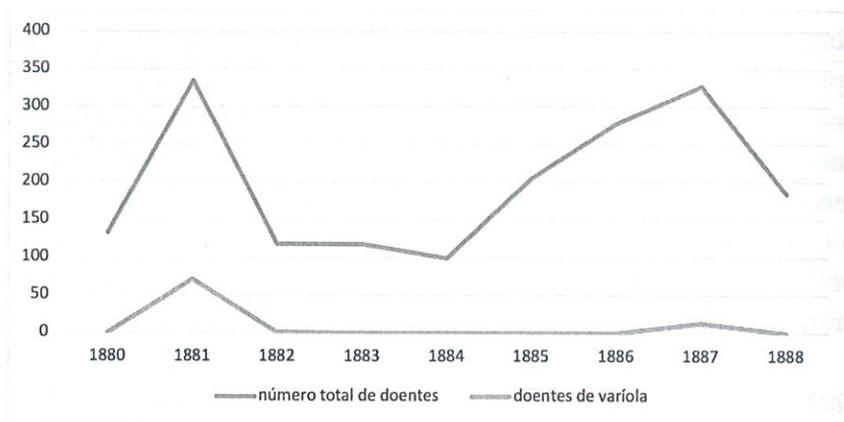


Gráfico 4. Número total de doentes e de variolados que entraram no hospital de Viana do Castelo (1880-1888).

Fonte: ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, Registo de entrada e saída de enfermos, 1884-1888, n.º 3.271.2.

O exemplo aplicado à varíola também se verificava noutros contextos. Como seria de prever, epidemias de tifo, febre tifoide ou de sarampo também provocavam o aumento de hospitalizações e de óbitos²⁸. Nessas ocasiões, além do recurso a estruturas provisórias para suprir o esgotamento da capacidade de acolhimento dos hospitais, foram criados lazaretos, a par de outras medidas, como a criação de postos de postos de desinfeção, análises bacteriológicas

28 Esteves, Alexandra, “Quando a morte espreita: a atuação das misericórdias em tempos de epidemia no norte de Portugal entre meados do século XIX e as primeiras décadas do século XX”, in Araújo, Maria Marta Lobo de; Reis, Bernardo; Valério, Carlos; Reis, Maria de Fátima (Coords.), *As Misericórdias: desafios e trajetórias no tempo longo da História*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2020, pp. 247-268. Esteves, Alexandra, “Os hospitais perante as epidemias no Norte de Portugal, entre os séculos XIX e as primeiras duas décadas do século XX”, in *Temperamentum. Revista Internacional de História y pensamiento enfermeiro*, vol. 17, 2021, pp. 1-2. Acerca do tifo leia-se Harrison, Mark, *Disease and the modern world*, Cambridge, Polity Press, 2009, pp. 153-156. Ujvari, Stefan Cunha, *A História e suas Epidemias. A convivência do homem com os microrganismos*, Rio de Janeiro, Editora Senac Rio, Editora Senac São Paulo, 2003, pp. 71-77.

para diagnóstico, vacinação antivariólica, bem como a própria legislação sanitária (1837; 1845 e 1868)²⁹.

3. Os doentes

Os estudos realizados até agora, embora não tão abundantes como para a Idade Moderna, mostram que, em oitocentos, a população hospitalar era constituída maioritariamente por pobres, como se se depreende pela ocupação que declaravam, verificando-se a predominância de jornaleiros(as), criados(as) de servir e pequenos comerciantes, além de mendigos e vagabundos.

É de referir ainda que, no século XIX, os hospitais também recebiam doentes estrangeiros. A sua presença, sobretudo de espanhóis, era mais notória nos estabelecimentos próximos da raia. Por vezes, o volume desses doentes era de tal ordem que, para fazer face aos custos que o seu internamento acarretava, os hospitais exigiam que os países de origem compartilhassem nas despesas. Foi o que sucedeu, por exemplo, no Hospital de Santo António, por causa do elevado número de internados provenientes da Galiza. A existência de uma comunidade inglesa na cidade também se fazia notar na afluência a esta instituição.

Algumas unidades hospitalares tinham quartos privativos para os enfermos mais abastados, os chamados pensionistas, que pagavam pelo internamento. Mesmo assim, eram frequentadas sobretudo por gente pobre, ao passo que os mais remediados preferiam ser tratados em casa, no recato do lar. Havia exceções neste cenário: os hospitais termais, que eram frequentados por diferentes grupos sociais, sendo o maior o Hospital das Caldas da Rainha. Nos anos 50 do século XIX, os quartos particulares do Hospital de São José tinham camas de ferro, com “roupas da melhor qualidade” e pessoal exclusivo.

29 Esteves, Alexandra; Pinto, Sílvia, “Quando a morte espreita: as epidemias no Minho entre o século XIX e as primeiras duas décadas do século XX”. (no prelo).

Os estudos realizados sobre os hospitais do século XIX mostram o predomínio da presença masculina nestas instituições, conforme se pode observar no gráfico 5. Esta circunstância tem a ver com algo ainda discutido em oitocentos, e que servia até de argumento para afastar as mulheres desses espaços: a consideração de que o hospital não era um lugar recomendável para mulheres, por ser partilhado com elementos do sexo masculino, o que podia perigar a sua honra³⁰. Todavia, os estudos para o Minho contrariam aquela tendência e salientam a afluência feminina, que pode ser explicada, pelo menos em parte, pela elevada emigração masculina para o Brasil, que acontecia desde finais do século XVI. Este movimento, que se manteve nos séculos seguintes, originou uma maior exposição da mulher, em particular nesta região, ditada pela necessidade de se ocupar de tarefas que antes estavam a cargo do elemento masculino, incluindo a gestão do património familiar.

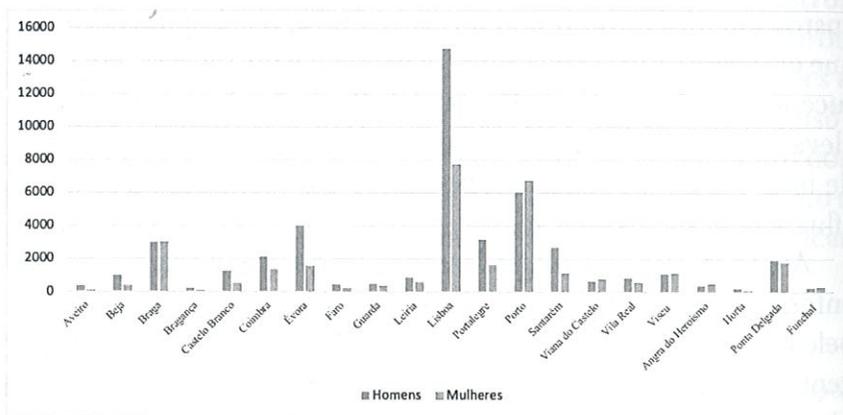


Gráfico 5. Movimento de doentes por concelho (1891).

Fonte: INE, *Anuário estatístico de 1892*.

30 Sobre a população hospitalar do centro e sul do país leia-se Araújo, Maria Marta Lobo de, *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais do Antigo Regime à República...*, p. 117. Veja-se igualmente Lopes, Maria Antónia, *Pobreza, Assistência e Controle Social. Coimbra (1750-1850)*, vol. 1..., pp. 679-680.

Nos hospitais de Viana do Castelo e de Santo António (Porto) o número de mulheres superava o de homens, sendo muito equilibrado no Hospital de São Marcos (Braga), em Viseu, e nos arquipélagos dos Açores e da Madeira. Nos hospitais do Sul do país, à semelhança do que acontecia na Idade Moderna, o número de homens ultrapassava largamente o de mulheres.

Uma das características da população hospitalar do século XIX é a sua heterogeneidade, até porque a legislação promulgada ao longo desta centúria obrigava os hospitais a receberem todos os que precisassem de assistência, fossem presos, dado que a maioria das cadeias não dispunha de enfermarias, prostitutas ou até militares.

A presença das meretrizes nos hospitais oitocentistas devia-se à posição então assumida acerca da prostituição, sob o ponto de vista social e sanitário. Após a revolução liberal, são vários os documentos administrativos que fazem referência à fiscalização do meretrício. O Código Administrativo de 1836, que já admitia o princípio da tolerância legal da vida meretrícia, estabelecia que competia ao administrador geral (governador civil) e ao administrador do concelho vigiar o comportamento das prostitutas.

No século XIX, o regulamentarismo impôs-se em Portugal. Em 1844, em Lisboa, o governo civil publicou um edital sobre o registo das prostitutas em livros de matrículas, que restringia a sua atividade a certas ruas e obrigava-as a uma inspeção sanitária regular. No entanto, decorrido pouco tempo, estas medidas foram revogadas³¹. A regulamentação da prostituição só foi publicada em 1858. No ano seguinte, foram criados os dispensários onde as prostitutas eram observadas.

Em 1865, a cidade de Lisboa adotou um regulamento distrital sanitário, que, mais tarde, foi seguido por outras cidades³². Considerava-se que a atividade descontrolada das prostitutas era um

31 Sobre a prostituição em Portugal no período compreendido entre 1841 e 1926 leia-se Liberato, Isabel, *Sexo, Ciência, Poder e Exclusão Social*, Lisboa, Livros Brasil, 2002.

32 Sobre a prostituição na cidade de Lisboa veja-se Cruz, António, *Da prostituição na cidade de Lisboa*, Lisboa, Typ. Lisbonense, 1841.

perigo para a saúde pública e a maior parte da população olhava-as como criminosas. Todavia, dada a impossibilidade de cortar o mal pela raiz, optou-se, na centúria oitocentista, por uma política de maior tolerância, que se resumia no seguinte: tolerar para melhor controlar, sobretudo sob o ponto de vista sanitário. É de salientar que foram as preocupações com a ordem pública e, sobretudo, com a saúde das populações, em particular com as doenças sexualmente transmissíveis, que confluíram no nosso país, como em outros, para a adoção de uma política regulamentarista, pondo de lado a linha proibicionista. Deste modo, a prostituta tolerada e o prostíbulo regulamentado surgem em Portugal em resultado de um compromisso estratégico entre o Estado e a família.

Em Portugal, a partir de oitocentos, a prostituição continuava a ser condenada pela Igreja, aceite pela Lei e consentida pela sociedade. Na sequência da aplicação da política regulamentarista, as prostitutas ficaram divididas em dois grupos: as toleradas e as clandestinas. As primeiras eram conhecidas das autoridades e, estando matriculadas, ficavam obrigadas a um exame sanitário semanal, feito por um médico, em casa ou no dispensário. Se estivessem doentes, eram forçadas a internamento hospitalar. Na folha de matrícula constava o nome, a filiação, a profissão e a naturalidade, entre outras informações, que, no entanto, podiam ser falsas. Em 1892, a cidade do Porto, com uma população de 130 000 habitantes, contava com 380 prostitutas matriculadas, ao passo que Lisboa, com 250 000 residentes, contava com 800. Este registo permitia às autoridades um controlo apertado sobre a atividade, quer em termos comportamentais, quer, sobretudo, a nível sanitário. Esses dados permitem-nos conhecer, hoje, a vida meretrícia no Portugal oitocentista, ainda que circunscrita às matriculadas, pois as restantes, em grande número, permaneciam na clandestinidade.

O epíteto de toleradas e o controlo policial e sanitário não coíbia estas mulheres de explorarem e cultivarem uma imagem extravagante. Desde sempre, foram responsabilizadas pela propagação de doenças sexualmente transmissíveis. Ao tempo, a sífilis, tida como

um autêntico flagelo social, era a que suscitava maior preocupação. De facto, a morte batia à porta de muitas de forma precoce, causada por uma doença sexualmente transmitida que não tinha sido diagnosticada e tratada. Efetivamente, a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo estavam entre as principais causas de morte destas mulheres. Assim se compreende que os médicos estivessem entre os acérrimos defensores da política regulamentarista, sustentando que era necessário dar uma aparente liberdade a estas mulheres, para que estas pudessem ser inspecionadas pelas autoridades sanitárias, de modo a evitar a propagação de doenças. Deste modo, as chamadas matriculadas estavam obrigadas à observação semanal feita num dispensário ou na sua própria morada.

Tabela 1. Número de toleradas em cidades portuguesas (1898).

Cidade	Número de toleradas
Lisboa	1230
Porto	399
Évora	46
Guarda	15
Elvas	31
Coimbra	40
Aveiro	14
Faro	32
Braga	12

Fonte: Fonseca, Ângelo, *Da Prostituição em Portugal*, Porto, Typographia Occidental, 1902.

Como se pode verificar na Tabela 1, as cidades onde havia mais toleradas eram Lisboa, Porto e Évora.

Eram poucos os hospitais que tratavam os doentes de sífilis: Lisboa, Porto, Braga, Viseu e Viana do Castelo³³. As toleradas eram inspecionadas e em caso de doença seguiam para o hospital. No Porto, enquanto as doentes eram encaminhadas para o hospital,

³³ Fonseca, Ângelo, *Da Prostituição em Portugal*, Porto, Typographia Occidental, 1902, p. 99.

as suspeitas ficavam sob observação na prisão das mulheres, no Aljube. Se fossem encaminhadas para o Hospital de Santo António (Porto), ficavam internadas na enfermaria, com 50 camas, que lhes estava destinada e que também estava reservada para o tratamento de doenças venéreas³⁴.

No hospital de Viana do Castelo, havia enfermarias especiais para o tratamento de doenças venéreas de homens e enfermarias para toleradas, com oito e onze camas, respetivamente. Em Valença e Arcos de Valdevez não existia enfermaria para homens nem para toleradas, pelo que eram enviados para o Hospital de São Marcos (Braga).

4. Os quotidianos e os objetos hospitalares

Os avanços registados na gestão hospitalar fizeram-se sentir em áreas relacionadas com o bem-estar do doente, designadamente na forma como chegava ao hospital. Tanto podia ir sozinho como acompanhado por familiares, pelo seu próprio pé, em carros puxados por animais ou ainda em cadeirinhas pagas pelo hospital quando, em situação fragilizada, tinha dificuldades de locomoção.

No Hospital de São José os doentes eram admitidos a qualquer hora. Desde 1853, tinha uma guarita, onde estava um porteiro que tinha como função facilitar o encaminhamento dos enfermos. Depois de darem entrada, eram submetidos à inspeção do cirurgião do dia, que estava de serviço no banco, que o tratava, ou, se se justificasse, o encaminhava para uma das enfermarias. Ainda antes de ser admitido, passava pela Casa dos Assentos para ser inscrito no livro de entradas e registados os seus dados. Posteriormente, acompanhado por um servente ou transportado em maca, era levado para a respetiva enfermaria. Aí chegado, era recebido pelo enfermeiro responsável que lhe indicava a cama que lhe estava destinada. As suas roupas

34 Fonseca, Ângelo, *Da Prostituição em Portugal...*, p. 545.

eram lavadas e guardadas e os seus pertences eram depositados na tesouraria do hospital. Depois de higienizado, o doente recebia uma camisa e um barrete. As camas tinham lençóis e fronhas de linho, cobertores de lã e cobertas de chita. Cabia ao diretor da enfermaria prescrever a dieta e os medicamentos a tomar³⁵. Eram ainda distribuídos capotes, calças, polainas e sapatos pelos enfermos para que estes pudessem movimentar-se pelos corredores e jardins da instituição.

Havia a preocupação de garantir os bons ares, o que pode ser explicado pela perduração de uma interpretação miasmática das doenças, mas também pela necessidade de preservar um bom ambiente hospitalar. Assim se entende a compra de alcatrão, alfazema e vinagre para perfumar e desinfetar as enfermarias. O vinagre servia não só para purificar o ar, mas também era usado para o fabrico de remédios e para fazer curativos³⁶. A mesma utilização tinha a aguardente, no século XIX. No sentido de garantir bons cheiros, também se investia na compra de incenso e açúcar e na compra de perfumadores para queimar estas substâncias. Havia fogões e fogareiros para aquecer as instalações, o que requeria a compra de lenha³⁷. À noite, também se usavam velas e lamparinas alimentadas a azeite para iluminar o ambiente³⁸. As roupas de cama (enxergas, travesseiros e lençóis) eram frequentemente mudadas,

35 *O hospital de São José e anexos em 1853. Opusculo por Manuel Cesario d'Araújo e Silva*, Lisboa, Typ. Imprensa, 1853, pp. 27-28.

36 *Arquivo Distrital de Viana do Castelo* (doravante ADVC), Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20, não paginado.

37 ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20, não paginado. Sobre os objetos existentes na enfermaria do Hospital da Misericórdia de Ponte de Lima veja-se Araújo, Maria Marta Lobo de, "Os Hospitais de Ponte de Lima na era pré-industrial", Separata do livro *Actas do XVIII Seminário Internacional sobre Participação, Saúde e Solidariedade – Riscos e Desafios*, Braga, ICS, 2006, pp. 488-489.

38 ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20, não paginado.

lavadas e remendadas. Tal como acontecia com o vestuário, também a roupa de cama era valiosa, daí o cuidado que as unidades hospitalares tinham com estas peças.

Os cuidados eram ainda mais apertados com a alimentação e a higiene dos doentes. No que concerne à primeira, a sua importância reside no facto de a alimentação assumir uma função profilática, pois alguns dos males que motivavam a hospitalização eram causados por uma alimentação inadequada e insuficiente.

O banho, tal como a dieta alimentar, também tinha uma função preventiva, dado que se reconhecia que a falta de hábitos de higiene concorria para a propagação de doenças³⁹. Porém, em pleno século XIX, os hospitais tinham que lidar com a escassez de um bem essencial para a sua limpeza e higienização: a água.

Apesar das limitações que afetavam o funcionamento dos hospitais, é possível descobrir, através da análise dos seus regulamentos, a intenção de adotarem e aplicarem processos de regulação e controlo, de imporem regras de sociabilidade que visavam a normalização de comportamentos, tendo subjacente o princípio do respeito pelas hierarquias. Tudo isto num único espaço, que se queria normalizador, sendo, por conseguinte, a estrutura hospitalar um mecanismo de controlo e de imposição de poderes. Cada vez mais, a tendência será para que o doente se submeta à autoridade do médico e dos enfermeiros, sobretudo à medida que a sua formação se vai tornando cada vez mais sólida e rigorosa⁴⁰.

Deste modo, o hospital transforma-se em espaço normalizador, com base na imposição de regras aos que nele trabalhavam e aos que a ele se deslocavam em busca de assistência. As normas tinham como objetivo último disciplinar, nas suas diferentes vertentes, o ambiente hospitalar. Tudo o que de mais importante acontecia devia ficar registado em livros e a aplicação das regras começava

39 Risse, Guenter B., *Mending Bodies, Saving Souls. A history of hospitals*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1999, p. 417.

40 Veja-se Weber, Beatriz Teixeira, *As artes de curar. Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889-1928*, Santa Maria, Ed. da UFSM, 1999, p. 151.

logo pela imagem simbólica da porta. Esta representava o corte com o mundo exterior, de desordem, doença, enfim, de caos, e o espaço hospitalar onde devia reinar o silêncio, a ordem e o sossego.

Os quotidianos hospitalares nem sempre eram fáceis de suportar. Como podemos observar pela descrição de Maria Adelaide Coelho da Cunha, que esteve internada no Hospital Conde de Ferreira, em 1918 e 1919, e fez várias críticas ao quotidiano hospitalar. As refeições não primavam pela qualidade: “*A comida no Conde de Ferreira é má e deficiente para certas internadas. (...) Vingava-me no pão com queijo e chá*”⁴¹. Maria Adelaide queixava-se a monotonia das refeições, pois os alimentos variavam muito pouco: fanecas, bifes, “arroz com...”, bacalhau “cru”! Às 16h:00, era a hora do lanche e às 19h:00 jantava “*algumas vezes pão com queijo, algumas outras queijo com pão, porque frequentemente não se pode comer o resto*”⁴². Faz, ainda, notar a falta de higiene e de limpeza das instalações, bem como a falta de formação das enfermeiras do manicómio, que não eram obrigadas a ter qualquer curso de especialização na área.

A visita aos doentes internados foi outro aspeto que começou a merecer a atenção dos hospitais, que também foi objeto de regulamentação, tendo em vista a sua calendarização e a preservação da saúde e do bem-estar dos doentes, procurando-se, por exemplo, obrigar os visitantes a não fazerem barulho. No Hospital de Santo António, as visitas aos internados tinham lugar duas vezes por semana.

5. Os profissionais de saúde

Por norma, o quadro de pessoal dos hospitais incluía médicos, cirurgiões, enfermeiros, hospitaleiros, boticários/farmacêuticos,

41 Coelho, Maria Adelaide, *Doida Não e Não!*, Lisboa, Tip. A Intermediária Limitada, 1923, p. 179.

42 Cunha, D. Maria Adelaide Coelho da, *Doida Não!*, Porto, Tipografia Fonseca, 1920 p. 127.

ajudantes, cozinheira e porteiro, bem como outros serventes, como lavadeiras, engomadeiras, barbeiros e dentistas. O seu número dependia da dimensão das instalações, do número de doentes e da capacidade financeira da instituição⁴³.

Os vencimentos, funções, direitos e obrigações eram, por vezes, motivos de conflito entre o pessoal que trabalhava nos hospitais. Por outro lado, também ocorriam episódios em que se observavam comportamentos laxistas e negligentes, bem como casos de indisciplina. Estas situações foram usadas para justificar a substituição da mão-de-obra leiga por religiosas, no decorrer da centúria oitocentista. As Irmãs da Caridade vieram para socorrer as vítimas de cólera e febre-amarela no país. A sua presença gerou uma enorme discussão sobre o congregacionismo, entre 1858 e 1862, data da sua expulsão, embora regressassem em 1874⁴⁴. No entanto, serão as alterações de fundo do quadro político português, provocadas pela implantação da República, que determinarão a secularização dos recursos humanos dos hospitais.

Em jeito de conclusão, importa salientar que, apesar das limitações que afetavam os hospitais oitocentistas, nomeadamente a sua exiguidade, a falta de condições estruturais e logísticas, bem como a escassez de recursos humanos, há um debate em torno da instituição hospitalar, do seu ambiente, do cuidado com os doentes e da qualidade da formação daqueles que nela trabalhavam, que, paulatinamente, começou a surtir efeito.

43 Em 1853, referenciava-se a falta de facultativos em Viana do Castelo, existindo pessoas que tinham falecido sem terem sido assistidas por um médico. AHGCVC, Assistência e Saúde Pública. Assistência Social e saúde pública – Estabelecimentos de saúde, n.º 1.16.5.4-5, não paginado.

44 Veja-se Vítor Neto, *O Estado, a Igreja e a sociedade em Portugal (1832-1911)*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1998.

As instituições hospitalares que hoje frequentamos quando necessitamos de cuidados de saúde são fruto de um processo evolutivo secular. Esse percurso longo, marcado pela mudança, mas também por algumas permanências, proporcionou centralidade ao hospital na sociedade, ao mesmo tempo que a saúde ganhou maior relevo na vida das populações. O hospital foi acomodando profissionais de saúde, cada vez mais especializados, métodos terapêuticos mais avançados, técnicas de diagnóstico e cuidados alimentares adequados às diferentes patologias, mais consumíveis e complexos mais modernos e funcionais. Todos os intervenientes no sistema aprimoraram as preocupações com as condições de higiene e de saúde pública neles existentes. Simultaneamente, assistimos nos dois últimos séculos ao surgimento de uma crescente especialização hospitalar em determinadas doenças, que ameaçam a saúde de todos. Acrescente-se que a grande maioria dos hospitais portugueses pertenciam às Misericórdias, sendo, portanto, dentro destas instituições que as alterações se operaram.



Universidade do Minho
Departamento de História

FCT
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia