

Na saúde e na doença: a ação do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo na centúria de oitocentos e nos inícios do século XX

*In health and disease:
the action of the the Misericórdia Hospital of Viana do Castelo
in the eight hundred and early 20th century*

Alexandra Esteves

Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Sociais
Investigadora do CITCEM-UM
estevesalexandra@gmail.com

Resumo

O nosso trabalho incide na obra assistencial em prol dos mais desfavorecidos, levada a cabo pelo Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, durante o século XIX e os inícios do século XX, tomando-o como exemplo da ação benfazeja praticada por outras instituições congéneres. Procuraremos, assim, analisar a organização e as regras de funcionamento desta unidade hospitalar; inventariar as dificuldades que teve de enfrentar; distinguir os profissionais que nela exerciam funções; caracterizar os doentes, atendendo, nomeadamente, aos grupos profissionais a que pertenciam; e identificar as enfermidades que ditavam o seu internamento.

Palavras-chave: assistência, doença, hospital, Misericórdia, Viana do Castelo

Abstract

Our work focuses on the providing care on behalf of the disadvantaged, carried out by the *Misericórdia* Hospital of Viana do Castelo, during the nineteenth century and early twentieth century, taking it as an example of the beneficent action performed by other similar institutions. We seek, therefore, to analyze the organization and the functioning rules of this hospital, presenting the difficulties it faced, distinguished professionals who performed her duties; characterize patients, with particular regard to professional groups to which they belonged, and identify diseases that dictated his internment.

Keywords: disease, Hospital, *Misericórdia*, relief, Viana do Castelo

O Hospital da Santa Casa da Misericórdia prestou assistência hospitalar a Viana do Castelo até ao ano de 1983, altura em que entrou em funcionamento o Hospital Distrital de Santa Luzia. Ao longo dos tempos, foi alvo de diversos

restauros, ampliações e transformações, que foram melhorando as suas instalações e as condições de acolhimento e de assistência aos doentes.

Apesar das obras de remodelação entretanto realizadas, eram muitas as lacunas que afetavam o funcionamento do Hospital da Misericórdia em 1872: a alimentação fornecida aos doentes era escassa e de fraca qualidade; a higiene e a limpeza eram praticamente inexistentes; o pessoal responsável pela cozinha parecia incapaz de cumprir as suas obrigações; os episódios de indisciplina eram frequentes; não havia controlo dos visitantes, dando azo a que elementos indesejáveis penetrassem nas instalações e cometessem todo o tipo de abusos. Na mesma altura, outros problemas ensombriavam a imagem da instituição: o cargo de cozinheira era exercido por uma doente; o enfermeiro usava espaços hospitalares para criar porcos para si; as toleradas eram tratadas nas enfermarias gerais e não no gabinete que lhes estava destinado. Em maio de 1874, foi proibida a inspeção de toleradas no Hospital¹. Esse serviço foi retomado mais tarde, embora por pouco tempo, até porque a Misericórdia projetava transformar em balneário público o espaço utilizado para esse efeito².

Afigura-se oportuno referir que, no século XIX, a prostituição foi objeto de regulamentação específica em Portugal. Em 1853, a cidade do Porto adotou um regime que, mais tarde, foi adotado por outras cidades, nomeadamente Lisboa e Braga. As autoridades sanitárias e administrativas consideravam que a ausência de regras que disciplinassem a meretrícia punha em risco a saúde pública, e a população, por seu lado, encarava as prostitutas como delinquentes. Dada a impossibilidade de cortar o mal pela raiz, foi adotada uma política de compromisso, que, no essencial, consistia no seguinte: tolerar para melhor controlar. As normas então vigentes obrigavam as toleradas a submeterem-se regularmente a uma inspeção médica e, caso estivessem doentes, a serem encaminhadas para as unidades hospitalares.

Em 1873, na sequência da reunião do médico e do cirurgião do Hospital com o delegado de saúde pública, foi reconhecida a urgência de remodelar e ampliar as instalações. Aliás, nesse mesmo ano, o administrador do concelho de Viana do Castelo considerou-as um verdadeiro perigo para a saúde pública³.

¹ Arquivo Distrital de Viana do Castelo (doravante ADVC), Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo (doravante SCMVC), *Acórdãos, 1863-1882*, n.º 3.24.3, 27, fl. 183.

² ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 117.

³ Arquivo Histórico do Governo Civil de Viana do Castelo (doravante AHGCVC), *Assistência e Saúde Pública. Assistência Social e saúde pública – Estabelecimentos de saúde*, n.º 1.16.5.4-5, não paginado.

Após as várias intervenções que se sucederam, o espaço hospitalar ficou com a seguinte disposição: no rés-do-chão, encontravam-se a casa mortuária, a casa das autópsias, a sala para a inspeção das toleradas e enfermarias destinadas a doentes portadores de doenças contagiosas, a loucos e reclusos que necessitassem de assistência hospitalar, bem como um teatro anatómico e um depósito para as roupas sujas⁴; no primeiro piso, estavam localizadas as salas de receção e de cirurgia, os quartos particulares para os doentes com posses, a cozinha, a despensa, a rouparia e as enfermarias de homens, estando uma delas reservada para os irmãos da Misericórdia; no segundo andar, estavam as enfermarias das mulheres, o consistório e o arquivo. É de assinalar a preocupação, manifestada por esta instituição, de ordenar o espaço hospitalar tendo em consideração, entre outros critérios, a especificidade das doenças e o risco de contágio⁵.

Em 1879, depois de concluídas as obras julgadas necessárias, persistiam muitos dos condicionamentos que prejudicavam o funcionamento do Hospital, e que resultavam, em boa parte, da falta de vigilância sobre o pessoal que nele trabalhava, em particular sobre os enfermeiros, que não cumpriam devidamente as suas funções. A situação acabou por ser resolvida com a sua substituição pelas irmãs hospitaleiras, que desempenharam, aliás, um trabalho de reconhecido mérito⁶.

Nos inícios da centúria de novecentos, o Hospital voltou a ser alvo de obras de beneficiação, sendo utilizadas para esse efeito os legados de alguns benfeitores. Em 1904, D. Maria José da Rocha Páris financiou a construção de novas enfermarias, uma para homens e outra para mulheres, destinadas ao internamento de portadores de doenças infectocontagiosas, que receberam como patronos S. José e Santa Maria, respetivamente, e doou dezoito camas de ferro, treze mesinhas de cabeceira, trinta e seis cobertores, trinta e seis lençóis de pano cru, dezoito cobertas de chita, dezoito travesseiros e uma banheira⁷.

⁴ No século XIX, também o hospital gerido pela Misericórdia do Rio de Janeiro sentiu a necessidade de separar os loucos e os doentes portadores de doenças contagiosas, acabando por criar um hospício para loucos. Cf. Gandelman, Luciana Mendes – “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX”, *História, Ciências, Saúde*, VIII (3), 2001, p. 618.

⁵ Veja-se Perrot, Michelle – *A História dos Quartos*, Lisboa, Teodolito, 2012, pp. 278-279.

⁶ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1863-1882*, n.º 3.24.3, 27, fl.261.

⁷ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 76.

Na mesma altura, para aumentar a luminosidade do edifício e melhorar a circulação do ar, foram rasgadas mais janelas e foi instalada a iluminação a gás, substituindo as velas e as lamparinas alimentadas a azeite⁸. No entanto, o sossego e o bem-estar dos enfermos eram perturbados pelo ruído e pelos cheiros nauseabundos provenientes de uma carpintaria que funcionava num estabelecimento que o Hospital tinha arrendado nas proximidades⁹. A ostensiva violação dos preceitos higienistas que deviam orientar a instituição levou à intervenção do provedor da Misericórdia, que, em 1905, solicitou ao diretor clínico que ordenasse a desinfecção e o encerramento da oficina¹⁰.

Em 1907, como aval do Governo Civil de Viana do Castelo, a Santa Casa procurava obter junto da Coroa a concessão do terreno do antigo edifício da Caridade, onde, ao tempo, funcionava uma enfermaria provisória destinada a doentes atingidos pela varíola, que, entretanto, tinha começado a grassar na cidade. Pretendia construir nesse local um pavilhão para acolher doentes portadores de enfermidades infectocontagiosas e um albergue, para o qual já tinha financiamento proveniente de um legado¹¹. Nesse mesmo ano, no segundo piso do hospital, foi inaugurada a enfermaria Araújo Viana, destinada aos recém-nascidos, assim designada em homenagem ao seu financiador, Manuel Vieira de Araújo Viana. Estava equipada com oito camas-berços, “duas meias commodas dois lavatórios de cerdeira uma meza aval para para creanças tomarem as suas refeições e dois bancos oito mezinhas de cabeceira completas [...]”¹². Refira-se que, ao longo do século XVIII, o momento do parto beneficiou de um conjunto de avanços que se traduziram no acompanhamento médico e na sua gradual transferência para o ambiente hospitalar. Assim, à medida que avançamos na centúria oitocentista e caminhamos para o início de novecentos, o parto vai abandonando o recato do lar para ter lugar no hospital, espaço que até então era destinado sobretudo a mulheres pobres e

⁸ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 76v.

⁹ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 83v.

¹⁰ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 85-85v.

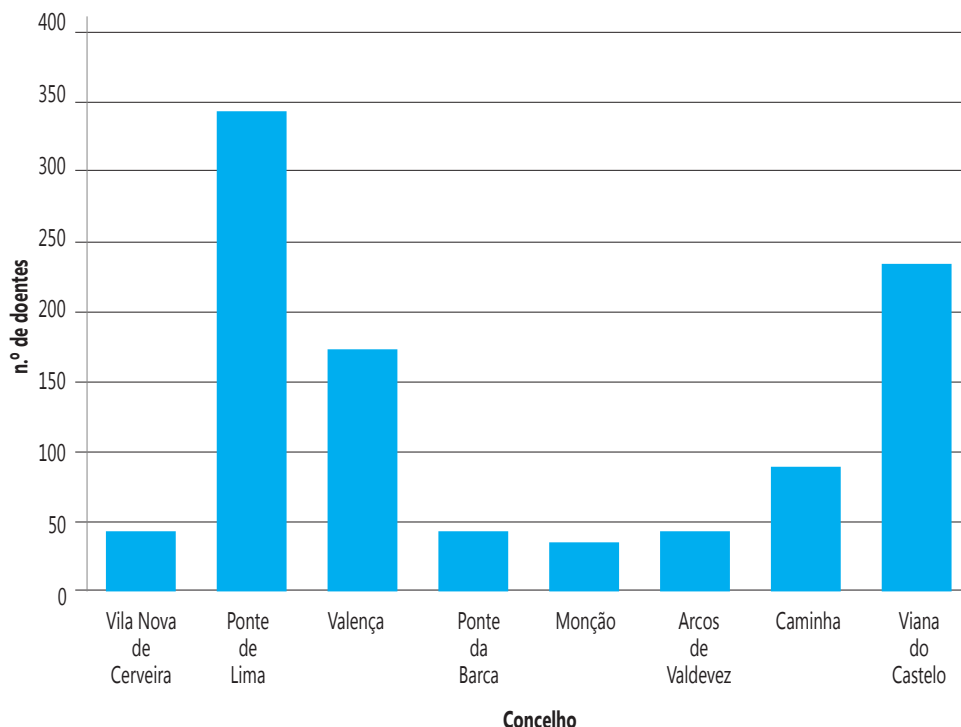
¹¹ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 171.

¹² ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1900-1908*, n.º 3.24.3, 9, fl. 180. Sobre a assistência prestada pela Santa Casa da Misericórdia de Viana Foz do Lima a crianças doentes, entre os séculos XVI-XVIII, leia-se Magalhães, António – “Crianças pobres e doentes: a população jovem como objecto das práticas de caridade na Santa Casa da Misericórdia de Viana Foz do Lima (séculos XVI-XVIII)”, in Araújo, Maria Marta Lobo de e Ferreira, Maria de Fátima (orgs.) – *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*, Braga, Instituto de Ciências Sociais, 2008, pp. 122-123.

sós, que nem com o apoio de uma parteira podiam contar¹³. Contudo, a substituição da casa pelo hospital como lugar de nascimento estava **ainda longe de ser** uma realidade generalizada nas primeiras décadas do século XX.

Tomando como exemplo o ano de 1863, para o qual dispomos de dados, observamos grandes discrepâncias no concernente à frequência dos hospitais administrados pelas Misericórdias do Alto Minho, resultantes, sobretudo, da capacidade de acolhimento e de resposta dos edifícios onde funcionavam e dos efetivos populacionais dos diferentes concelhos. Os hospitais de Ponte de Lima e de Viana do Castelo foram os que, no referido ano, cuidaram do maior número de doentes (343 e 234, respetivamente), na sua maioria do sexo feminino, ao passo que os de Vila Nova de Cerveira, Ponte da Barca e Monção foram os que registaram menor afluência.

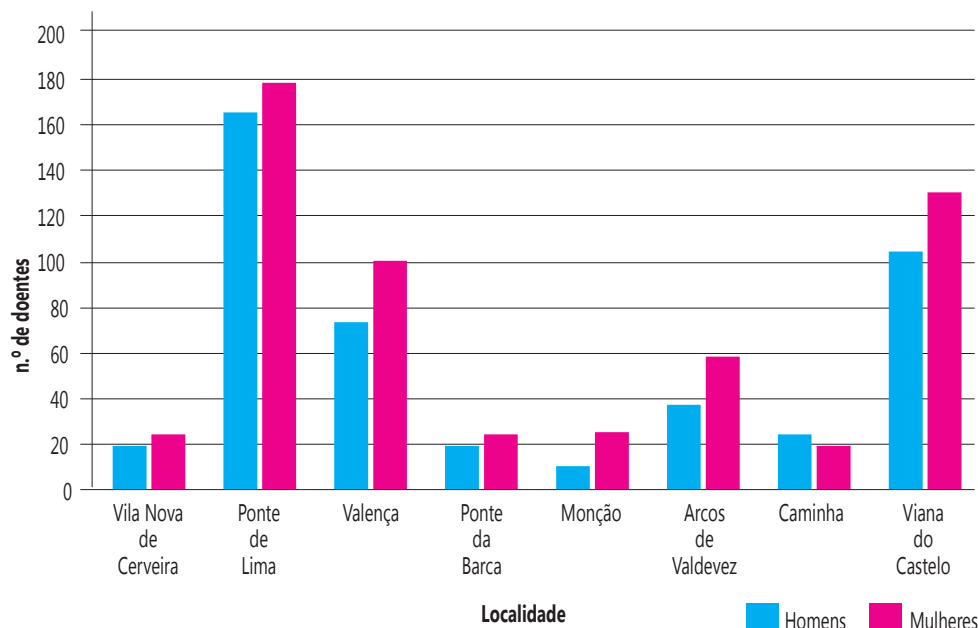
Gráfico 1. Doentes internados nos hospitais das Misericórdias do distrito de Viana do Castelo (1863)



Fonte: AHGCVC, *Mapa das enfermidades tratadas nos hospitais das Misericórdias do distrito*, 1.14.4.6.4-10, não paginado.

¹³ Cf. Perrot, Michelle – *Minha história das mulheres*, São Paulo, Editora Contexto, 2008, p. 74.

Gráfico 2. Sexo dos doentes entrados nos hospitais geridos pelas Misericórdias do Alto Minho (1863)



Fonte: AHGCVC, *Mapa das enfermidades tratadas nos hospitais das Misericórdias do distrito*, 1.14.4.6.4-10, não paginado.

Era elevado o número de mulheres que procurava assistência no Hospital de Viana do Castelo, como aconteceu no ano de 1863. Convirá recordar que o Alto Minho era, desde finais do século XVI, uma região de forte emigração rumo a terras de além Atlântico¹⁴. O Brasil tornou-se o destino de muitos varões que procuravam uma vida melhor e fugiam de um quotidiano feito de miséria¹⁵. Se muitos partiam solteiros, outros deixavam as suas mulheres

¹⁴ Foi precisamente na década de quarenta do século XVI que foram criadas as primeiras misericórdias no Brasil. Leia-se Sá, Isabel dos Guimarães – “Misericórdias, Portugueses e Brasileiros”, in *Os Brasileiros de Torna-Viagem no Noroeste de Portugal*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 2000, pp. 117-133. A propósito da emigração das gentes do Alto Minho para o Brasil leia-se Rodrigues, Henrique – *Emigração e Alfabetização. O Alto Minho e a Miragem do Brasil*, Viana do Castelo, Governo Civil de Viana do Castelo, 1995.

¹⁵ Sobre as causas da emigração rumo ao Brasil consulte-se Russell-Wood, A. J. R. – “A emigração: fluxos e destinos”, in Bethencourt, Francisco e Chaudhuri, Kirti (dir.) – *História da Expansão Portuguesa*, vol. 3, Lisboa, Círculo de Leitores, 1997, pp. 158-168. Veja-se igualmente Cruz, Maria Antonieta – “Agruras dos emigrantes portugueses no Brasil”, *Revista*

a cuidar da prole e do património familiar. Rapidamente, por força das circunstâncias, a mulher minhota abandonou o recato do lar e passou a ter uma vida mais exposta, tomou a seu cargo o trato dos animais e o amanho da terra, acostumou-se a andar, muitas vezes sozinha, por quelhas e caminhos, arrostando com todas as implicações que a sua condição de mulher só acarretava¹⁶. Em resultado dos condicionalismos que então se verificavam, particularmente a saída de grandes contingentes de homens, que conduziu à preponderância do género feminino na região, não será de estranhar a maior presença da mulher nas unidades hospitalares.

A maioria das mulheres que procurava assistência hospitalar não era de condição social elevada, até porque as restrições às saídas de casa eram muito maiores para as senhoras das classes média e alta¹⁷. Eram sobretudo trabalhadoras do campo, ou seja, criadas e jornaleiras que acorriam ao hospital em busca de cura para os males do corpo e, ainda no século XIX, também para as feridas da alma¹⁸. O que nos leva a considerar que a entrada no hospital equivaleria, em certa medida, ao reconhecimento público de pobreza. Quem tinha algum poder económico pagava ao médico para beneficiar de consulta domiciliária e, caso optasse pelo internamento hospitalar, podia instalar-se em quartos individuais, cujo preço não estava ao alcance de todas as bolsas.

de História, Porto, 7, 1986-1987, pp. 12-13. Sobre as razões da atração que, ao longo do século XIX, os portugueses sentiam pelo Brasil como principal destino de emigração, leia-se Klein, Herbert S. – “A integração social e económica dos imigrantes portugueses no Brasil nos finais do século XIX e no século XX”, *Análise Social*, XXVIII (121), 1993, p. 242.

¹⁶ Sobre o papel da mulher na economia da casa alto minhota consulte-se Durães, Margarida – “Qualidade de vida e sobrevivência económica da família camponesa minhota, o papel das herdeiras (sécs. XVIII-XIX)”, *Cadernos do Noroeste. Olhares sobre mulheres*, 17 (2), Braga, Universidade do Minho, 2002, pp. 125-144. Em setembro de 1854, o administrador do concelho de Vila Nova de Cerveira comunicava a intenção de um elevado número de jovens do sexo masculino e de algumas famílias completas, num total que rondaria as 80 pessoas, embarcarem para o Brasil. AHGCVC, *Administradores*, n.º 1.21.5.4-4, não paginado. Sobre a importância da mão-de-obra feminina nos trabalhos do campo e na economia familiar leia-se para as comarcas de Penamacor, Montemor-o-Velho e Coimbra, Vaquinhas, Irene – *Violência, Justiça e Sociedade Rural. Os campos de Coimbra, Montemor-o-Velho e Penacova de 1858 a 1918*, Coimbra, Faculdade de Letras, 1990, tese de doutoramento policopiada, pp. 314-331.

¹⁷ Consulte-se Vaquinhas, Irene e Guimarães, Maria Alice – “Economia Doméstica e Governo do Lar. Os Saberes Domésticos e as Funções da Dona de Casa”, in Mattoso, José (dir.) – *História da Vida Privada em Portugal*, vol. 3, Lisboa, Círculo de Leitores, 2011, p. 199.

¹⁸ AHGCVC, *Mapa das enfermidades tratadas nos hospitais das Misericórdias do distrito*, 1.14.4.6.4-10, não paginado.

Em 1860, o custo diário de cada doente nos hospitais do distrito de Viana do Castelo **era, em média, de 3\$858 réis**. Os hospitais que atingiam gastos mais elevados com cada doente eram os de Arcos de Valdevez (5\$531), Vila Nova de Cerveira (4\$632), Caminha (4\$461) e Viana do Castelo (4\$252). Os que registavam menos despesa eram os de Ponte de Lima (1\$895), Ponte da Barca (3\$197), Monção (3\$357) e Valença (3\$545)¹⁹.

Era muito variado o quadro de enfermidades tratadas nos hospitais das Misericórdias e que iam, aliás, de encontro às que eram apontadas como as mais comuns na centúria oitocentista²⁰. Entre elas constavam, segundo Augusto da Silva Carvalho, o impaludismo, o carbúnculo, a raiva, a varíola, o sarampo, a escarlatina, a gripe, a meningite, a febre tifoide, o tifo, a difteria e a tosse convulsa²¹.

Apesar da criação de unidades hospitalares mais modernas e condizentes com os preceitos higienistas então em voga, continuava a verificar-se, em plena centúria oitocentista e mesmo no dealbar do século seguinte, o encaminhamento de doentes do distrito de Viana do Castelo, nomeadamente dos portadores de doenças contagiosas, como a sífilis, para outras unidades hospitalares. Ainda na década de vinte do século XX, os doentes portadores de “mal venéreo” eram encaminhados para o hospital de S. Marcos, em Braga, especializado no atendimento a este tipo de enfermidades²². No entanto, detetámos a presença, ainda que em número muito reduzido, de alguns sifilíticos nos hospitais do Alto Minho, apesar de os respetivos regulamentos interditem a sua admissão²³.

À medida que caminhamos para o término da centúria oitocentista, verificamos que o hospital deixa de ser o único organismo a intervir no tra-

¹⁹ Cf. Coelho, Eusébio Cândido C. P. Furtado – *Estatística do districto de Viana do Castelo*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1861, p. 155.

²⁰ Sobre as doenças tratadas no hospital da Santa Casa de São João del-Rei veja-se Resende, Maria Leônia Chaves de e Silveira, Natália da – “Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso das práticas médicas nas Minas Gerais oitocentista”, in Araújo, Maria Marta Lobo de (org.) – *As Misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séculos XV-XX)*, Cuiabá, Carlini & Caniato Editorial, 2009, pp. 78-82.

²¹ Leia-se Carvalho, Augusto da Silva – *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1929, p. 43.

²² AHGVCV, *Livro da Comissão Municipal de Assistência*, 1926-1928, n.º 1.6.4.28, fl. 7

²³ Em 1864, deu entrada no hospital de Nossa Senhora da Visitação, em Caminha, um doente portador de bubões sifilíticos, apesar da presença destes doentes não ser permitida pelo regulamento do hospital. ASCMC, *Registo da entrada de doentes (1836-1878)*, n.º 7.35.4.10, fl. 40v.

tamento da doença. São criados dispensários, institutos, laboratórios e sanatórios, com o objetivo de melhorar a eficácia do processo de cura e, se possível, impedir a deflagração de enfermidades. O distrito teve de esperar pelos primeiros anos do século XX para ver nascer os seus primeiros dispensários e sanatórios. A cidade de Viana do Castelo foi das primeiras a dispor de um dispensário antituberculoso, criado em 1905, para dar resposta à forte incidência da tuberculose no distrito²⁴. Em 1909, já a Misericórdia tinha um projeto para a construção de um pavilhão na Quinta de Valverde, com enfermarias isoladas destinadas a doentes portadores de doenças infetocontagiosas e, em 1911, a Assistência Nacional aos Tuberculosos tinha solicitado que nesse local fossem instaladas duas enfermarias para tuberculosos. Todavia, nessa altura, a Misericórdia não pôde aceder a esse pedido, por falta de verbas²⁵. No ano seguinte, a Santa Casa decidiu avançar com as obras necessárias num anexo contíguo à casa existente na referida quinta²⁶. Saliente-se ainda que os sanatórios erigidos em Portugal visavam não só tratar os tuberculosos, mas também incutir-lhes hábitos de higiene, de modo a que, quando recebessem alta, cuidassem do seu tratamento e evitassem propagar a moléstia aos restantes membros do agregado familiar²⁷. Esta atitude higienista, incutida nos sanatórios e tão bem retratada por Thomas Mann na sua obra *A Montanha Mágica*, que envolvia os doentes e as famílias respetivas, poderá ter contribuído para o recuo da doença nas primeiras décadas do século XX²⁸.

No distrito de Viana do Castelo, durante o período em análise, não havia qualquer estrutura capaz de acolher doentes mentais, cuja entrada era, frequentemente, barrada nos hospitais gerais, pelo que eram encaminhados para o Hospital de Rilhafoles, futuro Hospital Miguel Bombarda, e, mais tarde, para o Hospital Conde Ferreira, na cidade do Porto, que abriram portas em 1848 e em 1883, respetivamente. No entanto, descobrimos a presença de alienados, ainda que poucos, nos hospitais do distrito geridos pelas Misericór-

²⁴ Sobre o combate à tuberculose em Portugal e o papel exercido pela Liga Nacional contra a Tuberculose veja-se Cerqueira, Ismael Vieira – “Contributos da “Liga Nacional contra a Tuberculose” para a luta antituberculose em Portugal (1899-1907)”, in http://www4.fe.uc.pt/aphes31/papers/sessao_2b/ismael_vieira_paper.pdf (consultado em 15.10.2013).

²⁵ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1908-1913*, n.º 3.24.3, 11, fl. 57v.

²⁶ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1908-1913*, n.º 3.24.3, 11, fl. 184.

²⁷ Sobre a criação de sanatórios em Portugal leia-se Ferreira, Maria de Lurdes de Carvalho – *A doença do Peito. Contributo para o estudo histórico da tuberculose*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005, pp. 41-43, tese de mestrado policopiada.

²⁸ Veja-se Mann, Thomas – *A Montanha Mágica*, Lisboa, Dom Quixote, 2009.

dias²⁹. O Hospital de Viana do Castelo só os aceitava a pedido das autoridades administrativas e desde que o seu internamento fosse breve e não acarretasse custos para a instituição³⁰.

Os hospitais tinham relutância em acolher doentes do foro mental por razões diversas: inexistência de instalações apropriadas; comportamento ins-tável, violento até dos enfermos, que culminava, muitas vezes, na destruição de equipamento e mobiliário; impreparação dos clínicos para lidarem com este tipo de patologia³¹. Um dos processos utilizados para controlar os movi-mentos destes pacientes consistia em metê-los em sacos. Em 1861, o enfermei-ro-mor do Hospital de Viana adquiriu dois para esse fim³². Assim, rejeitados pelos hospitais ou abandonados pela família, muitos acabavam por ser ati-rados para os cárceres, onde passavam a conviver com os demais reclusos, ou deambulavam pelas ruas, entregues à sua sorte³³.

Será necessário esperar algumas décadas até ser fundado o primeiro hospital psiquiátrico no distrito de Viana do Castelo: o Sanatório da Gelfa, situado no concelho de Caminha. Destinado, aquando da sua fundação, a doentes portadores de tuberculose óssea, foi, posteriormente, transformado em hospital psiquiátrico³⁴. Aliás, pelo decreto de 11 de maio 1911, foi decidida a criação de mais hospitais para alienados, para além dos dois já existentes

²⁹ Fonte: AHGCVC, *Mapa das enfermidades tratadas nos hospitais das Misericórdias do distrito*, 1.14.4.6.4-10, não paginado.

³⁰ ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

³¹ Sobre a presença de doentes mentais no hospital de Nossa Senhora da Visitação em Caminha leia-se Esteves, Alexandra – “Estar enfermo e ser pobre: assistência à saúde no Alto Minho de Oitocentos”, in Santos, Carlota (coord.) – *Família, Espaço e Património*, Porto, CITCEM, 2011, pp. 201-222.

³² ADVC, SCMVC, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, 3.26.3.20, não paginado.

³³ Sobre este assunto veja-se Esteves, Alexandra – “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal. O caso do distrito de Viana do Castelo”, in Araújo, Maria Marta Lobo de e Esteves, Alexandra – *Marginalidade, Pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)*, Braga, CITCEM, 2011, pp. 199-216. Veja-se ainda Esteves, Alexandra Patrícia Lopes – *Entre o crime e a cadeia: violência e marginalidade no Alto Minho (1732-1870)*, Braga, Universidade do Minho, 2010, tese de doutoramento policopiada, pp. 701-709.

³⁴ Cf. *Assistência Social em Portugal, Cadernos do Ressurgimento Nacional*, Lisboa, SNI, 1946, p. 75. Sobre os sanatórios marítimos consulte-se Amaral, Anabela de Araújo de Carvalho – *Vivências Educativas da Tuberculose no Sanatório Marítimo do Norte e Clínica Heliântia (1917-1955)*, Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2007, pp. 65-71.

(Rilhafoles e Conde Ferreira), dado o elevado número de doentes mentais existentes no país que não recebia qualquer tipo de assistência³⁵.

A renitência dos hospitais gerais ao internamento destes doentes levantava o problema do pagamento das despesas da sua deslocação para os hospitais psiquiátricos. Para esse efeito, as administrações do concelho solicitavam às Misericórdias a passagem de guias para que esses doentes pudessem ser aceites em Rilhafoles ou no Conde Ferreira. Mas essas instituições nem sempre se dispunham a atender esses pedidos, alegando insuficiência de recursos. A Misericórdia de Viana do Castelo, em particular, procurava eximir-se ao pagamento do internamento dos doentes do concelho vianense em Rilhafoles, invocando o disposto na legislação vigente (decreto de 6 de agosto de 1892, Código Administrativo de 1896, Regulamento Geral do Hospital de 1901 e circular de 7 de agosto de 1903). Estes documentos visavam combater uma situação que se tinha tornado insustentável: o Hospital de Rilhafoles, com capacidade para acolher, no máximo, 300 pacientes, em 1864 albergava 551, o que, entre outros problemas, dificultava a segurança e a higienização da instituição.

Os doentes que requeriam maior cuidado e intervenções mais melindrosas eram encaminhados para outras unidades hospitalares de fora do distrito, sobretudo para o Hospital de Santo António, no Porto, situação que se manteve pelo menos até 1926. Os custos que a distância acarretava constituíam um obstáculo para que os mais pobres pudessem ser tratados, necessitando, por conseguinte, do apoio das instituições assistenciais. As Misericórdias, através de cartas de guia, e, a partir de 1911, as Comissões Municipais de Assistência auxiliavam os doentes mais carenciados, custeando as suas deslocações e dos acompanhantes, bem como as despesas com a alimentação e os internamentos³⁶.

Com a implantação da República e a criação de Comissões Distritais de Assistência, pela lei de 25 de maio de 1911, os hospitais passaram a beneficiar de verbas canalizadas para estas entidades, bem como para asilos de infância

³⁵ Cf. Alves, Jorge Fernandes – “A Saúde Pública em Portugal. Alguns Delineamentos administrativos (da Monarquia à Ditadura Militar)”, in Ferreira, Fátima Moura; Mendes, Francisco Azevedo e Capela, José Viriato, *Justiça na Res Publica (sécs. XIX-XX). Ordem, Direitos Individuais e Defesa da Sociedade*, Braga, CITCEM, 2011, p. 47.

³⁶ Sobre as cartas de guia leia-se Araújo, Maria Marta Lobo de e Paiva, José Pedro (dir. científica) – *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 6: *Estabilidade, grandeza e crise: da Restauração ao final do reinado de D. João V*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa / União das Misericórdias Portuguesas, 2007, p. 26.

desvalida e outras instituições de caridade³⁷. No que concerne ao distrito de Viana do Castelo, também foram contemplados o Hospital para Velhos e Entrevados, a delegação da Cruz Vermelha, o lactário e o Sanatório da Gelfa³⁸. Em maio de 1911, a Misericórdia de Viana do Castelo obteve autorização do governo para a construção de um lactário na cerca do recolhimento de São Tiago, que entrou em funcionamento no dia 1 de dezembro de 1914, fazendo uso do donativo concedido por D. Júlia Augusta Cândida de Pinho³⁹. A distribuição do leite às crianças e a alguns adultos pobres era feita, todas as manhãs, na cozinha do Hospital.

Em 1918, o Alto Minho, à semelhança do que sucedeu no resto do país, foi atingido pela chamada gripe espanhola, também conhecida como *influenza*. Em Viana do Castelo, desde o deflagrar do surto até novembro de 1918, foram registados 198 infetados⁴⁰. A situação na cidade era de extrema gravidade, dado que, na mesma altura, grassava uma epidemia de varíola. Foi então solicitada autorização à Câmara Municipal para instalar os padecentes de varíola na Casa das Ursulinas e requerida a concessão de um subsídio para ajudar nos gastos com o seu tratamento. A Misericórdia estava, então, à beira do descalabro financeiro, devido não só ao elevado número de doentes que dava entrada no Hospital, mas também à difícil conjuntura do país⁴¹. A crise económica refletia-se no aumento dos preços dos cereais, dos combustíveis, das roupas e dos medicamentos, bens que a instituição tinha de adquirir para cumprir as suas obrigações assistenciais. Importa sublinhar que a instituição auxiliava os doentes pobres, os encarcerados enfermos, encarregava-se da inspeção das toleradas, geria um balneário público, um albergue noturno e um lactário.

A assistência à saúde implicava gastos avultados, nem sempre acessíveis aos bolsos dos menos abonados. Em 1920, a ocupação de um lugar na enfermaria geral do hospital da Santa Casa de Viana do Castelo custava 80 centavos

³⁷ Veja-se Teixeira, Maria Elvira – “Assistência. Do fim da Monarquia ao Estado Novo”, in Azevedo, Carlos Moreira (dir.) – *Dicionário da História de Portugal*, Lisboa, Círculo de Leitores, 2000, p. 150.

³⁸ AHGCVC, *Comissão Distrital de Assistência. Assistência*, n.º 1.6.2.3, não paginado.

³⁹ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1913-1918*, n.º 3.24.3, 12, fls. 40v.-41.

⁴⁰ ADVC, SCMVC, *Livro de Actas sessões da mesa*, n.º 3.24.3.13, fl. 28.

⁴¹ A situação da Misericórdia de Viana do Castelo não era caso único. Entre os finais da década de dez e os inícios da década de vinte do século XX, várias instituições congéneres passaram por uma situação similar, resultante do contexto que na altura marcava o país. Cf. Paiva, José Pedro e Fontes, Paulo F. Oliveira – *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 9 (1): *Misericórdias e secularização num século turbulento (1910-2000)*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa / União das Misericórdias Portuguesas, 2010, p. 13.

diários, ao passo que a opção por um quarto particular no hospital implicava custos que oscilavam entre 2.50 e 3.50 escudos por dia⁴².

As preocupações dos hospitais, incluindo o de Viana do Castelo, eram dirigidas não apenas para a cura, mas também para o conforto dos doentes. No século XIX, esses cuidados são facilmente observáveis em dois domínios: na deslocação para o hospital e durante o internamento.

À semelhança do que sucedia noutras localidades, a deslocação do doente até ao Hospital da Misericórdia de Viana podia ser feito pelo próprio pé, em carros puxados por animais ou em cadeirinhas pagas pela instituição no caso de se encontrar muito fragilizado e ter dificuldades de locomoção. Entre 1848 e 1867, aquela instituição pagou a vários moços para transportarem os pacientes em cadeirinhas⁴³.

Com o intuito de garantirem os bons ares e preservar o ambiente hospitalar, o que pode indiciar a perduração de uma interpretação miasmática das doenças, os hospitais adquiriam alcatrão, alfazema e vinagre para perfumar e desinfetar as enfermarias. Este último produto também era utilizado para o fabrico de remédios e para curativos⁴⁴. Para aromatizar o ar, também investiam na compra de incenso e de açúcar, bem como de perfumadores para queimar estas substâncias. No inverno, o aquecimento era conseguido através de fogões e fogareiros, o que implicava a compra de lenha, proporcionando luz e calor, sobretudo nos meses invernosos⁴⁵. À noite, também se alumiam as instalações com recurso a velas e lamparinas alimentadas a azeite⁴⁶.

As roupas de cama eram objeto de cuidados especiais: enxergas, travesseiros e lençóis eram lavados com frequência, remendados e mudados. Conforme se pode ver no quadro abaixo, respeitante aos bens móveis existentes no Hospital de Viana do Castelo no ano de 1845, havia um elevado e variado número de peças de roupa de cama: lençóis, enxergas, fronhas, traves-

⁴² ADVC, SCMVC, *Livro de Actas sessões da mesa*, n.º 3.24.3.13, fl. 79.

⁴³ ADVC, SCMVC, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20.

⁴⁴ ADVC, SCMVC, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20, não paginado.

⁴⁵ ADVC, SCMVC, *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 consulte-se Araújo, Maria Marta Lobo de – “Os Hospitais de Ponte de Lima na era pré-industrial”, Separata do livro *Actas do século XVIII Seminário Internacional sobre Participação, Saúde e Solidariedade – Riscos e Desafios*, Braga, ICS, 2006, pp. 488-489.

⁴⁶ ADVC, SCMVC, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20, não paginado.

seiros, cobertores, cobertas, mantas e cortinas. O seu estado variava: se alguns estavam em bom uso, outras peças já não tinham préstimo. Os tecidos eram muito díspares em termos de qualidade e preço: iam desde a estopa ao linho e do algodão à chita, sendo os mais caros o algodão e o linho⁴⁷.

Quadro 1. Inventário das roupas de cama do Hospital de Viana do Castelo (1845)

Peça	Número de exemplares
Lençóis	133
Enxergas	149
Colchões	2
Fronhas	113
Travesseiros	16
Cobertores	190
Mantas	80
Cobertas	25
Cortinas	9

Fonte: ADVC, SCMVC, *Inventário dos bens móveis do hospital da Santa Casa da Misericórdia*, n.º 3.27.3. Cx. 3-26.

Devido às dificuldades financeiras que as Misericórdias atravessaram na centúria oitocentista, os gastos hospitalares representavam um pesado ónus para estas instituições, dada a multiplicidade de necessidades que era imperioso satisfazer. Por isso, recorriam a peditórios e à recolha de esmolas com o intuito de obterem apoios para fazerem face aos gastos quotidianos. Por exemplo, entre 1898 e 1900, com o produto de esmolas, a irmã superiora que superintendia o serviço de enfermagem no Hospital de Viana do Castelo adquiriu toalhas para as enfermarias, tolhas das mãos bordadas e lisas, lençóis, almofadas, travesseiros e castiçais⁴⁸.

Aquando da ocorrência de surtos epidémicos, acentuava-se a preocupação com a satisfação de um conjunto de requisitos associados à higiene e

⁴⁷ Veja-se Araújo, Maria Marta Lobo de – *Rituais de Caridade na Misericórdia de Ponte de Lima (Séculos XVII-XIX)*, Ponte de Lima, Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2003, pp. 303-304.

⁴⁸ ADVC, SCMVC, *Inventário das roupas e mais objetos adquiridos paea o Hospital pela irmã superiora com o produto das esmolas que obteve e lhe foram entregues para esse fim, 1898-1900*, n.º 3.22.4. Cx 2-7, não paginado.

ao bem-estar dos doentes, o que implicava a aquisição de diversos utensílios essenciais para o funcionamento das enfermarias. Foi o que sucedeu em finais do século XIX, quando surgiu a ameaça de um novo surto de cólera. Na altura, além da adoção de medidas sanitárias adicionais, o Hospital adquiriu mais enxergas, lençóis de algodão, travesseirinhos, guardanapos, toalhas de mão, pratos, talheres, canecas para o vinho, tigelas, cobertores, mesas-de-cabeceira, caixotes para cuspir e enxofradeiras, entre muitos outros artigos⁴⁹.

As enfermarias caracterizavam-se pela sobriedade e o mobiliário era o estritamente necessário. As camas, que, em 1845, totalizavam 363, eram feitas de tábuas e os colchões eram de palha. Nesse ano, estavam inventariados 119 pequenos leitos para as crianças, 76 bancos de ferro e 163 de madeira, várias caixas e mesas, algumas delas portáteis para facilitar a alimentação dos doentes imobilizados, quatro fogareiros para o aquecimento, cinco ventosas, dois castiçais de estanho, entre outros móveis e utensílios. Havia ainda lavatórios, bancos e mesas para ajudar nos curativos e para a toma das refeições⁵⁰.

A alimentação e a higiene dos doentes eram objeto de especiais cuidados. A importância conferida aos alimentos resultava, ainda que não só, da função profilática que lhes era atribuída, pois muitas das moléstias que motivavam o internamento hospitalar eram causadas por deficiências das dietas alimentares. As refeições eram servidas em louça branca ou preta e de barro, e as bebidas em copos, tigelas e púcaros. Estes últimos também eram usados para aquecer os remédios⁵¹. Na cozinha, havia uma grande variedade de utensílios utilizados na confeção da comida. Em 1845, no inventário do Hospital da Misericórdia, entre muitos outros apetrechos, constavam cinco painéis de cobre, três marmitas de ferro, duas chocolateiras de cobre, um espeto, um tacho pequeno, um pote, duas colheres de ferro, uma caldeia, uma coadeira, uma trempe, uma machada, uma balança, pesos, um funil, uma faca grande para cortar carne e talhas grandes de barro⁵².

⁴⁹ ADVC, SCMVC, *Inventário dos objetos que por ocasião das medidas sanitárias tomadas contra a invasão da cólera, foram fornecidas ao Hospital da Misericórdia de Viana, 1890*, n.º 3.22.4, Cx 2-5, não paginado.

⁵⁰ ADVC, SCMVC, *Inventário dos bens móveis do hospital da Santa Casa da Misericórdia*, n.º 3.27.3.Cx3-26, não paginado.

⁵¹ ADVC, SCMVC, *Registo das despesas feitas pelo enfermeiro-mor, 1848-1867*, n.º 3.26.3.20, não paginado.

⁵² ADVC, SCMVC, *Inventário dos bens móveis do hospital da Santa Casa da Misericórdia*, n.º 3.27.3.Cx3-26, não paginado.

O banho, tal como a dieta alimentar, também assumia funções profiláticas, dado que se reconhecia que a ausência de hábitos de higiene pessoal concorria para o surgimento e a propagação de doenças⁵³. Em Portugal, no início do século XX, o banho era pouco frequente e a higiene diária não ia muito além da lavagem do rosto⁵⁴. Entre finais do século XVIII e inícios do século XX, o banho passou a estar conotado com a preservação de um estilo de vida salutar, sendo relegadas para segundo plano as preocupações estéticas que lhe estavam associadas em tempos mais longínquos. A revolução pasteuriana e, já no século XX, as doenças do foro respiratório contribuíram para a exaltação da sua função preventiva e, conseqüentemente, para o aparecimento dos balneários públicos, alguns geridos por Misericórdias⁵⁵. Em 1845, o Hospital de Viana do Castelo garantia o transporte de água salgada para banhos dos seus doentes e dispunha, além de outros apetrechos, de bacias, jarros, várias banheiras, umas de “folha” e outras de “pau”, algumas já em muito mau estado, e para os doentes com dificuldades de mobilidade havia banquinhos apropriados e banheiras móveis⁵⁶.

Em pleno século XX, os estabelecimentos hospitalares tinham que lidar com a escassez de um bem essencial para a sua higienização: a água. Em 1904, o Hospital da Misericórdia também enfrentava esse problema, o que impedia a instituição de aplicar os apertados critérios de limpeza, de modo a que não se transformasse num perigo para a saúde pública⁵⁷. Esta dificuldade persistia em 1909. Nesse ano, as preocupações com a higiene pessoal pareciam ter chegado a uma parte da população, que, no entanto, não dispunha de condições para as concretizar. Assim, eram muitas as pessoas que pediam autorização para tomarem banho nas instalações da Santa Casa, mas que viram os seus pedidos indeferidos devido à escassez de água que também afetava a instituição⁵⁸. Um outro problema de saúde pública provinha da fossa do Hospital,

⁵³ Risse, Guenter B. – *Mending Bodies, Saving Souls. A history of hospitals*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1999, p. 417.

⁵⁴ Leia-se Pereira, Ana Leonor e Pita, João Rui – “A higiene: da higiene das habitações ao asseio pessoal”, in Mattoso, José (dir.) – *História da vida privada em Portugal*, vol. 3: *A época contemporânea* (coord. Irene Vaquinhas), Lisboa, Temas e Debates / Círculo de Leitores, 2011, pp. 104-105.

⁵⁵ Conceição, Luís – “O banho e a higiene doméstica em Portugal”, *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias*, 11, 2008, pp. 149-154.

⁵⁶ ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

⁵⁷ ADVC, SCMVC, *Livro de Actas sessões da mesa*, n.º 3.24.3.9, fl. 51.

⁵⁸ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1908-1913*, n.º 3.24.3.11, fls. 55-51v.

que, a céu aberto, permitia o vislumbre de elementos propiciadores do surgimento e da propagação de doenças⁵⁹.

A instituição hospitalar conheceu uma evolução desde o século XVII, como nos deu a conhecer Michel Foucault. De local de reunião de excluídos, com funções de depuração social, que acolhia marginais, alienados, prostitutas, pobres, vagabundos, passou a espaço de partilha e de aplicação de conhecimentos e também de imposição de normas. Para esta mudança terá contribuído a valorização da pessoa humana e, por outro lado, a necessidade de impor regras às populações para prevenir e combater as epidemias que grassaram em Portugal e na Europa. Os hospitais transformam-se então em espaços normalizadores, que dispõem de regulamentos que se aplicam aos utentes e a quem neles trabalha. Tudo o que de mais importante neles se passava devia ficar registado em livros. A regulamentação do quotidiano hospitalar começava logo pela imagem simbólica da porta. O regulamento do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, datado de 1874, entre outras disposições, estipulava o seguinte: competia ao hospitaleiro vigiar a entrada, guiar as pessoas dentro das enfermarias e impedir o ingresso de visitantes indesejáveis e de produtos considerados nocivos; as portas das enfermarias deviam estar sempre encerradas, especialmente as destinadas às toleradas; as prostitutas estavam impedidas de circular fora do espaço que lhes estava reservado; as visitas aos alienados e às toleradas eram proibidas; as portas do hospital deviam ser fechadas logo após a ceia⁶⁰. Estavam ainda definidos os horários de entrada e saída e regulamentada a admissão dos doentes e o acesso de pessoas estranhas ao hospital. Os tempos das refeições e do funcionamento do banco, por exemplo, também **estavam determinados**⁶¹. Havia, no entanto, um dia previsto para a abertura à comunidade: no dois de julho, entre o jantar e a ceia, as portas do Hospital abriam-se **a quem o quisesse** visitar⁶².

O regulamento do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo previa que os funcionários respeitassem um conjunto de regras no exercício das suas funções, em nome da ordem e da disciplina: não podiam falar alto, fumar, estar à janela, nem usar chapéu, roupas sujas ou tamancos. Os doentes, por seu lado,

⁵⁹ ADVC, SCMVC, *Acórdãos, 1908-1913*, n.º 3.24.3, 11, fl. 66.

⁶⁰ ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado

⁶¹ ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

⁶² **ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.**

também tinham certos deveres a cumprir: não podiam recusar o alimento que lhes era prescrito, não podiam vestir roupas indecorosas, erguer a voz, infringir qualquer ordem médica, como sair da cama sem autorização, faltar ao respeito aos demais pacientes ou pedir esmola aos visitantes⁶³. Em caso de incumprimento das normas estabelecidas, o doente era repreendido, mas, se houvesse reincidência, havia lugar à aplicação de sanções, que podiam consistir na redução da dose de alimento ou na colocação no isolamento⁶⁴. Para as infrações mais graves estava prevista a expulsão⁶⁵.

As preocupações com a limpeza e a higiene eram evidentes e recaíam não só nas instalações e equipamentos, mas também nos utentes, em particular aquando da sua hospitalização. Sendo pobres, e dada a correlação entre pobreza e falta de higiene que integrava o ideário burguês do século XIX⁶⁶, o corpo e as roupas que envergavam deviam ser lavados e o cabelo cortado, independentemente do sexo, para eliminar os piolhos que presumivelmente infestavam as cabeças⁶⁷.

No século XIX, sobretudo após a deflagração dos surtos coléricos que também atingiram o Alto Minho, aumentaram os cuidados com a higienização do espaço hospitalar: as enfermarias eram desinfetadas, a palha das enxergas era mudada regularmente, as latrinas eram despejadas com mais frequência e os diversos compartimentos eram arejados⁶⁸. Estes procedimentos intensificavam-se ainda mais quando havia doentes portadores de enfermidades contagiosas.

⁶³ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Caminha, *Regulamento Geral da administração da Santa Casa da Misericórdia de Caminha*, n.º 7.36.3.3-22, fl. 15. Sobre situações de excessos, promiscuidade e desordem que tinham lugar no hospital de S. Marcos leia-se Castro, Maria de Fátima – *A Misericórdia de Braga. A Assistência no Hospital de S. Marcos*, vol. IV, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2008, pp. 621-633.

⁶⁴ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Caminha, *Regulamento Geral da administração da Santa Casa da Misericórdia de Caminha*, n.º 7.36.3.3-22, fl. 15.

⁶⁵ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Caminha, *Regulamento Geral da administração da Santa Casa da Misericórdia de Caminha*, n.º 7.36.3.3-22 fl. 15 v.

⁶⁶ Sobre a alteração do discurso sobre o pobre e a pobreza no século XIX, leia-se Carasa Soto, Pedro – “Limites de la historia social clásica de la pobreza y la asistencia en España”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 10 (2), 2010, p. 590.

⁶⁷ ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

⁶⁸ Preocupações idênticas verificavam-se em Viseu. Consulte-se Magalhães, Vera Lúcia Almeida – *O Hospital Novo da Misericórdia de Viseu. Assistência, imagem e poder*, Viseu, Santa Casa da Misericórdia de Viseu, 2011, p. 71.

Tal como a dieta, também as substâncias medicamentosas prescritas a cada doente, de acordo com a sua moléstia, eram variadas: quinino, óleo de rícino, tintura de quina, quina em pó, linhaça, água destilada de rosas, alúmen, nitro de prata, bicarbonato de soda, flor de sabugueiro, sulfato de zinco, sulfato de potássio, pomada mercurial ou óleo de fígado de bacalhau. Alguns produtos alimentares e bebidas também desempenhavam uma função medicamentosa, fazendo parte do tratamento para determinadas enfermidades. Era o caso da manteiga de cacau, da água de cevada e do vinho, particularmente o vinho do Porto, que, nos inícios do século XX, ainda era receitado pelos médicos. A limonada, a água de Vidago, o nitrato de prata, o sulfato de zinco e o substrato de bismuto, continuavam a ser amplamente prescritos⁶⁹.

Por norma, o quadro de pessoal dos hospitais era constituído por médicos, cirurgiões, enfermeiros, hospitaleiros, boticários, cozinheira e porteiro, bem como outros serventes, como lavadeiras, engomadeiras, barbeiros e dentistas. O seu número dependia da dimensão das instalações, da afluência de doentes e da capacidade financeira da instituição. Considerando o caso particular do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, no século XIX, somos levados a concluir que esta instituição, além de se preocupar com a cura dos males do corpo, a cargo dos profissionais de saúde, também cuidava das feridas da alma, dada a presença de capelães, organistas e sacristãos, aos quais competia zelar pela assistência espiritual. Segundo o disposto no regulamento, o capelão devia apresentar-se todos os dias no hospital para realizar os ofícios religiosos e administrar os sacramentos aos doentes que constassem das papeletas dos médicos; todos os domingos, devia dar meia hora de catequese aos funcionários e aos doentes⁷⁰.

⁶⁹ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Caminha, *Receitas e medicamentos aplicados aos enfermos*, n.º 7.36.3.3.

⁷⁰ ADVC, SCMVC, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

Quadro 2. Pessoal dos hospitais do distrito de Viana do Castelo no ano de 185

Hospitais	Diretor	Escrivão	Tesoureiro	Escrivão cobrador	Letrado	Procuradores agentes	Enfermeiros dos dois sexos	Familiares, moços e porteiros	Ajudante	Capelães	Coreiros das missas	Sacristães	Organistas	Lavadeiras	Procurador em Lisboa	Engomadeira da sacristia	Médicos	Cirurgiões	boticários	sangradores	Barbeiros	Mestre-escola	Total
Arcos de Valdevez					1	1	2										1	1	1				7
Caminha			1			1	1			7				1			1	1					13
Monção			1			1	1			1		1				1	1	1					8
Ponte da Barca			1		1	1	2			1		1					1	1					9
Ponte de Lima	1	1	1	1	1	2	4	2		6	3	2	1		1	1	1	1	1			1	31
Valença		1					3							1			1	1			1		8
Viana do Castelo					1	1	3	1	1	2		2		1		1		2		1	1		17
Vila N. de Cerveira							2							1		1		1	1				6
Total	1	2	4	1	4	7	18	3		17	3	6	1	4	1	4	6	9	3	1	2	1	99

Fonte: Coelho, Eusébio Cândido C. P. Furtado – *Estatística do districto de Viana do Castelo*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1861, p. 292.

Em 1859, no Hospital da Santa Casa de Viana do Castelo, prestavam serviço dezassete pessoas, incluindo dois cirurgiões e um sangrador, mas não tinha qualquer médico. Na centúria seguinte, mais exatamente em 1917, tinha um diretor clínico, dois enfermeiros, sendo um de cada sexo, dois ajudantes, um capelão-mor, um sacristão, um empregado de secretaria, um contínuo e um porteiro⁷¹. Na altura, a par do facultativo efetivo, existia a figura do médico substituto, não remunerado, mas que estaria numa situação privilegiada aquando da abertura de concurso para esse lugar, que tinha a incumbência de auxiliar e substituir o médico principal, sempre que necessário⁷².

Aos médicos cabia, naturalmente, ocupar-se da cura dos doentes, prescrevendo as **terapias consideradas** adequadas para o seu restabelecimento, que podiam incluir a receita de substâncias medicamentosas, e acompanhar a evolução do seu estado de saúde. O farmacêutico estava incumbido de fornecer, com a maior celeridade e a qualquer hora do dia, os remédios necessários⁷³. Nos primórdios do século XX, a Misericórdia de Viana do Castelo abria concurso para o fornecimento de medicamentos destinados aos doentes do hospital, atribuindo aos médicos a incumbência de elegerem a melhor oferta⁷⁴. Em 1909, a proposta selecionada incluía o fornecimento de remédios manipulados em laboratório, águas medicinais e ainda sanguessugas, que continuavam a ser muito utilizadas no tratamento de certas moléstias⁷⁵.

O Hospital procurava abastecer-se não só de medicamentos, mas também de alimentos, persistindo a conexão entre a alimentação e a medicina, marcada por uma certa ambivalência⁷⁶. Isto porque se a alimentação pode ser respon-

⁷¹ ADVC, *Quadro do pessoal do Hospital da Misericórdia da cidade de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-4, não paginado.

⁷² ADVC, *Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Livro de Actas sessões da mesa*, n.º 3.24.3.13, fl. 48v.

⁷³ Quando o hospital não dispunha de farmácia, os remédios eram preparados numa botica e, posteriormente, transportados para o espaço hospitalar. Cf. Araújo, Maria Marta Lobo de e Esteves, Alexandra – “Healing the Body and Saving the Soul in the Portuguese Hospitals of the Early Modern Age”, *Hygiea Internationalis: An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*, 9 (1), 2010, p. 43.

⁷⁴ ADVC, *Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Acórdãos, 1908-1913*, n.º 3.24.3, 11, fls. 48-49.

⁷⁵ **ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, Acórdãos, 1908-1913, n.º 3.24.3, 11, fls. 49v.**

⁷⁶ Nos hospitais da Idade Moderna já se reconhecia a importância das dietas alimentares no processo de cura dos doentes. Cf. Rodrigues, Lisbeth de Oliveira – “Os consumos alimentares de um Portugal quinhentista: o caso do hospital das Caldas em vida da Rainha D. Leonor”,

sável pela doença, também pode sarar, havendo, por conseguinte, uma relação equilibrada e dialética entre a farmacopeia e o regime alimentar no processo de cura⁷⁷. Os produtos alimentares adquiridos refletiam, em boa medida, as dietas fixadas aos doentes, que variavam consoante o motivo que justificava o seu internamento. Comprova-se pão, carne de vaca e vitela, arroz, açúcar, batatas, massas, café, cevada, chá verde, farinha, vinho, e azeite⁷⁸.

No Hospital de Viana do Castelo, competia ao hospitaleiro organizar o quotidiano da instituição, seguindo as orientações do fiscal e do diretor clínico, superintender a compra de géneros alimentícios e o funcionamento da cozinha, acompanhar o médico nas visitas aos doentes, tratar da limpeza e conservação dos instrumentos utilizados nas cirurgias, entre muitas outras funções⁷⁹. Conforme o perfil tido como adequado à função, devia ser conciliador com os empregados, atencioso com as visitas, caridoso com os doentes pobres e respeitoso com os irmãos da Misericórdia⁸⁰. O hospitaleiro era enfermeiro, pelo que também desempenhava as funções inerentes a essa condição, ou seja, fazia curativos e medicava os doentes que estivessem a seu cargo⁸¹.

Entre os enfermeiros havia uma hierarquia: havia o primeiro enfermeiro, também apelidado de enfermeiro mor, e, na sua dependência, havia outros profissionais de enfermagem. Para além dos deveres habituais, podiam ter outros encargos decorrentes da especificidade de alguns serviços hospitalares. No caso do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, a existência de uma

in Sá, Isabel dos Guimarães e Fernández, Máximo García – *Portas adentro: comer, vestir, habitar* (ss. XVI-XIX), Valladolid, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial / Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010, p. 57.

⁷⁷ Leia-se Braga, Isabel M. R. Mendes Drumond – *Cultura, Religião e Quotidiano. Portugal (século XVIII)*, Lisboa, Hugin, 2005, p. 206. Sobre a dieta alimentar ministrada aos doentes do hospital de Vila Viçosa, no século XIX, consulte-se Araújo, Maria Marta Lobo de – *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais do Antigo Regime à República*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, 2010, pp. 187-200. Sobre a dieta fornecida aos doentes do Hospital de Cabeceiras de Basto, entre 1896 e 1930 consulte-se Ferraz, Norberto Tiago Gonçalves – “O tratamento de doentes no hospital de Cabeceiras de Basto”, *Estudos Humanísticos. História*, 7, 2008, pp. 256-258.

⁷⁸ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Acórdãos*, 1908-1913, n.º 3.24.3, 11, fls. 73-74.

⁷⁹ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Caminha, *Regulamento Geral da administração da Santa casa da Misericórdia de Caminha*, n.º 7.36.3.3-22, fl. 20.

⁸⁰ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Caminha, *Regulamento Geral da administração da Santa casa da Misericórdia de Caminha*, n.º 7.36.3.3-22, fl. 20.

⁸¹ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

enfermaria para as toleradas obrigava a primeira enfermeira a dormir num quarto contíguo e, sempre que o estado de um doente o requeria, tinha que pernoitar na enfermaria para o acompanhar⁸². Os segundos enfermeiros, por sua vez, ocupavam-se com trabalhos menores, nomeadamente a limpeza e lavagem das instalações. Também tinham a seu cargo os curativos nas enfermarias de cirurgia e no banco, bem como os doentes sífilíticos⁸³.

Com a implantação da República, gerou-se o problema da presença de enfermeiras religiosas nos hospitais. No Hospital de Viana do Castelo estavam as enfermeiras da *Associação das Irmãs Hospitaleiras dos pobres pelo amor de Deus*, a quem foi dada autorização para que continuassem, desde que se secularizassem, ao que elas anuíram⁸⁴. Todavia, o governador civil opôs-se à sua permanência, o que obrigou a Misericórdia a diligenciar a contratação de enfermeiros laicos⁸⁵. Refira-se que o debate sobre a qualidade da enfermagem, a presença de irmãs religiosas nos hospitais e a urgência de formação na área, remonta ao século XIX e culminou na criação de escolas de enfermagem⁸⁶.

Entre as várias conclusões que podemos adiantar relativamente às transformações por que passou o Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo, sobressai, desde logo, a criação de novas estruturas ao longo do século XIX. Estas acabam por ser o reflexo das preocupações crescentes com a saúde pública, motivadas pelos surtos epidémicos, sobretudo de cólera, que grassaram na Europa e aos quais Portugal não ficou imune. Por outro lado, os percalços políticos, ao mesmo tempo que impulsionaram a mudança, também contribuíram para limitar os efeitos positivos desta evolução, ao provocarem uma instabilidade que se estendeu a outros domínios e com reflexos no setor da saúde. Apesar disso, as transformações no ambiente hospitalar são evidentes e traduzem-se num espaço cada vez menos conotado com a assistência e que vai assumindo uma função eminentemente terapêutica. A formação dos profissionais de saúde aperfeiçoa-se, dotando-os de competências que lhes

⁸² ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

⁸³ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Regulamento do hospital da Misericórdia de Viana do Castelo*, n.º 4.85.1.6-2, não paginado.

⁸⁴ ADVC, Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, *Acórdãos, 1908-1913*, n.º 3.24.3, 11, fls.84-86v.

⁸⁵ *Sobre o nascimento da enfermagem e das suas primeiras escolas leia-se Perrot, Michelle – Minha história das mulheres..., p. 125.*

⁸⁶ Cf. Silva, Helena Sofia – “O nascimento das escolas de enfermagem em Portugal (finais do século XIX)”, *Noroeste. Revista de História. Actas*, vol. II, Braga, 2007, pp. 749-756.

permitem ir além da prescrição de banhos, do controlo alimentar, das purgas e sangrias. Esta evolução vai contribuir para que estes profissionais, sobretudo os médicos e cirurgiões, ganhem uma autoridade cada vez maior e mais reconhecida no espaço hospitalar.

Entretanto, a função assistencial vai sendo assumida por outras instituições que surgiram no Alto Minho, conotadas com a assistência à infância desvalida, aos idosos e a doentes com patologias que, pela sua especificidade, podiam perigar a tranquilidade que agora se pretendia para o espaço hospitalar, como era o caso dos loucos, que continuam a ser remetidos para as cadeias, mas também para os hospitais Conde Ferreira e Rilhafoles. Os tuberculosos, por sua vez, vão poder ser tratados em lugares apropriados, entretanto erigidos no distrito de Viana do Castelo, como o Hospital Padre Luís Faria e o Sanatório da Gelfa. A criação de dispensários também não deve ser desvalorizada, com o primeiro a surgir em 1905, na cidade de Viana do Castelo, no âmbito da luta contra a tuberculose.

Bibliografia

- Alves, Jorge Fernandes – “A Saúde Pública em Portugal. Alguns Delineamentos administrativos (da Monarquia à Ditadura Militar)”, in Ferreira, Fátima Moura; Mendes, Francisco Azevedo e Capela, José Viriato, *Justiça na Res Publica (sécs. XIX-XX). Ordem, Direitos Individuais e Defesa da Sociedade*, Braga, CITCEM, 2011.
- Amaral, Anabela de Araújo de Carvalho – *Vivências Educativas da Tuberculose no Sanatório Marítimo do Norte e Clínica Heliântia (1917-1955)*, Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2007.
- Araújo, Maria Marta Lobo de – *Rituais de Caridade na Misericórdia de Ponte de Lima (Séculos XVII-XIX)*, Ponte de Lima, Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2003, pp. 303-304.
- 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.
- Araújo, Maria Marta Lobo de – *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais do Antigo Regime à República*, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, 2010.
- Araújo, Maria Marta Lobo de e Esteves, Alexandra – “Healing the Body and Saving the Soul in the Portuguese Hospitals of the Early Modern Age”, *Hygiea Internationalis: An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*, 9 (1), 2010.
- Araújo, Maria Marta Lobo de e Paiva, José Pedro (dir. científica) – *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 6: *Estabilidade, grandeza e crise: da Restauração ao final do reinado de D. João V*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa / União das Misericórdias Portuguesas, 2007.

- Assistência Social em Portugal, Cadernos do Ressurgimento Nacional*, Lisboa, SNI, 1946.
- Braga, Isabel M. R. Mendes Drumond – *Cultura, Religião e Quotidiano. Portugal (século XVIII)*, Lisboa, Hugin, 2005.
- Carasa Soto, Pedro – “Límites de la historia social clásica de la pobreza y la asistencia en España”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 10 (2), 2010.
- Carvalho, Augusto da Silva – *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1929.
- Castro, Maria de Fátima – *A Misericórdia de Braga. A Assistência no Hospital de S. Marcos*, vol. IV, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga e autora, 2008.
- Cerqueira, Ismael Vieira – “Contributos da “Liga Nacional contra a Tuberculose” para a luta antituberculose em Portugal (1899-1907)”, in http://www4.fe.uc.pt/aphes31/papers/sessao_2b/ismael_vieira_paper.pdf (consultado em 15.10.2013).
- Coelho, Eusébio Cândido C. P. Furtado – *Estatística do districto de Viana do Castelo*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1861.
- Conceição, Luís – “O banho e a higiene doméstica em Portugal”, *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias*, 11, 2008, pp. 149-154.
- Cruz, Maria Antonieta – “Agruras dos emigrantes portugueses no Brasil”, *Revista de História*, Porto, 7, 1986-1987, pp. 7-134.
- Durães, Margarida – “Qualidade de vida e sobrevivência económica da família camponesa minhota, o papel das herdeiras (sécs. XVIII-XIX)”, *Cadernos do Noroeste. Olhares sobre mulheres*, 17 (2), Braga, Universidade do Minho, 2002, pp. 125-144.
- Esteves, Alexandra Patrícia Lopes – *Entre o crime e a cadeia: violência e marginalidade no Alto Minho (1732-1870)*, Braga, Universidade do Minho, 2010, tese de doutoramento policopiada.
- Esteves, Alexandra – “Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal. O caso do distrito de Viana do Castelo”, in Araújo, Maria Marta Lobo de e Esteves, Alexandra – *Marginalidade, Pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XX)*, Braga, CITCEM, 2011, pp. 199-216.
- Esteves, Alexandra – “Estar enfermo e ser pobre: assistência à saúde no Alto Minho de Oitocentos”, in Santos, Carlota (coord.) – *Família, Espaço e Património*, Porto, CITCEM, 2011, pp. 201-222.
- Ferraz, Norberto Tiago Gonçalves – “O tratamento de doentes no hospital de Cabeceiras de Basto”, *Estudos Humanísticos. História*, 7, 2008, pp. 256-259.
- Ferreira, Maria de Lurdes de Carvalho – *A doença do Peito. Contributo para o estudo histórico da tuberculose*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005, pp. 41-43, tese de mestrado policopiada.
- Gandelman, Luciana Mendes – “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX”, *História, Ciências, Saúde*, VIII (3), 2001.
- Klein, Herbert S. – “A integração social e económica dos imigrantes portugueses no Brasil nos finais do século XIX e no século XX”, *Análise Social*, XXVIII (121), 1993, pp. 235-265.

- Magalhães, António – “Crianças pobres e doentes: a população jovem como objecto das práticas de caridade na Santa Casa da Misericórdia de Viana Foz do Lima (séculos XVI-XVIII)”, in Araújo, Maria Marta Lobo de e Ferreira, Maria de Fátima (orgs.) – *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*, Braga, Instituto de Ciências Sociais, 2008, pp. 111-133.
- Magalhães, Vera Lúcia Almeida – *O Hospital Novo da Misericórdia de Viseu. Assistência, imagem e poder*, Viseu, Santa Casa da Misericórdia de Viseu, 2011.
- Mann, Thomas – *A Montanha Mágica*, Lisboa, Dom Quixote, 2009.
- Paiva, José Pedro e Fontes, Paulo F. Oliveira – *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 9 (1): *Misericórdias e secularização num século turbulento (1910-2000)*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa / União das Misericórdias Portuguesas, 2010.
- Pereira, Ana Leonor e Pita, João Rui – “A higiene: da higiene das habitações ao asseio pessoal”, in Mattoso, José (dir.) – *História da vida privada em Portugal*, vol. 3: *A época contemporânea* (coord. Irene Vaquinhas), Lisboa, Temas e Debates / Círculo de Leitores, 2011.
- Perrot, Michelle – *A História dos Quartos*, Lisboa, Teodolito, 2012.
- Perrot, Michelle – *Minha história das mulheres*, São Paulo, Editora Contexto, 2008, p. 74.
- Resende, Maria Leônia Chaves de e Silveira, Natália da – “Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso das práticas médicas nas Minas Gerais oitocentista”, in Araújo, Maria Marta Lobo de (org.) – *As Misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séculos XV-XX)*, Cuiabá, Carlini & Caniato Editorial, 2009, pp. 78-82.
- Risse, Guenter B. – *Mending Bodies, Saving Souls. A history of hospitals*, New York / Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Rodrigues, Henrique – *Emigração e Alfabetização. O Alto Minho e a Miragem do Brasil*, Viana do Castelo, Governo Civil de Viana do Castelo, 1995.
- Rodrigues, Lisbeth de Oliveira – “Os consumos alimentares de um Portugal quinhentista: o caso do hospital das Caldas em vida da Rainha D. Leonor”, in Sá, Isabel dos Guimarães e Fernández, Máximo García – *Portas adentro: comer, vestir, habitar (ss. XVI-XIX)*, Valladolid, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial / Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- Russell-Wood, A. J. R. – “A emigração: fluxos e destinos”, in Bethencourt, Francisco e Chaudhuri, Kirti (dir.) – *História da Expansão Portuguesa*, vol. 3, Lisboa, Círculo de Leitores, 1997, pp. 158-168.
- Sá, Isabel dos Guimarães – “Misericórdias, Portugueses e Brasileiros”, in *Os Brasileiros de Torna-Viagem no Noroeste de Portugal*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses, 2000, pp. 117-133.
- Silva, Helena Sofia – “O nascimento das escolas de enfermagem em Portugal (finais do século XIX)”, *Noroeste. Revista de História. Actas*, vol. II, Braga, 2007, pp. 749-756.
- Teixeira, Maria Elvira – “Assistência. Do fim da Monarquia ao Estado Novo”, in Azevedo, Carlos Moreira (dir.) – *Dicionário da História de Portugal*, Lisboa, Círculo de Leitores, 2000.

Vaquinhas, Irene – *Violência, Justiça e Sociedade Rural. Os campos de Coimbra, Montemor-o-Velho e Penacova de 1858 a 1918*, Coimbra, Faculdade de Letras, 1990, tese de doutoramento policopiada.

Vaquinhas, Irene e Guimarães, Maria Alice – “Economia Doméstica e Governo do Lar. Os Saberes Domésticos e as Funções da Dona de Casa”, in Mattoso, José (dir.) – *História da Vida Privada em Portugal*, vol. 3, Lisboa, Círculo de Leitores, 2011.

Presença das Misericórdias no Oriente. dos Descobrimentos Portugueses à actualidade

*Presence of Misericórdias in the East.
The Portuguese Discoveries to the present*

Cecília Jorge

Santa Casa da Misericórdia de Macau
ceciliamellojorge@gmail.com

Resumo

As Misericórdias surgidas no Além-Mar, na sequência da fundação da primeira confraria por iniciativa da Rainha D. Leonor, em Lisboa no ano de 1498, acompanharam a evolução do Império português do Oriente, tendo sido estabelecidas à medida que se implantavam povoações, igrejas e fortalezas em praticamente todas as paragens onde as naus aportaram e desembarcaram colonizadores.

Foram o suporte para a consolidação do Império, e de um Padroado português no Oriente, mas também por isso, decaíram a par do enfraquecimento gradual do Império e do Padroado, até à sua total extinção.

Resta hoje, no Extremo Oriente, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Macau, fundada pelo Bispo D. Belchior Carneiro em 1569, como única viva e actuante. A sua sobrevivência poderá dever-se, tal como a cidade multicultural que a acolhe, à sua capacidade de adaptação ao devir.

Palavras-chave: Macau, Misericórdias, Oriente, Santa Casa

Abstract

The *Misericórdias* established overseas following the foundation of the first fraternity in Lisbon by Queen Leonor back in 1498, gradually progressed alongside the Portuguese Eastern Empire. They emerged as townships, churches and fortresses were being set up in most places where Portuguese ships berthed and colonizers set foot.

Truly a mainstay of the same Empire, along with the *Padroado Português do Oriente*, these fraternities saw their decay dictated as soon as the strength of both Empire and *Padroado* were gradually weakened, up to the point of extinction.

In the Far East there remains only the *Santa Casa da Misericórdia* of Macau, the Fraternity founded by Bishop D. Belchior Carneiro in 1569, as the one still in activity. The reason of its survival might possibly be found, as in the case of the multicultural city where it is still established, in its adaptability to changing times.

Keywords: Macau, *Misericórdias*, Orient, *Santa Casa*

O papel e a influência das Misericórdias no Oriente e o seu devir, tema que me convidaram a abordar, encontra-se extensamente estudado, conhecendo-se importantes trabalhos publicados nessa área, mesmo quando a escassez de documentação original não possibilita monografias mais completas, por parte de académicos e especialistas de renome, e em especial, no que a Macau se refere, a obra da Prof. Doutora Leonor Seabra da Universidade de Macau.

É desafio terrível, tratando-se de um olhar de alguém não especializado na matéria. Mas é, ainda assim, assunto que julgo compensar abordar, ainda que de forma brevíssima, dando o exemplo da Irmandade de Macau – a mais perseverante de entre as mais antigas do Oriente e presentemente a única viva e actuante – apenas para afirmar a actualidade de instituições como as Misericórdias e congéneres em épocas que voltaram a ser de crise, de recessão e de carência a todos os níveis, quer em Portugal, quer no espaço de presença lusa no mundo.

1. Misericórdias no Oriente

Estabelecidas ao tempo em que se implantava o Império português no Oriente, as Misericórdias surgiram em praticamente todas as paragens onde as naus aportaram e se estabeleceram povoações, igrejas e fortalezas.

Foram centros de poder local efectivo, de cariz iminentemente cristão e moralizador dos usos e costumes, desde os primórdios da sua fundação até à gradual decadência e extinção – a par do desaparecimento do Império e do enfraquecimento do Padroado Português no Oriente.

No espaço de apenas um século, tornavam-se o suporte para a consolidação do Império português, e três séculos depois estavam desactivadas ou extintas no Oriente, salvo raras excepções, como no caso de Macau, um território que se manteve sob administração portuguesa até 19 de Dezembro de 1999, altura em que se tornou uma Região Administrativa Especial da República Popular da China, a RAEM.

Tal como na Metrópole, no Ultramar – sobretudo em Goa e especialmente em Macau – as Irmandades da Misericórdia revelaram-se a seu tempo pilares muito importantes para a garantia de uma determinada estabilidade social e moral e para a fundação de sistemas de saúde e assistência pública, em espaços onde nada havia ou quando existia era ineficaz.

E porque se destinavam primordialmente a acudir aos “seus” – reinóis e portugueses deslocalizados – padronizaram um modelo de funcionamento

que vigorava na Metrópole, que se permaneceu homogéneo nessas paragens e que hoje se descobre como parte do património cultural e imaterial luso.

Também nas vertentes em que foi contemplado o socorro ao próximo – os autóctones não integrados na Irmandade e os forasteiros – o conceito de assistência que se impôs foi decalcado na origem, com adaptações às sociedades a que se destinavam e aos meios de que as Irmandades dispunham.

Tomando apenas como exemplo Goa e Macau, o património considerável acumulado em ambos os casos – dada a situação de abundância e de grande poderio económico das elites da cidade numa era de prosperidade e comércio marítimo – dotou as Misericórdias dos Estados da Índia e do Oriente com “cabedais” bastantes para atender às obras de bem-fazer dos Irmãos e funcionarem como instituições de crédito.

No caso de Macau, até financiou muitos comerciantes e os negócios marítimos do enclave português. Dos seus cofres saíram também empréstimos ao Senado da Câmara, que por sua vez apoiava as obras da Misericórdia e os Hospitais com receitas provenientes das taxas alfandegárias cobradas aos mercadores.

A Irmandade de Goa, cuja data exacta de fundação não está determinada, sabendo-se que já operava em 1519, dotada de protecção e privilégios reais, assumiu uma posição centralizadora das restantes Misericórdias do Estado da Índia, a funcionar em rede, havendo também uma estreita ligação com a de Macau, fundada em 1569 pelo jesuíta D. Melchior (ou Belchior) Carneiro, Bispo de Niceia.

A extensão, a Goa e a outras Misericórdias do Oriente, do patrocínio régio, dando-lhes protagonismo e predominância sobre as outras instituições beneficentes no Oriente, a reforçar a sua autonomia, é interpretada por alguns estudiosos como uma forma hábil por parte da Coroa de resolver a tutela longínqua e dificultar tentativas de controlo pelo poder eclesiástico.

Goa teve precedência sobre as Irmandades de Cochim (1527), Diu (1535), Baçaim (1540) e Damão, no Estado da Índia. Na Malásia, as Misericórdias de Malaca, Ormuz, Chaul e Cananor já existiam por volta de 1547; e segundo registos, as Casas de Bengala, Colombo, Jafanapatão, Mahim, Manar, Mangalore, Mascate, Mombaça, Moçambique, Negapatão, Ohor, Suma Taná, São Tomé e Parapor estariam, pouco depois, também sob a égide da Irmandade de Goa.

As Misericórdias do Japão (a partir de 1583) incluíam: Funai, Hirado, Nagasáqui, Shimabara, Miaco, e Kyoto e ainda Amacusa, Bungo, Facata e Valimé.

Data de 1583 a primeira referência clara à edificação de uma Irmandade com a sua igreja em Nagasáqui, tomando como exemplo os regulamentos da Misericórdia de Macau e fruto do esforço de um casal de cristãos japoneses da região de Sakai, que criou o primeiro hospital e o recolhimento para idosas desamparadas, bem como um lazareto.

Essa Irmandade congregava já 120 irmãos no início do século XVII e provou ser um bastião da resistência dos cristãos no Japão durante a pior fase da perseguição dos *daimios*, operando na clandestinidade até ao encerramento definitivo da sua Igreja e sete hospitais e à desagregação da confraria a partir de 1633.

Decorrido um século sobre a fundação da Misericórdia de Lisboa em 1498, estavam a funcionar cerca de meia centena de Santas Casas no Oriente, a somar-se a mais de uma centena em Portugal.

O exercício da caridade e a pertença às Irmandades conferia, nas cidades do Oriente, uma reafirmação do estatuto social e prestígio às elites, e por sua vez a credibilidade de que gozavam os Provedores e Mesários das instituições, atraíram muitos legados pios e testamentários destinados às Irmandades.

Era uma época em que o estatuto pesava mais do que a riqueza, muito embora andassem quase sempre a par, e essa inerência viesse a gerar terreno fértil para procedimentos pouco lícitos e transparentes de forma a tentar manter estatuto, riqueza e poder.

Tais circunstâncias permitem interpretar as lutas que as elites e os poderosos travaram pela supremacia no seio das Irmandades e das Câmaras no Oriente.

Casos de acumulação promíscua ou de alternância de funções na Santa Casa e na Câmara, e actuação desonesta ocorreram, não obstante as reservas expressas nos *Compromissos*.

E foram numerosos os conflitos e sindicâncias por corrupção, favorecimento, clientelismo, ou abuso de poder havidos na gestão das Irmandades como as de Goa e Macau, nos registos que chegaram aos nossos dias. Sobre-tudo já na fase mais crítica que as instituições atravessaram nos séculos XVIII e XIX.