

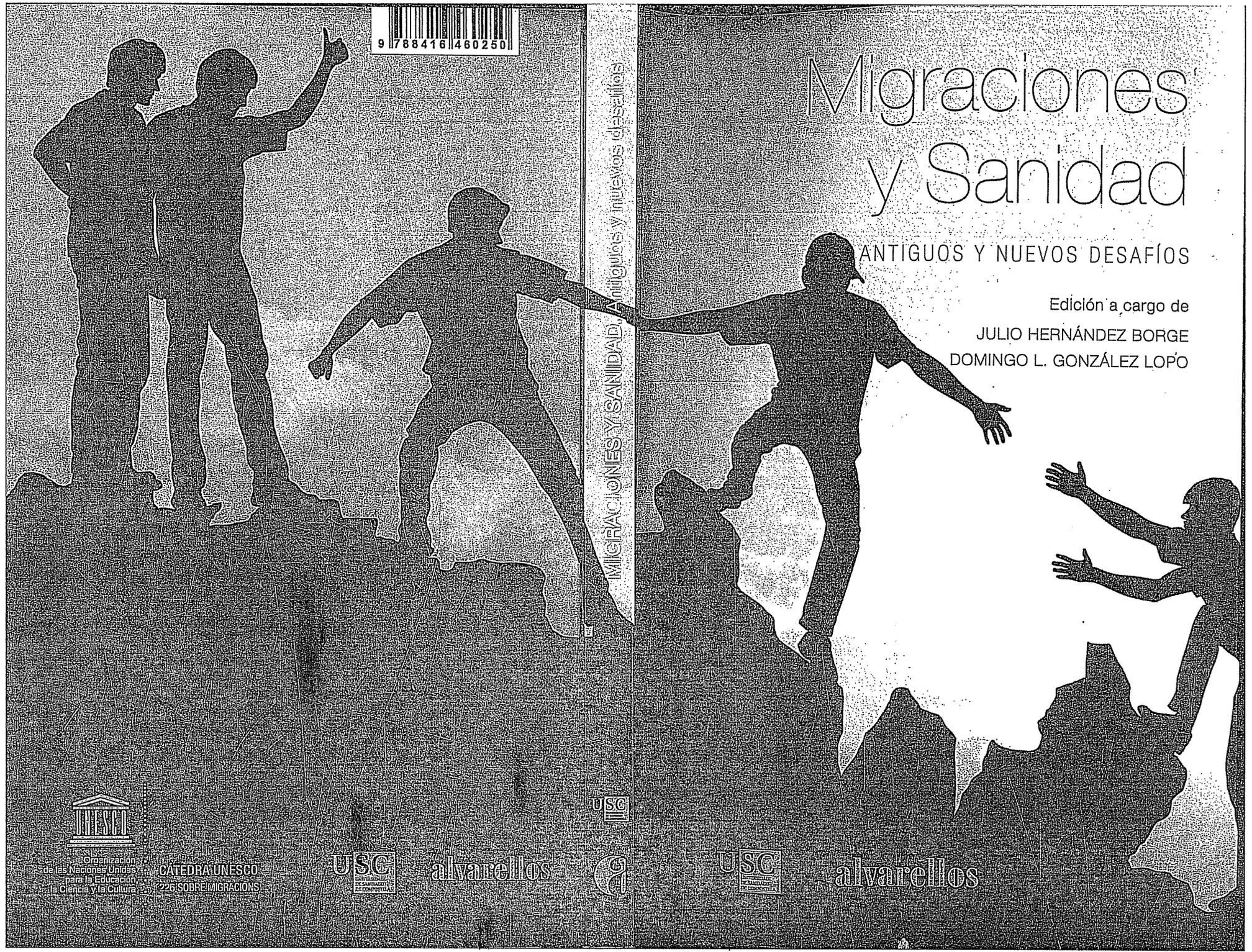


MIGRACIONES Y SANIDAD, Antiguos y nuevos desafíos

Migraciones y Sanidad

ANTIGUOS Y NUEVOS DESAFÍOS

Edición a cargo de
JULIO HERNÁNDEZ BORGE
DOMINGO L. GONZÁLEZ LOPO



CATEDRA UNESCO
226 SOBRE MIGRACIONES



alvarellos



alvarellos

colección **OESTE**

© ALVARELLOS EDITORA, 2017
Sempre en Galiza, 4 - praza
15706 Santiago de Compostela
www.alvarelllos.info

Edición a cargo de Julio Hernández Borge
y Domingo L. González Lopo

© Cátedra UNESCO 226 sobre Migracións de la USC
© Textos y gráficos: sus autores

Producción: Alvarellos Editora
Imagen de portada: Getty Images
Impreso en Podiprint

ISBN: 978-84-16460-25-0
Depósito legal: C 1457-2017

Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

CÁTEDRA UNESCO
226 SOBRE MIGRACIONES

Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2^a metade do século XIX¹

MARIA ANTÓNIA LOPES

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Antes de meados do século XIX é difícil ou mesmo impossível apreender a área de influência dos hospitais porque em geral identificavam-se os doentes pela sua naturalidade, sem se discriminar a residência. Sendo assim, como perceber se a

¹ Este estudo, apesar de simples, pôde contar com a ajuda de muitos, tanto na localização como na cartografia dos dados. Assim, agradeço aos Profs. Domingo González Lopo; Ana Leonor Pereira e Maria Renilda Barreto e ainda à Dr.^ª Ana Isabel Coelho da Silva e Ana Margarida Barata. Por absoluta falta de tempo, não usei as fontes que generosamente me foram facultadas pela Prof.^ª Alexandra Esteves e pelo Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Braga, Dr. Bernardo Reis.

pessoa em causa era um migrante ou se se deslocara expressamente para pedir o internamento? E mesmo quando se regista e distingue o lugar de nascimento e a morada, como reconhecer entre os não residentes quem estaria simplesmente em trânsito? Isto é, esses enfermos procuraram o hospital ou entraram nele por mero acaso?

Por outro lado, que poder de atração poderiam ter os pequenos hospitais concelhios? A existir essa atração, seria nos melhores e maiores estabelecimentos e nos hospitais especializados que, no século XIX, eram os termais, os psiquiátricos e, no fim da centúria, os sanatórios para tuberculosos. Não irei falar de termas nem de sanatórios porque estes dependem de fatores naturais localizados, obrigando necessariamente a deslocações. O que quero avaliar é a mobilidade gerada pela eficácia hospitalar que é fruto dos progressos terapêuticos sem dependência de causas ambientais.

A análise da clientela hospitalar tem sido trabalhada como fonte para o estudo da mobilidade populacional². O que se busca aqui é outro comportamento social e por isso os doentes a analisar não são os residentes na localidade que nasceram fora dela, mas sim os não residentes.

Rede hospitalar em Portugal e sua clientela

Do século XVII a meados do século XVIII, provavelmente a maioria dos hospitais portugueses era já administrada pelas misericórdias. Os que o não eram, tinham gestão direta da Coroa ou das Câmaras Municipais. Escapava uma vintena de pequenos hospitais militares instalados ao longo da fronteira, cujos serviços eram assegurados pela congregação masculina de S. João de Deus, e algumas unidades entregues aos cuidados dos Loios ou Congregação de S. João Evangelista, todos sob supervisão da Mesa da Consciência e Ordens, um tribunal régio superior. Com a política da Ilustração regalista do marquês de Pombal, os Loios foram afastados dos poucos hospitais que ainda geriam, como sucedeu no Hospital Real de Coimbra ou no das Caldas da Rainha. Não havia ordens religiosas

² Ver os trabalhos de Domingo GONZÁLEZ LOPE e de Camilo FERNÁNDEZ CORTIZO.

femininas dedicadas ao socorro aos pobres ou aos doentes. As freiras portuguesas eram contemplativas e viviam em estrita clausura, sem que exercessem atividades caritativas.

Por fim, deve sublinhar-se que em Portugal da Idade Moderna os hospitais não eram instituições sob jurisdição episcopal escapando, portanto, à sua tutela (mesmo que apenas nominal) e, por isso, também às ambiguidades e conflitos sobre a sua administração³. Quanto às misericórdias (ou santas casas), eram instituições civis, sem qualquer dependência da Igreja⁴.

Com a implantação da monarquia constitucional (1820-1822; 1834-1910), como o país não dispunha de meios para a criação de base de um novo sistema assistencial, e, por outro lado, o que existia assentava numa rede bem disseminada de misericórdias –instituições não eclesásticas, arreigadas nos hábitos locais, dotadas de meios financeiros e sob a tutela do Estado–, a nova ordem constitucional considerou-as insubstituíveis, as pedras basilares do sistema nacional de beneficência. E por isso mesmo, a Constituição de 1822, a mais radical ao nível da organização política, que almejava romper resolutamente com as heranças do passado, apostou na consolidação e expansão das instituições existentes –misericórdias, hospitais e casas de expostos– recomendando-as ao Parlamento e aos governos. Pela mesma razão, a desamortização da década de 1830 não visou esses estabelecimentos. Quanto à desamortização de 1866, a que atingiu as instituições de beneficência, não foi uma expropriação. O Estado obrigou esses estabelecimentos a alienar apenas os imóveis de que não necessitavam para as suas atividades, aplicando-se o produto da venda em inscrições de crédito público, cuja propriedade e juros continuavam a pertencer às instituições. Na prática, tratou-se de transformar bens de raiz em capital.

Procedeu-se também, no século XIX, a uma importante transferência de património edificado para as instituições de beneficência públicas e privadas, proveniente de edifícios devolutos na sequência da extinção das ordens religiosas. Assim sendo, o encerramento dos mosteiros e conventos (masculinos em 1834 e femininos ao longo

³ Cf., v.g., GURTON, Jean-Pierre, ed. (1999): *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

⁴ Sobre as misericórdias portuguesas, ver a minha síntese *Proteção social em Portugal na Idade Moderna* (Coimbra, Imprensa da Universidade, 2010) e bibliografia aí indicada.

do século⁵), longe de contribuir para debilitar os cuidados assistenciais, como por vezes se pensa, pelo contrário, dotou o sistema de instalações muito superiores, tanto em área como em condições de habitabilidade, permitindo-lhes a ampliação de atividades, quase sempre hospitalares.

No domínio da beneficência, o Estado português oitocentista atuava de duas formas: com “administração primária e direta” e com “administração secundária e indireta” (expressão utilizada por Joaquim António de Aguiar na portaria de 12 de abril de 1866). O Estado financiava e geria diretamente, através do Ministério do Reino, Juntas Distritais, Governos Civis e Administrações dos Concelhos:

- O socorro aos expostos;
- Os subsídios de lactação a famílias pobres e os socorros médicos, farmacêuticos e obstétricos gratuitos através dos partidos camarários⁶, cujo número cresceu continuamente ao longo do século;
- Vários hospitais, incluindo os de Lisboa (os maiores do país), Coimbra e Caldas das Rainha;
- A Misericórdia de Lisboa;
- Alguns asilos.

Os expostos que eram tutelados pelas câmaras, o hospital das Caldas da Rainha e os médicos dos partidos já eram administrados pelo Estado antes do Liberalismo. A administração primária e direta foi instaurada por este regime nos restantes serviços, incluindo os enjeitados nos casos em que até então se encontravam a cargo das misericórdias. Em 1851, a reforma do Conselho Geral de Beneficência (criado em 1835) alterou as administrações da Misericórdia de Lisboa e do Hospital de S. José, passando aquela a

⁵ Se os frades foram expulsos dos conventos, o mesmo não sucedeu com as freiras, o que seria inconcebível, atendendo às conceções de então sobre a fragilidade e pureza das mulheres. Os conventos femininos, onde não mais nenhuma religiosa pôde professar, foram extintos à medida que falecia a última freira, num processo que se arrastou até finais do século.

⁶ Os médicos (sempre em maior número), boticários e parteiras de partido recebiam um ordenado das câmaras municipais ficando obrigados a atender gratuitamente os doentes pobres. Completavam os seus vencimentos com clínica privada aos não pobres.

ser dirigida por um provedor e este por um enfermeiro-mor, ambos os cargos de nomeação governamental.

A administração secundária e indireta do Estado era exercida no século XIX, como sempre havia sido, pelos agentes periféricos do poder central, agora os governadores civis, com atribuições mais latas do que tinham sido as dos provedores e corregedores das comarcas. A nível concelhio, atuavam os administradores dos concelhos. As instituições de “beneficência e piedade” supervisionadas pelo Estado eram:

- Misericórdias;
- Hospitais (na maioria integrados nas misericórdias, mas alguns independentes);
- Irmandades ou confrarias (com ação residual em matéria de beneficência);
- Ordens terceiras (com ação assistencial, mas reservada aos irmãos);
- Instituições inovadoras que foram surgindo ao longo do século XIX: asilos de infância e de idosos, creches, albergues noturnos, dispensários, lactários, etc.

Esta tutela era pesada, tão pesada que se considerava que tais organismos eram indiretamente administrados pelo Estado, pois todos eram obrigados a apresentar e a aguardar aprovação ministerial e/ou distrital de estatutos, orçamentos, relatórios de contas, despesas extraordinárias, resgate de aplicações financeiras, venda e aquisição de bens imobiliários, contratação de pessoal, etc. Mas as medidas fiscalizadoras dos governos liberais não corporizaram uma rutura com a política anterior, como poderá parecer, atendendo às novidades administrativas e terminológicas. Já durante o Antigo Regime as misericórdias e os hospitais estavam sob imediata proteção do soberano e se até meados do século XVIII a tutela régia era em geral pouco interveniente, a ação pombalina mudou esse relacionamento, impondo, desde a década de 1750, uma forte ingerência da Coroa, comportamento que se prolongou pelos dois reinados seguintes. Por isso, o alvará de 18 de outubro de 1806 foi repetidamente invocado durante a monarquia constitucional. Este diploma conferira às misericórdias, hospitais e rodas de expostos uniformidade e maior solidez económica, determinara novas práticas assistenciais e a inspeção regular das suas atividades.

O alvará de 1806 impusera às misericórdias a obrigatoriedade de aceitar todos os doentes pobres que requeressem o internamento, independentemente da sua procedência, mas a imposição deixou de ser aplicável ao Hospital de S. José, em Lisboa, que pelo disposto no alvará de 14 de dezembro de 1825 ficou autorizado a pedir o reembolso das despesas feitas com os doentes forasteiros às misericórdias das suas residências ou, no caso de estas provarem a falta de meios, às respetivas câmaras municipais. Tais regras, naturalmente, desagradavam às direções das santas casa, mas os governos, que não só pretendiam impedir a sobrelotação e subfinanciamento do Hospital de S. José, mas também compelir as misericórdias a investir nos seus hospitais, nunca as eximiram do pagamento ao hospital da capital. Logo: cercearam este tipo de mobilidade gerada pela busca da saúde. Com a abertura em Lisboa do hospital psiquiátrico de Rilhafoles em meados do século, o mesmo se lhe aplicava, obrigando-se as misericórdias ou as câmaras a pagar os internamentos ao Hospital de S. José de quem o manicómio dependia.

Apesar de muitos regulamentos hospitalares já preverem a admissão de doentes a troco de pagamento, os hospitais oitocentistas continuavam a ser para pobres, os quais constituíam a esmagadora maioria dos seus pacientes.

Em 1847, José Silvestre Ribeiro (1807-1891) referia-se desta forma aos hospitais: “esses admiráveis e direi até *sublimes* estabelecimentos pios, os hospitaes, nos quaes a pobreza encontra agasalho para o curativo de suas enfermidades”⁷. Aliás, como ninguém podia prever as futuras conquistas da ciência médica, acreditava-se que com a melhoria das condições de vida, os hospitais – casas de caridade para indigentes e por isso a cargo das misericórdias – iriam desaparecer ou, pelo menos, diminuir drasticamente. Assim o pensava José Henriques Nogueira (1825-1858), um importante pensador, introdutor das ideias socialistas em Portugal⁸. Ainda em 1870 os médicos continuavam a caracterizar os doentes como “desgraçados que buscam n’uma enxerga do hospital o allivio e o

⁷ *Apointamentos sobre as classes desvalidas e institutos de beneficencia*. Funchal, Typ. do Madeirense, 1847, p. 24

⁸ *O estudo sobre a Reforma em Portugal in Obra Completa I*. Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1976, pp. 107-109 [1ª ed.: 1851].

conforto que a fortuna adversa lhes não permitiu receberem no proprio domicilio”⁹.

Mobilidade gerada pelo Hospital de S. José, Lisboa

Sabemos que entre 1840 e 1850 a média dos ingressos anuais no Hospital de S. José foi de 12.078¹⁰. Segundo os responsáveis, eram admitidos doentes que não o deviam ser, o que gerava excesso de lotação. A portaria de 16 de janeiro de 1851 vedou as entradas aos que se fingiam doentes, aos que podiam pagar e aos de fora, “principalmente de localidades onde havia Misericórdias abonadas, como Setúbal, Santarem, Caldas, Leiria e muitas outras”. A “má organização e administração dos estabelecimentos de caridade de fóra de Lisboa” é apontada como razão dos ingressos em S. José de doentes dessas localidades e, ainda, a primeira de entre as causas externas da mortalidade¹¹.

“Todos sabem que muitas Misericordias de fóra do termo de Lisboa, apesar de terem muitas vezes rendimentos mais que suficientes para tratarem todos os doentes pobres de seus respectivos concelhos, sobretudo se fossem administradas com o conveniente e devido zelo e desinteresse, remetem todavia, com a maior deshumanidade, para o hospital de Lisboa, um grande numero de doentes, principalmente os mais graves, que vem augmentar a mortalidade d’este estabelecimento”.

“Não lhes excita remorsos o estado triste e gravissimo em que chegam ao hospital de Lisboa, depois de um transito, ás vezes de muitas leguas, os infelizes doentes, expostos aos frios, ás chuvas e aos ventos do rigor de inverno, ou aos calores dos mezes do estio, accommetidos de pleurizes, pulmonites, bronchites ramusculares, tysicas, fevres graves,

⁹ *Gazeta Médica de Lisboa*, 1870, p. 450.

¹⁰ António Maria Barbosa, *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade do Hospital de S. José e meios de as attenuar*, 2ª ed. Lisboa, Imprensa de Francisco Xavier de Sousa, 1856, p. 18 [obra com dedicatória datada de janeiro de 1854].

¹¹ António Maria Barbosa, *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade...*, cit., p. 5.

anasarcas de todas as origens, erysipelas e outras doenças, muitas das quaes se fossem devidamente tratadas no seu principio, por vezes mui simples, nos hospitaes mais proximos do domicilio dos doentes, não teriam a terminação funesta, que tantas vezes se lhes vê no hospital de S. José, e que é consequencia obrigada d'essa falta de caridade e de amor do proximo, que nada pôde desculpar.

Estes abusos, que eram frequentissimos antes da Portaria de 16 de janeiro de 1851, que regulou a entrada dos doentes no hospital de S. José, ainda hoje se repetem muito. Esta asserção é demonstrada pela estatística¹².

A ordem de restrição de admissões de janeiro de 1851 foi reforçada por nova portaria de 18 de março do mesmo ano, em virtude do protesto da Misericórdia de Setúbal contra a limitação imposta em janeiro. De facto, Setúbal pertencia então ao distrito administrativo de Lisboa, mas os responsáveis de S. José entendiam não ter de receber os seus doentes pois a Misericórdia setubalense administrava um hospital. Apesar das duas portarias restritivas, verificou-se que no fim desse ano de 1851 haviam entrado no Hospital de S. José 1.726 doentes provenientes de outros distritos, o que se explicava, segundo nova portaria de 19 de junho de 1852, pelo facto de essas determinações de 1851 serem aplicadas de forma "indulgente"¹³. Como António Maria Barbosa (1825-1892) informa na sua *Memoria* que nesse ano foram admitidas 8.609 pessoas¹⁴, então as que residiam em distritos estranhos representaram 20% dos internados.

Maria Renilda Barreto publicou as naturalidades dos doentes admitidos em S. José no ano de 1852, repartidos por províncias¹⁵, mas não a distribuição de residências. Estas encontram-se, porém, na mesma fonte utilizada, a *Gazeta Médica* de 1854¹⁶.

¹² António Maria Barbosa, *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade...*, cit., pp. 6-7.

¹³ Cf. Manoel Cesário de Araújo e Silva, *O Hospital São José e anexos em 1853*. Lisboa, Typ. da Imprensa, 1853, pp. 17-19.

¹⁴ *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade...*, cit., p. 18

¹⁵ BARRETO, Maria Renilda Nery (2005): *A medicina luso-brasileira. Instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. Rio de Janeiro, Tese de Doutoramento em História das Ciências de Saúde apresentada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), p. 103.

¹⁶ Agradeço a informação à autora, que teve a gentileza de me fazer chegar esse exemplar da *Gazeta médica*.

Residência	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Lisboa (cidade)	2931	1855	4786	49,2%	83,4%	58,5%
Embarcados	316		316	5,3%	0,0%	3,9%
Fora de Lisboa	2654	361	3015	44,5%	16,2%	36,8%
Sem domicilio	58	7	65	1,0%	0,3%	0,8%
TT	5959	2223	8182	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 1 – Residências do doentes do Hospital de S. José, 1852.

Fonte: *Gazeta Médica*, 1854, p. 300.

É importante a percentagem dos enfermos residentes fora de Lisboa, mas a maioria seria, decerto, do concelho, porque a crer em outros dados disponíveis, a mobilidade terá baixado muito. Assevera António Maria Barbosa que no primeiro trimestre de 1852 entraram em S. José 1.908 doentes, sendo de Lisboa 1.316 (69%) e de fora 592. Destes 592, eram dos subúrbios 279 (14,6%), 174 "de concelhos e freguesias rurais" (9,1%) e 139 "das províncias" (7,3%)¹⁷. Isto é, 83,6% dos admitidos no maior hospital do país eram do próprio concelho e, pelas expressões usadas, depreende-se que 9% são rurais do distrito de Lisboa, que representa, portanto, 92,7% na população hospitalar. Ou seja, o Hospital de S. José estava longe de ser um hospital à escala nacional ou até regional, mesmo ressaltando que no século XIX o distrito de Lisboa era vasto, correspondendo aos atuais de Setúbal e Lisboa.

É natural que as pessoas se movimentassem muito menos, nesses meses frios de janeiro-março de 1852, mas António Maria Barbosa não usa o argumento, que seria favorável à sua apreciação. O certo é que nos anos seguintes a afluência a S. José volta a aumentar. Se em 1840-1850, recorde-se, havia em média 12.078 admissões/ano e em 1851 e 1852 baixara respetivamente para 8.609 e 8.182 ingressos, poucos anos volvidos, no quinquénio 1859-1863, registou-se uma média de 10.907 internamentos anuais, sendo a lotação média de 800 enfermos¹⁸. A pressão era demasiado forte. A lei de 1851 não conseguia barrar a mobilidade por mais que os

¹⁷ *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade...*, cit., p. 7.

¹⁸ *Gazeta Médica de Lisboa*, 1864, p. 311.

responsáveis pelo Hospital de S. José se insurgissem e, quase invariavelmente, culpassem as misericórdias:

“Concorre para este notavel aumento [da população hospitalar], o abuso de muitas misericórdias do reino, que, posto sejam ricas, não satisfazem n'esta parte aos compromissos a que são obrigadas, e desca-rreram sobre os hospitaes de Lisboa, por meio de uma simples carta de guia, os doentes que deviam e podiam tratar nos seus respectivos hospitaes”¹⁹.

Diziam os médicos que o Hospital de S. José só deveria alojar um máximo de 581 doentes, mas em 1864 estavam montadas 845 camas permanentes e com frequência era necessário “armar seis, oito e mais camas em cada uma das dezoito enfermarias em que está dividido o hospital”, fazendo “subir a sua população a muito perto de mil doentes”²⁰. Por sua vez, os hospitais anexos albergavam nessa altura “sessenta e tantos leprosos” em S. Lázaro, “duzentos e tantos invalidos e prostitutas” no Desterro e “quinhentos e tantos alienados” em Rilhafoles”²¹.

Surge, assim, em 20 de janeiro de 1866, nova portaria para restringir as admissões a S. José. A afluência volta a baixar, pois em 1871/72 foram aí internadas 8.946 pessoas, mas eram ainda demasiadas, afirma Alves Branco, diretor de uma das enfermarias, insurgindo-se contra quem aceita tanta gente²².

“Ainda entram no hospital alguns doentes de fóra do concelho de Lisboa, servindo-se para isso do estratagema de estarem n'esta cidade uns dias, e pedirem ao parochio e regedor da freguesia attestado para entrarem no hospital. Assim mesmo a portaria de 20 de janeiro de 1866 fez diminuir a população do hospital que tendia a crescer desde que a facilidade de comunicação por meio das vias ferreas convidava a procurar esta casa de caridade”²³.

¹⁹ *Gazeta Médica de Lisboa*, 1864, p. 310.

²⁰ *Gazeta Médica de Lisboa*, 1864, p. 311.

²¹ *Gazeta Médica de Lisboa*, 1864, p. 451.

²² Alves Branco, texto em que critica o Relatório dos Hospitais Civis de Lisboa in *O Correio Medico de Lisboa*, vol. 2, 1872-1873, pp. 137-138, 149-151.

²³ *O Correio Medico de Lisboa*, vol. 1, 1871-1872, p. 247.

Fator decisivo na mobilidade dos doentes foi, sem qualquer dúvida, o início das viagens por via férrea. Ora, em 1864 a linha do Norte ligava Lisboa a Vila Nova de Gaia, a do Sul funcionava até Beja e a do Leste até Elvas e á fronteira com Badajoz. Era cada vez mais fácil chegar à capital do reino.

Por sua vez, o Hospital de S. José proporcionava terapias de muito superior qualidade, numa época em que a ciência médica ganhava eficácia. Já não era apenas a tríade alimentação, agasalho e repouso, a que durante séculos se resumira, de facto, a terapêutica hospitalar. Agora valia a pena viajar para buscar a saúde porque nem todos os hospitais se equivaliam. Era um paradigma que mudava, o que se refletia na afluência a S. José. Ou seja, a mobilidade gerada por esse hospital era uma realidade. Os médicos sabiam-no bem. Alves Branco afirma-o com toda a clareza em 1872. Numa intervenção na Câmara dos Pares do conde de Rio Maior (provedor da Misericórdia de Lisboa) sobre o Hospital de S. José, o orador propusera, entre outros alvites, que se abrissem hospitais nas vilas do distrito de Lisboa. Responde-lhe Alves Branco que essa não é a solução porque

“os doentes das provincias que aqui accorrem são em geral os que se acham affectados de doenças de diagnostico difficil, de curativo trabalhoso e que exigem o emprego dos meios mais adiantados da sciencia, ou lesões que requerem as operações da alta cirurgia [...] no hospital de S. José ha sempre um grande numero de doentes, exactamente nas circunstancias acima apontadas, mandados para aqui com guias das Misericórdias de grandes cidades da provincia que possuem bons hospitais; e isto de certo porque não tem lá os recursos que se encontram no hospital de S. José”²⁴.

A seu ver, a conclusão centralista impunha-se:

“não se podendo obstar a que muitos doentes das provincias recorram ao hospital da capital, o principal do reino, onde se deve suppor que existem os melhores medicos e mais meios de cura, é claro que ha urgência em estabelecer outro ou outros hospitaes em Lisboa”²⁵.

²⁴ *O Correio Medico de Lisboa*, vol. 3, 1873/1874, p. 183.

²⁵ Alves Branco, “Hygiene publica. O hospital de S. José” in *O Correio Medico de Lisboa*, vol. 1, 1871-1872, p. 176.

Como vimos, o Hospital de S. José exigia o pagamento das despesas que fazia com os doentes de fora do concelho de Lisboa às misericórdias da sua área e, na falta destas ou da sua capacidade financeira, às câmaras municipais. Depois, o mesmo se aplicou ao hospital nacional de alienados, Rilhafoles, como anexo que era de S. José, gerando tensões permanentes entre a administração deste hospital e as misericórdias e/ou câmaras. Em 1870, por portaria de 31 de agosto, foi necessário voltar a declarar que as misericórdias, e na falta delas as câmaras, deviam pagar ao Hospital de S. José de Lisboa o tratamento dos alienados dos seus distritos²⁶. Em 1868-1869, a Misericórdia da Guarda recusava-se a reembolsar o Hospital de S. José das despesas feitas com os doentes recebidos com guia daquela corporação²⁷. Em 1878, depois de recusas e polémica, a Misericórdia de Vila Viçosa (distrito Évora) recebeu ordem régia para pagar as dívidas desde 1864²⁸. Em 1892, o Hospital de S. José reclamava à Misericórdia de Coimbra as despesas com doentes do concelho entre 1864 e 1887. O provedor da misericórdia, professor da Faculdade de Direito, demonstrou, com argumentos convincentes, que não lhe tocava pagar²⁹. Em 1883, alégavam os responsáveis pela misericórdia açoriana de Ponta Delgada que, sendo o Hospital de Rilhafoles de âmbito nacional, dever-lhes-ia ser perdoado o pagamento da dívida com as despesas dos insanos do seu concelho³⁰. Em Coruche (distrito de Santarém), entre 1878 e 1910, a Câmara Municipal pagou sempre com atraso e grande

²⁶ Cf. LOPES, Maria Antónia e PAIVA, José Pedro, dir. (2010): *Portugaliae Monumenta Misericordiarum 8. Tradição e modernidade: o período da monarquia constitucional (1834-1910)*. Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas, doc. 73, pp. 113-114.

²⁷ *Idem, ibidem*, doc. 71, pp. 112-113.

²⁸ ARAÚJO, Maria Marta Lobo (2014): "O tratamento dos doentes insanos de Vila Viçosa no Hospital de Rilhafoles (segunda metade do século XVIII)". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 66 (2), p. 6.

²⁹ Manuel Dias da Silva, *Relatorio e contas da Santa Casa da Misericórdia de Coimbra do anno de 1891-1892*. Coimbra, Typ. de M. C. da Silva, 1892, pp. 93-95.

³⁰ SILVA, Susana Serpa (2014): "Valências da Misericórdia de Ponta Delgada no século XIX". Em *500 anos de História das Misericórdias. Congresso internacional*. Braga, Santa Casa Misericórdia de Braga, pp. 362-363.

relutância³¹. Já no século XX, a Misericórdia de Viana do Castelo tentou eximir-se ao pagamento das despesas dos loucos do concelho internados em Rilhafoles, invocando a legislação³².

Em suma: A mobilidade gerada pelo Hospital de S. José era uma realidade. Foi coartada pela política de restrições de ingressos. Mas a pressão em sentido contrário revelava-se demasiado intensa, o que se devia sobretudo a três fatores: incapacidade dos outros hospitais, melhoria dos meios de transporte e progressos da ciência médico-cirúrgica praticada nesse hospital.

Passo agora à observação de uma unidade hospitalar de capital de distrito que conjuga com essa característica o facto de se tratar de um hospital universitário.

Hospitais da Universidade de Coimbra. Que mobilidade gerada?

Procurando determinar a mobilidade populacional produzida pelos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)³³ na segunda metade do século XIX, fez-se o levantamento de todas as mulheres internadas em 1860, 1880 e 1900, num total de 2.506³⁴. Trata-se de uma amostra que importa justificar. Até à segunda metade do século, não é possível perceber a mobilidade gerada pelos hospitais ou a sua área de influência porque na maioria dos casos as fontes não destringem naturalidade e residência.

³¹ CORREIA, Ana Maria Diamantino (2015): *A saúde pública no concelho de Coruche: instituições, agentes e doentes (1820-1910)*. Coruche, Museu Municipal de Coruche, pp. 48-50.

³² ESTEVES, Alexandra (2014): "Na saúde e na doença: a ação do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo na centúria de oitocentos e nos inícios do século XX". Em *500 anos de História das Misericórdias. Congresso internacional*, Braga, Santa Casa Misericórdia de Braga, p. 281.

³³ Os HUC foram criados em 1774 no âmbito da reforma pombalina da Universidade. Como resultaram da fusão de hospitais pré-existentes e se mantiveram em mais do que um edifício, são sempre designados no plural.

³⁴ Arquivo da Universidade de Coimbra (AUC), *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, livs. 9, 25, 26, 43 e 44.

Quando o fazem, não se distingue quem reside fora da cidade e aí se deslocou expressamente para ser hospitalizado (o que aqui pretendo apurar) de quem, morando longe, entrou no hospital apenas porque se encontrava em Coimbra por algum tempo ou só de passagem e aí adoeceu.

Não me sendo possível recolher os dados de todos os enfermos e estando os registos dos homens bastante desorganizados, optei pelas mulheres, pois sendo estas minoritárias nos movimentos migratórios e mais relutantes em ingressar nos hospitais, se concluirmos que elas se deslocavam a Coimbra para receber tratamento médico, fica determinada a existência de mobilidade gerada pelo hospital no seu nível mínimo. Tratando-se este estudo de uma primeira abordagem ao trânsito populacional provocado pelos hospitais e pretendendo-se apreender a evolução, considerou-se que seria metodologicamente aceitável a recolha com intervalos de 20 anos.

A portaria de 21 de setembro de 1854 mandara que nos HUC se observassem as regras de admissão dos doentes estabelecidas para S. José pelo alvará de 14 de dezembro de 1825, isto é, que se cobrassem as despesas dos doentes de fora dos concelhos às misericórdias e câmaras municipais respetivas. Pouco depois, uma circular do Governo Civil de Coimbra, de 4 de março de 1858, vai mais longe, ao mandar que essas pessoas só fossem aceites nos HUC com declaração das misericórdias em como se responsabilizavam pelo pagamento das despesas. O diretor dos HUC, então o professor António Augusto da Costa Simões (1819-1903), considerou a ordem um arbítrio sem qualquer fundamento legal e não a aplicou³⁵. E tinha razão porque a lei mandava que os doentes fossem admitidos com guia das misericórdias, mas sem os obrigar a apresentar declaração de reembolso. Este era pedido depois à entidade competente. De qualquer forma, tal como em Lisboa, também em Coimbra a mobilidade dos enfermos era cerceada por lei especial, contrariando o alvará de 1806.

Em dezembro de 1855 foi concedido ao Hospital da Misericórdia de Leiria o que se determinara em 21 de setembro

³⁵ António Augusto da Costa Simões, *Notícia histórica dos hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 1882, p. 99.

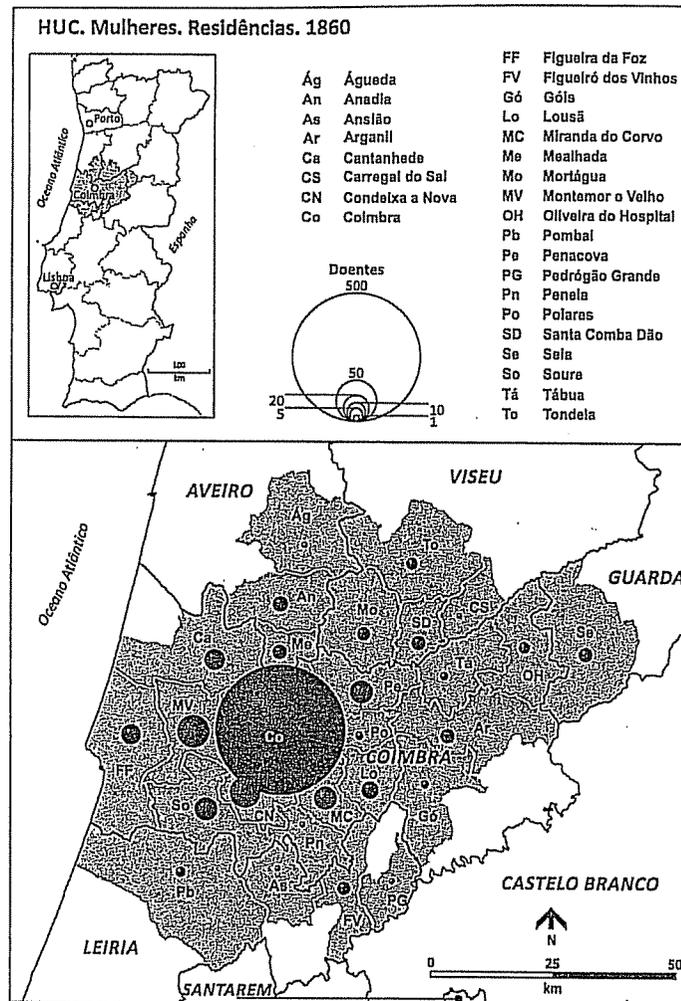
de 1854 para a admissão dos doentes em Coimbra³⁶. Se houve outros casos, rapidamente foram revogados, pois uma portaria de 14 de julho de 1863 estabeleceu que à exceção do Hospital de S. José de Lisboa, nenhum outro de qualquer misericórdia pudesse exigir estipêndios dos doentes que receber, ainda que fossem de fora do distrito³⁷. Contudo, se esta disposição contrariava o que se aplicara a Leiria, não atingia os Hospitais da Universidade de Coimbra por não ser hospital de misericórdia.

Das 733 mulheres admitidas nos HUC em 1860, só em dez casos foi impossível determinar a residência. No universo conhecido, apenas 6,4% se tinham deslocado de outros distritos. Comparando com S. José em 1851, em que 20% provinham de fora do distrito, parece que a mobilidade gerada pelos HUC era menor. Mas os dados não são estritamente comparáveis porque em Coimbra estamos apenas a considerar as mulheres, sempre mais sedentárias. Atendendo aos quantitativos fornecidos sobre os enfermos de S. José no primeiro trimestre de 1852, em que se haviam já restringido as admissões, a diferença não é substancial, pois em Lisboa apenas 7,3% provinham de outros distritos. Poder-se-á argumentar que a área distrital de Lisboa era extensa e se prolongava muito a Sul, onde, no século XX se constituiria o distrito de Setúbal. Mas se reduzirmos a escala ao nível concelhio, deparamo-nos com o seguinte: 71,5% das enfermas dos HUC provinham do concelho onde se sediava o hospital. Em Lisboa, em 1852, essa proporção, referente aos dois sexos, atinge os 83,6%.

³⁶ LOPES, Maria Antónia e PARVA, José Pedro, dir. (2010): *Portugaliae Monumenta Misericordiarum* 8, cit., doc. 58, pp. 94-96.

³⁷ *Idem, ibidem*, doc. 64, p. 102.

Mapa 1. Residências das mulheres internadas nos HUC, 1860.



Fonte: AUC, *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, liv. 9.

As mulheres que de além fronteiras distritais ingressavam nos hospitais de Coimbra provinham dos distritos contíguos: 2,2% de Viseu, 1,9% de Aveiro, 1,4% de Leiria, 0,8% da Guarda. E, também como seria de esperar, das franjas desses distritos, residentes nos concelhos mais próximos de Coimbra e dotados de melhores vias de comunicação. Assim, de Viseu entraram nos HUC doentes dos concelhos de Santa Comba Dão, Mortágua, Tondela e Carregal do Sal, todos do sudoeste do seu distrito e podendo elas aportar a Coimbra usando em parte a via fluvial, já que o rio Mondego era navegável até à foz do rio Dão. O mesmo se diga das enfermas do distrito da Guarda, todas de Seia, concelho cujas mulheres há muitas décadas se haviam habituado a caminhar para Coimbra, onde iam e irão buscar expostos para criar³⁸. As que viajaram de Aveiro e de Leiria eram também de concelhos próximos de Coimbra, nos extremos dos seus distritos e no eixo Pombal-Águeda, com os acessos facilitados pela existência da estrada real que ligava Lisboa a Coimbra e ao Porto.

Observe-se o mapa, procurando agora também a distribuição no interior do distrito de Coimbra. É evidente a relação com a proximidade e a facilidade de movimentos (e uma vez mais há que pensar no Mondego, a melhor via de comunicação até ao mar). Por outro lado, há que conhecer a rede assistencial de que o distrito dispunha³⁹. Ora, havia concelhos sem misericórdias: Condeixa-a-Nova, Mira, Penacova, Poiares e Tábua. Estavam também ausentes em sete sedes de municípios: além dessas cinco vilas, nem Miranda do Corvo nem Oliveira do Hospital as possuíam, pois as santas casas desses concelhos ficavam sediadas respetivamente

³⁸ Cf. LOPES, Maria Antónia (2009): "Dos campos para Coimbra: os migrantes nos arquivos da assistência e da repressão em finais de Antigo Regime". Em HERNÁNDEZ Borge, Júlio e GONZÁLEZ Lopo, Domingo (dir.): *Movilidad de la población y migraciones en áreas urbanas de España y Portugal*. Santiago de Compostela, Universidade de Compostela, pp. 93-129; IDEM (2016): "Assistência pública à infância após a extinção da Roda dos Expostos: Hospício dos Abandonados e crianças maiores de sete anos (distrito de Coimbra, 1872-1890)". Em CAPELA, José Viriato et al. (org.): *Da caridade à solidariedade: políticas públicas e práticas particulares no mundo ibérico*, Braga, Universidade do Minho/Lab2PT, pp. 173-191.

³⁹ Ver LOPES, Maria Antónia (2011): "Instituições de piedade e beneficência do distrito de Coimbra na década de 1870". *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 11, pp. 317-358.

em Semide (antigo couto e concelho) e em Galizes, freguesia que fora extinta e anexada à de Nogueira do Cravo. Em contrapartida, cinco concelhos tinham mais do que uma misericórdia, o que se explica por terem absorvido municípios extintos. Além da carência de misericórdias em vários concelhos, 67% das existentes não possuíam hospitais, a saber: Arganil, Botão (Coimbra), Buarcos (Figueira da Foz), Cantanhede, Coimbra⁴⁰, Galizes (Oliveira do Hospital), Góis, Montemor-o-Velho, Pampilhosa da Serra, Pereira (Montemor), Vila Cova de Sub-Avô (Arganil) e Vila Nova de Anços (Soure). Acresce que as misericórdias da Lousã e de Semide (Miranda do Corvo) conservavam os seus hospitais inativos por alegada incapacidade financeira. Assim, e apesar dos importantes Hospitais da Universidade, a rede hospitalar pública do distrito de Coimbra era frágil, assentando apenas em sete estabelecimentos, 57% deles geridos pelas misericórdias, proporção muito baixa no panorama português. Fora da alçada da misericórdia, funcionava em Montemor-o-Velho o Hospital da Confraria de Campos, instituição rica, mas que, apesar disso, estava longe de absorver os enfermos do concelho, como se vê. Em 1874 foi aberto em Arganil um hospital público para “os absolutamente pobres do concelho”. Como já se verificou para outros comportamentos sociais, estão ausentes as pessoas dos concelhos de Mira e da Pampilhosa⁴¹, este implantado em território montanhoso e de difíceis acessos no extremo SE do distrito. Assim, são três fatores principais que explicam a desigualdade na distribuição concelhia dos doentes: proximidade, facilidade de movimentos e oferta hospitalar local.

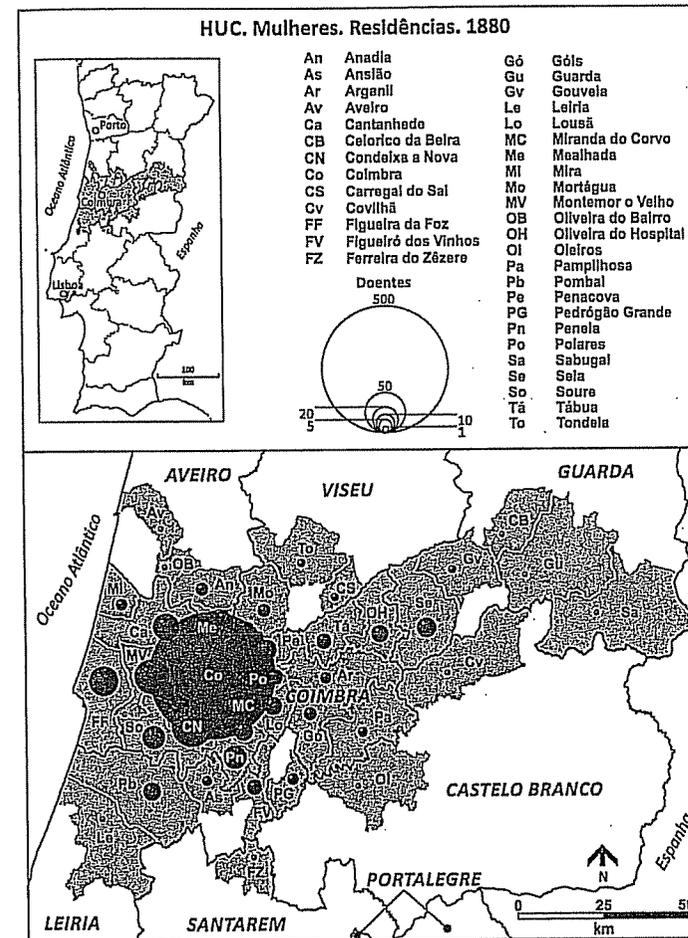
Avancemos vinte anos. Em 1880 ingressaram nos HUC 832 mulheres, sendo conhecida a residência de 817. O peso das doentes de fora do distrito cresceu quase dois pontos percentuais, sendo

⁴⁰ Caso *sui generis* entre as grandes misericórdias do país, que não atuava a nível hospitalar porque se localizava na cidade universitária, onde o seu hospital era simultaneamente civil e de ensino.

⁴¹ Cf. meus trabalhos anteriores: “Dos campos para Coimbra...”, cit.; “Instituições de piedade e beneficência...”, cit.; (2016): “Mães solteiras entre a repressão e os apoios do Estado: intimações, subsídios e abandonos no distrito de Coimbra, 1850-1890”. Em ARAÚJO, Maria Marta e PÉREZ Álvarez, María José (coords.): *Do silêncio à ribalta. Os resgatados das margens da História (séculos XVI-XIX)*. Braga, Lab2PT, pp. 37-54; e “Assistência pública à infância após a extinção da Roda...”, cit.

agora de 8,3%. E as distâncias aumentaram, estendendo-se nesse ano a área de influência do hospital coimbrão até às cidades de Aveiro, Leiria e Guarda e do oceano à fronteira espanhola.

Mapa 2. Residências das mulheres internadas nos HUC, 1880.



Fonte: AUC, *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, livs. 25-26.

O distrito que surge após Coimbra é Leiria (3,1%), seguido da Guarda (2,1%) e de Aveiro (1,7%). Penso que, tal como em Lisboa, os progressos terapêuticos proporcionados num hospital deste género e o transporte ferroviário ajudam a explicar a mudança, pois em 1860 a linha Norte-Sul ainda não estava a funcionar, mas agora laborava em pleno. Sabe-se que em Pombal se optava pelos cuidados de saúde de Coimbra em detrimento de Leiria. Entre 1882 e 1884, quando a misericórdia dessa vila procedeu à reconstrução do seu hospital, preferiu sempre deslocar os doentes para os HUC e não para o hospital de Leiria. Tanto para esta cidade, como para Lisboa, as transferências foram esporádicas. Aliás, logo em dezembro de 1881, a Santa Casa de Pombal decidiu transferir para os HUC todos os doentes de moléstia duradoura que pudessem ser transportados⁴².

Mas se o comboio facilitava as deslocações das enfermas de Pombal, o argumento não se aplica ao nordeste desse distrito, desprovido de linhas férreas. Os progressos das comunicações ferroviárias também não servem para esclarecer o aumento de doentes do distrito da Guarda, porquanto a linha da Beira Alta não estava ainda a funcionar e o seu peso percentual decresce em 1900, como veremos, quando o comboio ligava já Coimbra e a Guarda. Ora o que ressalta de imediato da observação do mapa de 1880 é o aumento das distâncias no sentido oriental, embora respeitando a um pequeno número de mulheres, pois as doentes do distrito da Guarda, tal como no passado, eram quase todas de Seia (12 em 17).

Para tentar perceber a razão do ingresso nos HUC de pessoas dessas áreas que obrigavam a deslocações difíceis, recolhi as patologias das mulheres dos distritos da Guarda, Castelo Branco e Santarém. As enfermas dessas regiões padeciam em 1880 de quistos, úlceras calosas, cancros da mama, osteítes, doenças venéreas e outras afeções no aparelho uro-genital e ainda, uma delas, de metrorragia na gravidez. Só uma destas mulheres faleceu,

⁴² OLIVEIRA, Ricardo Pessa de (2016): *História da Santa Casa da Misericórdia de Pombal (1628-1910)*. Pombal, Santa Casa da Misericórdia de Pombal, p. 252.

embora seis tenham tido alta com indicação de “melhorada” e não de “curada”, o resultado obtido em treze casos. Creio, portanto, que foi, precisamente, a gravidade da doença, passível de ser curada em Coimbra mas não num pequeno hospital concelhio, o fator decisivo para a deslocação dessas mulheres. Coimbra começava a afirmar-se como o centro médico de referência da região Centro.

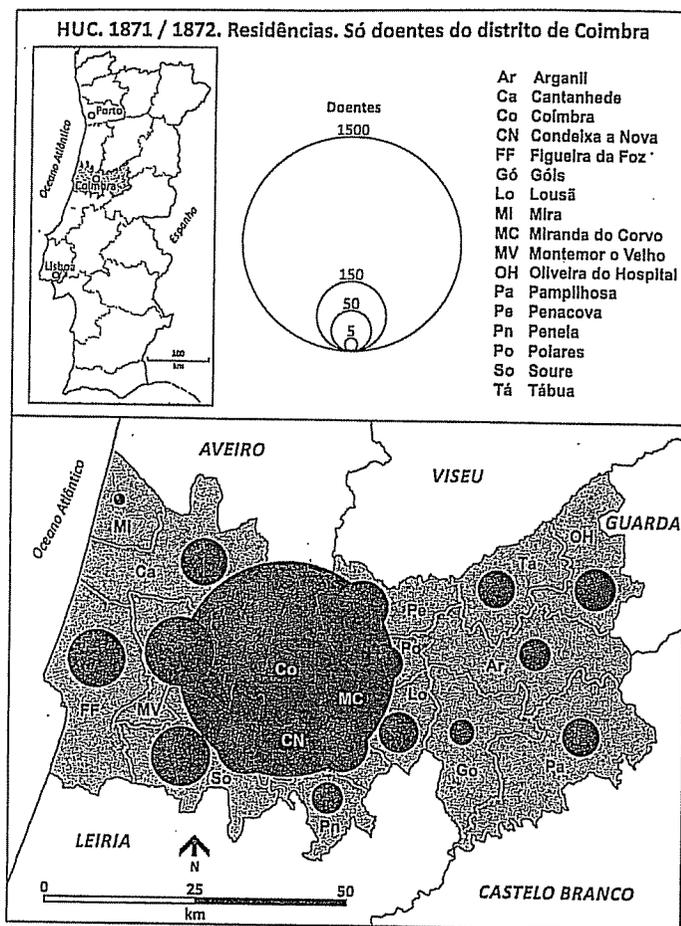
O distrito de Viseu, representando apenas 1,1%, posiciona-se só depois da Guarda, num cenário muito diferente do que se verificava 20 anos antes. Ignoro os motivos, mas é possível que tenha aumentado a oferta de cuidados hospitalares na região. Ou ocorreram quaisquer outras razões conjunturais, até porque duas décadas depois os municípios de Santa Comba Dão e de Tondela voltam a procurar os HUC.

Quanto às enfermas do distrito de Coimbra, destaca-se o aumento das mulheres dos concelhos de Condeixa-a-Nova, Penela e Figueira da Foz, cujo peso percentual no total dos ingressos cresceu respetivamente 2,4%, 2% e 1,6%. Em sentido inverso, sobressai o concelho de Coimbra, com menos 9,7%.

São conhecidos as moradas dos homens e mulheres internados nos Hospitais da Universidade de Coimbra no ano económico de 1871/72, embora apenas dos 2.411 residentes no distrito⁴³. A limitação decorre da natureza da fonte: uma relação enviada pelo diretor dos HUC ao governador civil de Coimbra para que ele providenciasse o pagamento das despesas feitas com esses doentes. A relação indica-nos que nesse ano 60,3% dos hospitalizados residiam no concelho de Coimbra, um pouco menos do que se apurou para as mulheres internadas em 1880 (61,8%), mas expectável por abranger os dois sexos. Vieram essas pessoas de todos os concelhos do distrito, sobressaindo os municípios que já se encontraram para a população hospitalar feminina.

⁴³ ROQUE, João Lourenço (2000): “Epidemias no distrito de Coimbra no século XIX (1830-1870)”. *Revista Portuguesa de História*, 34, p. 17.

Mapa 3. Residência dos doentes do Hospitais da Universidade de Coimbra provenientes do distrito, 1871/72.



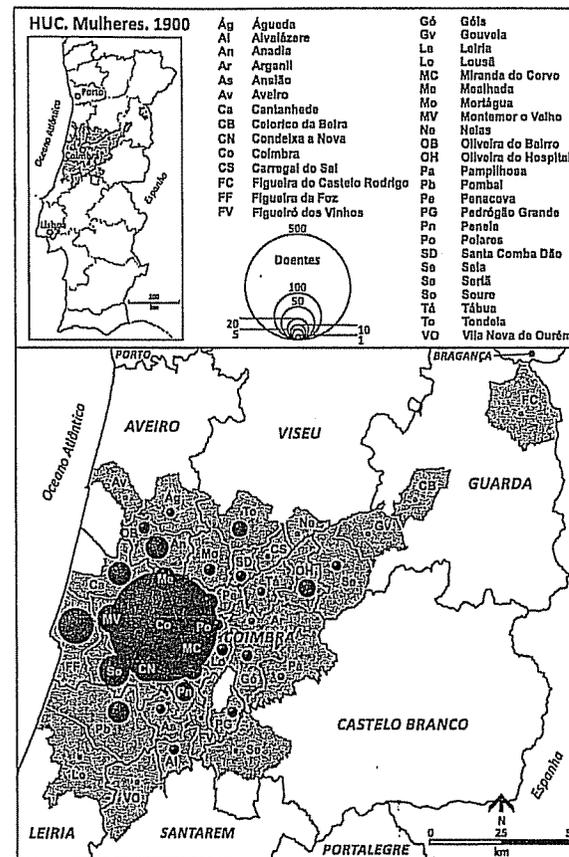
Fonte: Roque, João Lourenço (2000):
"Epidemias no distrito de Coimbra...", p. 17.

Em 1888 os serviços do Governo Civil de Coimbra publicaram as verbas que as câmaras ou misericórdias de cada concelho deviam aos HUC, respeitantes aos anos de 1870/71 até 1886/87. A dívida atingia no distrito o valor de 197,5 milhões de réis. A maior era a do concelho de Coimbra (108 milhões), a menor a de Mira, com apenas

581 mil réis. Como sempre, este pequeno concelho destaca-se. A seguir a Coimbra vinha Montemor-o-Velho com 16.157 milhões de réis e acima de Mira situava-se a Pampilhosa com 1,4 milhões⁴⁴.

Finalmente, vejam-se as 941 mulheres internadas nos HUC no ano de 1900, cujas residências estão esclarecidas em 930 casos.

Mapa 4. Residências das mulheres internadas nos HUC, 1900.



Fonte: AUC, Hospitais da Universidade de Coimbra.
Registo de aceitação de doentes. Mulheres, livs. 43-44.

⁴⁴ Relatório da Comissão Executiva da Junta Geral do Distrito de Coimbra para ser apresentado na sessão ordinária de abril de 1888, Coimbra, Imprensa Independência, 1888.

À primeira vista surge a surpresa porque a área de proveniência das doentes parece ter diminuído. Mas atente-se nos números. Do distrito de Coimbra provieram 86,7% das enfermas, seguindo-se as do distrito de Aveiro, que representaram 6%, de Viseu com 2,6%, da Guarda com 0,8% e de Castelo Branco e Santarém, ambos com 0,1% da série, o que corresponde a uma só mulher. Assim sendo, cresceu em 6 pontos percentuais o peso das doentes de distritos estranhos, sendo que entre 1860 e 1880 só aumentara 2%. Outro indicador que aponta no mesmo sentido é a diminuição em 4% das enfermas do próprio concelho de Coimbra. Olhando o mapa de 1880 vemos uma mancha territorial mais extensa mas que resulta de casos com escassa expressão numérica. Todavia, teria sido possível um alargamento territorial para os distritos de Viseu, Guarda e Castelo Branco por ser uma época em que o transporte de pessoas por via férrea era já regular nessas regiões. Mas tal não sucedeu. Os HUC debatiam-se desde as suas origens com graves problemas de instalações e, tal como aos responsáveis do Hospital de S. José, também aos de Coimbra não interessava alargar a sua área de influência, reservando as admissões para os casos mais graves, sobretudo se interessassem sob o ponto de vista científico e pedagógico.

Assim, a mobilidade para os HUC a partir do distrito da Guarda permanece ao nível percentual de 1860 e, salvo uma enferma proveniente de Figueira de Castelo Rodrigo, de um território pouco mais alongado. As mulheres deste distrito sofriam maioritariamente de moléstias no aparelho urogenital. A que empreendeu a viagem mais extensa, de Figueira de Castelo Rodrigo, padecia de uma fístula vesico-uterina com obliteração da vagina e dilatação da uretra. Não obteve cura nem melhoria, tendo regressado à sua terra "no mesmo estado". Outras, de fora do concelho de Coimbra, como Figueira da Foz ou Pombal, deram entrada como parturientes.

Quanto à proveniência das doentes do distrito de Coimbra, além da diminuição do próprio concelho, a mais acentuada (-4,1%, como disse), baixa também o peso das doentes de Condeixa-a-Nova, com menos 3,1%. Mais uma vez ignoro a razão, até porque esta vila continuava sem dispor de qualquer estrutura hospitalar. Já da Lousã, onde em 1888 entrara em funcionamento o hospital, diminui a afluência de enfermas.

Em sentido inverso comportam-se a Figueira da Foz e Soure, respetivamente com mais 2,8% e 2,5% na população feminina

hospitalizada em Coimbra. O mesmo sucede com os concelhos de Anadia (+2%) e da Mealhada (+1,5%), ambos do distrito de Aveiro mas quase encostando à cidade de Coimbra. A última vila está, claramente e por razões óbvias, na área de influência de Coimbra, o que se mantém na atualidade. Além desses concelhos, também Pombal (distrito de Aveiro) e Tondela (distrito de Viseu) aumentaram a sua representação em 1% cada.

O quadro 2 sintetiza o alargamento progressivo e contínuo da área de proveniência das doentes internadas nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Quadro 2. Evolução das residências das mulheres internadas nos HUC, 1860-1900.

Ano	Nºs abs.	% concelho de Coimbra	% distrito de Coimbra
1860	723	72	94
1880	817	62	92
1900	930	58	86

Outros hospitais, implantados em vilas

Nos pequenos hospitais das vilas sede de concelho, como seria de esperar, a clientela era composta por residentes na área e por trabalhadores deslocados sem outros apoios na comunidade. Assim, nos hospitais do Alentejo, região para onde migravam todos os anos gente das Beiras ou mesmo a norte do Douro para os trabalhos agrícolas, é sempre importante esse tipo de internados. Vemo-los em Ponte de Sor⁴⁵, Vila Viçosa⁴⁶, Coruche⁴⁷. Todavia, em

⁴⁵ SILVA, Ana Isabel Coelho da (2008): "O Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor no início do século XX: aspectos de uma cultura material". Em *XXVIII Encontro da APHES*. Guimarães, pp. 17-18. Disponível em www.aphes.pt

⁴⁶ ARAÚJO, Maria Marta Lobo (2010): *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais de Antigo Regime à República*. Vila Viçosa, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, p. 133.

⁴⁷ CORREIA, Ana Maria Diamantino (2015): *A saúde pública no concelho de Coruche...*, cit., pp. 100-107.

finais da centúria, diminuem. Nos inícios do século XX, já predominavam os doentes locais nos hospitais dessas três vilas. Muito provavelmente porque se circunscreveu a admissão a verdadeiros doentes, vedando-a àqueles que mais não teriam do que esgotamento e desamparo. Em certos casos, como nos hospitais de Vila Viçosa e da Sertã (Beira Baixa)⁴⁸, logo no século XIX as misericórdias impediram a hospitalização de forasteiros, contrariando a lei.

No Minho, predominava a gente da terra a que se juntavam alguns deslocados, realidade que se encontra, por exemplo, nos hospitais de Cabeceiras de Basto⁴⁹ e de Caminha⁵⁰. O mesmo se verifica mais a sul, entre 1867 e 1910, no hospital da Misericórdia de Pombal⁵¹.

Hospitais de Alienados

Como referi, o manicómio de Rilhafoles, em Lisboa, abriu em meados do século. Antes disso, era no Hospital de S. José que se internavam os loucos, de onde transitaram para o novo estabelecimento: primeiro as mulheres, em finais de 1848, e depois os homens, em janeiro de 1850. Em março de 1883, com o legado do conde de Ferreira, português que viera do Brasil com uma fortuna colossal, a Misericórdia do Porto abriu também o seu hospital de alienados. Ao contrário de Rilhafoles, não era uma instituição pública, mas atuava quase como se o fosse, como misericórdia que era. Pela lei portuguesa vigente, a família era responsável pelos alienados e a ela competia a sua proteção e guarda desde que fossem considerados “loucos mansos”. Quando constituíam um perigo para a comunidade, os

⁴⁸ LOPES, Maria Antónia e PAIVA, José Pedro, dir. (2010): *Portugaliae Monumenta Misericordiarum* 8, cit., doc. 93, pp. 192-202.

⁴⁹ FERRAZ, Norberto Tiago (2007): *Solidariedades na Misericórdia de Cabeceiras de Basto (1877-1930)*. Braga, Tese de mestrado apresentada à Universidade do Minho, pp. 163-165.

⁵⁰ ESTEVES, Alexandra (2015): “A assistência à doença no Alto Minho oitocentista: o caso do Hospital de Nossa Senhora da Visitação de Caminha”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 67 (1), p. 2.

⁵¹ OLIVEIRA, Ricardo Pessa de (2016): *História da Santa Casa da Misericórdia de Pombal*, cit., p. 236.

chamados “loucos furiosos”, o internamento era compulsivo e as autoridades administrativas tinham poder de os encaminhar para Rilhafoles e para o Hospital do Conde de Ferreira. Eram também aí acolhidos os curáveis inofensivos desde que a família custeasse as despesas e os “mansos”, curáveis ou não, se os parentes comprovassem ser tão pobres que lhes era impossível mantê-los consigo. Neste caso, eram as misericórdias (e na falta delas, os municípios) que arcavam com as despesas. Quanto às congregações religiosas, que em Portugal iniciaram discretamente a sua ação hospitalar no último terço do século, abriram dois manicómios de reduzida capacidade, um em 1883 no concelho de Sintra, perto de Lisboa, e outro em 1895 no de Idanha-a-Nova (Beira Baixa)⁵². A capacidade de hospitalização dos loucos em Portugal era claramente insuficiente. Em 1884, afirmava António Maria de Sena (1845-1890), reputado alienista e responsável pela instalação do Hospital do Conde de Ferreira, que os dois hospitais psiquiátricos de Lisboa e Porto só podiam assistir a cerca de 1/10 dos alienados portugueses⁵³.

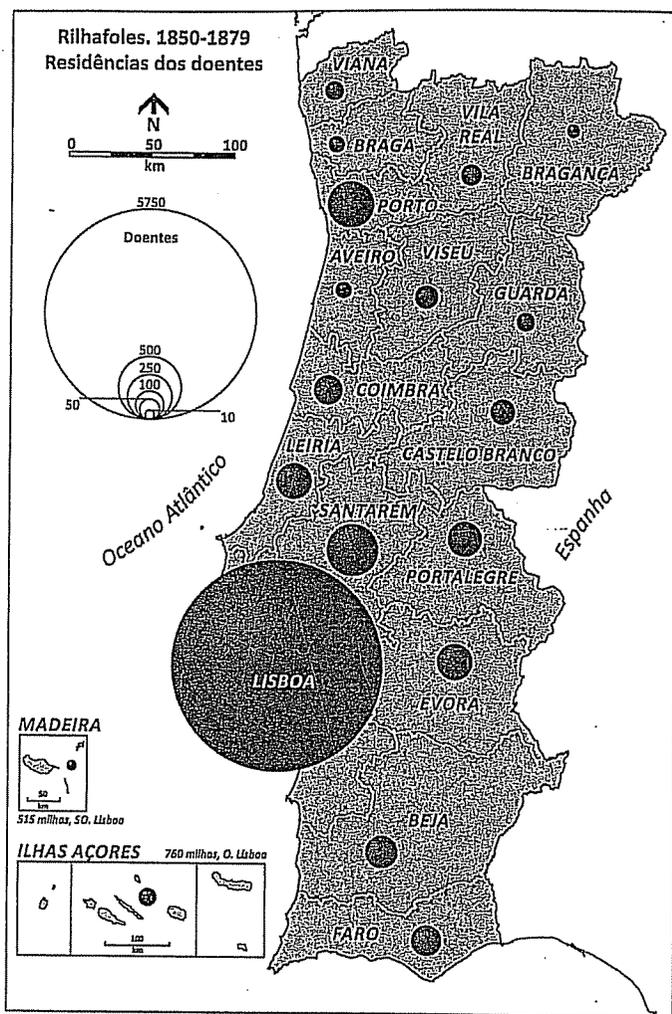
A citada portaria de 31 de agosto de 1870 informa-nos que no Hospital de Rilhafoles havia “acumulação dos alienados que excedam já a capacidade do edificio e que todos os dias vão aumentando” sendo por essa razão necessário “restringir a facilidade com que as auctoridades administrativas enviavam doentes”. Nessa altura, a população média desse estabelecimento rondava os 500 utentes⁵⁴. Vejamos de onde haviam sido encaminhadas essas pessoas nos primeiros trinta anos de funcionamento do manicómio.

⁵² PEREIRA, Ana Leonor (1986): “A institucionalização da loucura em Portugal”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, p. 92.

⁵³ *Idem, ibidem*, p. 91.

⁵⁴ Alves Branco, “Hygiene publica. O hospital de S. José”, cit., p. 131.

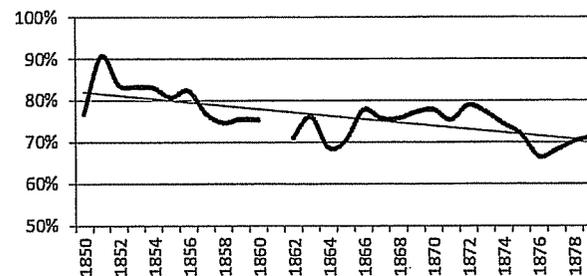
Mapa 5. Residência dos doentes do Hospital de Rilhafoles, 1850-1879



Fonte: SANTOS, José (2016): *A Importância da estatística na emergência da Psiquiatria portuguesa do século XIX*, pp. 167-180.

Num total de 7.682 doentes, 75% eram do distrito de Lisboa. Apesar de nesta época o distrito de Lisboa ser muito extenso, a verdade é que Rilhafoles, uma instituição de âmbito nacional, onde os doentes locais não tinham por lei acesso privilegiado, se comportava como se fosse um hospital distrital. Os alienados de Santarém, distrito que ocupa a 2ª posição, representavam apenas 4,5%, a que se seguiam os do Porto, com 3,6%. Santarém, próxima de Lisboa e a ela ligada pelo rio Tejo, não oferecia aos seus habitantes qualquer dificuldade ao nível das deslocações. Do Porto, a segunda cidade do país, as viagens de barcos de passageiros eram regulares antes da inovação da ligação férrea. Mesmo assim, os internados desses distritos são uma pequena minoria. A restante distribuição dos doentes por distritos – indo dos 2,2% de Évora aos 0,3% de Bragança e 0,2 do Funchal (Madeira) – parece estar relacionada muito diretamente com a distância. Com uma ressalva: os Açores⁵⁵, à frente de Aveiro, Braga e Bragança. Veremos que também para o manicómio do Porto serão enviados doentes açorianos. Contudo, a preponderância de Lisboa tende a diminuir, mesmo antes da abertura do Hospital de Alienados do Porto.

Gráfico 1. Proporção dos doentes do distrito de Lisboa no Hospital de Rilhafoles

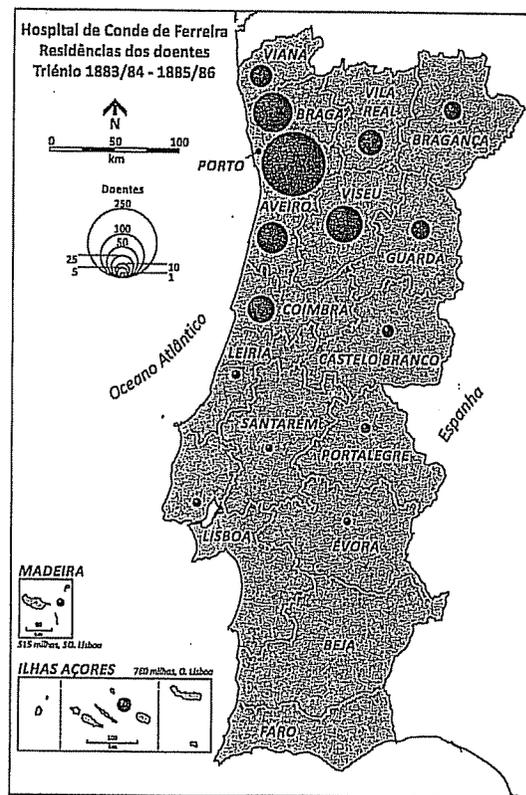


Fonte: SANTOS, José (2016): *A Importância da estatística...*, pp. 167-180.

⁵⁵ Na época, estas ilhas compreendiam três distritos: Ponta Delgada, Angra do Heroísmo e Horta, mas aqui consideramos a unidade do arquipélago porque a fonte nem sempre esclarece qual é o distrito açoriano. Sobre o socorro aos alienados da ilha de S. Miguel, ver SILVA, Susana Serpa (2014): "Valências da Misericórdia de Ponta Delgada no século XIX", cit.

No triénio 1883/84-1885/86, ingressaram no Hospital do Conde de Ferreira, no Porto, 626 doentes, entre eles 19 cuja proveniência é desconhecida e 15 estrangeiros: onze espanhóis, um brasileiro, um francês, um alemão e um norueguês. Como seria expectável, os portugueses eram sobretudo do Norte e a sua distribuição espacial acompanha as distâncias, mas nunca o distrito do Porto atingiu a prevalência que o de Lisboa tinha em Rilhafoles. Embora com uma afluência anual muito menor, em termos percentuais da sua clientela, era mais vasta a área territorial abrangida pelo Hospital do Conde de Ferreira.

Mapa 6. Residências dos doentes portugueses do Hospital do Conde de Ferreira, 1883/84-1885/86.



Fonte: PEREIRA, P.; GOMES, E.; MARTINS, O.:
"A Alienação no Porto...", p. 109.

Considerando apenas os portugueses com morada conhecida, o distrito portuense representa 36,5% dos internados, o que contrasta com o valor mais baixo de população distrital lisboeta encontrada em Rilhafoles: 66,5% em 1876. No Conde de Ferreira, ao distrito do Porto segue-se o de Braga com 13,4% e o de Viseu com 12%. Entre 10 e 5% situam-se os distritos de Aveiro, Coimbra e Vila Real. Estranhamente, atendendo à distância, só 4,4% desta população provinha de Viana do Castelo e, o que decerto se deve a sobrelotação de S. José, eram socorridos no hospital de alienados do Porto enfermos de Portalegre, Lisboa, Santarém e Évora. E dos Açores, até em proporção maior da que se determinou para Rilhafoles, pois aqui representavam 0,5% e no Porto atingiam 1,9%.

Conclusão

O texto que se conclui, assente em dados qualitativos e quantitativos bastante modestos, é apenas uma primeira abordagem ao tema da mobilidade populacional gerada por alguns dos mais importantes hospitais portugueses da segunda metade do século XIX. Pretendia-se perceber até que ponto essas instituições, sem especialidade determinada pelos recursos naturais (como termas ou sanatórios), atraíam população de zonas afastadas. Concluiu-se que eram, de facto, geradoras de mobilidade, apesar das medidas tomadas no sentido de a moderar – o que se fazia por escassez de recursos. É que nesses hospitais a terapêutica já não se resumia à tríade alimentação, agasalho e repouso. Os sucessos médico-cirúrgicos alcançados em Lisboa e em Coimbra, a que as pequenas unidades concelhias não conseguiam almejar, e no caso dos manicomios, a especialização que só eles ofereciam, atraíam a população ou incitavam as misericórdias e as câmaras a enviar para aí os seus doentes, numa época em que os meios de transporte se tornavam cada vez mais eficazes. Era um paradigma que mudava. Agora havia razões para buscar a saúde longe porque nem todos os hospitais se equivaliam.

E por tudo isso, a pressão da procura, o volume dos ingressos, a lotação dos hospitais e as distâncias percorridas pelos enfermos cresceram sempre ao longo da época em apreço.

Fontes

Manuscritas

ARQUIVO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, livs. 9, 25, 26, 43 e 44.

Impressas

BARBOSA, António Maria, *Memoria sobre as principaes causas da mortalidade do Hospital de S. José e meios de as attenuar* (2ª ed.). Lisboa, Imprensa de Francisco Xavier de Sousa, 1856.

BRANCO, Alves, "Hygiene publica. O hospital de S. José" in *O Correio Medico de Lisboa*, vol. 1, 1871-1872, pp. 116-117, 131-132, 139-141, 152-153, 157-163, 176-177, 203-204, 223-225 254-256, 288-289.

Correio (O) Medico de Lisboa, 1871/72-1873/74.

Gazeta Medica de Lisboa, 1854-1874.

NOGUEIRA, José Félix Henriques, *O estudo sobre a Reforma em Portugal in Obra Completa I*. Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1976 (1ª ed.: 1851).

Relatorio da Commissão Executiva da Junta Geral do Districto de Coimbra para ser apresentado na sessão ordinaria de abril de 1888. Coimbra, Imprensa Independencia, 1888.

RIBEIRO, José Silvestre, *Apontamentos sobre as classes desvalidas e institutos de beneficencia*. Funchal, Typ. do Madeirense, 1847.

SENA, António Maria de *Os alienados em Portugal. I História e estatística. II Hospital do Conde de Ferreira*. Lisboa, Ulmeiro, 2003 (1ª ed: 1883 e 1885).

SILVA, Manoel Cesário de Araújo e, *O Hospital São José e anexos em 1853*. Lisboa, Typ. da Imprensa, 1853.

SILVA, Manuel Dias da, *Relatorio e contas da Santa Casa da Misericórdia de Coimbra do anno de 1891-1892*. Coimbra, Typ. de M. C. da Silva, 1892.

SIMÕES, António Augusto da Costa Simões, *Noticia historica dos hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 1882.

Bibliografia

ARAÚJO, Maria Marta Lobo (2010): *A Misericórdia de Vila Viçosa de finais de Antigo Regime à República*. Vila Viçosa, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo (2014): "O tratamento dos doentes insanos de Vila Viçosa no Hospital de Rilhafoles (segunda metade do século XVIII)". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 66 (2).

BARRETO, Maria Renilda Nery (2005): *A medicina luso-brasileira. Instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. Rio de Janeiro, Tese de Doutoramento em História das Ciências de Saúde apresentada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

CORREIA, Ana Maria Diamantino (2015): *A saúde pública no concelho de Coruche: instituições, agentes e doentes (1820-1910)*. Coruche, Museu Municipal de Coruche.

ESTEVES, Alexandra (2014): "Na saúde e na doença: a ação do Hospital da Misericórdia de Viana do Castelo na centúria de oitocentos e nos inícios do século XX". Em *500 anos de História das Misericórdias. Congresso internacional*, Braga, Santa Casa Misericórdia de Braga, pp. 271-298.

ESTEVES, Alexandra (2015): "A assistência à doença no Alto Minho oitocentista: o caso do Hospital de Nossa Senhora da Visitação de Caminha". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 67 (1).

FERNANDES, Henrique João Barahona (1984): "A Psiquiatria em Portugal". Em PICHOT, Pierre e FERNANDES, A. J. Barahona: *Um século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal*, Lisboa, Roche, pp. 237-355.

FERRAZ, Norberto Tiago (2007): *Solidariedades na Misericórdia de Cabeceiras de Basto (1877-1930)*. Braga, Tese de mestrado apresentada à Universidade do Minho.

GUTTON, Jean-Pierre, ed. (1999): *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

LOPES, Maria Antónia (2000): *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*. Viseu, Palimage.

- LOPES, Maria Antónia (2009): "Dos campos para Coimbra: os migrantes nos arquivos da assistência e da repressão em finais de Antigo Regime". Em HERNÁNDEZ Borge, Júlio e GONZÁLEZ Lopo, Domingo (dir.): *Movilidad de la población y migraciones en áreas urbanas de España y Portugal*. Santiago de Compostela, Universidade de Santiago de Compostela, pp. 93-129.
- LOPES, Maria Antónia (2010): *Protecção social em Portugal na Idade Moderna*. Coimbra, Imprensa da Universidade.
- LOPES, Maria Antónia (2011): "Instituições de piedade e beneficência do distrito de Coimbra na década de 1870". *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 11, pp. 317-358.
- LOPES, Maria Antónia (2016): "Assistência pública à infância após a extinção da Roda dos Expostos: Hospício dos Abandonados e crianças maiores de sete anos (distrito de Coimbra, 1872-1890)". Em CAPELA, José Viriato et al. (org.): *Da caridade à solidariedade: políticas públicas e práticas particulares no mundo ibérico*, Braga, Universidade do Minho/Lab2PT, pp. 173-191.
- LOPES, Maria Antónia (2016): "Mães solteiras entre a repressão e os apoios do Estado: intimações, subsídios e abandonos no distrito de Coimbra, 1850-1890". Em ARAÚJO, Maria Marta e PÉREZ Álvarez, María José (coords.): *Do silêncio à ribalta. Os resgatados das margens da História (séculos XVI-XIX)*. Braga, Lab2PT, pp. 37-54.
- LOPES, Maria Antónia e PAIVA, José Pedro, dir. (2010): *Portugaliae Monumenta Misericordiarum 8. Tradição e modernidade: o período da monarquia constitucional (1834-1910)*. Lisboa, União das Misericórdias Portuguesas.
- OLIVEIRA, Ricardo Pessa de (2016): *História da Santa Casa da Misericórdia de Pombal (1628-1910)*. Pombal, Santa Casa da Misericórdia de Pombal.
- PEREIRA, Ana Leonor (1986): "A institucionalização da loucura em Portugal". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, pp. 85-100.
- PEREIRA, Pedro Teixeira; GOMES, Eva; MARTINS, Olga (2005): "A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)". *Revista da Faculdade de Letras do Porto*, 8, pp. 99-128.
- ROQUE, João Lourenço (2000): "Epidemias no distrito de Coimbra no século XIX (1830-1870)". *Revista Portuguesa de História*, 34, pp. 1-152.

- SANTOS, José Nuno Casanova Borja (2016): *A Importância da Estatística na Emergência da Psiquiatria Portuguesa do Século XIX*. Lisboa, Tese de Doutoramento em História, Filosofia e Património das Ciências apresentada à Universidade Nova de Lisboa.
- SILVA, Ana Isabel Coelho da (2005): *O Hospital da Confraria de S. Francisco/Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor – das origens a 1850*. Ponte de Sor, Misericórdia de Ponte de Sor.
- SILVA, Ana Isabel Coelho da (2008): "O Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor no início do século XX: aspectos de uma cultura material". Em *XXVIII Encontro da APHES*. Guimarães (disponível em www.aphes.pt).
- SILVA, Susana Serpa (2014): "Valências da Misericórdia de Ponta Delgada no século XIX". Em *500 anos de História das Misericórdias. Congresso internacional*. Braga, Santa Casa Misericórdia de Braga, pp. 349-368.

Anexos

Quadro 3. Residência dos doentes dos HUC provenientes do distrito, 1871/72.

Concelhos	Pessoas	%
Arganil	32	1,3%
Cantanhede	69	2,9%
Coimbra	1453	60,3%
Condeixa	105	4,4%
Figueira da Foz	106	4,4%
Góis	20	0,8%
Lousã	50	2,1%
Mira	4	0,2%
Miranda do Corvo	44	1,8%
Montemor o Velho	149	6,2%
Oliveira do Hospital	55	2,3%
Pampilhosa da Serra	15	0,6%
Penacova	85	3,5%

Penela	31	1,3%
Polares	38	1,6%
Soure	111	4,6%
Tábua	44	1,8%
Total	2411	100,0%

Fonte: João Lourenço Roque,
"Epidemias no distrito de Coimbra no século XIX", 17.

Quadro 4. Residências das mulheres internadas nos HUC, 1860.

Concelhos	Distritos	Doentes	%
Coimbra	Coimbra	517	71,5%
Montemor o Velho	Coimbra	32	4,4%
Condeixa	Coimbra	29	4,0%
Miranda do Corvo	Coimbra	16	2,2%
Penacova	Coimbra	16	2,2%
Soure	Coimbra	16	2,2%
Cantanhede	Coimbra	13	1,8%
Figueira da Foz	Coimbra	12	1,7%
Lousã	Coimbra	9	1,2%
Anadia	Avelro	7	1,0%
Arganil	Coimbra	6	0,8%
Mealhada	Avelro	6	0,8%
Sela	Guarda	6	0,8%
S ^a Comba Dão	Viseu	6	0,8%
Figueiró dos Vinhos	Leiria	5	0,7%
Mortágua	Viseu	5	0,7%
Oliveira do Hospital	Coimbra	4	0,6%
Tondela	Viseu	4	0,6%
Pombal	Leiria	3	0,4%
Góis	Coimbra	2	0,3%
Polares	Coimbra	2	0,3%
Tábua	Coimbra	2	0,3%
Penela	Coimbra	1	0,1%
Águeda	Avelro	1	0,1%

Anslão	Leiria	1	0,1%
Pedrógão Grande	Leiria	1	0,1%
Carregal do Sal	Viseu	1	0,1%
Total		723	100%

Fonte: AUC, *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, liv. 9.

Quadro 5. Residências das mulheres internadas nos HUC, 1880.

Concelho	Distrito	N ^o s abs.	%
Coimbra	Coimbra	505	61,8%
Condeixa-a-Nova	Coimbra	52	6,4%
Montemor-o-Velho	Coimbra	37	4,5%
Figueira da Foz	Coimbra	27	3,3%
Cantanhede	Coimbra	22	2,7%
Penela	Coimbra	17	2,1%
Soure	Coimbra	16	2,0%
Penacova	Coimbra	13	1,6%
Sela	Guarda	12	1,5%
Miranda do Corvo	Coimbra	11	1,3%
Lousã	Coimbra	10	1,2%
Pombal	Leiria	10	1,2%
Oliveira do Hospital	Coimbra	9	1,1%
Mealhada	Avelro	7	0,9%
Polares	Coimbra	7	0,9%
Tábua	Coimbra	7	0,9%
Figueiró dos Vinhos	Leiria	7	0,9%
Anadia	Avelro	5	0,6%
Góis	Coimbra	5	0,6%
Mortágua	Viseu	5	0,6%
Arganil	Coimbra	4	0,5%
Mira	Coimbra	4	0,5%
Pedrógão Grande	Leiria	4	0,5%
Pampilhosa da Serra	Coimbra	3	0,4%
Anslão	Leiria	3	0,4%

Gouveia	Guarda	2	0,2%
Carregal do Sal	Viseu	2	0,2%
Tondela	Viseu	2	0,2%
Aveiro	Aveiro	1	0,1%
Oliveira do Bairro	Aveiro	1	0,1%
Covilhã	Cº Branco	1	0,1%
Oleiros	Cº Branco	1	0,1%
Celorico da Beira	Guarda	1	0,1%
Guarda	Guarda	1	0,1%
Sabugal	Guarda	1	0,1%
Leiria	Leiria	1	0,1%
Ferreira do Zêzere	Santarém	1	0,1%
Total		817	100%

Fonte: AUC, *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, livs. 25-26.

Quadro 6. Residências das mulheres internadas nos HUC, 1900.

Concelho	Distrito	Nºs abs.	%
Coimbra	Coimbra	537	57,7%
Figueira da Foz	Coimbra	57	6,1%
Soure	Coimbra	42	4,5%
Montemor-o-Velho	Coimbra	34	3,7%
Condeixa-a-Nova	Coimbra	31	3,3%
Anadia	Aveiro	24	2,6%
Cantanhede	Coimbra	24	2,6%
Mealhada	Aveiro	22	2,4%
Pombal	Leiria	21	2,3%
Penela	Coimbra	16	1,7%
Miranda do Corvo	Coimbra	15	1,6%
Oliveira do Hospital	Coimbra	14	1,5%
Penacova	Coimbra	13	1,4%
Tondela	Viseu	11	1,2%
Oliveira do Bairro	Aveiro	6	0,6%
Lousã	Coimbra	6	0,6%

Mortágua	Viseu	6	0,6%
Góis	Coimbra	5	0,5%
Polares	Coimbra	5	0,5%
Pedrógão Grande	Leiria	5	0,5%
Sª Comba Dão	Viseu	5	0,5%
Sela	Guarda	4	0,4%
Ansião	Leiria	4	0,4%
Águeda	Aveiro	3	0,3%
Tábua	Coimbra	3	0,3%
Alvalázere	Leiria	3	0,3%
Arganil	Coimbra	2	0,2%
Pampilhosa da Serra	Coimbra	2	0,2%
Aveiro	Aveiro	1	0,1%
Sertã	Cº Branco	1	0,1%
Celorico da Beira	Guarda	1	0,1%
Figueira de Castelo Rodrigo	Guarda	1	0,1%
Gouveia	Guarda	1	0,1%
Figueiró dos Vinhos	Leiria	1	0,1%
Leiria	Leiria	1	0,1%
Vila Nova de Ourém	Santarém	1	0,1%
Carregal do Sal	Viseu	1	0,1%
Nelas	Viseu	1	0,1%
Total		930	100,0%

Fonte: AUC, *Hospitais da Universidade de Coimbra. Registo de aceitação de doentes. Mulheres*, livs. 43-44.

Quadro 7. Residência dos doentes do Hospital de Rilhafoles, 1850-1879.

Distrito	Nºs abs.	%	Distrito	Nºs abs.	%
Lisboa	5763	75,0%	Viseu	70	0,9%
Santarém	344	4,5%	Vila Real	56	0,7%
Porto	280	3,6%	Viana do Castelo	46	0,6%
Évora	170	2,2%	Guarda	44	0,6%
Leiria	166	2,2%	Arq. Açores	42	0,5%
Portalegre	153	2,0%	Aveiro	34	0,4%
Beja	136	1,8%	Braga	34	0,4%

Faro	120	1,6%	Bragança	22	0,3%
Coimbra	108	1,4%	Arq. Madeira	14	0,2%
Castelo Branco	81	1,1%	Total	7682	100 %

Fonte: José N. C. B. Santos, *A Importância da estatística na emergência da Psiquiatria portuguesa do século XIX*, 2016, pp. 167-180.

Quadro 8. Residências dos doentes portugueses do Hospital do Conde de Ferreira, 1883/84-1885/86.

Distrito	Nºs abs.	%	Distrito	Nºs abs.	%
Porto	216	36,5%	Bragança	17	2,9%
Braga	82	13,9%	Castelo Branco	8	1,4%
Viseu	71	12,0%	Portalegre	5	0,8%
Aveiro	51	8,6%	Leiria	4	0,7%
Coimbra	39	6,6%	Lisboa	4	0,7%
Vila Real	34	5,8%	Santarém	3	0,5%
Viana	26	4,4%	Évora	1	0,2%
Guarda	19	3,2%	Angra do Heroísmo	11	1,9%

Fonte: Pedro T. Pereira; Eva Gomes; Olga Martins, "A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)", p. 109.