



PEQUENAS CIDADES NO TEMPO A SAÚDE

Adelaide Millán da Costa, Sara Prata,
Fabián Cuesta-Gómez, Adelino Cardoso,
Helena da Silva, eds.



PEQUENAS CIDADES NO TEMPO
A SAÚDE

ADELAIDE MILLÁN DA COSTA
SARA PRATA
FABIÁN CUESTA-GÓMEZ
ADELINO CARDOSO
HELENA DA SILVA
Editores

Lisboa 2023

Textos selecionados do Colóquio Internacional – *Pequenas Cidades e Saúde da Idade Média à Época Contemporânea – Assistência Médica, Instituições Sanitárias, Políticas Urbanas de Higiene* (formato ZOOM, 6 a 8 de maio de 2021).

Arbitragem Científica

Alexandra Esteves (Universidade do Minho, In2Past);
Ana Isabel Queirós (Universidade Nova de Lisboa);
Ana Isabel Coelho da Silva (Universidade de Coimbra);
André Teixeira (Universidade Nova de Lisboa)
Antero Ferreira (Casa Sarmento, Universidade do Minho);
Bruno Barreiros (Universidade Nova de Lisboa);
Catarina Tente (Universidade Nova de Lisboa);
Cristina Jornaz de Melo (Universidade Nova de Lisboa);
Delminda Rijo (C.M. Lisboa, Universidade do Porto);
Diogo Ferreira (Universidade Nova de Lisboa);
Edite Alberto (Universidade Nova de Lisboa);
Emilio Martín Gutiérrez (Universidad de Cádiz);
Fátima Nunes (Universidade de Évora);
Florencio-Javier García Mogollón (Universidad Extremadura);
Jean-Luc Fray (Université Clermont - Auvergne);
Joana Balsa de Pinho (Universidade de Lisboa);
João Paulo Amado (Universidade Nova de Lisboa);
João David Morais;
João Santos (Universidade Nova de Lisboa);
Jon Arrizabalaga (IMF-CSIC: Barcelona);
Laurinda Abreu (Universidade de Évora);
Luísa Trindade (Universidade de Coimbra);
Manuela Santos Silva (Universidade de Lisboa);
María Ángeles Martín Romera (Universidad Complutense);
María Asenjo González (Universidad Complutense);
Maria Helena da Cruz Coelho (Universidade de Coimbra);
Mónica Saavedra (Universidade Nova de Lisboa);
Paul-Arthur Tortosa (Université de Strasbourg);
Tomás Cordero Ruíz (Universidade Nova de Lisboa)

Esta publicação insere-se no âmbito do plano de investigação/ação do Grupo de Trabalho *Rede das Pequenas Cidades no Tempo*.

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito dos projetos UIDB/00749/2020, UIDB/04666/2020, UIDB/04209/2020 e pela Câmara Municipal de Castelo de Vide.

Título	Pequenas Cidades no Tempo. A saúde
Editores	Adelaide Millán da Costa, Sara Prata, Fabián Cuesta-Gómez, Adelino Cardoso, Helena da Silva
Edição	IEM – Instituto de Estudos Medievais; Câmara Municipal de Castelo de Vide; CHAM – Centro de Humanidades
Referência da imagem da capa	Fonte da Mealhada (Castelo de Vide), © Secção de Arqueologia da Câmara Municipal de Castelo de Vide
Coleção	Estudos 30
ISBN	978-989-53942-7-2 (IEM) 978-972-9040-21-4 (C. M. Castelo de Vide) 978-989-53942-7-2 (CHAM)
Design e execução	Ana Pacheco
Formato	Eletrónico

Índice

Nota de abertura.....9
António Pita

Olhares sobre a saúde nas pequenas cidades 11
*Adelaide Millán da Costa, Sara Prata, Fabián Cuesta-Gómez, Adelino Cardoso,
Helena da Silva*

PARTE I

Políticas de saúde pública: governos locais e administração central.....19

Petites villes et santé dans les derniers siècles du Moyen Âge.

L'exemple du « Massif central » français21
Jean-Luc Fray

El papel del agua en la preservación de la higiene y la salud en la

Castilla bajomedieval.....41
M^a Isabel del Val Valdivieso

Health and hygiene regulations in 12th-14th century Norwegian towns.....61
Miriam Tveit

**Entre fondations pieuses et conflits politiques: les hôpitaux dans les petites
villes de la Hesse (13^e-16^e siècle)**75
Gisela Naegle

**Administrer les malades : les politiques de santé dans les villes d'Amboise,
Chinon et Loches durant la seconde moitié du 16^e siècle**..... 99
Rémi Demoen

**Tempos de epidemia em oitocentos: as instituições sanitárias e políticas
de higiene nas cidades de Braga e Guimarães**..... 113
Sílvia Pinto

PARTE II

As estruturas de saúde pública: recursos, poder e materialidade..... 127

**L'équipement hospitalier des petites villes en France aux XVII^e et XVIII^e siècles.
Entre tradition charitable et préoccupations de santé publique**..... 129
Marie-Claude Dinet-Lecomte

**Recursos médicos e assistenciais para as pequenas cidades no Portugal Moderno:
das políticas régias às práticas locais** 149
Laurinda Abreu

**A muralha enquanto marco físico e simbólico na gestão da peste em
contexto urbano: o exemplo da cidade de Viseu nos séculos XVI e XVII** 173
Liliana Andrade de Matos e Castilho

«Espiral Grande de Lixboa»: a arqueologia de um espaço de saúde pública em Época Moderna	187
<i>André Bargão, Sílvia Casimiro, Sara da Cruz Ferreira, Francisca Alves-Cardoso, Rodrigo Banha da Silva</i>	
O Hospital Velho de Nisa. História, Arqueologia e Arquitetura de um edifício hospitalar oitocentista	205
<i>Sílvia Ricardo</i>	
PARTE III	
<i>Políticas de saúde pública: espaços, tempos e alterações</i>	223
Sob o signo da mudança. A intervenção régia nos hospitais urbanos portugueses entre os séculos XV e XVI: o exemplo de Coimbra	225
<i>Ana Rita Rocha</i>	
Aranjuez: domeñar la naturaleza para encontrar la salud	243
<i>Magdalena Merlos Romero</i>	
Das comissões de moradores e da saúde: o exemplo da comunidade de Mira-Sintra (1975-1977)	265
<i>Pedro Réquio</i>	
Lixo Capital: de Aterro Sanitário a Cidade Estrutural (1964-2020)	275
<i>Maíra Oliveira Guimarães</i>	
PARTE IV	
<i>Respostas urbanas em tempos de epidemia</i>	295
Morir por comer arroz: conflictos políticos urbanos y déficit sanitario al sur de la Corona d'Aragó, 1458-1479	297
<i>Miguel-Ángel González Hernández</i>	
Cáceres ante la peste y la lepra (1505-1551). Epidemias y políticas concejiles	315
<i>Julián Clemente-Ramos</i>	
La construcción de la ermita y el hospital de San Roque de La Palma del Condado: Respuestas a la epidemia de peste de 1649-50 en una villa del antiguo Reino de Sevilla	333
<i>Enrique Infante Limón</i>	
As «estrumações infecciosas» e a resistência dos esposendenses à regulamentação municipal em inícios de Novecentos	347
<i>Ana Isabel Lopes</i>	
As estruturas de saúde pública e a epidemia de cólera em Elvas (1865)	371
<i>Joaquim Melon Simões</i>	
How to deal with pandemics: Small cities and the Spanish flu (1918-1920)	387
<i>Steinar Aas</i>	

Recursos médicos e assistenciais para as pequenas cidades no Portugal Moderno: das políticas régias às práticas locais

Laurinda Abreu¹

Resumo

Este texto parte da premissa de que a saúde e a assistência foram assumidas pela coroa portuguesa, especialmente desde o reinado de D. Manuel I, como questões da governação, com múltiplos propósitos, inclusive de organização do território enquanto espaço físico e social. Das diferentes vertentes que integraram esse processo, abordam-se as da regulação das formações em saúde (empíricas e académicas), a reforma dos hospitais, a fundação das misericórdias e a provisão de cuidados médicos às populações mais pobres. Dentre estas, dar-se-á particular atenção aos curadores oficiais e sua relação com os hospitais e as misericórdias, a partir de duas interrogações: pode a oferta de recursos em saúde e de assistência ser incluída nos critérios definidores de centro urbano? Vislumbram-se, no tempo em apreço, políticas específicas para incentivar/ impor solidariedades regionais entre localidades com diferentes capacidades de recrutamento de agentes de saúde? Como fonte documental, privilegia-se a informação constante numa base de dados composta, entre outros elementos, por registos de agentes de saúde que operaram em Portugal e no império desde os finais do século XV até às primeiras décadas do século XIX.

Palavras-chave

Hospitais; misericórdias; recursos de saúde; centros urbanos; Portugal Moderno.

¹ Universidade de Évora.

Healthcare and welfare resources for small towns in Early Modern Portugal: from royal policies to local practices

Abstract

The premise underlying this article is that the Portuguese crown, especially from the reign of King Manuel I onwards, took on the provision of healthcare and poor relief as a governance issue with a number of aims, not least the organisation of the country in terms of both physical and social space. The aspects of this process discussed here are the regulation of healthcare training (empirical and academic), hospital reform, the founding of *misericórdias*, and healthcare provision for the poorest segments of the population. Within this analysis, particular emphasis is placed on official healers and their relations with the hospitals and *misericórdias*, with a view to addressing two questions: can the provision of healthcare and poor relief services be included among the criteria that define a town, and is there any sign in this period of specific policies to encourage or impose regional cooperation among localities that differed in their ability to recruit healthcare personnel? The primary documentary source used is the information contained in a data base composed, inter alia, of records of healthcare agents operating in Portugal and its empire from the end of the 15th century until the early nineteenth century.

Keywords

Hospital; *misericórdias*; healthcare; small towns; early modern Portugal.

Introdução

As transformações socioeconómicas ocorridas na baixa Idade Média, conjuntamente com a Peste Negra, impeliram as autoridades a procurar novas soluções para enfrentar o agravamento da pobreza e da miséria, geradoras de tensões sociais e violência, particularmente disruptivas nas cidades². Nos locais onde o poder central era menos forte, as elites urbanas tenderam a assumir maior protagonismo no campo da assistência, cientes das vantagens políticas que dali podiam colher. Foi esse o caso de Aragão³ e da França⁴, mas, também, das cidades italianas, onde o fenómeno terá começado⁵. Ainda assim, podiam coexistir situações distintas dentro dos mesmos territórios ou em função dos diferentes sectores assistenciais: veja-se a reforma dos hospitais desencadeada na Europa após o Concílio de Viena, de 1312, que foi quase sempre conduzida pelos governos centrais. A partir dos finais do século XV, num contexto de recorrência dos surtos epidémicos, do aumento das migrações resultantes da fome e da falta de trabalho, monarcas e outros governantes procuraram recuperar algum protagonismo perdido. Num quadro, simultaneamente plural e dinâmico⁶, a relação entre as autoridades centrais e as elites locais dependeu de um complexo feixe de razões e, até, da posição assumida pela Igreja. Recorde-se, a título de exemplo, o apoio da Igreja galicana às políticas de assistência e controlo social implementadas pela monarquia francesa ao longo da época moderna.

Em Portugal, como em Bolonha⁷, os governantes intervêm activamente na organização e distribuição dos recursos assistenciais desde as últimas décadas de

² É abundante a bibliografia sobre esta temática. Dentre as obras clássicas, veja-se MOLLAT, Michel – *Les pauvres au Moyen âge, étude sociale*. Paris: Hachette, 1978; GEREMEK, Bronislaw – *La Potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Gallimard, [1986], 1987; PULLAN, Brian – *Rich and Poor in Renaissance Venice: The Social Institutions of a Catholic State, to 1620*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971; GUTTON, Jean-Pierre – *La société et les pauvres en Europe*. Paris: Presses Universitaires de France, 1974; JÜTTE, Robert – *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

³ LÓPEZ TERRADA, María Luz – “Health Care and Poor Relief in the Crown of Aragon”. In GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew; ARRIZABALAGA, Jon (eds.) – *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*. London: Routledge, 1999, p. 178.

⁴ SAUPIN, Guy – “Le pouvoir municipal en France à l'époque moderne. Bilan historiographique des vingt dernières années”. In *Le pouvoir municipal : de la fin du Moyen Âge à 1789*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2012, pp. 15-55 [Em linha]. [Consultado a 7 Novembro 2020]. Disponível em <http://books.openedition.org/pur/127119>.

⁵ CAVALLO, Sandra – *Charity and power in early modern Italy. Benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Para um quadro geográfico mais abrangente, uma relevante perspectiva dos diferentes interesses em causa encontra-se em VAN LEEUWEN, Marco H. D. – “Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe”. *Journal of Interdisciplinary History* 24, 4 (1994), pp. 589-613.

⁶ Que não pode ignorar as motivações puramente espirituais e religiosas, que também terão existido, mas que não são o cerne deste texto. Sobre o assunto, veja-se a estimulante síntese apresentada por JONES, Colin – “Some recent trend in the history of charity”. In DAUTON (ed.) – *Charity, self-interest and welfare in the English past*. London-New York: Routledge, 1996, pp. 51-63.

⁷ TERPSTRA, Nicholas – “De-Institutionalizing Confraternity Studies: Fraternalism and Social Capital in Cross-Cultural Contexts”. In BLACK, Christopher; GRAVESTOCK, Pamela (eds.) – *Early Modern Confraternities in Europe and the Americas: International and Interdisciplinary Perspectives*. Aldershot: Routledge, 2006,

Quatrocentos, precedendo mesmo a Inglaterra, de todos o caso mais estudado e mais conhecido⁸. É a partir do pressuposto de que a saúde e a assistência foram consideradas pela coroa como objectos da governação, com intentos, também, de controlo do território e da população⁹, que se estrutura o presente texto. Dando particular atenção aos oficiais de saúde e sua articulação com os hospitais e as misericórdias, procurar-se-á, por um lado, averiguar a relação entre a oferta destes recursos e algumas tipologias de aglomerados populacionais e, por outro, verificar o impacto das orientações régias quanto à formação e recrutamento dos curadores, concretamente de médicos, cirurgiões e boticários.

Contrariamente às misericórdias e aos hospitais, sobre os quais existe abundante bibliografia¹⁰, é escassa a produção científica em Portugal sobre os oficiais de saúde na época moderna¹¹, dando azo a que a historiografia tradicional, muitas vezes de carácter teleológico e heróico, continue a fazer caminho¹². Também por esta razão, este trabalho se assume de cariz exploratório e em desenvolvimento. Documentalmente, está escorado numa base de dados composta por mais de 25 000 registos nominativos de agentes de saúde encartados pelos organismos da administração central e/ou recrutados pela administração local ou entidades dependentes da tutela régia, entre meados do século XV e os inícios do século XIX¹³.

pp. 264-283. Do mesmo autor, "Apprenticeship in Social Welfare: From Confraternal Charity to Municipal Poor Relief in Early Modern Italy". *The Sixteenth Century Journal* 25, 1 (1994), pp. 101-120.

⁸ Só para referir um dos autores que mais se dedicaram a estes assuntos, tenha-se em conta a obra de Paul SLACK, de que salientamos *Poverty and Policy in Tudor and Stuart England*. London-New York: Longman, 1988; *The English poor law, 1531-1782*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

⁹ Sobre este tópico, consulte-se, entre outros, INNES, Joanna – "The Regulation of Charity and the Rise of the State". In HITCHCOCK, David; McCLURE, Julia (eds.) – *The Routledge History of Poverty, c. 1450-1800*. London: Routledge, 2020, pp. 3-20; SASSIER, Philippe – *Du bon usage des pauvres. Histoire d'un thème politique (XVIIe-XXe siècle)*. Paris: Fayard, 1990. Para Portugal, ABREU, Laurinda – "Assistance et santé publique dans la construction de l'État moderne: l'expérience portugaise". *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 61, 3 (2014/3), pp. 67-97.

¹⁰ Entre obras de autores não especializados e de investigadores académicos, a bibliografia sobre as misericórdias poderá já ultrapassar os 2000 títulos. Destes últimos, refira-se, apenas por falta de espaço, a primeira geração de historiadores que, a partir da década de 1980, iniciou novas abordagens às temáticas da caridade e da assistência: Isabel dos Guimarães Sá, Maria Marta Lobo de Araújo e Maria Antónia Lopes e Laurinda Abreu.

¹¹ Para a Idade Média merecem destaque os trabalhos de Iona McCleery, nomeadamente McCLEERY, Iona – "Medical licensing in late medieval Portugal". In TURNER, Wendy J.; BUTLER, Sara M. (eds.) – *Medicine and the Law in the Middle Ages*. Leiden: Brill, 2014, pp. 196-219. E, ainda, de FARELO, Mário – "On Portuguese Medical Students and Masters Travelling Abroad: an Overview from the Early Modern Period to the Enlightenment". In CUNNINGHAM, Andrew; GRELL, Ole Peter; ARRIZABALAGA (eds.) – *Centers of Medical Excellence?: Medical Travel and Education in Europe, 1500-1789*. Farnham, England; Burlington, VT: Ashgate, 2010, 127-147. Mais bem conhecidos são os boticários, com relevo para a investigação de DIAS, José Pedro Sousa – *Droguistas, boticários e segredistas. Ciência e Sociedade na Produção de Medicamentos na Lisboa de Setecentos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2007.

¹² Da nova geração, salienta-se o trabalho em curso de Luís Ribeiro Gonçalves e, dentre os textos já publicados, "Médicos no regresso da peregrinação académica: modalidade e conflito no Portugal Quinhentista". In POLÓNIA, Amélia, et al. (ed.) – *História e Ciência: Ciência e Poder na Primeira Idade Global*. Porto: Universidade do Porto, 2016, pp. 58-77.

¹³ Dados recolhidos no âmbito do projecto *Decisão política, necessidades colectivas e afirmação profissional: o Hospital de Todos-os-Santos em perspectiva*, PTDC/HIS-HIS/113416/2009, a fonte de todos os mapas

A saúde e a assistência: configurando o campo

O monarca responsável pela abordagem mais abrangente na área da assistência e da saúde em Portugal, na época moderna, foi D. Manuel I (1495-1521). Ainda que prosseguindo as diligências dos seus antecessores, a ele se deve um conjunto de reformas que deram corpo a uma oferta diversificada e plural. Tendo começado por intervir separadamente nos hospitais, nas misericórdias e na formação de cirurgiões e médicos, a partir de 1510, quando entregou os primeiros hospitais às misericórdias, o monarca abria caminho àquela que seria a característica mais marcante da história da assistência em Portugal: o domínio das misericórdias. No devir do tempo e na paisagem arquitectónica das terras, as misericórdias acabariam por se transformar em sinais de distinção das povoações, quase sempre a par da igreja matriz e da câmara municipal. Na geografia dos poderes, a volumetria e imponência dos seus edifícios atestam, na maior parte dos casos, a riqueza e o poder das elites locais.

A primeira misericórdia, a de Lisboa, foi oficialmente reconhecida em Agosto de 1498, sob o beneplácito da rainha D. Leonor, que então governava em representação do seu irmão, D. Manuel I, ausente em Castela. Em Dezembro de 1521, à morte do monarca, existiam já 77 misericórdias espalhadas pelo reino e império¹⁴; seriam pelo menos 258 no dealbar de Seiscentos; quase 400 nos finais do século XVIII, 317 na metrópole¹⁵.

As misericórdias ergueram-se seguindo o modelo das confrarias de raiz medieval. Formatadas pelo discurso cristão das 14 obras de misericórdia (sete espirituais e sete corporais), distinguiram-se das suas congéneres em três pontos principais: os alvos das suas práticas assistenciais deveriam ser os grupos mais frágeis da comunidade – presos, pobres, doentes e condenados pela justiça –, não os próprios confrades; deveriam assegurar uma participação social paritária ao nível dos seus membros (irmãos) e corpos dirigentes; deveriam reger-se segundo as normas do compromisso da Misericórdia de Lisboa. Este último ponto não era de somenos importância. Apesar de a coroa autorizar que as terras fizessem adaptações pontuais, como a idade de admissão dos irmãos, não permitia alterações que desvirtuassem as regras estruturantes deste compromisso – que teve quatro versões até ao século XIX: o manuscrito, de 1498; e os impressos, de 1516, de 1577 e de 1618. Só a partir da aprovação do

apresentados neste texto. Os mapas são da autoria de Luís Gonçalves Ribeiro, a quem agradecemos o trabalho realizado.

¹⁴ Alguns dados sobre a organização deste universo no império português podem encontrar-se em ABREU, Laurinda – “Health care and the spread of medical knowledge in the Portuguese empire, particularly the Estado da Índia (sixteenth to eighteenth centuries)”. *Medical History* 64, 4(2020), pp. 449-466.

¹⁵ Para a cronologia das misericórdias e problemas associados, veja-se PAIVA, José Pedro – “O movimento fundacional das misericórdias (1498-1910)”. In *Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, 1. Porto, 2009, *A solidariedade nos séculos: a confraternidade e as obras: actas*. Porto: Santa Casa da Misericórdia, 2009, pp. 397-412.

compromisso, chancelado com a assinatura do monarca, as misericórdias tinham existência legal e podiam aceder aos múltiplos benefícios inerentes à situação de confrarias de protecção régia, mormente os que facilitavam o seu funcionamento.

Uma análise mais atenta aos compromissos da Misericórdia de Lisboa de 1498 e de 1516 permite concluir que terá havido intencionalidade da coroa ao escolher as novas confrarias para assinalar a mudança que estava em curso em relação à percepção das capacidades curativas dos hospitais. Com manifesto atraso em relação à França, Inglaterra ou às cidades italianas¹⁶, a partir dos anos finais de Quatrocentos, Portugal desencadeou a reforma dos hospitais fazendo desaparecer muitos deles, vários, meras albergarias destinadas a acolher pobres, peregrinos e viajantes, no máximo por três noites. Poucos destes espaços dispunham de cirurgiões e sangradores, ainda menos de médicos. O primeiro hospital médico no sentido moderno do termo, o Hospital de Todos os Santos, foi iniciado por ordem de D. João II, em 1492. Já inaugurado por D. Manuel I, o seu regimento, de 1504, elaborado a partir dos regimentos dos hospitais italianos de Santa Maria della Scala, em Siena, e de Santa Maria Nuova, em Florença, serviu de matriz, por determinação régia, quer aos novos hospitais quer aos que estivessem a laborar sem estatutos¹⁷.

A mudança de percepção quanto aos usos dos hospitais foi oficializada no primeiro compromisso da Misericórdia de Lisboa, quando misericórdias e hospitais ainda faziam caminhos separados. O entendimento da doença como antecâmara da morte e a visita aos doentes como uma dádiva concedida a quem se aproximava do fim da vida, uma das sete obras de misericórdia corporais, fixadas por S. Tomás de Aquino na Suma Teológica (1265-1273) a partir das palavras atribuídas a Jesus “porque estava (...) enfermo e Me visitastes” (Mt 25,31-16), surgia no primeiro compromisso da misericórdia de Lisboa ligeiramente alterada para “visitar e curar os enfermos”. No compromisso de 1516, a fórmula sofria nova mudança, declarando-se que “a segunda [obra de misericórdia] é curar os enfermos”. Apesar de os compromissos manterem a indicação de que a visita aos enfermos era um acto de caridade a que os irmãos estavam obrigados, determinavam também que, sempre que a gravidade da doença o exigisse, os doentes deviam ser encaminhados para os hospitais, onde deveriam permanecer “o tempo que for necessário para suas saúdes”. Ao fazer

¹⁶ Sobre estas questões seguimos dois textos em particular: ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde: o legado de D. Manuel I (1495-1521)”. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (coord.) – *As sete obras de misericórdia corporais. Santas Casas de Misericórdia, sécs. XVI-XVIII*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2018, pp. 35-57. E “Tensions between the Físico-Mor and the University of Coimbra: The Accreditation of Medical Practitioners in Ancien-Regime Portugal.” *Social History of Medicine* 31, 2 (May 2018), pp. 231-257.

¹⁷ Desenvolvimento mais pormenorizado em ABREU, Laurinda – *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Grádiva, 2016, pp. 19-73. Sobre a importância do modelo do Regimento do Hospital de Todos os Santos nas orientações do Regimento de 1514, veja-se SÁ, Isabel dos Guimarães – “Os Hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno”. In *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora*. Évora: s.n., 1996.

transcrever no compromisso da Misericórdia de Lisboa de 1516 o privilégio que lhe concedera em Novembro de 1498, coagindo os hospitais da cidade a receber os doentes por ela enviados, a coroa facilitava a sua transposição para as outras misericórdias, como veio a acontecer.

A afirmação dos hospitais como espaços *médicos* demandava a existência de curadores, de resto acompanhando o sentir geral da sociedade, o que se traduzia num crescente aumento da oferta, com pouca ou fraca regulação. Para atalhar a situação, D. Manuel I promulgou, em 1515, o regimento do físico-mor (alterando-o ligeiramente em 1521, para reforçar a autoridade deste). À semelhança do que acontecia em França, o cargo recaía sobre o primeiro médico do rei, a quem foram atribuídas, entre outras, três competências principais: autorizar determinados cirurgiões a exercer como médicos; acreditar os diplomas médicos obtidos no estrangeiro; fiscalizar boticas e boticários. Complementarmente, ainda que sem lhe atribuir regimento (o que só aconteceu em 1631), o monarca reforçava a autoridade do cirurgião-mor – também o seu primeiro cirurgião – sobre os praticantes de cirurgia e demais actividades empíricas na área da saúde.

Ao físico-mor e ao cirurgião-mor entregou D. Manuel I o processo de verificação de todas as licenças de trabalho para o exercício da cirurgia e da medicina, sujeitando a novos exames todos aqueles que não as apresentassem. Entre novas cartas e confirmações de licenças, as chancelarias régias registam, de 1496 a 1521, 252 cartas de cirurgia (223 diplomas de cirurgia e 29 licenças para “curar de cirurgia” – cartas temporárias, atribuídas a indivíduos com formação incompleta – 99 cartas para o exercício pleno da medicina e 10 licenças para “curar de medicina” (licenças temporárias e bastante restritivas do ponto de vista dos *actos médicos* autorizados), num total de 361 curadores. Neste universo, estavam vários judeus e muçulmanos recém-convertidos ao cristianismo e que necessitavam de ver reconhecida a sua nova identidade.

Uma das consequências do regimento de 1515 foi a elevação do físico-mor ao estatuto de concorrente da universidade na graduação de médicos, como logo foi assumido pela academia. Apesar da precariedade dos dados, sabe-se que, em 1537, foram matriculados 11 alunos na Faculdade de Medicina, já fixada em Coimbra; 10 em 1540. Números reduzidos, portanto, que tornam credível a informação de que em 1550 apenas foram licenciados 7 médicos. Nesse mesmo período (1537-1550), o físico-mor graduou 86 médicos, uma discrepância que se manteve até aos primeiros anos do século XIX¹⁸. Não sendo o domínio dos empíricos uma idiosincrasia na-

¹⁸ Informações mais pormenorizadas sobre estes números podem encontrar-se nos já referidos textos, ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde”; ABREU, Laurinda – “Tensions between the Físico-Mor and the University of Coimbra”.

cional, ele parece ter tido aqui uma dimensão superior à verificada noutros países da Europa¹⁹.

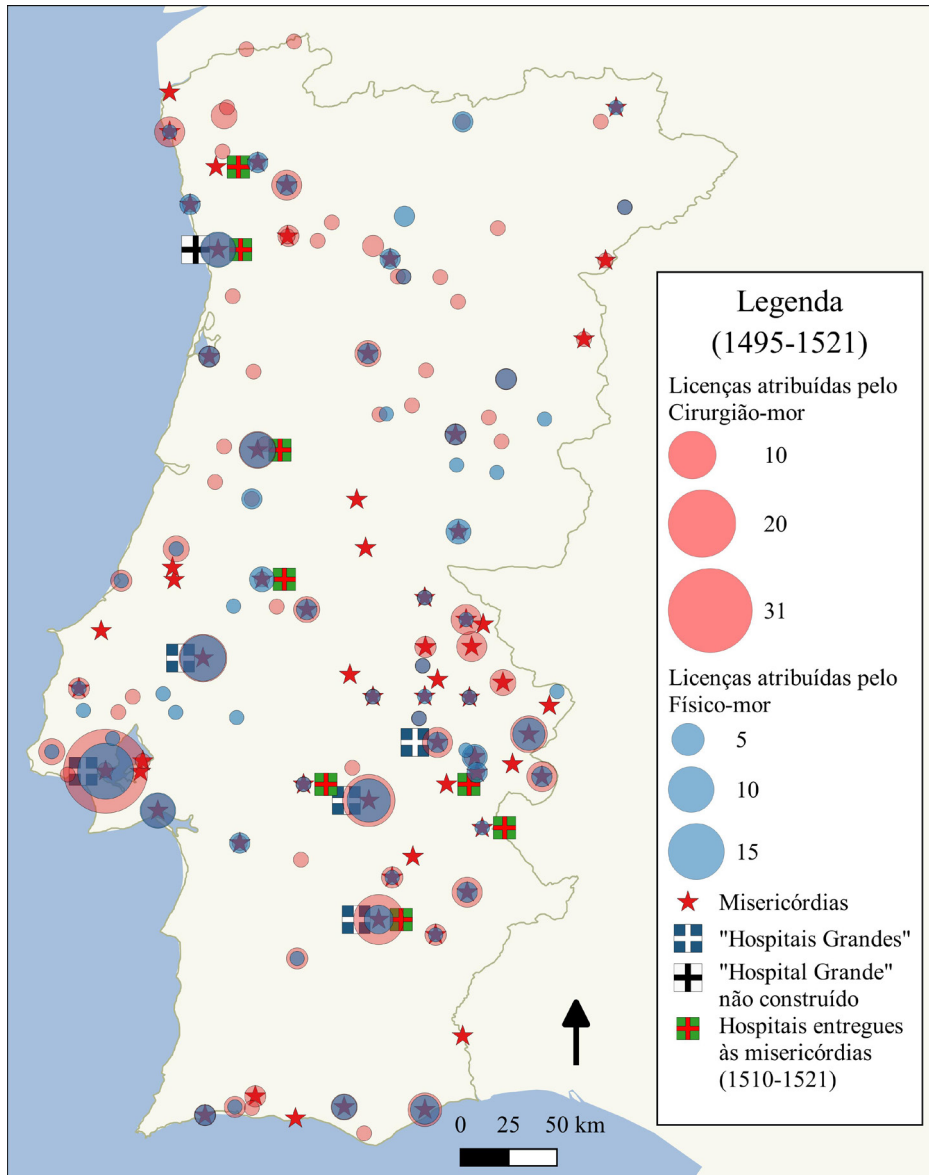


Fig. 1 – Recursos formais de saúde e assistência ao tempo de D. Manuel I (1495-1521)²⁰.

¹⁹ Como se pode verificar em LINDEMANN, Mary – *Medicina y sociedade en la Europa Moderna. 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2001, pp. 114 e ss.

²⁰ ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde”, p. 52.

Ao serviço de privados ou de instituições, boa parte destes homens era recrutada pelas elites locais. Em última instância, eram elas que decidiam se implementavam as orientações da coroa no tangente às questões de saúde, ou se as recusavam. Foi este o caso das que governavam a câmara do Porto, ao rejeitarem, em 1502, a proposta régia para a criação de um “hospital grande”, como os que estavam a surgir em Lisboa, Santarém, Beja ou Évora. Todavia, se nos grandes centros urbanos o quadro social estava relativamente definido e as elites tinham força para impor a sua vontade, a situação era diferente nos de menor dimensão, muitas vezes sem nobreza, de sangue ou adquirida, ou mesmo indivíduos com condições para subir os degraus de uma sociedade rigidamente hierarquizada. Em função desta realidade, poderá não ter sido circunstancial a imposição de um equilíbrio social no seio das misericórdias, entre nobres e representantes dos ofícios e serviços (designados oficiais).

A saúde e a assistência no jogo político

Apesar de os compromissos das misericórdias preverem uma presença equitativa entre nobres e oficiais, a coroa sabia que a maioria das terras não tinha nobres em número suficiente para cumprir semelhante determinação. Por isso, não se opôs quando as misericórdias começaram a preencher esses lugares com indivíduos cujas ocupações eram localmente mais valorizadas, por exemplo as de ourives ou de mercadores. Ora, ao registar, num livro de entrada de irmãos, um membro do povo como pertencendo à nobreza, as misericórdias averbavam, com a aquiescência real, um procedimento que era de *nobilitação* local, cujo impacto transcendia o lado social e simbólico: franqueavam a entrada de novos membros na categoria dos “melhores da terra”, e essa era uma condição necessária para aceder aos cargos do poder concelhio²¹.

Para quem provinha dos estratos mais baixos da população, a chegada às misericórdias era, em si, um objectivo que, não raras vezes, culminava um percurso iniciado em confrarias menos valorizadas. Durante o trajecto, iam acumulando conhecimentos e relações sociais, que poderiam posteriormente capitalizar nas eleições para os corpos dirigentes das misericórdias e das vereações municipais. Análises a alguns destes itinerários mostram estes homens, depois de instalados, a circular entre estas confrarias e os senados camarários e a construir redes clientelares muitas vezes alimentadas com o património de ambas as instituições²². Mesmo nos casos

²¹ Como estudado em ABREU, Laurinda – “The Crown and poor relief: structuring local elites (Early Modern Portugal)”. In SANDÉN, Annika (coord.) – *Demografi – hälsa – rätt: en vänbok till Jan Sundin. Demography – health – Justice: a festshrift to Jan Sundin*. Linköping: Forfattarna, 2008, pp. 161-169.

²² A composição social das confrarias é um elemento relevante quando se analisa o modo como, a nível nacional, foram distribuídos os recursos assistenciais e de saúde. Por exemplo, os casos de Évora e Setúbal

em que esses processos não são tão óbvios, ou não estão documentados, na segunda metade do século XVI, as terras já se tinham apercebido das potencialidades das misericórdias para produzir novas categorias sociais e captar património, o que terá facilitado a sua rápida disseminação. Porém, não foram as únicas a tirar proveito das misericórdias.

Como nos demais países católicos na época moderna, boa parte da assistência era custeada pelas esmolas e doações caritativas, com frequência associadas a funções salvíficas como a celebração de missas pelas almas dos doadores e do seu círculo de familiares e amigos – um movimento que explodiu na sequência do Concílio de Trento. O facto de, em Portugal, desde cedo, as misericórdias investirem na construção de capelas ou igrejas, ou associarem-se a edifícios já existentes, e não a simples altares, como comumente acontecia com outras confrarias, dava-lhes visibilidade na comunidade e mostrava ter condições para officiar as missas pelas almas do purgatório²³. Acresce a isso o apoio concedido por D. João III à captação de bulas de indulgências junto dos papas, bulas particularmente generosas para com os fiéis que privilegiassem as misericórdias no momento de redigirem os seus testamentos. Paralelamente, a coroa conseguia, no mesmo concílio de Trento, que o papa reconhecesse as misericórdias como confrarias de protecção régia, portanto de carácter laico, momento a partir do qual apressou a transferência dos hospitais para a sua administração. O labor da coroa no sentido de centralizar o controlo da assistência e da saúde nas confrarias por si tuteladas teria uma derradeira etapa em 1593, quando determinou, primeiro para Lisboa, depois para todas as misericórdias que o solicitaram, que estas não poderiam ter a concorrência de outras confrarias nos sectores assistenciais onde já operavam.

Com capacidade para prestar assistência aos vivos e aos mortos, circunstância privilegiada pelos doadores, a segunda metade do século XVI marcou um tempo de acelerado crescimento patrimonial das misericórdias, o que servia na perfeição os interesses da coroa, que, assim, entregava às populações a responsabilidade financeira pelos seus pobres e doentes. E quando se verificou que nem as misericórdias nem os hospitais dispunham dos recursos necessários para exercerem as funções que lhes estavam cometidas, a coroa não hesitou em apoiar os seus pedidos junto do papado

revelariam que os administradores dos hospitais, isto é, os irmãos que governavam as misericórdias, eram proprietários de herdades (Évora), barcos de pesca e salinas (Setúbal). Ao abrirem gratuitamente os hospitais aos trabalhadores migrantes, garantiam a mão-de-obra de que necessitavam para as tarefas agrícolas, piscatórias e salineiras, todas sazonais, das quais dependiam as suas fortunas pessoais e familiares. Evidentemente que não só de trabalhadores se compunha o universo dos assistidos nos hospitais, mas, nas grandes cidades, eram o grupo dominante e preenchiam os requisitos do internamento hospitalar: eram pobres e não tinham apoio local. Está ainda por fazer o levantamento sistemático da situação a nível nacional que permita verificar, por exemplo, se os comportamentos variaram conforme a dimensão dos núcleos urbanos.

²³ Ao criar condições às misericórdias para se tornarem as principais instituições de assistência das suas comunidades, D. Manuel I abriu-lhes caminho para a concentração de património, apesar das hesitações iniciais demonstradas a esse respeito.

para que as verbas recebidas para rezar as missas pelas almas dos instituidores fossem destinadas aos hospitais: afinal, tratar dos doentes também era uma obra pia, e os seus benefícios espirituais não eram inferiores aos resultantes das missas.

Outra parte interessada nestes arranjos foram as câmaras municipais²⁴. A maioria, com orçamentos reduzidos e múltiplos encargos, dentre outros, com a criação dos expostos (na íntegra, ou partilhados com as misericórdias, no caso de estarem alocados aos hospitais por elas anexados) e pagamentos dos ordenados de alguns curadores, só pontualmente terão reclamado maior protagonismo nesta área. Por outro lado, o facto de, com frequência, as elites camarárias serem as mesmas que dominavam as misericórdias também fazia com que um maior investimento das câmaras nestas áreas sociais não fosse absolutamente prioritário do ponto de vista da capitalização social e política.

Por esta razão, o poder local reagiu negativamente quando, em 1568, o regente do reino, o cardeal D. Henrique, impôs a 74 municípios, distribuídos pelas comarcas de Lamego, Pinhel, Castelo Branco, Torre de Moncorvo e Portalegre, o pagamento anual de 750\$000 réis a fim de custear 30 bolsas de estudo para formar médicos na Universidade de Coimbra²⁵. O valor do tributo foi calculado em função dos orçamentos dos municípios, previamente verificados pelos funcionários régios. Em 1606, Lamego e Portalegre viram as suas contribuições agravadas, respectivamente, de 110\$000 réis para 150\$000 réis, e de 227\$000 réis para 264\$000 réis, ano em que foram chamados a concorrer pela primeira vez municípios nas comarcas de Coimbra, Esgueira, Leiria, Alenquer, Santarém, Setúbal, Évora, Beja, Campo de Ourique e Elvas. O total colectado subiu então para os 1600\$000 réis e passou a incluir a formação de 20 boticários sob a tutela da mesma universidade.

Designado por *Arca dos médicos e dos boticários*, no *Regimento dos médicos e boticários cristãos-velhos*, de 1604 (o documento que codifica o funcionamento deste novo instrumento social), o sistema de bolsas de estudo tinha entre os seus objectivos obrigar o poder local a investir na saúde das populações; aumentar os recursos em saúde com formação académica; atrair estudantes de medicina para a Universidade de Coimbra e afastar os cristãos-novos, tradicionalmente associados às actividades curativas. Como estímulo ao pagamento da dita contribuição, em 1575, a coroa determinava que os estudantes oriundos das terras tributadas deveriam ter prioridade no acesso às bolsas de estudo, no pressuposto implícito de que regressariam aos seus locais de origem depois de formados.

²⁴ Exemplos sobre as cidades hanseáticas foram analisados por JÜTTE, Robert – “Health care provision and poor relief in early modern Hanseatic towns. Hamburg, Bremen and Lübeck?”. In GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew (eds.) – *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe, 1500-1700*. London: Routledge, 1997, pp. 108-128.

²⁵ Segue-se aqui o nosso trabalho, “Assistance et santé publique dans la construction de l’État moderne”.

Complementarmente, o monarca dava o seu patrocínio ao acordo celebrado entre o físico-mor, Sebastião Rodrigues de Azevedo, e a universidade, logo no início da década de 1570, segundo o qual aquele se comprometia a suspender a acreditação de médicos formados no estrangeiro a troco de uma compensação anual de 80\$000 réis paga pela academia. O acordo vigorou durante algum tempo, tendo sido suspenso por Filipe I de Portugal em 1596, eventualmente com o intuito de reactivar o fluxo de estudantes portugueses que todos os anos se deslocavam para Salamanca, movimento que tinha declinado desde o ajuste entre o físico-mor e a universidade. O imbróglgio legal motivado por esta determinação ultrapassa o âmbito deste texto. Contudo, cabe ressaltar a decisão régia tomada logo em 1608, no sentido de compensar a academia pela perda do monopólio na formação de médicos, dando primazia aos seus diplomados aquando dos concursos promovidos pela administração pública, tribunais, misericórdias, hospitais, entre outros.

Não tardou, no entanto, que os pressupostos de atribuição das bolsas de estudo definidos em 1568 fossem subvertidos por quem os administrava na universidade: no início do século XVII, as bolsas já estariam a ser concedidas a troco de compensações, monetárias ou em géneros, em vez de premiarem a qualidade dos candidatos, proveniência geográfica e limpeza de sangue. Apesar destes problemas, e de muitos outros relacionados com a cobrança dos valores em causa, o sistema manteve-se ao longo de todo o Antigo Regime, sendo apenas reformado durante o consulado pombalino. Com o argumento de que o esquema em vigor era injusto e criador de tensões entre os municípios, não só pela diferença dos valores que pagavam, mas, sobretudo, porque isentava alguns deles, em Agosto de 1774, Sebastião José de Carvalho e Melo substituiu-o por uma cobrança geral e igualitária, diminuindo o valor médio do tributo (abaixo dos 6\$000 réis contra a média anterior, um pouco superior a 18\$000 réis). Como resultado, o valor da arrecadação subiu de 1600\$000 réis para os 4065\$510 réis anuais, o que significava um reforço significativo de capital na saúde, uma vez mais sem custos para o Estado. Nessa mesma linha de pensamento, o mesmo governante optou por proteger o património das misericórdias e dos hospitais das leis desvinculadoras e desamortizadoras, sabendo que, se o perdessem, o governo teria de intervir financeiramente no sector, à semelhança do que estava a acontecer um pouco por toda a Europa.

Porém, só muito marginalmente esta reforma se reflectiu no crescimento do número de curadores verificado nas últimas décadas de Setecentos. O principal centro de graduação foi, sim, o Protomedicato, uma instituição surgida em 1782 com o proclamado intento de corrigir os abusos que se verificavam nas formações em saúde tuteladas pelo físico-mor e pelo cirurgião-mor. Num universo altamente concorrencial e conflituoso, o novo organismo, que funcionou enquadrado pelos regimentos do físico-mor (1515-1521) e do cirurgião-mor (1631), acabaria por

reforçar o poder dos empíricos sobre os académicos, num contexto das dificuldades sentidas pela Faculdade de Medicina na implementação da reforma pombalina, de 1772. É elucidativo a este propósito o facto de os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, ambos desaparecidos em 1782, terem sido ressuscitados e os seus ocupantes guindados à direcção do Protomedicato. Refira-se ainda que, na prática quotidiana, o local de formação dos médicos – em Coimbra, no estrangeiro ou por graduação pelo Protomedicato de estudantes de medicina ou de cirurgiões – mostrou ser pouco relevante nas escolhas das elites locais quando os recrutavam para as suas terras.

Os recursos em saúde impactaram nas pequenas cidades?

O mapeamento dos elementos constantes na base de dados atrás identificada, com cerca de 21 000 registos de agentes de saúde relativos a Portugal, e a sua conexão com as misericórdias e os hospitais existentes no mesmo período (Fig. 2) mostra uma concentração de meios na Estremadura, Alentejo interior e raiano e Algarve litoral; maior rarefacção a norte, onde escasseiam os hospitais e existem menos misericórdias, mas abundam os curadores recrutados pelos municípios. Que informações se poderão extrair deste mapa na sua relação com o panorama urbano de Portugal na época moderna?

A resposta não se afigura nem simples nem directa. O primeiro escolho a enfrentar deriva das dificuldades conceptuais e objectivas em definir centro urbano para estes tempos. Num país quase sem cidades de tamanho médio ou mesmo pequeno, menos de um quarto da população viveria em vilas e cidades, circunstâncias que se terão mantido até ao início do século XIX, apesar de algumas variações regionais²⁶. Dos 17 centros urbanos identificados no numeramento de 1527-1532, apenas três tinham mais de 2 mil fogos: Lisboa liderava, com mais de 13 mil fogos, só de longe seguida pelo Porto, com cerca de 3 mil, e Évora, com pouco mais que 2800. É preciso baixar aos 500 fogos para encontrar um número de aglomerados com algum relevo; das mais de três dezenas contabilizados, 76% situavam-se a sul, metade dos quais na comarca Entre Tejo e Odiana²⁷. Nos finais do século XVIII, a percentagem da concentração urbana a sul terá subido para os 80%, embora se comesçassem a salientar vários centros do norte do país, como Guimarães, Aveiro, Viana da Foz do Lima e Braga.

A relação entre a existência de recursos em saúde (Fig. 2) e taxa de urbanidade é clara e não surpreende: nos territórios mais urbanizados, há mais instituições

²⁶ Segundo os estudos de Teresa Ferreira Rodrigues e Maria João Guardado, em *História da População Portuguesa*. In RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) – *História da População Portuguesa*. Porto: CEPESE/Edições Afrontamento, 2008, respectivamente pp. 159-246 e 247-287.

²⁷ RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) – *História da População Portuguesa*, p. 188.

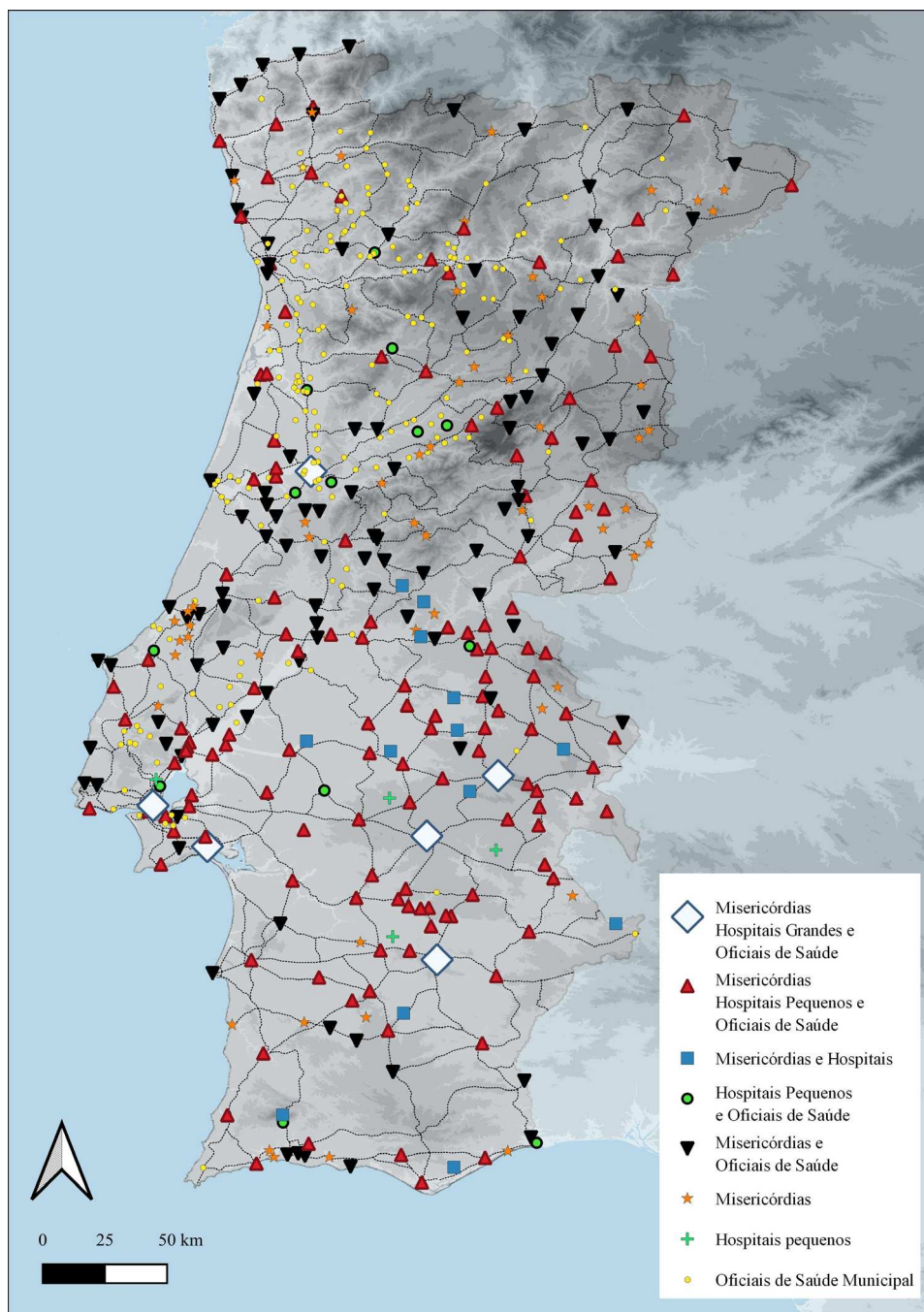


Fig. 2 – Distribuição de recursos de saúde e assistência (1496-1820).

assistenciais e é maior o papel das misericórdias enquanto pólo agregador dos demais dispositivos. Acima de todos, sobressai o Alentejo, onde predominam as terras régias e onde residia um número considerável de médicos e cirurgiões cristãos-novos: as misericórdias administravam a maioria dos hospitais e eram as principais recrutadoras de médicos, cirurgiões e boticários. É certo que o mesmo acontecia noutros locais, de distintas grandezas populacionais, desde os mais pequenos, como Aveiro, Vila do Conde, Castelo Branco e Covilhã; aos médios, como Guimarães, Coimbra, Setúbal, Tavira, Lagos e Olivença; ou a um grande centro, como Santarém, um dos primeiros a ser dotado de um hospital grande²⁸. Todavia, o padrão repete-se: trata-se, *grosso modo*, de centros localizados no Algarve e na Estremadura que, a par do Alentejo, detinham as maiores taxas de urbanização. Não obstante, ao contrário do que acontecia neste último, os anteriores estavam geograficamente dispersos²⁹.

O que ainda não se consegue saber é se a diversidade e concentração de recursos em torno das misericórdias foi propiciada pelo desenvolvimento urbano das terras ou se contribuiu para a expansão da urbanidade de algumas delas. Conscientes de que só futuros estudos de micro-história conseguirão explicar estes processos na sua totalidade, parece-nos que pode ter havido lugar às duas circunstâncias, ambas ancoradas nas condições criadas por D. Manuel I às misericórdias, atrás referidas, que transportam consigo um modelo específico de organização do poder: nos locais mais urbanizados, com elites fortes, social e politicamente dominantes, as misericórdias funcionaram como mais um centro de poder e uma nova fonte de financiamento. Uma situação que deve ser filtrada à luz de várias especificidades, como a dimensão e características da comunidade e, também, níveis de riqueza e tipologia das elites. Em cidades de pendor aristocrata, como era o caso de Évora, os ganhos associados à participação na vida de uma misericórdia podiam ser diminutos, quando não inexistentes. Já nos locais em que havia algum dinamismo económico, particularmente de cariz mercantil, representação político-institucional, mesmo que mínima, por exemplo ao nível da justiça e administração³⁰, e indivíduos prontos para assumir a condução dos destinos das terras, as misericórdias serviram de plataforma para concretização dos seus desejos de ascensão social. Ainda está por estudar a relação entre este movimento e o primeiro grande surto urbano ocorrido em território nacional ao tempo de D. Manuel I³¹, mas é uma hipótese de trabalho a explorar. Anos mais tarde, em 1613, a Misericórdia do Porto, articulada com a de Lisboa, haveria de tentar travar o reconhecimento da misericórdia de Arrifana de Sousa

²⁸ O processo relativo aos “hospitais grandes” encontra-se pormenorizado em ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde”.

²⁹ É igualmente devida uma referência à presença de centros de atractividade, como ocorria com a universidade em Coimbra, cuja influência se derramava pelas áreas limítrofes.

³⁰ HESPAÑA, António Manuel – *As Vésperas do Leviathan. Instituições e Poder Político. Portugal – século XVII*. Coimbra: Almedina, 1994, p. 87.

³¹ RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) – *História da População Portuguesa*, p. 190.

(Penafiel), com a argumentação de que a localidade não tinha condições para ter tal instituição e que os homens mais abastados apenas queriam fazerem imediatos á Sua Magestade”, isto é, tornar-se privilegiados e eximir-se dos encargos devidos à câmara do Porto. Uma pretensão que o rei ausente recusou liminarmente, reconhecendo o direito de a população ter a sua misericórdia³². Se só em 1741 Arrifana de Sousa ascendeu à categoria de vila e concelho, nas terras em que existia câmara municipal e as misericórdias foram usadas como instrumento de elevação social, as novas elites passaram a emular os comportamentos das elites tradicionais. Em ambos os casos, a vida da comunidade gravitava em torno das misericórdias e das câmaras municipais, administradas por um grupo circunscrito de homens, que deixavam pouco espaço à afirmação de poderes concorrenciais.

Nesta conjectura explicativa, que associa a maior disponibilidade de recursos de saúde a zonas urbanas ou com condições para serem urbanizadas, as misericórdias são tomadas como representação política da coroa, que através delas se faz presente, até no plano simbólico, através das insígnias do poder real (a coroa e os castelos) que transportavam nas suas bandeiras. Esta será uma das razões que poderão explicar o dinamismo fundacional de misericórdias durante a monarquia dual, traduzido em cerca de cinco dezenas destas confrarias, localizadas sobretudo em pequenas localidades do interior do país.

Situação distinta era a que ocorria no território mais povoado mas menos urbanizado, ainda que com distintas densidades populacionais, da província de Entre Douro e Minho, nas comarcas de Guimarães, Lamego, Porto e Viseu; e em Vila Real, na província de Trás-os-Montes e Alto Douro, territórios socialmente dinâmicos e com mais graduações sociais intermédias. No caso de Guimarães, apenas a sede de comarca e Amarante tinham misericórdias (Guimarães, também hospital), enquanto nas restantes localidades os cuidados médicos eram prestados por oficiais de saúde ao domicílio. Um outro exemplo encontra-se já na comarca de Viana do Castelo, circunscrição onde existiam misericórdias na maior parte dos concelhos, excluindo Coura, mas não hospitais, excepto em Viana. As misericórdias, conjuntamente com as câmaras municipais, eram aqui os principais recrutadores de curadores. Condição idêntica à de Guimarães, com poucas misericórdias e quase ausência de hospitais, ocorria nas terras de fronteira, nas comarcas da Guarda, Castelo Branco, Miranda, Pinhel e Moncorvo; a diferença é que, nestes casos, foram os municípios a assegurar a contratação de oficiais de saúde.

Desta diversidade de modelos, caracterizada pela dispersão de meios, não será alheio o predomínio das terras senhoriais, eventualmente menos dispostas a acatar as sugestões régias para fundar misericórdias. Foi nesta zona que os cirurgiões

³² Processo analisado em ABREU, Laurinda – “As Misericórdias portuguesas de Filipe I a D. João V”. In *Misericordiarum. Fazer a história das Misericórdias*, vol. 1. Lisboa: Universidade Católica/União das Misericórdias Portuguesas, 2002, pp. 48-49.

estiveram mais presentes, fruto de centros de formação, particularmente activos no século XVIII³³, associados, ou não, ao hospital da Misericórdia do Porto, e depois desmultiplicados em vários espaços de examinação dinamizados por Manuel Gomes de Lima Bezerra. Como já estudado, estes centros facilitaram a construção de carreiras de cirurgiões formadores e cirurgiões examinadores, cargos transmitidos de pais para filhos, que poderão ter permitido construir redes de poder nada negligenciáveis, ainda assim exíguas quando se pensa numa geografia mais alargada e na capacidade, económica e social, por exemplo, para estabelecerem misericórdias ou fazê-las crescer de modo a imporem-se como centros únicos de poder. Neste sentido, a pulverização dos recursos assistenciais, materializada na existência de pequenos hospitais e pequenas misericórdias como entidades separadas, também lhes poderá ter sido mais útil do ponto de vista do exercício de alguma influência. Por outro lado, o elevado número destes curadores disponíveis no mercado, além de outros curadores não encartados, em povoações de reduzida dimensão, dependentes da agro-pecuária, poderia satisfazer as necessidades dos seus habitantes: faziam sangrias; aplicavam clisteres e emplastos; consertavam ossos, suturavam cortes e feridas, entre tantos outros curativos. Pouco mais se oferecia na maioria dos pequenos hospitais. Com a particularidade de, no caso de locais mais isolados, ter menos pertinência a existência deste tipo de instituições (*hospitais-albergues*): como se observa na figura 2, a localização dos hospitais esteve associada às principais rotas terrestres para o interior e o norte do reino – veja-se, por exemplo, o eixo do rio Tejo. Repita-se, contudo, que só estudos de história local e regional poderão confirmar ou infirmar estas hipóteses explicativas, que, em momento algum, desvalorizam a existência de grandes centros urbanos e poderosas misericórdias no Norte do país.

Independentemente de a concentração de meios assistenciais e de saúde à volta das misericórdias estar mais associado aos espaços urbanos e de a dispersão de recursos ou ausência de instituições aos contextos rurais, quando a informação é desagregada por área geográfica, é possível avançar um pouco mais no conhecimento destas realidades locais: por exemplo, consegue-se acompanhar a evolução dos movimentos de fixação de médicos, cirurgiões e boticários e da sua circulação entre as diferentes localidades. De acordo com os documentos de 1568 e de 1606, atrás aludidos, as zonas que ficaram isentas da tributação para as bolsas de estudo (Fig. 3) podem, grosseiramente, ser agrupadas em dois conjuntos, que espelham as assimetrias da distribuição regional da população: um que junta o Algarve e Trás-os-Montes, zonas ruralizadas (com exclusão do Algarve litoral), menos povoadas,

³³ Veja-se ABREU, Laurinda – “A formação de cirurgiões no Norte de Portugal nos finais do Antigo Regime. O papel de Manuel Gomes de Lima”. In *Atas do V Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto – Misericórdia, Liberdade, Património*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2021, pp. 447-459.

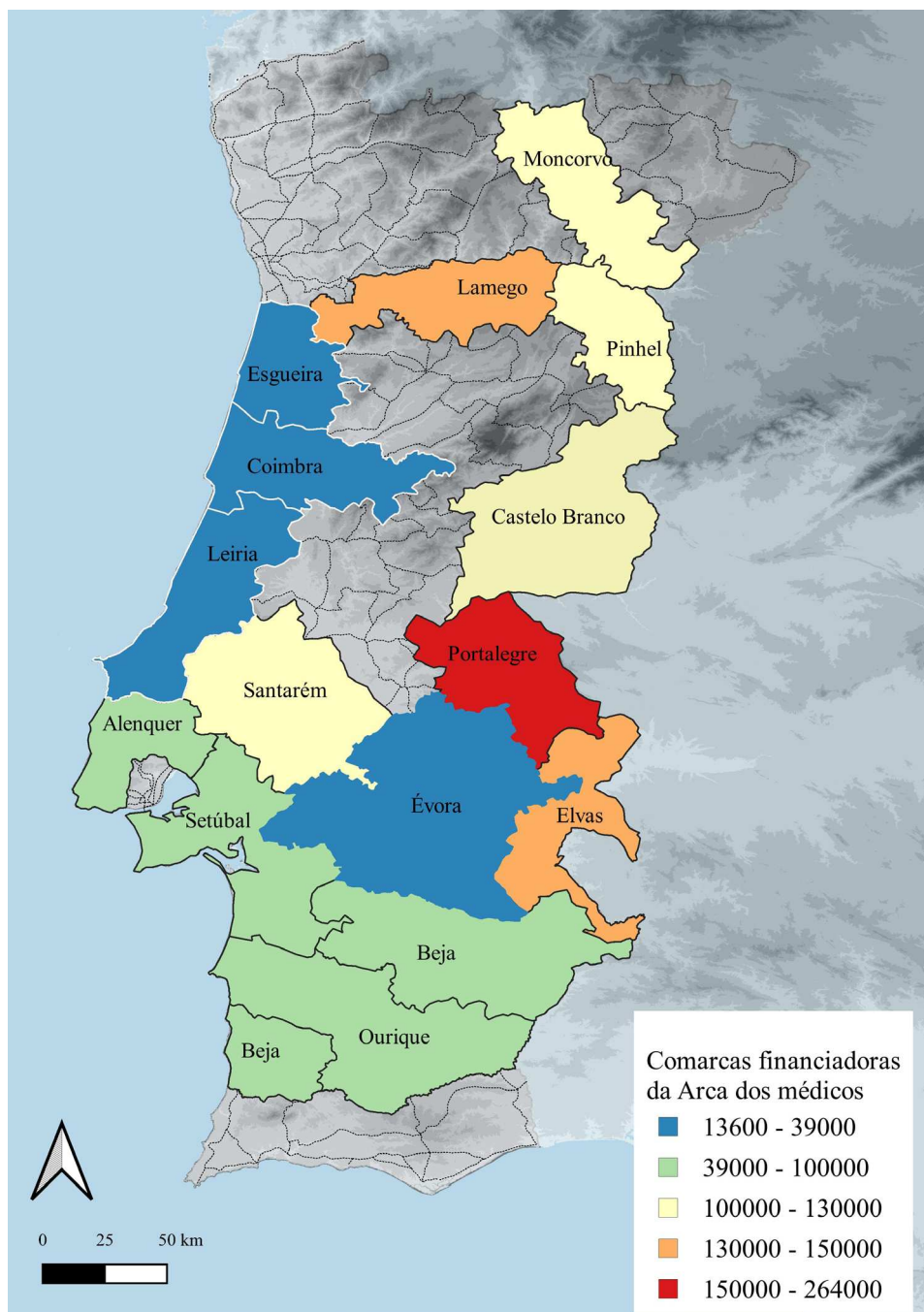


Fig. 3 – Comarcas financiadoras das bolsas de estudo para médicos e boticários.

de povoamento concentrado e com grandes espaços desabitados³⁴; o outro grupo congrega as províncias de Entre Douro e Minho e comarcas que pertenciam às zonas hoje identificadas como Beira e Alto Alentejo, onde (à exceção da Estremadura) se encontravam mais moradores: se, no primeiro caso, a coroa terá decidido não impor um novo tributo devido à rarefacção populacional, no segundo poderá ter partido do princípio de que as populações seriam auto-suficientes.

Excluindo Pinhel, Castelo Branco e Moncorvo, para os quais não existem dados individualizados, verifica-se que as comarcas sobre as quais recaíram os tributos mais elevados eram as de Portalegre, a mais onerada, com 264\$000 réis; logo seguida da de Lamego, com 150\$000 réis e de Elvas, com 140\$000 réis, as três perfazendo 544\$000 réis, isto é, 34% do total dos 1600\$000 impostos em 1606. As menos penalizadas eram as comarcas de Évora, Esgueira, Coimbra e Leiria.

Alargando o foco de análise e comparando as comarcas contribuintes com as localidades que recrutaram recursos humanos em saúde, verifica-se que as terras, mesmo que não concordassem com o pagamento deste tributo, apreenderam a sua lógica e procuraram ser compensadas pelo investimento realizado: as que financiaram as bolsas de estudo acabaram a recrutar médicos e boticários, mas, também, cirurgiões, assim completando a habitual tríade de curadores mais requeridos pelas populações. É ainda relevante indicar que, na maior parte dos casos, os salários dos curadores foram pagos, por opção régia, através das sisas, o mais importante imposto real (10%), a que estavam obrigados todos os vendedores e compradores, salvo os eclesiásticos e os comendadores da Ordem Militar de Avis. Uma ocorrência que faz pressupor que terá havido intencionalidade da parte da coroa em manter nas povoações parte do rendimento tributado, sob a forma de serviços de saúde³⁵.

Mais significativo, contudo, é a confirmação de que houve transferências regionais entre localidades com diferentes capacidades económicas. Vejam-se alguns exemplos nas comarcas de Santarém e Setúbal (Fig. 4): 11 municípios foram arrolados para financiar as bolsas de estudo, mas quase 60 localidades que gravitam à sua volta recrutaram curadores, inclusivamente médicos, um bem caro e escasso. Espacialmente vincada, está a linha do Tejo e as terras próximas de Lisboa, quer na margem sul, quer na região do Oeste.

³⁴ Embora se tenham registado comportamentos distintos ao longo do século XVIII, conforme demonstrado pela obra coordenada por RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) *História da População Portuguesa*, pp. 257-260.

³⁵ Além das sisas, os salários dos curadores podiam sair das rendas que os municípios deviam partilhar com a coroa e, ainda, das fintas, estas últimas as menos utilizadas por penalizarem sobremodo os pobres, por não terem privilégios de isenção.

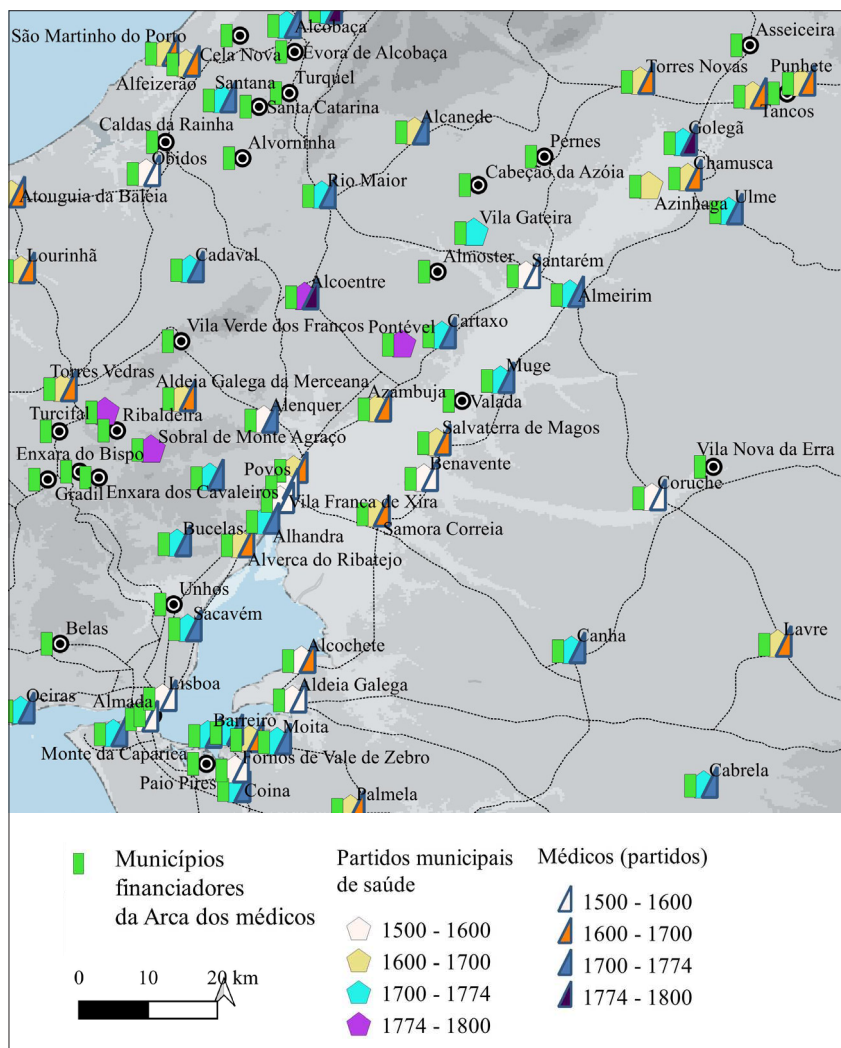


Fig. 4 - Localidades contribuintes e recrutadoras de recursos de saúde nas comarcas de Setúbal e Santarém (1606-1800).

Se o olhar se deslocar para a comarca de Portalegre (Fig. 5), observa-se que dos 15 concelhos tributados, apenas Seda, Alter Pedroso e Alegrete não tiveram partidos de saúde. Mas se se introduzir novos indicadores, como hospitais e misericórdias (Fig. 6), mostra-se que desde o século XVI, Seda e Alter Pedroso tinham misericórdia e hospital, enquanto em Alegrete havia misericórdia. Ou seja, à partida, teriam recursos próprios, não estando dependentes deste novo mecanismo redistributivo. Já o caso de Abrantes (Fig. 5 e Fig. 6) permite afirmar com segurança que o

reconhecimento régio pelo papel desempenhado na restauração da independência, materializado na atribuição do título de “notável vila”, em 1641, foi o motor da expansão da localidade que, por sua vez, atraiu um aumento exponencial dos recursos de saúde.

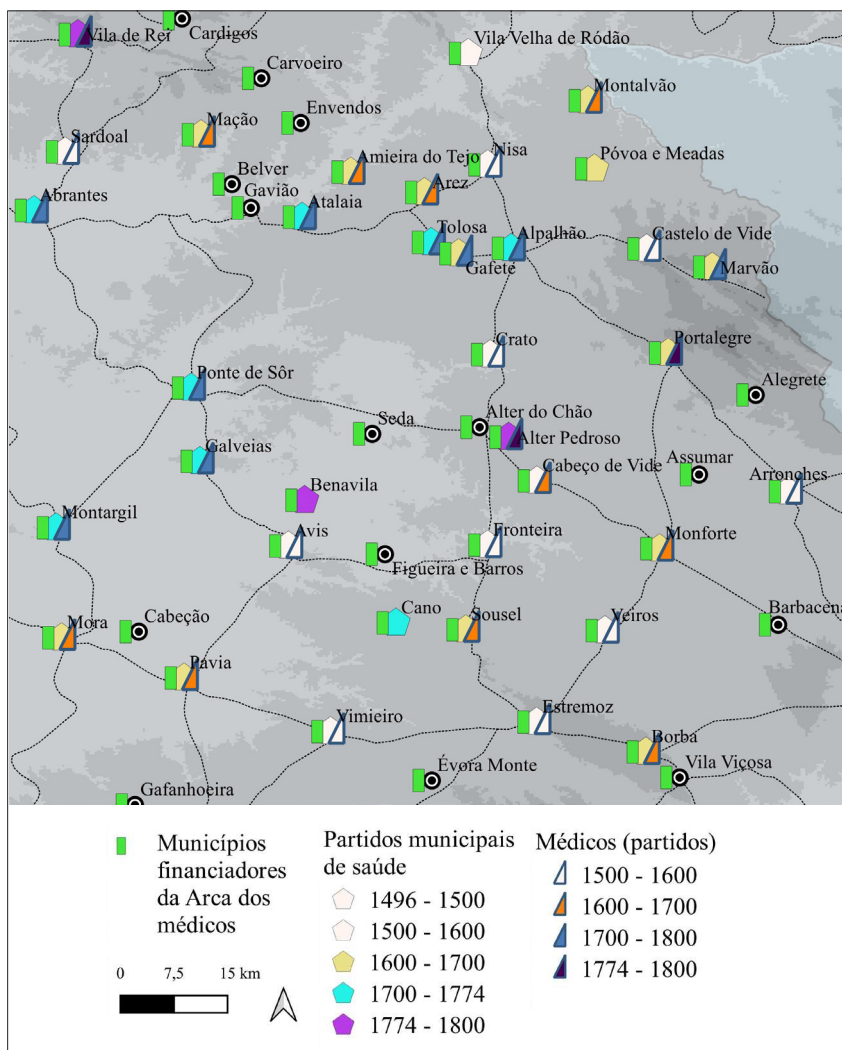


Fig. 5 – Localidades contribuintes e recrutadoras de recursos de saúde na comarca de Portalegre (1606-1800).

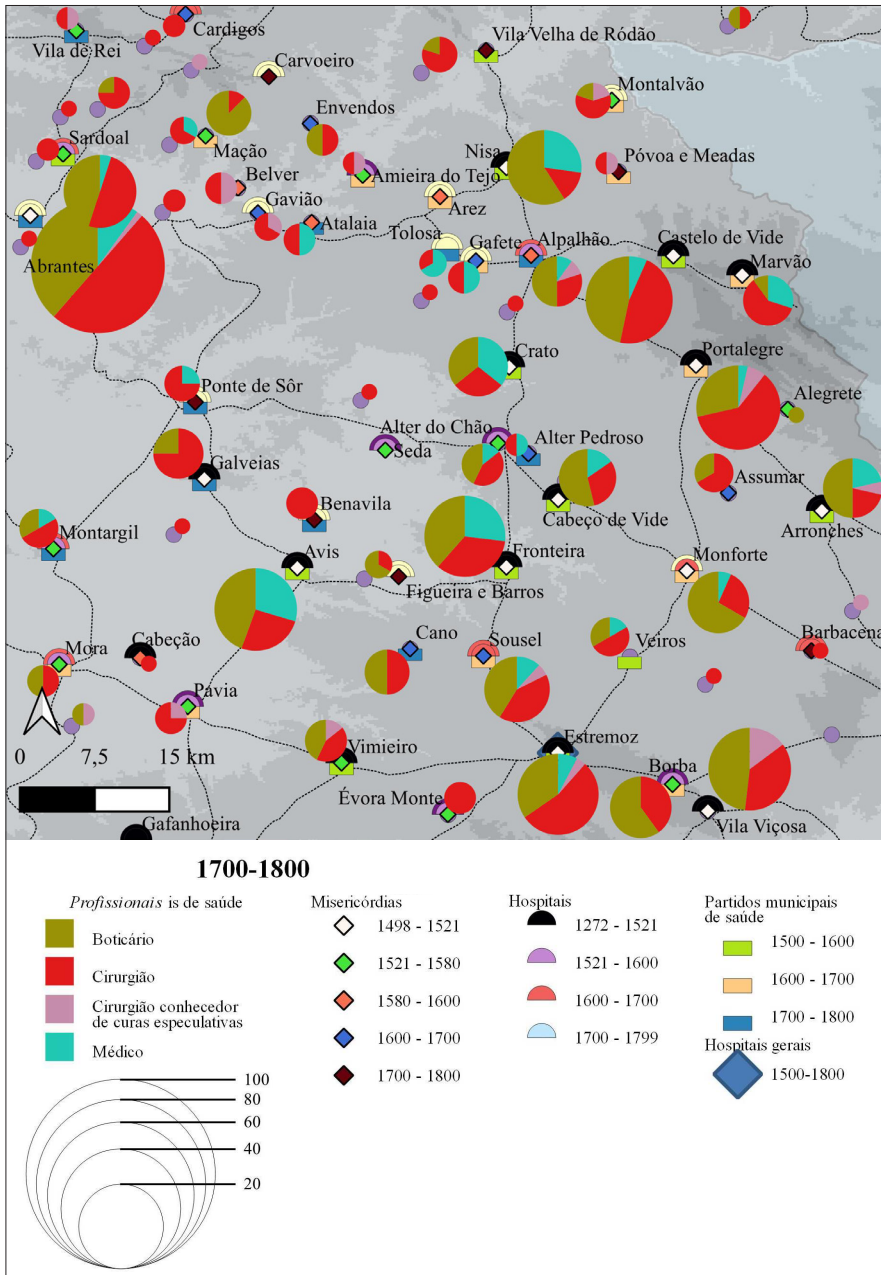


Fig. 6 – Localidades contribuintes e recrutadoras de recursos de saúde nas comarcas de Portalegre e Évora (1700-1800).

Concluindo

Numa investigação onde há ainda mais questões do que respostas, todas as conclusões são frágeis e passíveis de serem alteradas com o desenvolvimento do estudo. No entanto, e sem surpresas, verifica-se que, ao longo da época moderna, a quantidade e diversidade de recursos assistenciais e de saúde esteve dependente da dimensão das localidades e da força das elites que as governavam. Nos territórios mais urbanizados, ou com condições socioeconómicas para se urbanizarem, a tendência foi para a centralização desses recursos nas misericórdias, administradas por homens que circulavam entre elas e as câmaras municipais, dominando umas e outras, em redes familiares e clientelares que podiam durar várias gerações. Nas demais localidades, mais populosas e mais rurais, socialmente mais dinâmicas, mas com poucos grupos fortes, terras onde a presença senhorial era maior, dominou a dispersão e a atomização de recursos.

Neste processo, as bolsas de estudo para formação de médicos e boticários instituídas nos finais da década de 1560, bem como a opção pelas sisas como principal meio de pagamento dos salários dos médicos, boticários e cirurgiões recrutados pelo poder local, misericórdias e hospitais, foram organizadas pela coroa com base na reciprocidade entre os diferentes municípios e entre estes e o poder central. Em ambas as situações, parte do investimento feito pelas populações deveria regressar ao local de partida sob a forma de serviços de saúde.

Por fim, recorde-se que, apesar da insistência régia na formação académica de médicos, a prestação de cuidados de saúde em Portugal na época moderna foi garantida pelos cirurgiões, alguns deles elevados à categoria de médicos, quer pelo físico-mor, quer pelo Protomedicato. O universo dos cirurgiões foi, também, um universo de poderes, individuais, familiares e clientelares (em termos dos mecanismos de formação e sua regulação). Acredita-se, mesmo, que o seu elevado número e importância que adquiriram, a par do carácter rural das pequenas comunidades que serviam, terão tido algum impacto no modo como foi organizado este campo social, nas terras por onde circulavam. Todavia, só estudos sistemáticos de malha mais fina e que acompanhem as variações dos quantitativos populacionais ao longo do período em análise poderão, efectivamente, trazer dados mais fidedignos que ajudem a compreender a relação entre os recursos em saúde, humanos e materiais, e o tecido urbano português.

A pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, levou à adoção de sucessivas medidas para tentar minimizar a sua propagação. Como sabemos, ao longo de cerca de dois anos, a saúde esteve, antes de mais, na agenda pessoal de cada um de nós, bem como nas agendas sanitária, política, mediática e, também, académica. Ainda que o contexto pudesse parecer pouco favorável à realização de um evento científico, considerámos que seria um bom momento para analisar o tema da saúde, desde a ótica das pequenas cidades ao longo do tempo.

Este livro resulta de uma seleção dos trabalhos apresentados e debatidos no Colóquio Pequenas Cidades e Saúde, realizado online nos dias 6, 7 e 8 de maio de 2021. Os textos apresentados incluem abordagens muito diversas no seu espectro cronológico, desde a Idade Média à Época Contemporânea, e nos seus métodos, por diferentes áreas de investigação histórica.

O volume oferece assim o que consideramos ser uma perspetiva atualizada sobre a problemática da saúde desde os pequenos núcleos urbanos incluindo reflexões sobre as políticas e estruturas de saúde pública, os processos de mudança e adaptação, a gestão de recursos e a sua materialidade, o papel dos governos locais e a sua interação com o poder central, e ainda reflexões sobre as respostas urbanas em tempos de epidemia.

Apoio:

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia



In-SCIT

INTERNATIONAL NETWORK
SMALL CITIES IN TIME

