

A Ilha da Madeira como Centro de Tratamento de Doenças Pulmonares em Meados do Século XIX

Madeira Island as Center for the Treatment of Pulmonary Diseases in the Mid-19th Century

*Ismael Cerqueira Vieira*¹

Resumo

A revolução microbiológica dos finais do século XIX produziu uma profunda mudança não só ao nível da patologia, da clínica e da terapêutica das doenças crónicas e infetocontagiosas como também ao nível da epidemiologia e da medicina preventiva. Neste contexto o estudo das doenças e a sua relação com o ambiente ocuparam uma posição central. Se bem que o ponto de partida do enfoque ecológico havia sido o tratado hipocrático sobre os ares, as águas e os lugares – inspirando uma tradição ambientalista que se manteve por mais de dois milénios – a medicina do século XIX começou a olhar novamente para a geografia e para o ambiente como fatores condicionantes das doenças.

A ilha da Madeira, com o seu clima muito particular, começou a ser falada ao nível internacional nos finais do século XVIII e durante a primeira metade do século XIX como o lugar ideal para o tratamento de doenças do aparelho respiratório como a tuberculose, a pneumonia, a pleurite ou a bronquite. A temperatura amena, a boa insolação, a geografia marítima e montanhosa, a barometria depressiva e a higrometria foram fatores estudados e destacados pela comunidade médica nacional e internacional como ótimos para o tratamento dessas doenças.

Com este trabalho pretende-se em primeiro lugar contextualizar do ponto de vista ambiental e climático as particularidades da ilha da Madeira de forma a justificar a sua procura como estância climatoterapêutica durante várias décadas, com base nos estudos médicos da

¹ Investigador Integrado do Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória» – CITCEM – (Universidade do Porto) e colaborador do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20 – (Universidade de Coimbra), Doutor em História pela Universidade do Porto. Dedicou-se ao estudo da história da saúde e da história social da Medicina da época moderna e contemporânea. Laureado com vários prémios académicos, destaca-se por ter vencido em 2017 o Prémio Calouste Gulbenkian de História Moderna e Contemporânea de Portugal atribuído pela Academia Portuguesa da História & Fundação Calouste Gulbenkian. *Email*: ivieira@letras.up.pt.

ilha entre os finais do século XVIII até meados do século XIX. Em segundo lugar pretende-se mostrar como foi feito o aproveitamento terapêutico do clima madeirense, através da sua institucionalização por meio do Hospício do Funchal, o primeiro hospital em Portugal dedicado ao tratamento de doenças pulmonares.

Para tal utilizamos documentos da época como os manuais médicos, teses médicas e artigos de periódicos que nos permitem acompanhar as ideias e justificações médicas para a procura e aproveitamento terapêutico dos elementos do clima madeirense para o tratamento de doenças pulmonares.

Palavras-chave: Madeira; Portugal; Hospital; Climatoterapia; Hospício do Funchal; Tuberculose; Doenças Pulmonares.

Abstract

The microbiological revolution of the late 19th century produced a profound change not only in the pathology, in the clinic and in the treatment of chronic and contagious diseases, but also in epidemiology and preventive medicine. In this context, the study of diseases and their relation to the environment occupied a central position. Although the starting point of the ecological approach was the Hippocratic treatise on airs, water and places – inspiring an environmentalist tradition that remained for more than two millennia – 19th century medicine began to look again at geography and the environment as disease conditioning factors.

The island of Madeira with its very particular climate began to be spoken at the international level in the late 18th century and during the first half of the 19th century as the ideal place to treat diseases of the respiratory system such as tuberculosis, pneumonia, pleuritis or bronchitis. The mild temperature, the good insolation, the maritime and mountainous geography, the depressive barometry and the hygrometry were factors studied and highlighted by the national and international medical community as excellent for the treatment of these diseases.

With this work we intend at first contextualize from the environmental and climatic point of view the particularities of the island of Madeira to justify its search as a climatotherapeutic resort for several decades, based on the medical studies of the island between the end of the 18th century until the mid-19th century. Secondly, we intend to show how the therapeutic use of Madeira climate was achieved, through the institutionalization of the Funchal Hospice, the first hospital in Portugal dedicated to the treatment of pulmonary diseases.

For that we use documents of the time such as medical manuals, medical theses and periodicals articles that allow us to follow the ideas and medical justifications for the search and therapeutic use of the elements of the Madeira climate for the treatment of pulmonary diseases.

Keywords: Madeira; Portugal; Hospital; Climatotherapy; Funchal Hospice; Tuberculosis; Pulmonary Diseases.

Introdução

«Passámos a grande Ilha da Madeira,
Que do muito arvoredo assi se chama;
Das que nós povoámos a primeira,
Mais célebre por nome que por fama.
Mas, nem por ser do mundo a derradeira,
Se lhe aventajam quantas Vénus ama;
Antes, sendo esta sua, se esquecerá
De Cipro, Gnido, Pafos e Citera.»

Luís de Camões, *Os Lusíadas*, Canto V

Dos inúmeros debates historiográficos levados a cabo no século XX, aparece na década de 1970 a chamada Nova História. À história dos acontecimentos à maneira de Ranke ou de Langlois & Seignobos, no século XIX, sucedeu uma história dos *Annales* que tinha no centro das preocupações os problemas e as estruturas, colhendo muito dos contactos e interfaces com outras ciências como a sociologia ou a economia. A história dos *Annales*, rejeitava «a história factual, biográfica, historicizante, a erudição monográfica, o corporativismo ciumento e deliberadamente imperialista dos historiadores do *establishment* universitário»². A esta nova forma de fazer história impulsionada por Marc Bloch e Lucien Lefebvre, que integra desde a década de 1930 novos objetos, emerge nos anos 70 do século passado o movimento da Nova História, com Jacques Le Goff à cabeça, que numa coleção maciça de ensaios traz para o campo historiográfico novos problemas, novas abordagens e novos objetos³. A dita Nova História começou a interessar-se por (virtualmente) toda a atividade humana – a infância, a morte, o clima, os odores, os gestos, o corpo, a feminilidade, a leitura, etc.⁴ – ampliando significativamente os objetos da História, mas também adotando uma nova abordagem que não se limitava à narrativa histórica tradicional, mas preocupava-se com a análise das estruturas.

É também a partir da década de 1970, que a história começa a prestar atenção ao corpo⁵ – saudável ou doente – numa perspetiva que começa a incluir a saúde e os meios de a preservar, a doença e os modos de a curar, as ciências (bio)médicas e os seus atores, as epidemias e as endemias e as suas repercussões políticas, económicas e sociais como objetos da História. Assim, não se pode estranhar que as doenças, em especial as

² CARBONELL, 1992, *Historiografia*, p. 121.

³ BURKE, 1992, «Abertura: A Nova História [...]», p. 9.

⁴ BURKE, 1992, «Abertura: A Nova História [...]», p. 11.

⁵ PORTER, 1992, «História do corpo», pp. 291-326.

doenças de carácter epidémico e as de impacto social alargado como a lepra, a peste bubónica, a sífilis, a tuberculose e o cancro têm-se revelado personagens da história de elevado interesse científico para os historiadores. A compreensão e o controlo dos processos mórbidos determinaram não somente várias transformações nos processos culturais, mentais e tecnológicos, como permitiu, pelas implicações epidemiológicas e demográficas, alterações nos sistemas sociais, políticos e económicos.

As doenças, testemunhando as formas de organizar e viver das sociedades humanas assumiram um papel destacado em cada período histórico, atravessando, no dizer de Grellet & Kruse⁶, a história dos Homens e escrevendo a sua própria história em paralelo à das suas vítimas. O advento da industrialização no mundo ocidental (ou ocidentalizado) tornou as populações mais vulneráveis a vários tipos de doenças infetocontagiosas, uns pelo trabalho extenuante e pelas débeis condições de subsistência, os outros, mais abastados, pela incontornável vivência e contacto com os primeiros.

No campo da historiografia, após um primeiro período no qual imperou uma história da medicina essencialmente voltada para as grandes personalidades e para as instituições, descorando o passado das enfermidades e o seu papel na vida das sociedades de outrora, iniciou-se uma valorização do estudo das doenças em sentido lato. O interesse dos investigadores recaiu sobre as doenças e a sua relação com o ambiente. O ponto de partida deste enfoque ecológico tinha sido o tratado hipocrático sobre os ares, as águas e os lugares, que sob perspetivas distintas se cristalizou em novas abordagens no século XIX. Por aqui se percebe a tendência para a publicação de trabalhos como as geografias médicas onde se descreviam muitas vezes as condicionantes geográficas determinantes do aparecimento de doenças ou a utilização das propriedades climáticas para o tratamento das mesmas. Os exemplos multiplicam-se: William Gourlay⁷ deu à estampa em 1811 o seu livro *Observations on the natural history, climate and diseases of Madeira during a period of eighteen years*, no ano seguinte Nicolau Pitta⁸ publicou o seu *Account of the island of Madeira*, e em meados de oitocentos Francisco António Barral⁹ publicou a *Notícia sobre o clima do Funchal e sua influência no tratamento da tísica pulmonar*. Estes são apenas três exemplos das várias obras publicadas neste período acerca da ilha da Madeira e dos seus benefícios para os doentes, sobretudo os que padeciam de doenças do foro pulmonar.

⁶ GRELLET & KRUSE, 1983, *Histoires de la tuberculose*, p. 13.

⁷ GOURLAY, 1811, *Observations on the natural history* [...].

⁸ PITTA, 1812, *Account of the island of Madeira*.

⁹ BARRAL, 1854, *Notícia sobre o clima do Funchal* [...].

Neste estudo tratamos do papel que a ilha da Madeira teve no tratamento climatoterapêutico de doenças pulmonares em meados do século XIX. A Madeira tornou-se numa paragem internacionalmente conhecida no que concerne ao tratamento climático de doenças pulmonares, especialmente da tuberculose. A ilha foi procurada pelo seu clima marítimo temperado e tonificante, onde tuberculosos de diferentes camadas sociais, incluindo a realeza europeia, aí procuraram a cura para as suas enfermidades. Nos meados da centúria de oitocentos, ao mesmo tempo que apareceram na Alemanha e na Suíça os primeiros sanatórios para tísicos pulmonares, abriu portas o primeiro hospício para tratamento de doentes do foro pulmonar na Madeira por iniciativa da então imperatriz D. Amélia Augusta, viúva do rei D. Pedro IV.

Este estudo comporta como principais objetivos enquadrar a procura da ilha da Madeira por doentes tuberculosos durante a primeira metade do século XIX, incidindo a análise em alguns fatores ambientais da ilha e nas circunstâncias políticas que a popularizaram. Em segundo lugar pretende-se fazer um breve apanhado dos antecedentes da criação do Hospício D. Maria Amélia e uma análise do funcionamento desta instituição em termos clínicos.

Partindo da análise de várias geografias médicas do período em questão e dos relatórios do Hospício pretende-se salientar a importância da ilha da Madeira no tratamento de doenças pulmonares, reconhecendo as especificidades climatológicas insulares e algumas características sanitárias que contribuíram para atrair os doentes. Estudamos ainda o funcionamento interno do hospício do Funchal, de forma de perceber as motivações que presidiram à sua fundação e o funcionamento interno e as suas linhas de ação. Finalmente, enquadramos a prestação de cuidados e tratamento no âmbito das doutrinas médicas da época, para o período de existência do hospício, entre 1853 e 1858.

1. A Madeira como Estância de Tratamento de Doenças Pulmonares

Entre finais do século XVIII e sobretudo durante o século XIX, a Madeira destacou-se, tanto no plano nacional como internacional, como uma estância de tratamento de doenças do foro pulmonar e respiratório. A climatoterapia, nos casos de tuberculose – a principal doença do foro pulmonar – e de outras doenças respiratórias como a bronquite, a asma ou a pneumonia era a principal arma terapêutica ao lado da alimentação fortificante e da polifarmácia, composta por inúmeros produtos de origem animal, vegetal ou mineral.

A procura de um clima propício para a cura da tuberculose e de outras doenças pulmonares era uma preocupação antiga dos médicos europeus. Já Curvo Semedo considerava os ares de Beja, Évora e Algarve como os mais aconselhados para os tísicos, por serem pouco húmidos em relação aos de Lisboa¹⁰. Duarte Rebelo de Saldanha dizia que os ares do Campo Grande e de Sintra, a meia légua e quatro léguas respetivamente, eram preferíveis aos de Lisboa¹¹. O inglês Thomas Beddoes mencionou que um médico seu amigo estivera em Portugal durante dois invernos e que era prática frequente enviar os tísicos de Lisboa para as cidades alentejanas¹².

Por toda a Europa, o tratamento da tísica pelo clima era considerado mais eficiente do que todos os medicamentos em voga. Havia vários pontos na Europa frequentados pelos tísicos e outros doentes pulmonares. Thomas Young, em 1815, dizia que em Portugal e em Espanha a tísica parecia não ser tão comum quando comparada com outras geografias, embora não fosse desconhecida¹³. Na Inglaterra, na França, na Itália, na Alemanha, na Bélgica, na Espanha, e fora da Europa, no Egipto e nas Canárias existiam lugares propícios para o tratamento da tuberculose. Embora a climatoterapia fosse tão incerta como qualquer outro meio de cura, era aconselhada para o alívio dos sintomas e para a prevenção do aparecimento ou desenvolvimento de doenças respiratórias nos indivíduos mais predispostos.

Atendendo à crescente procura dos habitantes das zonas mais setentrionais da Europa por climas mais amenos, a ilha da Madeira estava muito bem localizada e começou a ganhar fama e popularidade como estância climatoterapêutica.

O contexto económico e político do século XIX fizeram da Madeira um ponto comercial importante no Atlântico Norte. A velha política de alianças entre Portugal e Inglaterra impediu uma neutralidade portuguesa face à guerra entre Inglaterra e França. Após a Guerra do Rossilhão, a Espanha negociou bilateralmente com a França deixando Portugal, tradicional aliado dos ingleses, numa posição débil no contexto ibérico e continental, uma vez que a França queria forçar Portugal a fechar os seus portos aos ingleses. O golpe do 18 do Brumário, que permitiu a Napoleão Bonaparte assumir o poder em França, após a campanha do Egipto, possibilitou aos franceses retomar o projeto da invasão de Portugal, o que veio a acontecer em 1807 com a primeira vaga invasora dos franceses.

¹⁰ SEMEDO, 1741, *Polyanthea Medicinal* [...], p. 172.

¹¹ SALDANHA, 1762, *Ilustração Médica* [...], pp. 128-129.

¹² BEDDOES, 1799, *Essay on the causes, early signs* [...], p. 23.

¹³ YOUNG, 1815, *A practical and historical treatise* [...], pp. 98-100.

Neste contexto, Portugal e Inglaterra negociaram a convenção que permitiu à família real fugir para o Brasil e a invasão da ilha da Madeira¹⁴, transformando-a numa plataforma onde portugueses e ingleses puderam planejar as intervenções militares no continente. Da presença regular de ingleses na ilha resultou relações comerciais entre a Madeira e Inglaterra, baseadas, entre outros produtos, no comércio do vinho. Com o Bloqueio Continental uma boa parte dos portos europeus fecharam-se aos ingleses, impossibilitando aos doentes o acesso aos principais centros de tratamento climatoterapêutico localizados no Sul de França e Itália. Estes acontecimentos tornaram a Madeira no principal centro de tratamento ao dispor dos ingleses. Mesmo após as mudanças geopolíticas decorrentes da derrota de Napoleão em 1815, o número de ingleses não diminuiu significativamente, pois a Madeira havia adquirido um estatuto de centro climatoterapêutico importante.

A fixação de mercadores e homens de negócios britânicos, possibilitada pelas relações comerciais, permitiu a difusão dos benefícios do clima da Madeira para o tratamento dos doentes do peito. As primeiras notícias acerca dos benefícios do clima madeirense são-nos dadas por médicos ingleses que visitaram a ilha, embora os clínicos portugueses também tenham escrito acerca do clima madeirense e da sua influência no tratamento da tísica pulmonar.

Em 1811, William Gourlay¹⁵ publicou as suas *Observations on the natural history, climate and diseases of Madeira during a period of eighteen years* onde registou aspetos do clima e epidemiologia da ilha da Madeira que servisse de guia aos doentes inválidos britânicos. Descreveu a uniformidade da temperatura durante todo o ano, considerando-a conveniente para as doenças do peito, que dividia em três grupos: os catarros, a pneumonia e a tísica. Quanto à tísica, a mais grave das doenças do peito, dizia que a mudança de clima era benéfica sobretudo na fase inicial da doença, quando os tísicos estavam numa fase primária ou inflamatória¹⁶.

Também Nicolau Pita¹⁷ em *Account of the island of Madeira* (1812), um trabalho académico para a obtenção do grau de Doutor em Medicina na Universidade de Edimburgo, fez uma descrição importante acerca do clima, temperatura, salubridade e epidemiologia da ilha. Entre as doenças mais destacadas da Madeira dizia que eram as doenças de pele e as doenças do peito as mais frequentes entre os nativos, sendo partidário dos benefícios do clima madeirense no tratamento das tísicas iniciais.

¹⁴ ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu de, 1993, «As invasões francesas e a afirmação das ideias liberais», in MATTOSO, José (ed.), *História de Portugal*, vol. 5, Lisboa, Círculo de Leitores, pp. 19-25.

¹⁵ GOURLAY, 1811, *Observations on the natural history* [...].

¹⁶ GOURLAY, 1811, *Observations on the natural history* [...], p. 92.

¹⁷ PITTA, 1812, *Account of the island of Madeira*.

Em 1815, Thomas Young¹⁸ escreveu que existiam grandes vantagens no clima madeirense para o tratamento de doenças do peito pela temperatura uniforme e salubridade climática. Dizia não existir uma verdadeira consumpção como em Inglaterra, embora reconhecesse que havia casos de tísica entre os habitantes.

Em 1832, Francisco de Assis de Sousa Vaz, defendeu a sua tese em Paris intitulada *De l'influence salubre du climat de Madère (île portugaise) dans le traitement de la phthisie pulmonaire et de la supriorité de cette influence sur celle des climats du sud de la France et de l'Italie*¹⁹, onde comparou os climas de França e Itália com o da Madeira. Em 1936, também William Sweetser²⁰ em *A treatise on consumption* defendia que a Madeira tinha um clima suave, uniforme, húmido e temperaturas moderadas que influenciavam favoravelmente as funções pulmonares, especialmente nos tísicos.

Já em meados do século XIX outras três obras merecem destaque. Em 1851, Edward Harcourt²¹ em *A sketch of Madeira containing information for the traveler or invalid visitor* fala igualmente dos benefícios do clima para o tratamento dos doentes do peito. No ano seguinte P.-J. Vieira²², médico originário da Madeira, conclui a sua tese de doutoramento na Universidade de Montpellier com *Études médicales sur le climat de Madère*. Nela revela que na época a Madeira era a 'pátria' dos doentes de foro pulmonar que vinham de todos os cantos da Europa, incluindo Espanha, França e sobretudo Inglaterra. Pode ler-se na introdução:

«L'île de Madère méritait, autant que tout autre pays, l'analyse des conditions et des effets thérapeutiques de son climat; comme l'Italie, elle est la patrie des malades: beaucoup d'organisations souffrantes, en proie aux ravages de la phthisie, ou tourmentées par d'autres maladies chroniques des organes respiratoires, viennent, tous les ans, demander à son beau ciel, à sa température douce et uniforme, un soulagement à leurs maux, et ranimer, dans cette atmosphère chaude, une vie qui s'éteint»²³.

Apesar das diversas obras produzidas sobre a Madeira, Vieira dizia não haver uma climatologia médica da Madeira, que pudesse elucidar os médicos sobre os recursos terapêuticos do clima. Vieira dividiu o seu trabalho em duas partes, tendo na primeira feito um estudo do clima 'médico' tocando aspetos como geografia, geologia, fertilidades, produções vegetais, higrometria, modos de vida da população, etc., e na segunda parte tratou das doenças mais comuns na ilha e da influência

¹⁸ YOUNG, 1815, *A practical and historical treatise* [...].

¹⁹ VAZ, 1832, *De l'influence salubre du climat de Madère* [...].

²⁰ SWEETSER, 1836, *A treatise on consumption*.

²¹ HARCOURT, 1851, *A sketch of Madeira* [...].

²² VIEIRA, 1852, *Études médicales* [...].

²³ VIEIRA, 1852, *Études médicales* [...], p. 5.

benfazeja exercida pelo clima sobre essas doenças, particularmente sobre a tísica pulmonar.

Francisco António Barral publicou em 1854 uma *Notícia sobre o clima do Funchal e sua influência no tratamento da tísica pulmonar*, onde analisou as características da ilha e as vantagens do seu aproveitamento terapêutico, analisando a geologia e meteorologia, a pressão barométrica, a temperatura, a meteorologia, a fauna e a flora.

O que tornava a Madeira tão atrativa era, pois, o conjunto das condições climatéricas e higiénicas que a ilha, e a cidade do Funchal, apresentavam. Segundo Almeida, «o “casamento” do ambiente marítimo com a altitude, com a luxuriante e frondosa vegetação, com a excelente exposição solar, e ainda com as temperaturas amenas, durante todo o ano»²⁴ fazia da Madeira o local ideal para os doentes do peito. A Madeira tinha um clima montanhoso e marítimo, baixas pressões atmosféricas e ar puro, uma flora exuberante, uma boa insolação e temperaturas amenas e uniformes: temperatura média anual era de 20° C, descendo nos meses mais frios, de dezembro a março, até aos 17° C e no verão não ia além dos 23° C. A amenidade da temperatura era constante durante todo o ano, com pequenas variações durante o dia, entre o dia e a noite e entre os dias sucessivos, meses e estações²⁵.

Para Francisco António Barral, a Madeira tinha, além de um bom clima, boas condições para que os doentes estrangeiros pudessem habitar durante o tempo necessário à terapêutica. O clima era propício à cura das moléstias do foro pulmonar, contando também com fatores como a boa insolação e ventilação das ruas, a vegetação abundante, que proporcionava um ar puro, as condições habitacionais decentes e a limpeza geral, inusual em grande parte das grandes cidades como o Porto ou Lisboa.

Todas estas condições deram fama à ilha, conduzindo à Madeira, para tratamento, um grande número de portugueses e estrangeiros entre 1848-1852: 1601 ingleses, 51 portugueses, 32 americanos, 31 alemães, 7 russos, 4 franceses, e 2 italianos²⁶. O maior número de ingleses justificava-se pelas relações políticas e comerciais que mantinham com a ilha, quanto aos estrangeiros de outras proveniências vinham atraídos pela fama da Madeira no que concerne ao tratamento de doenças pulmonares.

Quanto ao transporte devemos dizer que os ingleses estabeleceram carreiras regulares de viagens entre a Inglaterra e a Madeira, com saídas a dia 17 de cada mês desde Southampton, Londres, Liverpool e Glasgow e com destino às Índias Ocidentais,

²⁴ ALMEIDA, 2007, *O Porto e a Tuberculose*. [...], p. 21.

²⁵ BARRAL, 1854, *Notícia sobre o clima do Funchal* [...], pp. 43-57.

²⁶ BARRAL, 1854, *Notícia sobre o clima do Funchal* [...], pp. 223 e 226-229.

passando pela Madeira a 24 ou 25 do respetivo mês²⁷. Outra hipótese seria fazerem escala em Lisboa e zarpar rumo à Madeira em embarcação portuguesa. Transportavam geralmente cerca de vinte a trinta doentes em cada viagem entre os meses de outubro e novembro, para aí passarem o Inverno.

Alguns dos doentes famosos que por lá passaram eram membros da realeza europeia como a arquiduquesa Leopoldina da Áustria, o príncipe Maximiliano Napoleão de Leuchtenberg, a rainha Adelaide de Inglaterra e a imperatriz consorte Isabel da Áustria-Hungria, «Sissi»²⁸.

Os ingleses, e outros estrangeiros, que procuravam o clima da Madeira instalavam-se em hotéis ou residências particulares. Segundo Mason²⁹ em 1850 existiam apenas dois hotéis na Madeira, o London Hotel e o Yates's Family Hotel, mas em contrapartida existiam numerosas pensões ao preço de 50 dólares por mês, bem como quintas (villas) com preços entre 50 e 200 dólares mensais. Existiram alguns projetos de criação de um estabelecimento para a cura de tísicos britânicos pobres, mas saíram sempre malogrados. Em 1849, Lord Grosvenor, vendo uma filha curada de uma tísica na Madeira queria iniciar a construção de um estabelecimento destinado ao tratamento por parte de uma associação criada para esse efeito, mas desentendimentos entre os filantropos impediram a concretização da obra³⁰. Quanto aos médicos que exerciam no Funchal em 1850 eram apenas onze, a saber os Drs. Broughton, Imray, Lister, Lund, Millar, Moderno, D'Ornellas, Pitta, A. Silva e Tibbett³¹.

Em 1853, por iniciativa da imperatriz do Brasil, D. Amélia, criou-se um novo hospício na cidade do Funchal, destinado ao tratamento de doentes com tísica e outras moléstias respiratórias, o Hospício D. Maria Amélia.

2. Origens, Organização e Funcionamento do Hospício D. Maria Amélia do Funchal

2.1. Origens do Hospício

Como mencionado no capítulo precedente, a ilha da Madeira passou a ser muito procurada como centro de tratamento para doenças do foro pulmonar na primeira metade do século XIX devido tanto aos fatores naturais e climáticos como pelo

²⁷ MASON, 1850, *A treatise on the climate* [...], p. 372.

²⁸ CARITA, 2008, *Funchal: uma porta para o mundo*, p. 28.

²⁹ MASON, 1850, *A treatise on the climate* [...], pp. 376-377.

³⁰ VIANNA, 1853, «Hospício da Princesa Dona Maria Amélia», p. 137.

³¹ MASON, 1850, *A treatise on the climate* [...], p. 378.

estreitamento de laços políticos e económicos entre Portugal, Inglaterra e outros países estrangeiros.

Em 1853, a Madeira recebeu a Princesa D. Maria Amélia, filha do rei D. Pedro IV e da princesa alemã Amélia de Leuchtenberg Beauharnais com quem casara em segundas núpcias. À semelhança do pai, que morrera tuberculoso em 1834 no mesmo quarto em que nascera no Palácio de Queluz, também Maria Amélia de Bragança sofreu de tísica pulmonar, à qual sucumbiu. Após a morte de D. Pedro IV, sucedeu-lhe no trono português a sua filha D. Maria II. Maria Amélia, com apenas 6 anos, rumou à Baviera com a sua mãe onde foi educada junto da sua avó materna, Augusta da Baviera, duquesa de Leuchtenberg, onde teve uma educação primorosa, tendo mesmo feito exames de física na Universidade de Munique³².

Não se sabe muito dos antecedentes de saúde, sabe-se que tinha constituição fraca e ao que parece viajou bastante com a mãe pela Alemanha, Inglaterra, Rússia e Suécia, talvez procurando mudança de ares como era norma para os predispostos à tísica. Em 1850, já com 19 anos, regressou a Portugal tendo enfermado no outono do ano seguinte, atacada por febres intermitentes, escarlatina e laringite³³. Pouco depois contraiu tuberculose e partiu para a ilha da Madeira em 1852, instalando-se na Quinta Lambert, acompanhada pela mãe e pelo médico Francisco António Barral. A 4 de fevereiro de 1853, cinco meses depois de se instalar no Funchal, sucumbiu à tísica, que também vitimara o pai.

A imperatriz D. Amélia, ficando de luto pela filha, não quis deixar de agradecer aos madeirenses a sua hospitalidade, pelo que procurou criar um hospício para que os doentes tuberculosos aí pudessem ser tratados gratuitamente:

«A Augusta Viuva do Senhor Dom Pedro IV, que com mão generosa e caritativa tantas lagrimas tem enxugado, a tantas afflicções acudido, e soccorrido tantos estabelecimentos pios, quiz que os beneficios do clima suave e reparador da ilha da Madeira, podessem ser logrados tambem por aquelles, que, não sendo abastados, fossem victimas da terrivel enfermidade, que tão cédo a deixára orphã dos carinhos e ternura do mais acrisolado amôr filial.»³⁴

O testemunho de Francisco Viana indicia que a criação do hospício do Funchal teve como base a iniciativa benemérita da imperatriz, que pretendia com esta iniciativa acudir às pessoas que sofressem da mesma doença que vitimou a filha e que não tivessem recursos para o tratamento. Porém, as funções do hospício não se resumiam à assistência aos doentes, funcionando também como centro de investigação da tísica em áreas como a estatística, a patogenia e o estudo do tratamento pelo clima.

³² CRESPO, 1944, «A doença da Princesa D. Maria Amélia de Bragança», p. 50.

³³ CRESPO, 1944, «A doença da Princesa D. Maria Amélia de Bragança», p. 51.

³⁴ VIANNA, 1853, «Hospício da Princeza Dona Maria Amelia», p. 137.

Em 1853, D. Amélia mandou arrendar um edifício, por cinco anos, para acolher e tratar os primeiros doentes. Tinha capacidade para tratar vinte e quatro doentes, doze de cada sexo, naturais da Madeira, podendo ser igualmente recebidos doentes do continente e do Brasil por recomendação da imperatriz. No entanto, como refere o regulamento do hospício, os doentes para serem admitidos tinham de ser «pobres, de vida honesta, e não ter menos de quinze anos de idade»³⁵.

O hospício veio a funcionar num edifício reparado e remodelado para acolher os doentes, possuindo uma morgue com espaço para se realizarem autópsias, uma rouparia e casas de banho. A mobília foi mandada fazer especificamente para o hospício, as camas eram de ferro, guarnecidas com enxergão, colchão, travesseiro e almofadas. Havia cadeiras de encosto com diferentes inclinações, cadeiras de palhinha, mesas para comer na cama e bancos no jardim. O asseio parecia ser um ponto fulcral, pelo que as divisões eram bem ventiladas, a água era canalizada – quente e fria – e havia bastante roupa para as diferentes estações do ano. Os quartos, a roupa e os utensílios eram diferentes para funcionários e doentes³⁶. Podemos dizer que houve uma intenção clara de proporcionar aos doentes todo um conforto que não era comum nos hospitais comuns da época, talvez como forma de não afastar os doentes deste centro de tratamento, já que os hospitais eram vistos como lugares onde se ia morrer. Por outro lado, o hospício representou o início de uma especialização nosocomial, isto é, antes da existência dos primeiros sanatórios para o tratamento dos tuberculosos, o hospício estava na linha da frente deste tipo de tratamento. Note-se que apesar da doença pulmonar mais representativa nesta altura ser a tuberculose pulmonar, o hospício recebia doente com outras enfermidades como as pneumonias, as pleurites ou os catarros, apresentando-se como um espaço de tratamento de doenças do foro pulmonar e não somente como um repositório de tuberculosos.

2.2. Organização e Funcionamento do Hospício

A organização e o funcionamento do hospício repousavam nas funções de um corpo de funcionários, que muitas vezes partilhavam tarefas para assegurar uma boa gestão do hospício. A gestão repousava numa comissão administrativa, composta pelo presidente, tesoureiro e secretário, que exercia funções de tipo administrativo, executivo e fiscalizador. Cada um dos membros da comissão tinha competências próprias que podiam ou não se relacionar com as funções desempenhadas pelo coletivo.

³⁵ REGULAMENTO do Hospício [...], 1854a, pp. 367-369.

³⁶ VIANNA, 1853, «Hospício da Princesa Dona Maria Amelia», p. 137-138.

Do mesmo modo também os outros funcionários do hospício exerciam múltiplas funções, acumulando diversas tarefas. O médico, a regente, o enfermeiro, e até a cozinheira, desempenhavam tarefas nas esferas administrativa, económica, financeira, policiamento e fiscalização. A pluralidade de funções exercidas por cada funcionário era norma no hospício, sendo o caso do médico e da regente bons exemplos: o médico acumulava as suas funções clínicas com outras de índole administrativa e disciplinar. A regente fazia a gestão económica, administrativa, secretariado e policiamento³⁷.

As funções administrativas/burocráticas eram partilhadas por várias pessoas, atendendo ao grau de importância das decisões a serem tomadas. A complexidade da gestão da instituição e as relações com o poder local e central implicava fazer a escrituração e a contabilidade do hospício, produzir relatórios, inventários, róis de materiais recebidos e gastos, papeletas dos doentes, sua evolução e terapêutica, estatísticas, etc.³⁸

O presidente mantinha a correspondência com o representante da imperatriz em Lisboa e com as demais autoridades madeirenses, convocava a comissão para deliberação de diversos assuntos, apurando o resultado das votações e dirigindo os trabalhos da comissão. Outras funções incluíam assinar a conta corrente anual das receitas e despesas e encerrar, rubricar e numerar cada uma das folhas dos livros da escrituração.

Ao tesoureiro competia realizar o pagamento dos salários, dos bens alimentares, da renda e das despesas da botica, fazer a escrituração financeira e elaborar o relatório anual de contas. Ao secretário competia tratar de todo o expediente da comissão, mantendo a correspondência com a imperatriz e com as autoridades locais, quando não fosse possível ao presidente fazê-lo³⁹.

O médico fazia a escrituração do registo clínico e da conta dos serviços clínicos, assinando a conta, estatísticas e receitas, e também autorizava as altas médicas e emitia as declarações de óbito⁴⁰. A regente contabilizava os géneros recebidos, estabelecendo uma relação entre os bens e materiais rececionados e os utilizados, apontando as peças de roupa entregues à lavadeira, as desaparecidas ou perdidas, participando por escrito os casos de desobediência e desrespeito a ordens superiores, administrando os sacramentos em caso de morte e fazia a distribuição do serviço das enfermeiras⁴¹. O médico e a regente conjuntamente concediam ainda as licenças aos doentes para receberem visitas ou saírem do estabelecimento, a permissão aos empregados para saírem do hospício

³⁷ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 94.

³⁸ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 94.

³⁹ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 94.

⁴⁰ REGULAMENTO do Hospício [...], 1854a, p. 368.

⁴¹ REGULAMENTO do Hospício [...], 1854b, p. 377.

e mantinham a comissão informada sobre o funcionamento do hospício a todos os níveis. O enfermeiro mantinha os processos atualizados quanto aos remédios e dietas, atualizava o livro de entradas dos doentes e realizava a estatística clínica anual⁴².

A gestão financeira recaía sobre o tesoureiro e o presidente. O tesoureiro recebia e guardava a verba para manutenção do hospício e procedia aos pagamentos dos salários, da renda, da conta da botica e dos gastos gerais, enquanto o presidente verificava as receitas e despesas e assinava as contas do hospício⁴³.

A gestão económica era atributo da regente, que devia «receber por inventário, arrecadar e guardar todo o material do hospício, e responder por elle»⁴⁴. Assim, a comissão administrativa estava incumbida de fazer um balanço mensal das roupas, utensílios, móveis, etc., para melhorar a gestão dos bens do hospício. Os víveres eram os mais fiscalizados porque a alimentação continuava a ser um elemento determinante na terapêutica e como tal os alimentos eram cuidadosamente comprados, guardados e controlados. A regente entregava diariamente os alimentos por conta, peso e medida à cozinha para a alimentação de empregados e doentes, cabendo-lhe racionar as dietas⁴⁵. A regente zelava também pelo estado e limpeza da roupa.

Havia uma preocupação no controlo dos pertences do hospício e uma tendência para inventariar com minúcia todos os pormenores, sendo de destacar o cuidado com os géneros alimentares e o vestuário. Os alimentos eram muito importantes não só por serem essenciais à subsistência de empregados e doentes, mas porque faziam parte do próprio arsenal terapêutico. Determinados alimentos, particularmente o leite, os caldos, as carnes, eram mesmo tidos como medicamentos específicos contra a tuberculose⁴⁶, pelo que a sua proteção e fiscalização era constante, pois deles dependia em parte o sucesso da terapia⁴⁷.

A vigilância e o controlo do comportamento dos doentes e dos funcionários eram estritos, cabendo à regente e ao médico essa incumbência. O médico podia entrar a qualquer hora no hospício «não só para visitar os doentes, mas para examinar e fiscalizar a maneira por que se faz o serviço»⁴⁸, podendo advertir ou despedir os funcionários de acordo com a gravidade da falta cometida. Ao médico competia também repreender ou expulsar os doentes por má conduta ou se estivessem no hospício contra a sua

⁴² REGULAMENTO do Hospício [...], 1854b, p. 377.

⁴³ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», pp. 94-95.

⁴⁴ REGULAMENTO do Hospício [...], 1854b, p. 377.

⁴⁵ REGULAMENTO do Hospício [...], 1854c, p. 6.

⁴⁶ Veja-se GUILLAUME, 1986, *Du désespoir au salut* [...], pp. 54-61.

⁴⁷ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 95.

⁴⁸ REGULAMENTO do Hospício [...], 1854a, p. 369.

vontade. O policiamento do asseio, limpeza e bom funcionamento do hospício, em particular nas enfermarias e cozinha, pertencia à regente, tal como do comportamento dos enfermos⁴⁹.

3. O Papel do Hospício no Tratamento dos Doentes do Peito

O Hospício D. Maria Amélia tinha um corpo clínico composto por um médico, uma regente, um enfermeiro e quatro enfermeiras que garantiam o cumprimento das reais funções do hospício, que era receber e tratar os doentes do peito.

O Dr. António da Luz Pita era o médico encarregado do hospício, que havia recusado funções de deputado às Cortes, para vir exercer neste hospital, acumulando o cargo de clínico com o de professor da Escola Médico-cirúrgica do Funchal.

As suas funções incluíam o exame e aprovação da entrada dos doentes, o acompanhamento de cada doente e a prescrição da terapêutica. Instruía ainda a regente e o enfermeiro quanto à administração dos medicamentos e refeições, devendo ser informado pelo enfermeiro e pelas enfermeiras quanto ao tratamento dos doentes.

A regente, o enfermeiro e as enfermeiras encarregavam-se da distribuição e administração dos medicamentos e das refeições aos doentes. O enfermeiro fazia os curativos e ensinava as enfermeiras a fazer curativos, dirigindo-as no tratamento dos cáusticos, cautérios, sedenhos e úlceras. As enfermeiras deviam tratar do asseio das camas e da enfermaria em geral. A cozinheira tinha tarefas menores de auxílio ao tratamento, designadamente na conservação dos caldos e manter sempre pronta água quente para o serviço das enfermarias⁵⁰.

Nesta época, as terapêuticas empregues pretendiam na sua maioria combater os sintomas das doenças pulmonares. A título de exemplo, apesar de nos meados do século XIX a tísica já não ser considerada como um *general state*⁵¹ confundível com a asma, as bronquites e as inflamações, a característica principal da terapêutica era o seu empirismo, que resultava na prescrição de terapias baseadas nas doutrinas galénicas, *brownistas* e *aeristas*. As doutrinas seguidas eram essencialmente produto dos sistemas médico-filosóficos mais do que da medicina anatomoclínica, desenvolvida a partir dos primeiros decénios da centúria de oitocentos⁵².

⁴⁹ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», pp. 95-96.

⁵⁰ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 96.

⁵¹ SHRYOCK, 1977, *National Tuberculosis Association* [...], p. 4.

⁵² VIEIRA, 2016, *Conhecer, tratar e combater* [...], p. 324.

3.1. Terapêuticas

Das terapias descritas e executadas por António da Luz Pita apercebemo-nos da filiação a quatro grandes tendências terapêuticas. Em primeiro lugar estava a doutrina galénica, que preconizava fundamentalmente a evacuação dos maus humores através de clisteres, purgas e sangrias. Em segundo lugar, vinha a doutrina *brownista*, desenvolvida por John Brown no século XVIII, que defendia o uso de remédios excitantes ou calmante, como o álcool e o ópio⁵³.

Em terceiro lugar temos a corrente *aerista*, bastante seguida em Portugal, centrando-se na exposição dos doentes ao ar, geralmente um ar artificial carregado de substâncias tidas como medicamentosas e menos um ar natural⁵⁴. O ar puro era considerado nocivo para os doentes de peito e era preferível o ar impregnado de vapores sulfurosos, carbónicos ou creosotados, que era administrado através de fumigações ou inalações. No caso particular do clima marítimo da Madeira, o ar caracterizava-se pela predominância do azoto sobre o oxigénio e pela abundância de ozono, cloretos, brometos e iodetos. Estes elementos gasosos e minerais eram tidos, à luz da época como antissépticos, contribuindo para a melhoria do pulmão afetado.

Em quarto lugar, a terapia alimentar tinha também uma enorme importância desde que Broussais havia observado que a tuberculose, a par de outras doenças, era acompanhada de problemas intestinais e hepáticos, associado quase sempre a diarreias. Uns acreditavam numa alimentação fortificante, alicerçada na ingestão de carnes, e outros numa dieta ligeira, fundamentada na ingestão de caldos, legumes e doces. Em 1840 apareceu também o óleo de fígado de bacalhau que passou a integrar o arsenal medicamentoso contra este tipo de doenças⁵⁵.

No Hospício preconizavam-se tratamentos filiados nas quatro correntes terapêuticas que acabamos de descrever. Substâncias tónicas, vomitivas, expetorantes, revulsivas, sedativas, inalações e outros tratamentos eram os mais usados.

Entre os medicamentos que denotam a filiação à corrente galénica estavam os vomitivos, expetorantes e revulsivos, isto é, produtos que pretendiam limpar o organismo por dentro, livrá-lo dos maus humores e dos problemas digestivos por ele causados. Existiam também os tónicos e os sedativos, conotado com as teorias brownistas e neuropatológicas, que sustentavam que as doenças se deviam ora a estados de excitação e debilidade no primeiro caso, ora a anomalias do tónus das fibras

⁵³ SHRYOCK, 1977, *National Tuberculosis Association* [...], p. 12.

⁵⁴ GUILLAUME, 1986, *Du désespoir au salut* [...], pp. 62-63.

⁵⁵ VIEIRA, 2016, *Conhecer, tratar e combater* [...], p. 324.

vivas. Os tónicos e os sedativos eram empregues, nesta aceção, como excitantes para os corpos débeis (álcool) ou como calmantes nos estados de excitação (láudano).

O médico destrinçava ainda o tratamento para os estados corporais dos tratamentos dos sintomas. Nos sintomas das dispepsias e diarreias eram usados sobretudo produtos de origem mineral e vegetal, como águas, carbonatos e pós. No tratamento dos suores, os medicamentos eram de origem mineral, com ênfase nas águas minerais, e vegetal dos derivados de quinina em conjunto com ácidos. No tratamento das hemoptises eram utilizados remédios que funcionavam essencialmente como adstringentes⁵⁶.

De todos os produtos mencionados pelo médico tinha primazia o óleo de fígado de bacalhau, quando bem tolerado pelo sistema digestivo. O ferro e a quina usados para a anemia e as águas de Vichy no tratamento dos problemas gastrointestinais eram os preferidos do clínico. A incapacidade curativa destes remédios justificava a polifarmácia utilizada neste como em todos os hospitais da altura⁵⁷.

3.2. O Movimento Hospitalar

Durante o período de 1853 a 1858, os primeiros anos de funcionamento do Hospício, e os únicos para os quais encontramos suporte documental, entraram no total 428 doentes distribuídos do seguinte modo:

Quadro n.º 1 – Entrada Anual de Doentes por Grupo Etário

	*1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
15-20 anos *16 anos	1	?	22	24	15	18	80
20-30 anos *18-33 anos	29	?	40	29	32	42	172
30-40 anos *33-54 anos	6	?	3	18	11	15	53
40-50 anos	–	?	8	11	11	5	35
50-60 anos	–	?	6	4	3	5	18
60-70 anos	–	?	1	2	1	0	4
70-80 anos	–	?	0	0	1	0	1
Total	36	65	80	88	74	85	428

Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa*, 1854-1859.

No primeiro ano de atividade, o intervalo etário utilizado na contagem de doentes foi diferente dos anos subsequentes, pelo que fizemos essa diferenciação no Quadro n.º 1. Ao longo destes seis anos de atividade – entre 1853 e 1858 – foram tratados no

⁵⁶ VIEIRA, 2016, *Conhecer, tratar e combater [...]*, p. 325.

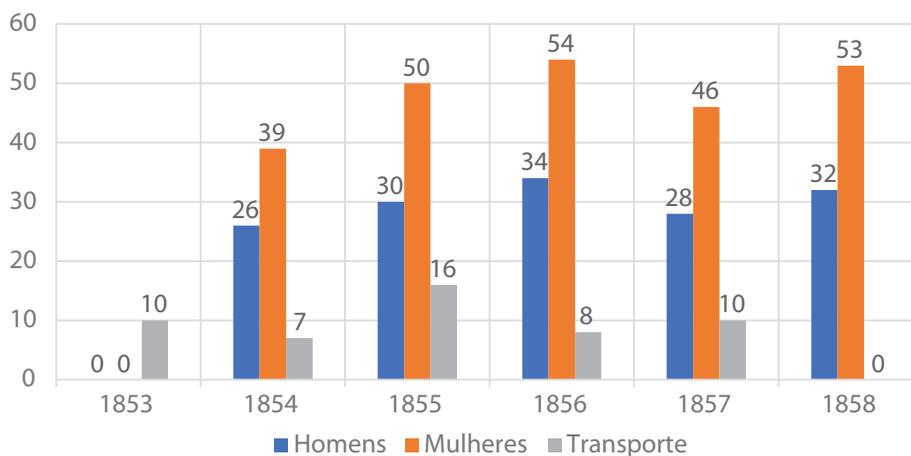
⁵⁷ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 99.

hospício 428 doentes com uma distribuição anual muito próxima, entre as sete e as oito dezenas, à exceção do ano de 1853 com apenas trinta e seis doentes pelo facto de só ter recolhido doentes a partir do segundo semestre do ano, altura em que foi inaugurado. No ano seguinte, o número de doentes subiu para 65. A maior procura dos serviços do hospício deu-se a partir de 1855 com 80 doentes admitidos, atingindo o máximo em 1856, ano particularmente difícil por ter havido um surto de cólera em Portugal que também atingiu a Madeira. A epidemia colérica repercutiu-se no menor número de doentes recebidos em 1857. Durante a epidemia alguns doentes e funcionários foram atingidos, nomeadamente duas enfermeiras e dois pacientes que faleceram⁵⁸. Em 1858, o número de doentes tornou a aumentar.

A maioria dos doentes do hospício tinha entre os 15 e os 40 anos, sendo que era entre os 20 e os 30 anos que a doença tinha maior prevalência, coincidindo com o período de vida ativa dos doentes.

No que concerne à divisão por sexo, predominou a entrada de mulheres sobre os homens (ver Gráfico n.º 1). Excluindo o ano de 1853 para o qual não há dados numéricos por género, o total de doentes registados entre 1854 e 1858 foi de 150 (38%) homens e 242 (62%) mulheres, ou seja quase mais uma centena de mulheres do que homens, o que justifica o facto das ocupações profissionais mais representativas serem ocupações de costura e trabalhos domésticos, seguida de trabalhadores do campo e em terceiro lugar encontram-se outras atividades não discriminadas.

Gráfico n.º 1 – Entrada Anual de Doentes por Sexo



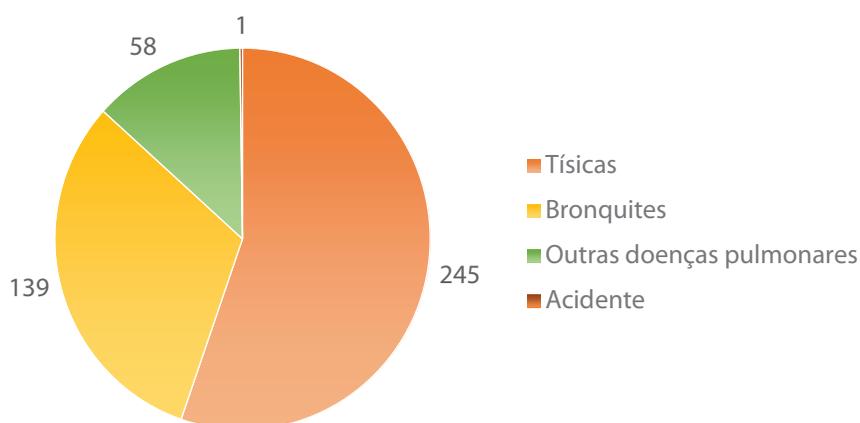
Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa*, 1854-1859.

⁵⁸ PITTA, 1857, «Relatório apresentado à Comissão [...]», p. 165.

A conjugação da partição sexual com os trabalhos exercidos permite constatar que eram sobretudo as mulheres que exerciam as profissões mais propensas à contração da tuberculose, pela maior permanência em espaços interiores, mais confinados e insalubres. Um menor número de homens pode, no entanto, significar que eram mais relutantes em pedir ajuda ou que por obrigações familiares tinham de trabalhar para o sustento da família. A maioria dos doentes internados eram solteiros (65%), seguindo-se os casados (25%) e os viúvos (10%). Os solteiros estavam em clara maioria, porque podendo não ter compromissos matrimoniais podiam ir com mais facilidade procurar cuidados de saúde. Os casados por outro lado tinham compromissos familiares, o que certamente contribuía para o decréscimo do seu número, contando-se 91 casados para 237 solteiros no período observado, excluindo 1854 onde não se faz menção ao estado civil. No caso dos viúvos o panorama seria idêntico, já que o viúvo que tivesse filhos certamente não os abandonaria para partir por vários meses para um tratamento⁵⁹.

Quanto à origem dos doentes eram na sua maioria madeirenses, seguindo-se em menor número os portugueses do continente e Goa. De Portugal continental contam-se vinte e dois doentes, dos quais dezoito eram de Lisboa, dois do Porto, um de Aveiro e outro de Faro. De Goa vieram dois doentes. Os doentes não madeirenses vinham às expensas da rainha, sendo o seu número diminuto por dependerem de autorização especial de D. Amélia ou pela falta de informação relativa à existência do hospício⁶⁰.

Gráfico n.º 2 – Entrada Anual de Doentes segundo a Patologia



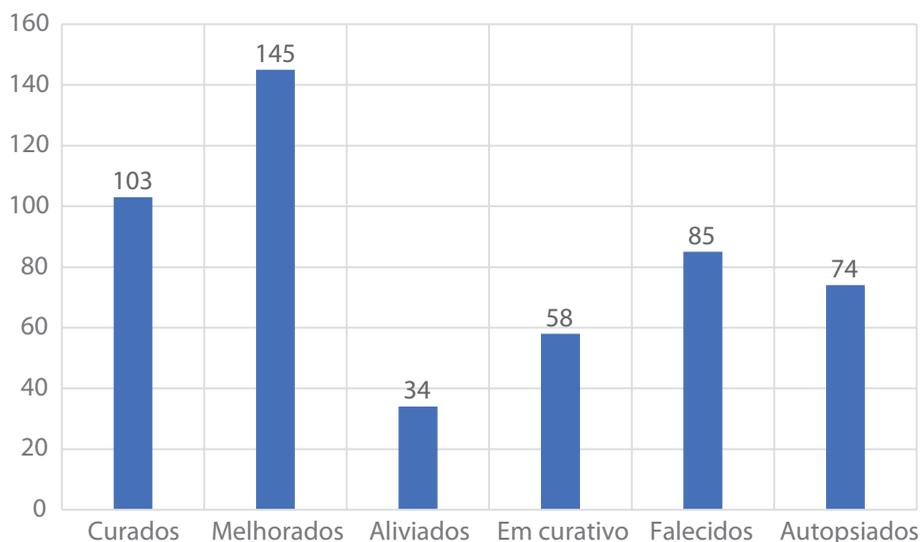
Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa*, 1854-1859.

⁵⁹ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», pp. 100-101.

⁶⁰ VIEIRA, 2011, «O pioneirismo da Madeira [...]», p. 101.

A distribuição gráfica (Gráfico n.º 2) das patologias diagnosticadas mostra que havia uma predominância das tísicas (pulmonar e laríngea), seguida das bronquites. As outras doenças pulmonares como pneumonias, pleurites, hemoptises surgem em terceiro lugar, existindo ainda um caso de um acidentado durante as obras do novo hospício que ali foi internado por ordem de D. Amélia. Deve dizer-se que as dificuldades de diagnóstico próprias do período em questão, em que os médicos recorriam essencialmente à sintomatologia, à percussão e à auscultação como métodos de diagnóstico, era um entrave à real perceção do problema.

Gráfico n.º 3 – Resultado dos Tratamentos entre 1853-1858



Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa*, 1854-1859.

O Gráfico n.º 3 sintetiza os dados relativos aos resultados dos doentes tratados entre 1853 e 1858. Um primeiro reparo que devemos fazer é relativo à terminologia empregue para designar o resultado dos tratamentos. Atendendo à fase em que a medicina de meados do século XIX se encontrava podemos questionar os conceitos de “curado”, “melhorado” e “aliviado”, sendo difícil perceber a fronteira entre o “melhorado” e o “aliviado”. Podemos também pôr em causa a certeza que o médico tinha em relação ao curado, a partir dos meios clínico e para-clínicos de que dispunha. Para David Barnes⁶¹, o conceito de curado, em França, era muitas vezes usado para pacientes com grandes melhorias de todos os sintomas ou quando recuperavam as forças após vários meses. Contudo, acreditando que o conceito de “curado” correspondia a uma verdadeira cura, que o termo

⁶¹ BARNES, 1995, *The making of social disease* [...], p. 100.

“melhorado” correspondia a uma melhoria do estado de saúde ou a detenção da marcha da doença e que o termo “aliviado” representava uma ligeira melhoria dos sintomas, verificamos que os resultados, plasmados no Gráfico n.º 3, evidenciavam que o resultado mais frequente era a melhoria dos doentes, e não uma cura. Os doentes referenciados como melhorados eram sobretudo sofredores de tísicas, de todos os graus da doença, seguidos de bronquites crónicas, estando as outras doenças pulmonares representadas em menor número. Do grupo dos curados destacam-se os doentes com bronquite crónica, em franca maioria, seguido do total de outras doenças pulmonares e depois de tísica, somente de 1.º grau. Dos aliviados, o grosso dos doentes eram tísicos de 2.º e 3.º grau da doença⁶². A estes somam-se 85 pessoas falecidas, não se sabendo, no entanto, o estado de avanço da doença aquando da entrada no hospício.

O último relatório a que tivemos acesso é datado de 1 de março de 1859, referente ao ano de 1858. Em 1856 já havia sido iniciada a construção de um novo edifício que foi terminado em 1859, mas só em 1862 abriu as portas aos primeiros doentes⁶³.

A direção do novo hospício e o tratamento de doentes foi confiado pela imperatriz às Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, tendo chegado o capelão e as primeiras freiras em princípios de 1862. No mesmo ano as freiras foram repatriadas para França devido à célebre “questão das Irmãs da Caridade”. Como é sabido em 1857 várias associações caritativas de Lisboa e do Porto solicitaram ao governo a vinda de irmãs francesas, célebres pela sua atividade nos hospitais, asilos e outras instituições de assistência, para ajudarem com a epidemia de cólera e de febre-amarela que grassava no país, bem como prestarem ajuda nos hospitais e orfanatos. Em junho de 1858 começou a levantar-se contra elas uma violenta campanha, com reflexo na imprensa, nas câmaras legislativas e incluso no governo por estarem conotadas com o ressurgimento do jesuitismo internacional, tema caro aos políticos anticlericais. Vários partidos de esquerda e a própria Confederação Maçónica Portuguesa, cujo grão-mestre era o duque de Loulé, o presidente do Conselho de Ministros⁶⁴ também não concordavam com a permanência das freiras.

O problema com as Irmãs da Caridade tomou um cariz político, já que eram defendidas pelo governo francês, e Napoleão III mandou a Lisboa a fragata *Orénoque* para repatriar as religiosas⁶⁵. Segundo Oliveira Marques⁶⁶, a imperatriz viúva D. Amélia como forma de protesto recusou o patrocínio a várias associações benévolas a que presidia,

⁶² VIEIRA, 2016, *Conhecer, tratar e combater* [...], p. 329.

⁶³ LANCASTRE, 1908, «A luta contra a tuberculose em Portugal», p. 687.

⁶⁴ MARQUES, 2004, «A conjuntura», pp. 473-474.

⁶⁵ DIAS, 2004, «Igreja, igrejas e cultos», p. 290.

⁶⁶ MARQUES, 2004, «A conjuntura», p. 475.

nomeadamente a associação protetora dos órfãos desvalidos das vítimas da cólera e de febre-amarela e o mesmo foi feito por várias damas da aristocracia. É provável que o mesmo se tenha passado em relação ao Hospício do Funchal. Em 1871 as Irmãs voltaram para administrar o hospício, mas no ano seguinte D. Amélia faleceu deixando o hospício a cargo da sua irmã Josefina da Suécia, que segundo se sabe deu continuidade ao hospício, mas não se sabe se como hospício para tuberculosos⁶⁷.

Notas Finais

Em meados do século XIX, a Madeira era uma estância muito procurada por doentes do foro pulmonar, especialmente tuberculosos, embora não tivesse hospitais para esse fim. Os doentes, atraídos pelo clima e pela esperança de uma cura para os seus problemas de saúde, procuravam um lugar na ilha, que prometia ser a Suíça do Atlântico. A morte da Princesa D. Maria Amélia de Bragança na Madeira, devido a uma tísica, levou a sua mãe, a imperatriz viúva de D. Pedro IV a fundar em 1853, o primeiro hospício português para tísicos pobres. No hospício do Funchal foram ensaiados vários tratamentos em voga como a climatoterapia marítima e demais terapêuticas, que se revelavam para muitos doentes apenas um meio paliativo.

Sabemos que o hospício teve um trabalho pujante durante os cinco anos para os quais existem registos, recebendo mais de quatro centenas de doentes, tendo testado um conjunto alargado de terapias e tinha também uma estrutura administrativa e clínica bem montada que permitia acolher e tratar os enfermos de uma forma, quiçá, rara para a época.

O ano de 1858 levou à passagem do hospício para um novo edifício o que possivelmente implicou uma reestruturação do seu funcionamento. Por falta de documentação não foi possível determinar o funcionamento da instituição para o período subsequente. cremos que a vinda das Irmãs da Caridade pôs um ponto final no funcionamento do hospício enquanto centro de tratamento de doentes do peito. Em termos internacionais as décadas seguintes foram marcadas pelo aparecimento de um novo paradigma no tratamento da tísica, com recurso à climatoterapia de montanha. Os sanatórios marítimos caíram em desuso até finais do século XIX, para depois ressurgirem como locais de prevenção e tratamento de tuberculoses não pulmonares, sobretudo as que requeriam o recurso à helioterapia.

⁶⁷ VIEIRA, 2016, *Conhecer, tratar e combater* [...], pp. 330-331.

Fontes e Bibliografia

- ALMEIDA, António Ramalho de, 2007, *O Porto e a tuberculose: história de 100 anos de luta*, Porto, Fronteira do Caos.
- ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu de, 1993, «As invasões francesas e a afirmação das ideias liberais», in MATTOSO, José (ed.), *História de Portugal*, vol. 5, Lisboa, Círculo de Leitores, pp. 19-25.
- BARNES, David S., 1995, *The making of social disease: tuberculosis in Nineteenth-Century France*, Berkeley/Los Angeles/Londres, University of California Press.
- BARRAL, Francisco, 1854, *Notícia sobre o clima do Funchal e sua influência no tratamento da tísica pulmonar*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- BARRAL, Francisco, 1858, *Le Climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phthisie pulmonaire*, Paris, J.-B. Baillière.
- BEDDOES, Thomas, 1799, *Essay on the causes, early signs and prevention of pulmonary consumption for the parents and preceptors*, Londres, Longman and Rees.
- BURKE, Peter, 1992, «Abertura: A Nova História, seu passado e seu futuro», in BURKE, Peter (ed.), *A escrita da história: novas perspectivas*, São Paulo, Editora Unesp, pp. 7-37.
- CARBONELL, Charles-Olivier, 1992, *Historiografia*, Lisboa, Teorema.
- CARITA, Rui, 2008, *Funchal: uma porta para o mundo*, Lisboa, CTT.
- CRESPO, José, 1944, «A doença da Princesa D. Maria Amélia de Bragança», in *Jornal do Médico*, vol. 5, n.º 5, pp. 50-51 e 61.
- DIAS, Geraldo J. A. Coelho, 2004, «Igreja, igrejas e cultos», in SERRÃO, Joel & MARQUES, A. H. de Oliveira (ed.), *Nova História de Portugal*, Vol. 10, Lisboa, Editorial Presença, pp. 269-302.
- DUBOS, René & DUBOS, Jean, 1996, *The White Plague: Tuberculosis, Man and Society*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- GAZETA Médica de Lisboa, 1854-1859.
- GOURLAY, William, 1811, *Observations on the natural history, climate and diseases of Madeira during a period of eighteen years*, Londres, J. Callow Medical Bookseller.
- GRELLET, Isabelle & KRUSE, Caroline, 1983, *Histoires de la tuberculose: Les fièvres de l'âme, 1800-1940*, Paris, Éditions Ramsay.
- GUILLAUME, Pierre, 1986, *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux 19e et 20e siècles*, Paris, Aubier.
- HARCOURT, Edward, 1851, *A sketch of Madeira containing information for the traveler or invalid visitor*, Londres, John Murray.

- LANCASTRE, António de, 1908, «A luta contra a tuberculose em Portugal», in *Notas sobre Portugal: exposição nacional do Rio de Janeiro em 1908*, Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 685-714.
- MARQUES, A. H. de Oliveira, 2004, «A conjuntura», in SERRÃO, Joel & MARQUES, A. H. de Oliveira (ed.), *Nova História de Portugal*, vol. 10, Lisboa, Editorial Presença, pp. 467-518.
- MASON, J. A., 1850, *A treatise on the climate and meteorology of Madeira*, Londres, John Churchill.
- MOURÃO-PITTA, C.-A., 1859, *Du climat de Madère et de son influence thérapeutique dans le traitement des malades chroniques en général et en particulier de la phthisie pulmonaire*, Montpellier, Typographie de Boehm.
- PITTA, Antonio da Luz, 1857, «Relatório apresentado á Comissão Administrativa do Hospício da Princesa Dona Maria Amelia», in *Gazeta Médica de Lisboa*, tomo 5, n.º 107, p. 165.
- PITTA, Nicolau, 1812, *Account of the island of Madeira*, Londres, Longman, Hurst, Rees, Orme & Brown.
- PORTER, Roy, 1992, «História do corpo», in BURKE, Peter (ed.), 1992, *A escrita da história: novas perspectivas*, São Paulo, Editora Unesp, pp. 291-326.
- REGULAMENTO do Hospício da Princesa D. Maria Amélia, 1854a, in *Gazeta Médica de Lisboa*, tomo 1, n.º 23, pp. 367-369.
- REGULAMENTO do Hospício da Princesa D. Maria Amélia, 1854b, in *Gazeta Médica de Lisboa*, tomo 1, n.º 24, pp. 377-378.
- REGULAMENTO do Hospício da Princesa D. Maria Amélia, 1854c, in *Gazeta Médica de Lisboa*, tomo 2, n.º 25, pp. 6-7.
- SALDANHA, Duarte Rebelo de, 1762, *Ilustração Médica, ethico-politica, histórico-sistemática, sceptico-eletica, físico-analitica, e theorico-pratica ou reflexão critica ás considerações medicas sobre o método de conhecer, curar, e preservar as epidemias, ou febres malignas, podres, pestilenciaes, contagiosas et. cet.*, Lisboa, Officina de Joam de Aquino Bolhoens.
- SEMEDO, João Curvo, 1741, *Polyanthea Medicinal: Noticias Galenicis, e Chymicas, repartidas em tres tratados*, Lisboa, Officina dos Herdeiros de António Pedrozo Galram.
- SHRYOCK, Richard Harrison, 1977, *National Tuberculosis Association (1904-1954): A Study of the Voluntary Health Movement in the United States*, Nova Iorque, Arno Press.
- SWEETSER, William, 1836, *A treatise on consumption*, Boston, T. H. Carter.
- VAZ, Francisco de Assis de Sousa, 1832, *De l'influence salutaire du climat de Madère (île portugaise) dans le traitement de la phthisie pulmonaire et de la superiorité de cette influence sur celle des climats du sud de la France et de l'Italie*, Paris, Imprimerie de Didot le Jeune.

- VIANNA, Francisco José da Cunha, 1853, «Hospício da Princesa Dona Maria Amelia», in *Gazeta Médica de Lisboa*, tomo 1, n.º 9, p. 137.
- VIEIRA, Ismael Cerqueira, 2011, «O pioneirismo da Madeira no tratamento da tuberculose em meados do século XIX», in *Ler História*, n.º 61, pp. 85-103.
- VIEIRA, Ismael Cerqueira, 2016, *Conhecer, tratar e combater a 'peste branca': A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)*, Porto, Edições Afrontamento/CITCEM.
- VIEIRA, P.-J., 1852, *Études médicales sur le climat de Madère*, Tese de Doutoramento em Medicina, Montpellier, Imprimerie de Ricard Frères.
- YOUNG, Thomas, 1815, *A practical and historical treatise on consumptive diseases*, Londres, B. R. Howlett.

