

## Mulheres enfermas nos hospitais portugueses (séculos XVII-XIX)

Maria Marta Lobo de Araújo  
(Universidade do Minho)

### Introdução

O conhecimento que possuímos hoje sobre o funcionamento dos hospitais dentre os séculos XVII-XIX em Portugal resulta do investimento feito pela historiografia nacional no setor da assistência e do estudo efetuado a estas instituições nas últimas décadas. Simultaneamente, os avanços na história das mulheres deram a conhecer dimensões das suas vidas até então desconhecidas ou menosprezadas, como era o caso da sua saúde física e mental. Em vários países foram publicadas Histórias das Mulheres, o que não aconteceu ainda em Portugal, possibilitando aprofundar aspetos sobre o sexo feminino e principalmente originando novas linhas de investigação. Desse itinerário sobre o feminino têm resultado, de igual forma, muitos projetos de investigação que abriram variadas portas de trabalho. Os congressos, os seminários e os Workshops ocasionaram debates, a publicação de livros, capítulos de livros e artigos, redimensionando e aprofundando a visão que se tinha do sexo feminino. O percurso é longo, feito a ritmos muito diferenciados, embora se constate um intenso trabalho de investigação ocorrido nas últimas décadas.

Neste estudo, propomo-nos refletir e analisar a situação das mulheres em contexto hospitalar, destacando-as na condição de doentes. Mas elas podem apresentar-se nestas instituições em situações diversas, desde logo como assalariadas ou mesmo como benfeitoras. O desempenho feminino nos lugares de tratamento à saúde está relacionado com a ocupação de lugares, mediante o pagamento de um salário. Encontramos mulheres como enfermeiras, hospitaleiras, lavadeiras, criadas, cozinheiras, cristaleiras, e, em certos casos, até mesmo boticárias, evidenciando que a sua presença nos hospitais era significativa enquanto assalariadas, ocupando diversos cargos, como, por exemplo, o de enfermeiras, embora sem nenhuma formação específica para o lugar (Lopes 2019, 6). Em certos hospitais, algumas mulheres ocupavam mais do que uma função, o que correspondia também a um melhor salário. O desempenho de algumas delas, como era o de enfermeiras e hospitaleiras, obrigava a viver dentro do hospital, em certas situações com a sua própria família. Não era raro também e em alguns hospitais era obrigatório que as enfermeiras e hospitaleiras fossem casadas com os enfermeiros e hospitaleiros que tratavam dos homens internados, procurando, desta forma, evitar resvalos morais, proporcionados por vivências comuns e trabalhos próximos. Mas elas assumem ainda relevância como benfeitoras, deixando quase sempre uma parte da sua fortuna para curar doentes, participando no esforço que as instituições de assistência faziam para manter os hospitais abertos. Num período em que aumentaram as despesas com o setor da saúde, sobretudo a partir do século XVIII, nomeadamente com o suporte dos hospitais, e as principais receitas eram provenientes dos legados, era muito importante que todos contribuíssem para esta obra de misericórdia, tanto mais que através dela se podia aplanar o caminho da salvação. Este papel de apoio à doença tem sido menos visível nos estudos existentes, mas, no nosso entendimento, não deve ser negligenciado.

Maioritariamente pertencentes às Misericórdias, confrarias laicas, de instituição régia e formadas apenas por homens em número fechado e igual entre irmãos nobres e oficiais, os hospitais portugueses na Idade Moderna e também no século XIX eram instituições para pobres, locais permanentemente superlotados, num período em que quem podia se tratava em casa e aí se restabelecia das enfermidades de que padecia (Lopes 2010, 69). Nas suas moradias, cada um recebia os cuidados dos familiares, não

sendo inferiores aos oferecidos pelos hospitais, pois a preparação dos que os serviam regulamente não existia (Lopes 2012, 147-164), e chamava os profissionais de saúde para tratamento. Embora os hospitais recebessem os pobres não admitiam os portadores de doenças contagiosas, nem incuráveis, pese embora em alguns os pudessem receber em enfermarias apropriadas para eles, como era o caso das boubas. Os que neles se tratavam, recebiam tratamento gratuito. Com exceção de muitos poucos casos, situados em Lisboa, Évora, Setúbal, Vila Viçosa, Braga, Coimbra, Santarém e no Porto, estas instituições eram de pequena dimensão, lutavam com falta de recursos e ganharam cada vez mais relevo, sobretudo a partir de setecentos, período em que a população cresceu e aumentaram as preocupações com o seu estado de saúde. A este assunto não é alheio o crescente interesse de médicos e filósofos pela saúde e pela higiene privada e pública. Defendia-se a limpeza e o asseio num país caracterizado por falta de higiene, quer pública, quer particular. Espaços públicos, nomeadamente ruas e praças malcheirosas, amontadas de lixo e com animais em circulação, águas inquinadas, fontes com animais mortos e em putrefação alertavam para a necessidade de mudanças profundas em termos de hábitos de higiene, quer nas grandes cidades, quer nas pequenas, quer também nos espaços domésticos. A higiene corporal era igualmente muito deficiente, ao que se associava a falta de renovação da roupa (Braga, 130-137). Em Portugal, alguns médicos deixaram os seus nomes inscritos nas obras que publicaram, demonstrando visões inovadoras, claras preocupações com a saúde da população e sugerindo mudanças profundas em vários setores, como foi, por exemplo, o caso dos hospitais (Sanchez, 55).

Estudar as mulheres enfermas nos hospitais portugueses é ser confrontado com opções muito diversas, de acordo com as regiões do país, mas também com a condição social que se possui. Conhecer as opções das mulheres, a sua estrutura familiar, as doenças físicas e mentais de que padeceram e os tratamentos de que foram alvo, ajudam-nos a perceber não somente as políticas de saúde do Portugal do Antigo Regime, mas também a adesão ou a falta dela por parte do sexo feminino.

### **O posicionamento das mulheres doentes perante o ingresso nos hospitais**

Apesar do volume de trabalhos que se tem publicado nos últimos anos sobre saúde e hospitais para a Época Moderna em Portugal (Ramos, 21, 24-29), ainda não é seguro fazer-se um balanço sobre esta matéria, por falta de investigação para várias regiões do país, nomeadamente para algumas regiões do interior e mesmo para o Algarve. Assim, a reflexão que produzimos encontra-se, naturalmente, limitada e deve ser analisada segundo essa realidade.

A posição que o sexo feminino tomou relativamente a ingressar ou não num hospital, no período em estudo, variou em Portugal. Sendo o hospital um lugar público, nem todas as mulheres desejaram ser tratadas nesse contexto, preferindo os cuidados no seu lar, com ajuda exterior. Recorde-se que as Misericórdias enviavam auxílio a domicílio aos pobres doentes que não queriam ser internados ou não o podiam ser por falta de espaço, como acontecia em vários momentos. Esse facto possibilitou essa opção, pois a sua inexistência levaria a outro tipo de procedimentos. A ajuda consistia no envio dos seus profissionais de saúde, nomeadamente médico, cirurgião ou sangrador, ou na entrega de bens alimentares ou ainda dinheiro. Podia também ser enviada roupa de cama a alguns pobres envergonhados. Aos que necessitassem, eram ainda disponibilizadas as mesinhas da botica. Em cada doente podiam recair todas estas ajudas ou apenas algumas delas, o que decorria da avaliação feita pelos irmãos da confraria de cada situação específica.

Os estudos recentes sobre os hospitais portugueses têm demonstrado realidades geográficas distintas. Se no Sul e Centro do país, os hospitais da Idade Moderna e até do

século XIX conheceram taxas masculinas de internamento superiores às femininas, no Norte a realidade foi inversa. Aqui foram as mulheres que registaram maior percentagem de internamento. Como explicar comportamentos tão distintos? Partindo do Norte para o Sul, verificamos que no hospital da Misericórdia de Viana da Foz do Lima, a realidade sugere cautela na análise. Para António Magalhães, “as mulheres assumem uma presença significativa” no universo dos internados, mas problemas com as fontes, decorrentes da inexistência de registos sequenciais, aconselham prudência nas afirmações produzidas (Magalhães, 424). No contexto do Alto Minho, Alexandra Esteves sublinha a presença feminina nos diferentes hospitais para o século XIX, afirmando que o volume de mulheres internadas ultrapassa o dos homens (Esteves 2015, 105). Esta informação reveste-se de grande significado, pois não somente confirma o que conhecemos para outros hospitais minhotos, como evidencia que esta característica se verifica em vários institutos e que se prolonga em oitocentos.

Particularizamos o caso de Ponte de Lima, no “Hospital da Casa”, instituição gerida pela Misericórdia da vila. Nela, também o maior número de internados pertenceu ao sexo feminino até aos finais do século XVIII. Neste hospital, os doentes internados eram maioritariamente constituídos por mulheres, atingindo 62,8% entre 1690 e 1799, e deixando os homens somente com 37,2% (Araújo 2000, 643). Esta instituição constitui até à atualidade a que apresentou uma maior diferença entre os sexos, sugerindo alguma singularidade. O local de internamento era muito pequeno, constituído apenas por uma enfermaria até aos finais do século XVII, que integrava somente seis camas. Depois, as obras realizadas permitiram formar duas enfermarias, sendo os enfermos separados por sexo. O facto de existir apenas uma enfermaria até finais de seiscentos poderia ter funcionado como um fator inibidor para as mulheres, mas parece que assim não aconteceu. Infelizmente, só existem registos hospitalares a partir de 1690, pelo que desconhecemos o que se passava anteriormente. Mesmo após o crescimento, o hospital apresentou-se permanentemente sobrelotado, demonstrando a procura registada e a pressão feita, o que, aliás, acontecia noutros institutos (Abreu 1990, 97-100). A procura do “Hospital da Casa” foi tão expressiva que em 1725, a instituição gestora teve de criar critérios para admissão, limitando-a à área de circulação da cadeira,<sup>1</sup> ou seja, à vila e seu termo. Simultaneamente, reduziu também o tempo de internamento para libertar camas, ordenando aos mordomos efetuar três visitas à casa de cada enfermo, com a possibilidade de lhes deixar uma esmola em cada uma delas, que os ajudasse na convalescença. Estamos perante uma forte pressão sobre os serviços de saúde existentes, ao mesmo tempo que se conhece um crescimento populacional na região. Em períodos de crise, nomeadamente de epidemias, a procura hospitalar registava picos, como aconteceu também noutros hospitais portugueses (Costa, 192), obrigando os enfermos, não raras vezes, a partilhar a mesma cama, como se constatou, por exemplo, em Viana da Foz do Lima (Magalhães, 438). O limite de internados não se sentiu apenas neste hospital, outros conheceram igual situação e recorreram ao mesmo método, como se verificou no hospital D. Lopo de Almeida, da Misericórdia do Porto, no século XVII (Rodrigues, 328-329).

No caso de Ponte de Lima, apesar da Misericórdia efetuar ajuda domiciliária, as mulheres preferiam o internamento hospitalar. Mas que hipóteses podemos levantar para sustentar as percentagens acima apresentadas? O facto de o hospital não ter servido como espaço de internamento para soldados, embora nele fosse tratado um número

---

<sup>1</sup> Quando os doentes não chegavam pelo seu pé ao hospital ou em qualquer meio de locomoção, a Misericórdia ia buscá-los com uma cadeirinha a sua casa ou a outro local. Dois mordomos da Mesa traziam na cadeira os enfermos até ao hospital.

muito reduzido de militares durante o período em questão, pode ter sido um motivo ponderoso, mas não nos parece por si só mobilizador de tal comportamento. Pensamos que outras razões devem ser convocadas para reflexão, que passam pelo lugar da mulher na sociedade local e regional, pela questão demográfica, bem como pela honra.

Em Braga, no hospital de São Marcos da Misericórdia local, as mulheres estavam em maior número que os homens, o que se materializava em 1743 numa enfermaria com 41 catres para mulheres e numa outra com 28 camas para homens. Esta realidade era já conhecida no século anterior, quando entre 1617 e 1624, 51,5% dos internados eram do sexo feminino e somente 48,5% pertenciam ao masculino (Machado, 228).

A análise efetuada para o hospital D. Lopo de Almeida, da Misericórdia do Porto, sugere um número semelhante entre homens e mulheres nas enfermarias, com exceção dos anos de 1585 e 1667, em que o volume de mulheres ultrapassou em muito o do sexo masculino (Rodrigues, 329-330). As razões para esta sublinhada alteração não foram apontadas, pelo que não é possível explicar tal comportamento.

Região próxima do Porto, Penafiel registou entre 1781 e 1800 uma superioridade feminina no hospital, com uma representação de 60% para o sexo feminino e 39,9% para o masculino. Esta realidade vai, contudo, alterar-se em meados do século XIX, quando se constata na década de 40 uma percentagem de homens de 51,3 e de mulheres de 48,62. Estes dados demonstram a inversão dos resultados e, ao mesmo tempo, o esbatimento entre homens e mulheres (Fernandes, 110, 123). A análise destes resultados perturba as tendências encontradas para outras instituições similares, demonstrando que os contextos e os factos históricos podem ajudar a determinar comportamentos.

Para a região Centro do país, a informação conhecida é mais escassa e centra-se no hospital Real da Universidade de Coimbra, entre 1750 e 1850 (Lopes 2000, 728). Aqui, a maioria de internados pertence ao sexo masculino, apontando para uma realidade diferente e que se assemelha à encontrada no Sul.

Estudos para Évora e Vila Viçosa reportam situações de maior número de homens do que mulheres nos centros hospitalares, apontando para casos de mulheres que preferiam ser atendidas pelos profissionais de saúde em casa e aí receberem ajuda alimentar e/ou pecuniária. A região do Alentejo, em que se integra Vila Viçosa, província caracterizada pelo latifúndio e por escassez de população, tendo que recrutar noutras regiões mão de obra para as grandes tarefas agrícolas da colheita da azeitona e do corte do trigo. O Alentejo tem ainda a particularidade de ter sido através dela que entravam os exércitos espanhóis, que procuravam dirigir-se para Lisboa.

Terra de fronteira, Vila Viçosa assistiu durante os séculos XVII a XIX a uma realidade particular, que se prende com a presença de tropas na vila em determinados momentos. Por ser sede da Casa de Bragança, era também um símbolo da Coroa desde 1640. Estas razões fizeram com que, por diversas vezes, se transformasse em campo de batalha e a vila e o hospital se enchessem de militares. Recebia em simultâneo muitos migrantes, idos sobretudo do Norte e do Centro, mas também espanhóis, cumprindo temporadas de trabalho sazonal. Os trabalhadores, quando doentes, era no hospital que procuravam auxílio, devido ao isolamento e desenraizamento social em que se encontravam. Por sua vez, o único hospital existente encontrou-se várias vezes superlotado de militares, sendo a Misericórdia obrigada a alugar casas na vila para os tratar, devido a um acordo assinado com a Coroa, em 1660. Ora, por estas duas razões, as mulheres da vila e das freguesias vizinhas não acorriam ao hospital e preferiam ser auxiliadas em suas casas, sendo o hospital destinado aos homens (Araújo 2000, 185-186).

De igual forma, no hospital da Misericórdia de Évora foi também o sexo masculino que atingiu percentagens de internado mais elevadas no hospital do Espírito Santo. Esta

situação agravava-se quando, perante os maus anos agrícolas, subia o preço dos cereais e não permitia que os trabalhadores braçais os pudessem comprar. Em 1711 a combinação destes fatores com a guerra fez rebentar uma grave crise agrária com repercussões em termos de saúde, fazendo disparar os internamentos dos migrantes no hospital, devido à epidemia que grassou na cidade (Abreu 2014, 277). O hospital do Espírito Santo de Évora recebia principalmente trabalhadores, que idos do Norte e Centro, se deslocavam para trabalhar, permanecendo na região durante alguns meses (Pardal, 80-83).

O mesmo cenário encontra-se em Setúbal, vila salineira do Sul do Tejo, onde o volume das mulheres nos hospitais era muito mais limitado do que o dos homens. Também na localidade, a presença de militares se fez sentir em muitas ocasiões, fazendo do hospital “um mundo de homens”, que o procuravam para tratamento, sobretudo quando, sem retaguarda familiar, precisavam de auxílio. O afastamento das mulheres dos espaços hospitalares teve repercussões nas taxas de mortalidade, pois embora ingressassem em menor percentagem, eram elas que mais faleciam, o que parece evidenciar que recorriam ao hospital quando os quadros clínicos eram graves ou muito graves (Abreu 1999, 401, 403-404). Esta situação exprime a posição das mulheres e a forma como fugiam dos hospitais, preferindo tratar-se nas suas moradias, embora reconhecessem a sua necessidade quando se encontravam gravemente doentes. Os homens que procuram os hospitais de Setúbal eram esmagadoramente trabalhadores sazonais, idos do de outras regiões do país, representando mais de 50% em meados de oitocentos. Eram, portanto, migrantes, desenraizados, que na situação de falta de saúde procuravam auxílio nos hospitais locais (Abreu 1999, 406). Tratando-se de trabalhadores sazonais, o ingresso nos hospitais refletia essa condição, registando-se períodos de maior intensidade e outros de alguma acalmia (Abreu 2014, 273).

Sabemos muito pouco sobre estes pobres, pois nada é referido sobre percursos de vida pessoal, família, etc. Informações mais completas escasseiam, embora, por vezes, se mencionem aspetos relacionados com a roupa que traziam e mais alguns bens que transportavam consigo, denunciando situações de pobreza e até a profissão, quando, por exemplo, transportavam alguns instrumentos de uso diário.

Embora não seja assumido o que motivou diferenças tão acentuadas entre os comportamentos femininos do Norte, Centro e Sul no que respeita ao ingresso hospitalar, entendemos que a honra se transformou numa questão nuclear. Como referimos, o facto de se tratar de um local público, onde homens e mulheres conviviam proximamente, embora na maioria houvesse espaços para cada sexo, não abonava a favor das mulheres. A sua honra era o seu melhor bem, era ela que ditava a consideração ou a falta dela na sociedade, pelo que se impunha cuidar, vigiar e não facilitar. Foi essa questão que levou o regimento de 1680 do hospital D. Lopo de Almeida a tornar imperioso o impedimento entre os sexos, mantendo todas as cautelas no respeitante à honra feminina. O contacto entre homens e mulheres poria em perigo as virtudes femininas, comprometendo a sua imagem pública (Esteves 2018, 261-262).

A maior presença das mulheres do Norte nos hospitais pode ainda estar relacionada com o facto de estarem habituadas a uma vida pública intensa, marcada pela ausência dos maridos, pais ou irmãos, devido aos seus percursos migratórios, muitos deles atravessando oceanos à procura de uma vida melhor. Não esquecemos que foi desta região que saiu o maior contingente de homens para o império, nomeadamente para o Brasil (Alves, 268; Araújo 2022, 168-197; Cardoso, 3-15). Este fator levou-as a assumir muitos papéis públicos, estando, por isso habituadas a maior exposição. Entendemos, todavia, que a resposta não repousa apenas num fator, mas na combinação de vários. Assim, se compreende, por exemplo, que no caso de Ponte de Lima, o facto de o

“Hospital da Casa” não ter recebido muitos militares para tratamento, por na vila se ter instalado um hospital Real, pode ter levado a uma mais expressiva presença de mulheres internadas.

Apesar das hipóteses levantadas, concordamos com Laurinda Abreu quando defende a necessidade de cruzamento de fontes e de estudos sociológicos que resgatem percursos de vida, possibilitando um melhor conhecimento sobre a população internada (Abreu 2014, 269). Pensamos, todavia, que para além de análises macro, impõe-se perscrutar razões locais, que condicionam dinâmicas familiares e das mulheres existentes na comunidade.

### **Os serviços hospitalares: o internamento no feminino**

Para tratar as doenças do corpo e da mente, recorria-se ao hospital, embora em Portugal o primeiro hospital para alienados tenha surgido apenas no século XIX. Primeiro surgiu o hospital de Rilhafoles, em Lisboa, em 1848, e, só mais tarde, o do Conde de Ferreira, no Porto, em 1883 (Esteves 2023, 319-320). Até então, os doentes mentais eram remetidos para os hospitais comuns, onde se mantinham sem tratamento adequado à sua enfermidade. Mas muitos não tinham essa possibilidade, vagueavam pelas ruas, onde acabavam por cometer desacatos e serem presos. Por colocarem em causa a ordem pública, os regimes políticos entendiam que deviam ser retirados e encerrados. Apesar do avanço da Psiquiatria no século XIX, nem sempre foi possível conhecer com exatidão as causas das enfermidades que as doentes apresentavam, como se constatou para o caso das doentes do hospital Conde de Ferreira entre o fim do século XIX e as primeiras décadas do XX (Candeias et al, 1). Embora estes hospitais recebessem os dois sexos e as patologias fossem semelhantes para ambos, algumas eram consideradas exclusivas do sexo feminino, como era o caso da histeria.

Para se aceder a um hospital de uma Misericórdia em Portugal era necessário fazer uma petição ao provedor, que, em ato de Mesa, analisava a situação descrita, e dava sequência ao processo, admitindo ou não, de forma colegial, o doente em causa. O processo era igual para homens e mulheres, todavia, tratando-se de pobres, obrigava-os a recorrer a alguém que, em seu nome, redigisse o texto escrito, por não possuírem essa competência.

No ato de entrada, a doente devia tomar um banho antes de aceder à enfermaria, onde largava a sua roupa, sendo-lhe entregue uma camisa e uma touca ou um pano para colocar na cabeça, bem como calçado para usar. Oferecer um banho e roupa lavada era importante para quem padecia também de falta de higiene pessoal, como vulgarmente acontecia com os grupos mais desfavorecidos. As mulheres eram distribuídas pelos espaços que lhe estavam destinados, ou seja, as enfermarias femininas. Segundo Galeno, as enfermarias das mulheres deviam ser colocadas a Norte, do lado esquerdo relativamente à cabeceira da igreja, pois a maioria dos hospitais tinha uma igreja perto ou mesmo acoplada. Para tal, o médico e filósofo defendia razões religiosas e de natureza humoral do género. Na sua opinião, a natureza das mulheres era “fria” e “húmida”, por isso, mais resistente à dor (Lindemann, 36) Existia, por conseguinte, uma instalação diferenciada para os dois sexos.

Depois de instalados, os doentes recebiam a visita dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos e cirurgiões, que os seguiam de forma presencial duas vezes ao dia: uma de manhã e outra de tarde. Era nessa altura que eram observados os pulsos e as urinas e se receitava não somente os tratamentos e as mesinhas, mas também em casos particulares a alimentação a disponibilizar a certos enfermos, que, por exemplo, tinham falta de apetite ou estavam a efetuar tratamentos diferenciados. A esses era servida uma refeição diferente, adaptada às suas necessidades.

A vida hospitalar obrigava homens e mulheres ao cumprimento de horários, ritmo a que muitos dos doentes não estavam habituados. Era, por conseguinte, entre profissionais de saúde e de outros funcionários, que a vida das mulheres se passava nos hospitais. Na categoria superior eram todos do sexo masculino, como se verificava com o médico, o cirurgião e o boticário. Em algumas boticas, após a morte do marido, foram as mulheres que se mantiveram à frente do negócio, como aconteceu na de São Marcos, em Braga, embora por pouco tempo (Araújo 2018, 62-63). Rapidamente a mulher foi acusada pelos irmãos da confraria de incompetência, provavelmente por se tratar de uma ocupação considerada como adstrita ao sexo masculino. Também o sangrador era do mesmo sexo. Para além dos já referidos, existam ainda outros, que no caso das mulheres eram sempre do sexo feminino: enfermeira, hospitaleira, criada, cristaleira, untadeira, etc. As refeições eram confeccionadas na cozinha do hospital, trabalho realizado por uma mulher ou por um homem, de acordo com as instituições e até com a oferta de trabalho em termos locais.

Muitas mulheres não tinham a quem deixar os seus filhos pequenos quando eram internadas, sendo obrigadas a levá-los consigo. Esta realidade que se conhece em alguns hospitais, foi objeto de consideração no regimento do hospital D. Lopo de Almeida, tendo ficado exarado ser conveniente que as crianças não acompanhassem as suas mães, por perturbarem o sossego hospitalar, devendo ser deixadas ao cuidado de outrem (Rodrigues, 324). Também no já mencionado hospital de São Marcos havia crianças a acompanhar algumas mulheres quando eram internadas para se tratarem das boubas, doença muito contagiosa, tratada ao longo de duas temporadas no ano: na Primavera e no início do Outono. Estas crianças deviam ser portadoras da doença, pois o hospital recolhia-as e assistia-as em termos alimentares (Castro, 478). Neste instituto, como a procura era muito elevada em alguns anos, foi necessário abrir mais do que uma vez em cada temporada as enfermarias respetivas, de forma a dar-se resposta às solicitações que chegavam à provedoria da instituição. A análise efetuada aos doentes portadores de boubas aponta para uma clara predominância das mulheres relativamente aos homens. É conveniente esclarecer que este era o único hospital que procedia a este tratamento em toda a diocese, pelo que chegavam enfermos de longe para tratar-se quando eram abertas as inscrições. Entre 1668-1669 e 1689-1690, as mulheres representavam 50%, enquanto os homens apenas 38,5% e as crianças 12,5%. Entre 1704-1705 e 1711-1712, o sexo feminino ascendia a 58,2%, os homens ficavam-se pelos 36,6% e as crianças por 5, 1% (Castro, 482).<sup>2</sup>

Embora neste período as crianças fossem tratadas essencialmente em casa pela mãe ou por outra pessoa do agregado familiar, neste caso tinham mesmo de ser internadas devido à natureza do tratamento. Os portadores de boubas ou sífilis eram tratados com suadouros e unções mercuriais, devendo evitar as correntes de ar no Verão e as temperaturas baixas do Inverno, razão pela qual os períodos de cura eram na Primavera e no Outono, e, por requererem certa especificidade, não se faziam em casa.

Os resultados apresentados são ainda elucidativos da incidência da doença no sexo feminino, mas também da procura que este fazia dos tratamentos disponibilizados pelo hospital.

Para a Época Moderna são poucos os registos que anotam a doença de cada enfermo internado. Sabemos, portanto, pouco sobre os males de que padeciam, embora esteja já demonstrado que muitos se encontravam subnutridos e essa era a sua doença. Pode até acontecer existir essa informação para alguns anos, resultado do maior cuidado posto

---

<sup>2</sup> Esclareça-se que o hospital não dispõe para a Idade Moderna de registos sequenciais, razão pela qual dispomos apenas de informação para alguns anos.

pelo escrivão desses períodos, mas a norma é a inexistência dessa informação. Dependendo do hospital, a discriminação efetuada pode acontecer por dois grandes grupos: serem doentes de medicina ou de cirurgia, ou das febres e das feridas, nada mais sendo referido. Porém, acontece em certos casos mencionar-se a queda de uma árvore, ter partido uma perna, ou outro desastre equivalente, informação esporádica que ajuda em muito pouco. Situação distintiva acontecia em caso de epidemia ou de guerras, quando os hospitais transbordavam de internados, recolhendo para além do limite. Nessas ocasiões havia doentes em todos os espaços disponíveis: corredores, varandas, podendo chegar-se mesmo a reservar o hospital só para homens, como aconteceu em finais do século XVIII, em Vila Viçosa, quando o hospital ficou limitado aos militares, devido à guerra (Araújo 1996, 159-160), ou só para mulheres, como se verificou em 1770, em Braga, devido a uma epidemia de tifo (Araújo 2020, 143-144). Para além do tifo, a febre tifoide, a varíola, a febre amarela, a tuberculose e a peste bubónica, entre muitas outras, amedrontaram e mataram muito na Idade Moderna.

Em períodos normais, os hospitais, após alguns dias de internamento, bem alimentados e sujeitos a descanso, os enfermos tinham alta, conhecendo-se taxas pouco elevadas de mortalidade nos hospitais portugueses deste período (Lopes 2000, 764-767). No século XIX a situação é diferente, pois os assentos discriminam a doença de cada internado, possibilitando aceder ao quadro nosológico existente nos hospitais portugueses.

As patologias mencionadas constituem um alargado leque, algumas delas designadas somente por febres ou febres intermitentes. Todavia, podemos agrupá-las em doenças do foro digestivo, venéreas, dos olhos, das articulações, do foro respiratório, do aparelho circulatório, do foro neurológico e outras. No caso dos militares as doenças venéreas imperavam, mas, como sabemos, as mulheres também as contraíam, ganhando destaque. Em vários hospitais, as prostitutas foram no século XIX separadas em enfermarias que lhes estavam especialmente dedicadas. Entendia-se que deveriam estar afastadas das outras mulheres não somente por questões de saúde, devido a doenças contagiosas, mas também por razões morais.

O século XIX ficou também marcado por várias epidemias: a cólera, o tifo, a tuberculose, a malária, a gripe e a gripe russa, entre outras, atingiram vários países devido à facilidade de contágio que os meios de comunicação agora potenciavam. Encontravam em quase todos fatores potenciadores de propagação, pois o meio ambiente e a falta de higiene e de saúde pública eram muito deficientes.

Como já mencionado, o tratamento conferido aos internados estava de acordo com o estado em que se encontrava a medicina, mas também com as necessidades de que padeciam. Muitos era o estado de fraqueza em que se encontravam, por falta de alimentos ou devido à carência vitamínica e de proteínas da alimentação que realizavam, que os atirava para as camas dos hospitais. Era, portanto, uma alimentação mais cuidada e composta à base de proteínas e vitaminas que os robustecia e melhorava. Passados alguns dias após o ingresso, cuidados e alimentados, rapidamente se restabeleciam e tinham alta hospitalar. Outros precisavam de outro tipo de tratamento, recebendo purgas, sangrias, vomitórios e compostos elaborados nas boticas. Alguns eram, sobretudo no século XIX, mandados para as termas e tomar banhos de mar. Da doença, do tratamento e da forma como era recebido por cada doente dependia o tempo de internamento, embora neste campo houvesse ainda que adicionar outro aspeto relacionado com a capacidade de internamento de cada hospital. Se as instalações estivessem superlotadas e houvesse muita procura, os doentes, quando melhores, podiam ser mandados embora para convalescer, originando, não raras vezes, reingressos. Se o hospital em causa não tivesse enfermarias de convalescença, nem

operasse em sintonia com um hospital local de convalescentes, essa podia ser a solução, embora, nesse caso, se tenham registado vários reinternamentos, devido à reincidência da doença.

Mas os hospitais disponibilizavam também serviços para a alma, tornando-se na Idade Moderna num espaço de confessionalização. Em todos existia um capelão mor, sacerdote que devia residir no hospital para a qualquer hora do dia ou da noite poder auxiliar espiritualmente os que apresentavam poucos sinais de vitalidade, encontrando-se moribundos. Para além de confessar e ministrar o sacramento da comunhão, o sacerdote celebrava em dias certos da semana para todos os doentes. Era também ele quem ajudava a bem morrer, ou seja, preparava o moribundo para aceitar com resignação a morte, sacramentando-o, orando pela sua alma e aconselhando-o também a fazer o testamento se houvesse património em causa. Este sacerdote tinha ainda a função de celebrar missas no altar existente nas enfermarias e/ou noutros locais do complexo hospitalar, como eram, por exemplo, os oratórios ou capelas (Silva, 361-362; Ramos, 251-252).

Em alguns hospitais existia mais do que um sacerdote, por vezes era uma equipa que cumpria estas funções, nomeadamente ajudando a bem morrer. Eram sobretudo legados de pessoas particulares que instituíam um determinado número de sacerdotes para cumprirem essas tarefas no hospital (Silva, 364-371).

Pelas enfermarias dos hospitais passavam também missionários, quando em certas épocas do ano se encontravam na localidade. Fazendo missões do interior, encontravam nos hospitais um terreno favorável para doutrinar, uma vez que os pobres nem sempre seguiam os preceitos religiosos, vivendo muitas vezes à margem das regras e dos bons costumes (Palomo, 82-83).

### **Os quartos para parturientes**

O avanço da ciência médica refletiu-se nos hospitais portugueses, primeiro nos maiores e mais tarde nos restantes. E assim, foi conferida maior atenção a algumas situações, ganhando particularidade não somente o caso das epidemias, algumas delas com taxas elevadas de mortalidade, mas também o surgimento de hospitais especializados e cuidados particulares para algumas situações médicas. Para o sexo feminino surgem serviços adaptados à sua condição, como é o caso dos quartos ou salas para parturientes e mais tarde as maternidades. A sociedade e a medicina reconhecem a especificidade da situação, consagrando-lhe espaços destinados, tanto mais que em oitocentos continuava a pensar-se e a defender-se que a principal função da mulher era a da reprodução, princípio que interessava mencionar para justificar a inferioridade da mulher relativamente ao homem (Esteves 2023, 321).

Desta forma, em alguns hospitais é possível verificar a instalação de cuidados diferenciados, instalando-se quartos para mulheres dar à luz. Já no século XVIII, os hospitais de maior dimensão passaram a contar com uma enfermeira de partos (Carvalho, 46-49). Porém, noutros hospitais é preciso esperar pelo século XIX para assistirmos ao surgimento de cuidados médicos e de equipamentos destinados ao nascimento de crianças. O hospital Real de Coimbra possuía uma enfermeira para parturientes desde 1791, que atuava numa enfermaria destinada a partos. Por essa enfermaria passaram 34 mulheres, entre 1845-1849 (Lopes 2000, 792). Os dados apresentados para Coimbra demonstram alguma adesão das mulheres a dar à luz num contexto com assistência, logo mais seguro, num período em que a mortalidade das parturientes era muito elevada. O mesmo não se verificou em Vila Viçosa, pois apesar de o hospital ter construído um quarto para parturientes em 1853, e de estar equipado através de uma dádiva feita por um particular, demorou tempo a que as mulheres

deixassem as suas casas e decidissem proporcionar às suas crianças o nascimento em contexto hospitalar. Sabe-se também que a instituição não tinha parteira, recorrendo aos serviços de uma mulher da vila, quando necessário. Aqui, as mulheres preferiam dar à luz nos seus domicílios, ingressando somente no hospital, quando no pós-parto surgiam complicações que necessitavam de outro acompanhamento.

O surgimento destes espaços e de pessoal destinado ao seu funcionamento demonstram em primeiro lugar a importância conferida ao nascimento de bebés, mas apontam igualmente para um contexto de maior segurança para a mãe, através da assistência que lhe era prestada. Assiste-se progressivamente ao avanço das ciências médicas e aos seus reflexos em contexto hospitalar.

### **As mulheres enquanto fonte de perturbação hospitalar**

Embora os doentes de ambos os sexos estivessem separados em enfermarias, o certo é que em muitos hospitais se conheceram situações de indisciplina, de pouco recato e de menor decência. Cuidando da sua imagem pública, as Misericórdias faziam transparecer, através dos regulamentos hospitalares, as preocupações que tinham com a convivência dos dois sexos. No regulamento de 1680 do hospital D. Lopo de Almeida, previa-se a colocação de um tapamento na enfermaria das mulheres, isolando-a da dos homens, bem como o fecho permanente da porta à chave, abrindo-se somente à noite para o capelão assistir alguma mulher que estivesse em perigo de vida. A comunicação era efetuada através de um ralo e o isolamento ia ao ponto de as refeições serem confeccionadas em panelas separadas (Freitas, 468).

As regras impostas procuravam resguardar a honra feminina e evitar que a mulher fosse falada, num contexto marcado por uma acentuada presença masculina, sob o mesmo teto. Apesar do apertado sistema de separação, na prática a realidade era outra e em 1724, quando foi colocado em funcionamento um novo regimento, a “devassidão”, imperava no hospital (Esteves 2018, 262).

No hospital de São Marcos, de Braga, as devassas possibilitam analisar o quotidiano hospitalar e principalmente o incumprimento da norma. Neste instituto, as mulheres constituíram uma preocupação entre os séculos XVII e XVIII, devido à sua presença enquanto peregrinas e viajantes, na condição de doentes e enquanto assalariadas. Assim, foram visadas em todas as devassas a que tivemos acesso, sendo objeto de vigilância constante por serem sujeito de devassidão. Eram recebidas enquanto peregrinas e viajantes em instalações próprias durante o tempo máximo de três noites, mas não só desrespeitavam esse prazo como, dormiam com homens sem serem casados, andando amancebados, o que faz supor tratar-se de pessoas consideradas pela instituição como não recomendáveis, como se constatou em 1654. Passados quase 100 anos constatava-se igual procedimento; havia homens de fora do hospital que vinham dormir com peregrinas e viajantes. A situação mantinha-se porque o hospitaleiro responsável por fechar as portas dos compartimentos dos peregrinos e das peregrinas, não o fazia, permitindo que ambos circulassem entre os dois espaços, embora o problema fosse mais grave. A porta exterior do hospital também estava franqueada, permitindo a entrada e a saída do hospital. Igualmente, a que dava acesso ao claustro se encontrava aberta, ou seja, muita permissividade e pouca vigilância. As muitas portas abertas davam azo ao desmando e não contribuíam para o resguardo moral do hospital nem das pessoas que nele se encontravam internadas. Esta população flutuante que passava pela instituição não acatava as normas, insultava, desafiando a ordem de uma instituição que valorizava o recato e impunha o silêncio.

Na condição de doentes, as mulheres foram também objeto de nota nas devassas. Eram visitadas pelo capelão mor do hospital, que em meados do século XVII, vivendo

no rés-do-chão, subia por uma coluna com uma viola e introduzia-se na enfermaria das mulheres convalescente, cantando e galhofeando com as internadas. Esta situação era muito grave, mas o referido padre ia mais longe ao fazer-se acompanhar por mulheres públicas dentro do hospital, de noite e de dia, levando-as para os seus aposentos. Essas mulheres que o sacerdote António Vaz introduzia na sua casa, dormiam e comiam, sendo tratadas como suas hóspedes, quando eram “mulheres do mundo”, assim as apelidou a hospitaleira Madalena Soares, em 1655, para demonstrar o ambiente de festa em que se tinha transformado a moradia do sacerdote, onde se cantava e bailava, manchando o nome do hospital. Por sua vez, estas mulheres públicas colocavam-se à janela da casa do sacerdote, desafiando as criadas da instituição com insultos e outras palavras, convocando-as também para o ambiente de desregramento e de prevaricação em que a instituição se tinha transformado. Para além das criadas, a quem afrontavam, também a enfermeira e a hospitaleira eram visadas na apreciação física que faziam das servidoras do hospital.

Esta situação só era possível devido à falta de vigilância do provedor do hospital, que devia visitar a instituição diariamente e não o fazia. Poder frouxo ou inexistente em alguns momentos resultava em permissividade e incumprimento. Tratando-se de uma instituição criada pelo arcebispo local, em 1508, o hospital de São Marcos tinha ainda associada a si essa ligação, pelo que deveria cuidar mais da sua imagem e da honra das mulheres que nele se curavam e trabalhavam. Após análise dos testemunhos, a instituição tomou medidas contra o capelão, mas em 1659 era ainda acusado de se sentar nas camas das enfermarias femininas, onde tocava viola e continuava a importunar as criadas. Ou seja, o seu mau comportamento permanecia, servindo-se do acesso que tinha às instalações das enfermas e da comunicação com as criadas para continuar a divertir-se, extrapolando e subvertendo as suas tarefas e as funções para que tinha sido contratado.

Mas também outros servidores eram causadores de escândalo. Em finais do século XVIII, o enfermeiro entrava nas enfermarias das mulheres embrulhado num xaile, que abria “mostrando às doentes as partes puzozas”, enquanto, por sua vez, os praticantes de cirurgia e de sangria se divertiam com as enfermas (Araújo 2014, 82-94). Ou seja, às pessoas exteriores causadoras de problemas, juntavam-se as de dentro, agudizando ainda mais a situação.

O desregramento não era específico do hospital mencionado. Também no “Hospital da Casa”, da Misericórdia de Ponte de Lima se constatou que os irmãos mordomos do hospital tinham “amizades ilícitas” com as mulheres internadas, o que foi considerado perverso, por deverem ser cuidadores e protetores do resguardo moral delas, quando abusavam da sua condição para obterem favores sexuais. Também no hospital da Misericórdia, de Guimarães, entravam mulheres no hospital para “galhofar com os doentes” (Costa, 20), enquanto no de Portel e no de Aveiro entravam pessoas estranhas para as enfermarias.

Nestes momentos em que o silêncio era perturbado, por algazarras e insultos, ocasionando rixas e causando escândalo, havia entradas e saídas não autorizadas, registando-se grande instabilidade, ao mesmo tempo que tudo agia contra o resguardo moral, o recato e o bom nome da instituição.

A situação de desregramento parece ter-se alargado a vários hospitais, o que configurava um problema para as administrações, devido ao escândalo causado. Sempre que existia um problema e ele saltava os muros da instituição, esta tratava de o resolver, por vezes, com medidas duras, pois tudo o que se passava dentro de portas rapidamente se extravasava, para se tornar público. Percebe-se, no entanto, que nos casos estudados não bastava resolver pontualmente uma situação. Se não fossem sanados os vários

aspectos envolvidos, ela voltava a rebentar com maior acuidade. O hospital recebia todos os dias gente que vinha do exterior, não somente assalariados, como era o caso dos médicos, cirurgiões e sangradores, e até sacerdotes, mas também novos doentes e visitas. Apesar da existência de nomas, que se refinavam nos momentos mais perturbadores, elas não eram cumpridas, instituindo-se temporariamente um regime mais livre, possibilitador de desgaste público para a instituição. A preocupação das Misericórdias com o que se passava dentro das portas hospitalares era compreensível, se tivermos em conta dois aspectos principais: por um lado, a honra e o bom nome da instituição, dos seus assalariados e dos doentes, por outro o seu financiamento. Estes dois aspectos encontram-se interligados e deles podia resultar uma melhor ou pior situação financeira para o hospital. Estas instituições viviam à base dos legados instituídos e das doações feitas, logo deviam cuidar da sua reputação para continuarem a gerar confiança nos que deixavam parte da sua fortuna para curar enfermos pobres. Como sabemos, existiam outros aspectos, que neste trabalho não podemos explorar, que se encontravam também associados à instituição de legados e às doações, por isso, repousamos apenas nas duas ideias mencionadas para analisarmos o comportamento dos gestores relativamente à indisciplina reinante em alguns momentos.

Pelos serviços que prestavam, os hospitais eram instituições reconhecidas, sobretudo a partir de setecentos, quando se começou a valorizar mais o corpo. A valorização dos seus serviços ecoava nas populações da comunidade de inserção, pelo que foram cada vez mais os legados que chegaram nesse período para os hospitais, muito embora vários deles nunca os tenham recebido, sendo de destacar principalmente os de menor capacidade. Os restantes tornaram-se alvo preferencial dos benfeitores, chegando legados para a construção de novos edifícios, para a remodelação dos existentes, para a alimentação dos enfermos, para o pagamento de alguns assalariados e para a contratação de capelães. Da qualidade dos serviços prestados e da forma como a instituição era vista pela comunidade resultava o seu crédito e o seu bom nome. No caso das mulheres, o hospital devia ser um lugar de resguardo, embora saibamos que não o era, desde logo por ser um sítio público, onde interagira muita gente e muitos homens. Alguns ofícios eram desempenhados apenas por homens: médico, cirurgião, sangrador e capelães. Se as normas vigentes não fossem cumpridas, o edifício moral podia desmoronar-se e fazer tremer o crédito público. Depois de instalado o rumor, tudo podia acontecer! Era, por conseguinte, muito importante resolver as questões internamente, fazer com que elas não passassem para o exterior e não prejudicassem a imagem da instituição. Dela também dependia a chegada de legados e doações, logo a saúde financeira da instituição. E com o aumento da procura hospitalar, as despesas tornaram-se cada vez mais volumosas, obrigando os hospitais a procurar fontes de financiamento e outros expedientes, por vezes, limitando o acesso ao hospital, por falta de verbas para tratar os internados.

### **Notas finais**

A reflexão que produzimos sobre hospitais e mulheres entre os séculos XVII e XIX aponta para uma realidade complexa, distintiva e a precisar de maior trabalho de investigação não somente em termos geográficos, mas também temáticos. Sublinham-se alguns aspectos que nos transportam para realidades distintas, desde logo em termos de dimensão institucional. A realidade de cada hospital é diferente e pode condicionar comportamentos, serviços prestados e o quadro de assalariados, pese embora a situação conhecida para o sistema hospitalar português aponte para uma mancha enorme de pequenas instituições e apenas alguns de maior porte.

No arco temporal em análise, as mulheres adotaram posições distintas relativamente ao internamento. Procuramos demonstrar opções diferentes em termos geográficos, mas temos consciência de que o assunto é complexo, galga os muros hospitalares e necessita de olhares cruzados com outras ciências, nomeadamente com a Sociologia e mesmo a Antropologia. E se em termos geográficos se encontram já traços definidores das opções tomadas pelo sexo feminino relativamente a tratar-se ou não no hospital, é necessário sublinhar que essa opção só foi possível porque as Misericórdias disponibilizavam serviços a domicílio que proporcionavam esse comportamento. Mesmo assim, é necessário continuar a interrogar as fontes e perceber não somente as razões que subjazem a essas decisões, desde logo associadas à rede familiar ou à sua falta, se pensarmos nos migrantes, ao quadro nosológico e à questão da honra feminina, mas igualmente às condições oferecidas pelo hospital.

Pensar estas instituições no período em análise é ser confrontado com um conjunto de serviços disponibilizados a quem os procurava para responder a uma situação de doença. A oferta de instalações apropriadas aos dois sexos, profissionais de saúde, alguns deles a residirem dentro da instituição, garantindo serviços a todas as horas do dia e da noite, serviços de assistência ao corpo e à alma, nomeadamente alimentação, mezinhas e outras medidas de tratamento e serviços religiosos, mas também no momento de saída, pois para os que não podiam movimentar-se autonomamente, podiam ser levados numa mula e passada uma carta de guia, constituíam auxílios fundamentais para os pobres enfermos.

A cronologia em estudo conheceu muitas enfermidades e foi marcada por epidemia e pestes, momentos em que as comunidades eram confrontadas com o enorme problema de as debelar. Embora os hospitais não aceitassem doentes crónicos, nem doenças contagiosas, a não ser em enfermarias apropriadas para o seu tratamento, sabemos que nessas ocasiões tudo se podia alterar e racionalizar, registando-se diversas opções no sentido de auxiliar as populações e de promover a saúde pública. A inexistência de estudos sobre as doenças no feminino, com exceção para casos de psiquiatria, impossibilita-nos de conhecer os males que as importunavam sobretudo antes do século XIX, período em que se registam várias mudanças nos hospitais portugueses, nomeadamente no que se refere ao nascimento de crianças em espaços próprios. Esta novidade começou antes nos hospitais de maior dimensão, sabendo-se da sua existência em setecentos em alguns deles, todavia, vai-se alargando em oitocentos, embora os comportamentos das mulheres sejam distintos na adesão a esta possibilidade.

Um outro ângulo de análise esteve associado ao comportamento das mulheres internadas, mas também às assalariadas. Esta realidade perpassou por vários hospitais, demonstrando situações pouco edificantes em termos morais e como, de facto, o ingresso no hospital podia fazer perigar a honra feminina. Os exemplos analisados em diversos hospitais, elucida sobre um assunto transversal, que debilitava o crédito das mulheres em termos públicos, mas também o da própria instituição. Era sob o seu teto que homens se divertiam com mulheres, andando amancebados, e se desrespeitavam as normas de funcionamento. O assunto era tanto mais grave, quanto nele andavam envolvidos assalariados e até irmãos. A hierarquia existente gerava redes clientelares e de favores, que aproximavam mulheres pobres de irmãos para atos ilícitos, tornando os hospitais lugares pouco seguros para a honra das suas doentes.

Apesar das notas menos abonatórias, os hospitais cumpriram serviços fundamentais particularmente para pobres, mas também para toda a comunidade local, constituindo-se ainda como locais de emprego para homens e mulheres. Essa dimensão assistencial ganhava ainda maior relevo em tempo de pestes e de epidemias, quando perigava toda a saúde pública.



### Obras citadas

- Abreu, Laurinda. *O Poder e os Pobres. As dinâmicas políticas e sociais da Pobreza e da Assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Gradiva, 2014.
- . *Memórias da alma e do corpo. A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Viseu: Palimage Editores, 1999.
- . *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal 1500-1755: aspectos de sociabilidade e poder*. Setúbal: Santa Casa da Misericórdia de Setúbal, 1990.
- Alves, Jorge Fernandes. *Os Brasileiros». Emigração e retorno no Porto oitocentista*. Universidade do Porto: Porto, 1993.
- Araújo, Miguel Luís. *Livro Curioso*. Braga: Arquivo Distrital de Braga; Câmara Municipal de Braga, 2020.
- Araújo, Maria Marta Lobo de. “Entre acordos e desacordos: a botica e os boticários do hospital da Misericórdia de Braga (séculos XVII-XVIII).” In *Saúde, tem História. Narrativas no Centro Cultural*. Porto Alegre: Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre, Brasil, 2018. 45-75.
- . *Memória e quotidiano: as visitas e as devassas ao hospital de S. Marcos de Braga na Idade Moderna*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2014.
- . *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*. Barcelos: Santa Casa de Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000.
- . “A Misericórdia de Vila Viçosa e a assistência aos soldados em finais do século XVIII.” In *Congresso comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora. Actas*. Évora: Hospital do Espírito Santo de Évora, 1996. 149-164.
- Araújo, Teresa Maria Mesquita Simões Alves. *A família, a memória e os afetos: os Alves de Requião (séculos XVII-XX)*. Vila Nova de Famalicão: Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2022.
- Braga, Isabel M. R. Drumond. *Assistência, Saúde Pública e Prática Médica em Portugal. Séculos XV-XIX*. Lisboa: Universitária Editora, 2001.
- Candeias, Analisa et al. “A loucura no feminino: mulheres alienadas no Hospital do Conde de Ferreira (1883-1928)”. *Temperamentvm*. 17 (2021): 1-2.
- Cardoso, D. A. “Os números da emigração de Vitorino Magalhães Godinho: revisão historiográfica com o caso do Brasil na época moderna.” In *APHES, Working Papers in Economic and Social History 2* (2022): 1-27.
- Carvalho, Augusto da Silva. *Subsídios para a história das parteiras portuguesas*. Lisboa: Labor, 1931.
- Castro, Maria de Fátima. *A Misericórdia de Braga. A assistência no hospital de S. Marcos*. vol. IV. Braga: Santa Casa da Misericórdia e Autora, 2008.
- Costa, Américo Fernando da Silva. “O movimento do hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães: 1702-1728.” In *Actas do Congresso Comemorativo do V Centenário da fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora*. Évora: Hospital do Espírito Santo de Évora, 1996. 192-210.
- Esteves, Alexandra. “Do hospital D. Lopo de Almeida ao hospital de santo António”, in Amorim, Inês coord. *Sob o manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto, vol. II, (1668-1820)*. Coimbra: Almedina, 2018. 257-294.
- . “Comer, sarar e descansar: o quotidiano do hospital de Monção no século XIX.” In Araújo, Maria Marta Lobo de; Pérez Álvarez, María José coords. *Do silêncio à*

- ribalta: os resgatados das margens da História (séculos XVI-XIX)*. Braga: Lab2PT, 2015. 101-115.
- Fernandes, Paula Sofia Costa. *O hospital e a botica da Misericórdia de Penafiel 1600-1850*. Penafiel: Santa Casa da Misericórdia de Penafiel, 2016.
- Freitas, Eugénio de Andrea da Cunha. *História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*. vol. III. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto. 1995.
- Lopes, Maria Antónia. “A enfermagem hospitalar em Portugal entre os séculos XVI e XIX: mitos e realidades.” In Festas, Constança et al. *Sob o signo da História comparada: a enfermagem na Europa do Sul*. Porto: Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem, 2019. 3-28.
- . “Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários-meados do século XVIII a meados do século XIX.” In Silva, Carlos Guardado da coord. *História da saúde e das doenças*. Lisboa: Edições Colibri; Câmara Municipal de Torres Vedras, 2012. 147-164.
- . *Protecção Social em Portugal na Idade Moderna*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- . *Pobreza, Assistência e Controlo Social. Coimbra (1750-1850)*. Viseu: Palimage Editores, 2000. 2 vols.
- Lindemann, Mary. *Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna*. Lisboa: Editora Replicação, 2002.
- Machado, Carla Manuela Sousa. *Memória e património: os legados e os benfeitores da Misericórdia de Braga (séculos XVII-XVIII)*. Braga: Universidade do Minho, 2021, tese de doutoramento policopiada.
- Magalhães, António. *Práticas de caridade na Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI-XVIII)*. Viana do Castelo: Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo, 2013.
- Palomo, Federico. *Contra-Reforma em Portugal 1540-1700*. Lisboa: Livros Horizonte, 2006.
- Pardal, Rute. *Práticas de caridade e assistência em Évora (1650-1750)*. Lisboa: CIDHEUS, 2015.
- Ramos, Rute. *O Hospital de Todos os Santos e a sua relação com a Coroa*. Lisboa: Edições Colibri, 2021.
- Rodrigues, Lisbeth. “A saúde do corpo.” In Amorim, Inês coord. *Sob o manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto, vol. I, (1499-1668)*. Coimbra: Almedina. 2018, 305-354.
- Sanches, António Nunes Ribeiro. *Tratado da conservação da saúde dos povos*, Paris: 1755.
- Silva, Hugo Ribeiro. “Cuidar das almas.” In Amorim, Inês coord. *Sob o manto da Misericórdia. Contributos para a História da Santa Casa da Misericórdia do Porto, vol. I, (1499-1668)*. Coimbra: Almedina, 2018. 360-379.