

# **Tuberculose no final do século XIX em Portugal**

**Joana Cristina Rodrigues Borralho**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Ciências Farmacêuticas**

**Junho 2014**

*A sorte favorece apenas os espíritos preparados*

Pasteur

## Resumo

A luta contra a tuberculose no mundo é um exemplo de como um enorme esforço conjunto da humanidade se mostra insuficiente para vencer um mal aparentemente ao seu alcance.

No final do século XIX, a tuberculose ganha protagonismo como uma das grandes pandemias, acompanhando o seu acréscimo de perto a revolução industrial. Espalhando-se por todo o mundo através da exploração e colonização mas descobrindo-se também o seu agente causador, por Robert Koch em 1882.

Esta pandemia perpassa todo o século XX e, apesar de a ciência ter conseguido neste século os meios para vencer este flagelo, medicamentos seguros e eficazes e também o conhecimento pleno da sua propagação, entra mesmo assim, pelo século XXI, ainda como um dos problemas de saúde pública com maior repercussão em todo o globo.

A presente dissertação foca-se na análise da passagem da tuberculose por Portugal no final do século XIX, como chegou, como se propagou, como tornou-se uma das maiores pandemias no nosso país mas também no mundo inteiro.

Palavras-chave: Tuberculose, século XIX, pandemia, Portugal.

## **Abstract**

The fight against tuberculosis in the world is an example of how a huge combined effort of humanity, shows insufficient to defeat an apparently easy evil.

In the end of XIX century, the tuberculosis wins a spotlight as one of the biggest pandemics, watching their growth the industrial revolution. The tuberculosis spread around the world through the exploration and colonization, but also was discovered her causative agent, by Robert Koch in 1882.

This pandemic pervades the entire XX century, and although the science had achieved in this century, the methods to triumph against this scourge, the safe and effective drugs, and also the knowledge of how the tuberculosis spread, this disease, enter in the XXI century, still as one of the health problems with great impact in the entire world.

This thesis focus in the analysis of the passage of tuberculosis through Portugal in the end of the XIX century, how arrived, how it spread, how it became one of the biggest pandemics of our country but also in the entire world.

Key words: tuberculosis, XIX century, pandemics, Portugal

## **Agradecimentos**

Primeiramente expresso os meus sinceros agradecimentos ao Professor Alexandre da Silva, pela confiança, disponibilidade e orientação prestada.

Gostaria de agradecer aos meus pais e irmão, por todo o apoio e suporte dado ao longo da jornada académica.

Finalmente, uma especial palavra de agradecimento a todos os que contribuíram para a presente tese, tal como a Fundação Portuguesa do Pulmão, Portugal e a Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias, Portugal;

Também gostava de agradecer a todos os colegas do curso que estiveram presentes de uma forma ou de outra durante esta aventura, em especial à Sara Palmeira e à Ana Rita Sousa.

Obrigada!

## Índice

Resumo .....	2
Abstract .....	3
Introdução .....	6
Portugal no do século XIX .....	7
Robert Koch .....	10
Pandemias do século XIX em Portugal .....	12
Definição e História .....	13
<b>História</b> .....	<b>15</b>
Tuberculose em Portugal .....	18
<b>A Mortalidade</b> .....	<b>22</b>
Tratamento da tuberculose .....	24
Sanatórios .....	29
Conclusão .....	35
Referências Bibliográficas .....	36
Anexos .....	40
Anexo I – Mortalidade Geral em Lisboa (1873 – 1879) .....	40
Anexo II – Principais patologias e seus números de óbito no Hospital São José do ano de 1851 e do 1º trimestre de 1852 .....	41
Anexo III – Mortalidade Geral em Lisboa (1881-1886) .....	42
Anexo IV – Mortalidade Geral em Lisboa (1887-1901) .....	43
Anexo V – Doentes do Hospício D. Maria Amélia, por género, estado civil e profissão .....	44
Anexo VI – Local de onde são os doentes que deram entrada no Hospício D. Maria Amélia .....	45

## Introdução

A presente dissertação assenta na análise da evolução da tuberculose por Portugal no final do século XIX, como se tornou uma pandemia e o impacto que teve.

A tuberculose é um tema que tem sido muito estudado ao longo dos tempos, sendo tema de teses não só de mestrado como esta, mas também de Doutoramento, podendo citar a tese “Conhecer, tratar e combater a “peste branca”. A fisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal” de Ismael Vieira.

Este final de século foi um tempo de grandes e rápidas mudanças, com o desenvolvimento das indústrias e dos meios de transporte, as grandes cidades começaram a receber cada vez mais pessoas do campo, fazendo com que as cidades crescessem e modernizassem; as cidades que mais evoluções tiveram, foram Lisboa e Porto. Pode-se até dizer que meio século bastou, para introduzir na vida diária o caminho-de-ferro, o barco a vapor, a eletricidade, o telefone, o telégrafo, a fotografia por Meyer que foi um farmacêutico em Frankfurt, tendo sido ele o primeiro a acoplar ao microscópio uma câmara fotográfica; bem como assepsia, a anestesia e a radiografia.

Dos nomes mais importantes da época, salientam-se Louis Pasteur e Robert Koch. Pasteur foi professor químico em Estrasburgo, e em Paris. Dos vários trabalhos, os sobre a fermentação foram os que tiveram maior interesse para as ciências da saúde, descobrindo a bactéria responsável pela fermentação láctica, em 1857, além de preconizar a “pasteurização” como técnica indispensável para a preservação contra as doenças do vinho e da cerveja (1861-1873). Mas os trabalhos mais relevantes terão sido sobre doenças contagiosas do homem e dos animais. Tendo sido a descoberta da vacinação, através do estudo do processo de imunidade contra doenças contagiosas.

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*.

A presente tese encontra-se, distribuída da seguinte forma: na introdução temos uma breve história da condição de Portugal no século XIX, onde analisa-se um pouco a situação como as classes mais pobres viviam e também as

classes mais altas, ainda dentro da introdução fala-se da vida do homem que deu um outro rumo à história da tuberculose descobrindo o seu agente causador. Por último faz-se uma lista das pandemias que invadiram Portugal no século XIX.

Com progresso do trabalho entra-se com a definição e breve história da tuberculose, depois fala-se como a tuberculose atingiu Portugal de que forma e quem mais afetou. No tema Mortalidade, fala-se nos números monstruosos que a tuberculose provocou em Portugal e por fim entra-se no ramo do tratamento, mais por meio de profilaxias acabando a falar nos sanatórios, principalmente no hospício Dona Maria Amélia da Madeira.

### **Portugal no do século XIX**

Desde os Descobrimentos até ao final do século XIX, conhece-se muito mal o estado sanitário da população portuguesa, mas sabe-se que foi precária, não melhorando ao longo do tempo. Sabe-se que a esperança média de vida dos Portugueses rondava os 30-35 anos até meados do século XIX, tendo oscilações acentuadas nos anos seguintes. Este aumento deveu-se às mudanças religiosas com a diminuição dos peregrinos ambulantes, início de hábitos de higiene e possivelmente a melhoria da alimentação em populações de importância numérica progressivamente maior, com o desenvolvimento do comércio e da indústria.

Sabe-se que em 1776 Portugal tinha uma população na ordem dos 3 a 3,3 milhões de habitantes, pois foi realizado o censo de Pina Manique, sendo da ordem dos 3 milhões de habitantes no início do século XIX, tendo aumentado cerca de 42% na segunda metade deste século, chegando a ser 5,5 milhões.<sup>1,2</sup>

Para que, em menos de um século, se tivesse conseguido alcançar esse patamar, foi necessário que as taxas de mortalidade infantil e também geral

---

<sup>1</sup> F. A. Gonçalves Ferreira – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian Lisboa capítulo 11 pág. 177,180,198

<sup>2</sup> Fernando Sousa, A. H. De Oliveira Marques - *Portugal e a regeneração*. Editorial Presença.



tivessem diminuído. É opinião unânime entre os historiadores da Epidemiologia que a diminuição da mortalidade, neste século, se deveu essencialmente às medidas higiene-sanitárias, já que “a medicina não dispunha de meios apropriados de combate às doenças nem de técnicas eficazes de tratamento”.<sup>3,4</sup>

O século XIX, mais precisamente a sua segunda metade ficou conhecido como “século da burguesia”. Os ricos burgueses neste século substituíram a nobreza, copiando os seus estilos de vida. O dinheiro destes ricos burgueses foi ganho na indústria, na banca ou até mesmo no Brasil. No final deste século eram os burgueses que dominavam, tanto a nível político como económico. Um exemplo foi o conde de Burnay, de origem belga que dominava a alta finança e tinha uma influência política elevada, chegando a participar em empresas ligadas ao vidro, tabaco, papel, transportes ferroviários e indústria química.<sup>2,5</sup>

No século XIX começou a falar-se da classe operária, formada pelos pequenos agricultores, pequenos comerciantes e os artesãos, que na maior parte das vezes procuravam trabalho nas novas atividades do sector secundário, ficando alojados em locais deploráveis. Esta classe vivia sem condições de vida, e foi-lhes ligado o conceito de “proletário”, ou seja, com prole-família muito numerosa – e sem benefícios.

As mesmas condições de vida, de alimentação e de habitação, incluindo a falta de arejamento das habitações desta classe, contribuía para a propagação dos vírus e bactérias causadores de muitas doenças, tal como a tuberculose.

Em 1852, desenvolveram-se associações de socorros mútuos, que tinham como principal preocupação, as dificuldades económicas dos operários e ainda auxiliavam os familiares destes mesmos operários em situações de doença, desemprego, invalidez ou morte. Os sindicatos tentavam a partir de greves aumentar a influência dos operários, mas a classe burguesa nunca se sentiu

---

<sup>3</sup> FERREIRA, 1990: 221

<sup>4</sup> Revista da Faculdade de Letras - *HISTÓRIA*; Porto, III Série, vol. 7, 2006, pp. 181-195

<sup>5</sup> educacao.te.pt

ameaçada, pelo menos em Portugal. Como os transportes públicos eram escassos a maioria dos bairros operários eram construídos juntos às fábricas, pratica esta que continuou pelo século XX.<sup>6,7</sup>

Cerca de 70% da população no final do século XIX trabalhava na agricultura, sendo a vida no campo difícil; o trabalho do camponês era ligado às estações do ano e às alterações do estado do tempo. O sustento da maioria das famílias era retirado com o seu próprio suor, chamada assim de agricultura de subsistência. Quem tinha posse de uma parcela de terra, tinha um lugar na sociedade rural e podia participar na vida política local.

Em termos de alimentação, segundo Simão de Martel<sup>8</sup>, as classes proletárias em Portugal comiam menos e pior que as mesmas no estrangeiro. Como a maioria da população vivia da agricultura, a base da alimentação, eram vegetais na sua maioria, batata e o “pão branco”. A carne, o peixe, ovos, leite, queijo, etc., não faziam parte da alimentação dos camponeses mas eram sim um luxo que só por vezes conseguiam ter. O azeite era restringido ao caldo e só poucas vezes ao molho de batata. Ao contrário dessas classes, as abastadas faziam um consumo de carne, aves, peixe e gorduras que excedia as exigências fisiológicas.

Como maioria da população não dispunha de água canalizada, esta abastecia-se dos fontanários, poços e cistinas, em que não se sabia como era a qualidade bacteriológica, sendo muitas vezes duvidosa.<sup>9</sup>

Todas estas situações de pobreza, má higiene e má alimentação em Portugal em conjunto com o *Mycobacterium tuberculosis* descoberto por Robert Koch, podem levar à Tuberculose. A descoberta de Robert Koch foi um dos maiores

---

<sup>6</sup> educacao.te.pt

<sup>7</sup> Revista da Faculdade de Letras - *HISTÓRIA*; Porto, III Série, vol. 7, 2006, pp. 181-195

<sup>8</sup> Simão de Martel, *A alimentação das classes pobres e suas relações com o trabalho*, in *Boletim do Trabalho Industrial*, nº44, Lisboa, 1911

<sup>9</sup> *Análise Social*, vol. xxxii (142), 1997 (3.ª), 483-535

passos para a pesquisa de uma cura para a tuberculose, daí ele ser chamado o “Pai” da tuberculose.

### **Robert Koch**

Robert Koch desde sempre foi uma pessoa dedicada ao que se propunha, modesto e com uma serenidade admirável, era exigente e não conhecia o que era repouso nem fraqueza de ânimo. Era um daqueles profissionais que se dizia, “do número daqueles cientistas puros que vivem exclusivamente do amor à sua profissão e do prazer do estudo dos segredos da natureza” Edison sobre Roentgen, mas aplicado também a Koch.

Não são só os traços de personalidade que fizeram de Koch um investigador brilhante, mas também a vocação, que nele suplantou os conhecimentos do médico e do matemático, o interesse demonstrado por tudo e também o interesse em investigar o que as aparências ocultavam.

Era dotado como poucos para a investigação, conseguindo ainda em aluno, no ano de 1864 em Gottingen, ser premiado por um trabalho sobre a rede nervosa uterina. Doutorou-se em Hamburgo no ano de 1866 em Medicina. Aos 41 anos na cidade de Calcutá descobriu o agente da cólera.

Koch estudava na Silésia a doença que dizimava o gado, quando teve uma ideia que em bora hoje pareça muito simples, naquela época foi muito importante. A ideia era colocar entre duas lâminas de vidro esterilizadas pela chama, uma sementeira da bactéria que se desenvolveu no seu meio de cultura ao ar, e portanto da contaminação por outras bactérias. Estudou depois as condições em que as formas intermediárias do seu ciclo evolutivo, ou seja, os esporos, se desenvolviam e propagavam; e no fim reproduziu experimentalmente a doença.

Koch ao chegar à capital (Berlim), no mesmo ano que o bacilo da febre tifoide foi descoberto por Eberth, preocupou-se e decidiu desvendar “a origem de uma das mais sinistras doenças, das mais perversas, mais insidiosas e, às vezes, singularmente mais fulminantes. Hedionda como a peste, tão antiga como o

Homem, a Tuberculose, de carácter endémico, sempre foi ameaça latente no decurso de toda a história da Humanidade.”

Koch determinado em encontrar respostas ensaiou na sua cobaia numerosas inoculações de tecidos doentes; impregnando varias técnicas de cultura, umas a quente, outras a frio, com o objetivo de isolar o bacilo responsável pela tuberculose. Após 172 preparações, Koch ficou surpreendido ao visualizar no campo do microscópio, isolados ou em série pequenos bastonetes finos e curvos, de 2 a 3 milésimos de milímetro. Estes bacilos terminavam em ponta e encontravam-se de preferência nas células gigantes dos tubérculos, pintados de azul, embebidos nesta ultima preparação numa solução alcoólica concentrada de azul-de-metileno com 10% de potassa. Após esta descoberta, impunha-se cultivá-lo num meio apropriado. Naquela altura, os meios de cultura que se conheciam eram os líquidos, onde as substâncias se misturavam umas com as outras, sendo praticamente impossível o isolamento. Mas Koch, habituado aos mais rudimentares meios de trabalho, lembrou-se de recorrer ao soro sanguíneo, descobrindo assim várias soluções ao problema; ou seja, o meio sanguíneo era o ideal pois continha tudo o que o microorganismo necessitava para se reproduzir; era transparente, podendo assim visualizar-se, e por fim era solidificável ao calor, e Koch aquecendo-o a 65º, impediu assim, as bactérias de se misturar umas com as outras. O resultado foram colónias puras que, inoculadas, nos animais de ensaio, reproduziam a doença.

O trabalho de Koch não acabou aqui, ele ainda conseguiu demonstrar a via de contágio da doença. Esta experiência consistiu em fazer passar, em recintos completamente fechados, onde se encontravam coelhos e cobaias, uma corrente de ar contaminado com bacilos. Veio a observar-se que semanas depois os animais adoeceram com tuberculose, localizada nos pulmões, tal como acontecia geralmente nos humanos.

“Koch não se limitou apenas a descobrir o agente causal da tísica: confirmou, a um tempo, e sem lugar a duvidas, as teorias microbianas de Pasteur; estabeleceu, nas suas grandes linhas, o quadro anátomo-patológico da tuberculose; fixou os princípios fundamentais de todas as investigações

bacteriológicas ulteriores, pela invenção dos novos métodos de pesquisa; deu, em suma, impulso decisivo à bacteriologia.”

Apresentou-se na sociedade de fisiologia de Berlim e revelou “A Etiologia da Tuberculose”, com todos os pormenores da investigação e insistindo na técnica rigorosa e ingrata da sua revelação laboratorial, que marcou uma data histórica. 24 de Março de 1882.

Koch foi ainda mais longe e apresentou várias informações relevantes para a prevenção da infeção tal como o isolamento dos doentes; a desinfeção de tudo quanto estivesse ao alcance da sua expetoração; os cuidados clínicos e de enfermagem; a educação e informação populacional e em, particular, dos doentes e suas famílias; ou seja, o registo obrigatório de todos os casos para efeitos de estatística.

Em 1890, comunicou no X congresso internacional de medicina de Berlim, o que pensava ele ser o processo de imunização ativa da tuberculose, por meio de um extrato bacteriano das respectivas culturas, a que chamou tuberculina. Ao contrário do que pensava a tuberculina não era uma vacina, esta não atingia nem o bacilo nem o tecido tisico, o que esta fazia/faz é suspender o processo de evolução da doença experimental. A tuberculina foi anos mais tarde usada por Von Pirquet no diagnóstico da tuberculose infantil, através de reações tuberculinas, ou seja, o que Koch<sup>10</sup> descobriu foi uma forma de diagnóstico da doença.

### **Pandemias do século XIX em Portugal**

Como já dito anteriormente, é pouca a informação relativa à saúde da população portuguesa, nem das doenças que a atingiam, mas sabe-se que, doenças do tipo infeccioso designadas por febres, pestilências ou pestes atingiram a população, tal como a lepra, tifo, varíola e paludismo em zonas pantanosas.

---

<sup>10</sup> Em 1905, recebeu o prémio Nobel.

## Definição e História

A tuberculose é uma doença multissistêmica, que pode ter várias apresentações e manifestações, sendo a causa mais comum de mortalidade em relação a doenças infecciosas.<sup>11</sup>

A palavra “Tuberculose” significa um conjunto alargado de manifestações patológicas de índole infecciosa e de evolução crónica, em que o agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, que tem cinco variedades conhecidas, o *hominis*, que causa a tuberculose humana, o *bovis*, causador da tuberculose bovina, o *murium* da tuberculose dos ratos, o *aviuns* da Tuberculose aviária e o *piscium* da Tuberculose dos peixes e animais de sangue frio. Os que podem causar tuberculose em humanos são o *hominis* e o *bovis*.<sup>12</sup>

O bacilo de Koch ou *M. tuberculosis*, ao ter encontrado o humano, conseguiu adaptar-se à espécie humana que levou a uma diminuição da capacidade de multiplicar-se no meio exterior, havendo assim uma maior virulência. Os pulmões são os órgãos mais atacados e mais propícios para o desenvolvimento de tuberculose, ou seja, são simultaneamente quentes, húmidos, sombrios e arejados. Neste ambiente perfeito, são capazes de proliferar, em forma de colónias e parte destes germes migra para outras zonas do organismo humano, sendo um meio de contaminação de todo o organismo através das vias linfáticas, broncogénicas ou hematogénicas. Uma outra parte destes germes é expulsa do organismo pelas vias aéreas, tornando-se num potencial contágio.<sup>9,10</sup>

Geralmente a contaminação faz-se por inalação do ar contaminado por bacilo de Koch. Quando este chega aos pulmões provoca um pequeno foco pneumónico, que leva a uma resposta imunitária inespecífica através de macrófagos e monócitos.

---

<sup>11</sup> Medscape – tuberculosis

<sup>12</sup> FILHO, Cláudio Bertolli – *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001

O bacilo tem uma carapaça lipídica e rica em enzimas, que consegue na maior parte das vezes, passar pelas barreiras imunológicas e progredir a partir da corrente sanguínea até atingir os órgãos. Ao atingir os outros órgãos, o organismo reage e origina uma resposta imunitária específica, mediante a ampliação da capacidade de fagocitose das células mobilizadas contra o invasor.

Sendo que as outras tuberculoses que existem podem ocorrer como doença primária ou consequência de uma infecção generalizada, a tuberculose primária é originada ou primoinfecção, corresponde geralmente a uma lesão inflamatória inicial, localizada na região subpleural. Em situações normais o bacilo irá ficar hibernado até que haja alguma alteração que o retire da latência e ataca o organismo. Neste estado, já o organismo criou algumas defesas, que faz com que não haja perigo de disseminação, mas destrói os tecidos locais. Quando o bacilo chega ao final da terceira ou oitava semana, geralmente já é capaz de criar colónias capazes de criar reações inflamatórias, que evidenciam a destruição de tecidos. Esta reação leva a que os glóbulos brancos recubram a lesão o que leva ao aparecimento de nódulos, que se chamam tubérculos. Com o passar do tempo, este tubérculo é constituído por células mortas, proteínas e bacilos e tem a aparência de um queijo (massa caseosa). Os sintomas mais comuns da tuberculose pulmonar aparecem nesta fase que são perda de peso/anorexia, febre, suores noturnos, dores no peito, fadiga, hemoptise e tosse.

A situação mais grave é quando os órgãos atingidos são os pulmões, pois a expetoração está infetada, contaminando tudo em redor como os alimentos, as roupas, as louças, ou seja, tudo.<sup>9, 13</sup>

A epidemia dos nossos dias surgiu na Inglaterra no século XVI, onde atingiu o seu pico em 1750, estendeu-se à Europa ocidental onde o seu máximo foi nos meados do ano 1800, chegando posteriormente à Europa oriental, América do Sul e do Norte, onde atingiu o seu auge em 1890. O último pico aconteceu na

---

<sup>13</sup> CF, Veloso, António José Barros – *Medicina: a arte e o ofício*. Lisboa: Gradiva, 2000 e Cabral, José e COELHO, Rui M. Alves – *O nosso inimigo o bacilo da tuberculose*, 2ª ed. Porto: ACTP

África e Ásia, onde a morbidade ainda é elevada em muitos locais, enquanto como por exemplo nos E.U.A, já atingiu a fase endêmica.

Mas a tuberculose nem sempre foi conhecida pela doença que é. Antes de ser uma doença contagiosa tinha outros nomes e outras origens.

### **História**

A palavra tuberculose deriva do latim *tuberculum* que significa inchaço ou tumefação. A palavra tubercula foi usada pela primeira vez no século XVII por Francisco Sylvius, sendo somente nos finais do século XIX chamada de tuberculose no meio médico.<sup>1415</sup>

A Tuberculose pode ser encontrada na história recuando até 30000 anos atrás, onde a *Mycobacterium tuberculosis* ainda seria um microrganismo do solo sem a capacidade de infectar animais de sangue quente. Com a evolução esta bactéria, ou seja, *M. bovis* adaptou-se a bovinos ancestrais, mais precisamente aos bisontes que povoaram as planícies da Europa central e oriental. Estes bisontes chegaram a ser milhões de indivíduos, sendo destruídos em massa pelos colonos europeus para aproveitamento das peles. Devido a terem sido milhões de animais, permitiu a expansão da epidemia da tuberculose animal.

O microrganismo da tuberculose, o *M. tuberculosis*, é recente comparado com outros como por exemplo a *Escherichia coli*. Estudos genéticos realizados em isolados contemporâneos de *M. tuberculosis*, estimaram em 15000 e 20000 anos o tempo que ocorreu para a divergência entre os isolados. Pensa-se assim que a disseminação global e especificação do microrganismo deverá ter ocorrido ao mesmo tempo que a migração paleolítica para o novo mundo.

Esta teoria coincide com a que o *M. tuberculosis* deriva do *M. bovis*, que adaptou-se ao hospedeiro humano desde a época em que se começaram a diagnosticar animais, ou seja, há cerca de 10000 anos. Esta alteração levou a

---

<sup>14</sup> CF. SONTAG, Susan – *Illness as Metaphor*

<sup>15</sup> Vide GRMEK, Felipe [et al.] – *Chagas disease and human migration*. Mem. Inst. Oswaldo Cruz Vol 95 nº4 (2000)



que a doença se tornar-se numa zoonose, ou seja, esta doença continuava nos bovinos mas podia ser transmitida aos humanos, o que aconteceu até há poucas décadas. Quando o homem se começou a fixar em pequenas povoações, e se começaram a domesticar diferentes tipos de animais, as condições tornaram-se favoráveis à transmissão de doenças infecciosas de animais para humanos. Com o aumento da concentração de humanos, esta doença passou a conseguir propagar-se entre pessoas.

Investigações paleontológicas sugerem que a tuberculose afetou homens a alguns milhares de anos A.C., havendo evidências da tuberculose óssea em esqueletos do neolítico e idade do bronze (5000 AC) e também em múmias egípcias de 3000 AC.

A tuberculose durante o percurso da história já teve muitas aparências e nomes, já foram as cáries vertebrais dos “potticos” egípcios, escrófulas curadas com o toque dos reis taumaturgos de Marc Bloch, sendo também a tísica galopante, a febre héctica, também foi os tumores brancos, até chegar à tuberculose bacteriológica ligada ao bacilo causador.

Também chamada da “febre das almas sensíveis”, teve este nome mais no século XVIII, pois a “tísica romântica” foi uma doença relacionada com artistas, poetas e grandes personalidades históricas dessa época. A tuberculose atingiu grandes nomes a nível mundial, como o grande músico Mozart, Chopin, escritores como Molière, entre outras personalidades conhecidas. A nível do nosso país, personalidades como Júlio Diniz, Cesário Verde entre outros, também foram vítimas desta doença.

Apesar da mortalidade ligada à tuberculose ser muito elevada, pode-se dizer que ela ficou mundialmente conhecida através das criações artísticas, sendo por isso também chamada da doença dos “Amores impossíveis”. A obra “A Dama das Camélias” de Dumas filho e a sua adaptação para ópera por parte de Verdi, com o nome de “La Traviatta”, pôs alguém a morrer pela primeira vez em palco por causa da tuberculose. Outra obra muito conhecida, que é os Miseráveis tem uma personagem com tuberculose que é Fantine.

Na literatura portuguesa podemos encontrar a tuberculose em “Frei Luis de Sousa” de Garret na personagem Maria, ou então em Henrique de Souzelas na obra de Júlio Dinis “Morgadinha dos Canaviais” ou então em “Amor de Perdição” de Camilo Castelo Branco na personagem Teresa.

Na pintura também a pudemos encontrar nos quadros de Edvard Munch, “O Grito” e a “Menina Doente”, que segundo críticos teve como inspiração a morte da mãe e irmã do pintor por tuberculose.

Todas estas obras em redor desta doença fizeram com que ela fosse ligada a um lado romântico, sendo vista como um sintoma de um carácter nobre e de uma genialidade artística, sendo na época considerada como um afrodisíaco, que conferia poderes extraordinários de sedução.

Só após a revolução Pasteuriana, é que a tuberculose ficou a ser vista como a doença da pobreza e depravação, sendo uma metáfora tal como Susan Sontag disse de “roupa fina”, “corpos magros”, “quartos sem aquecimento”, “higiene precária” e “alimentação inadequada”.

Só nos finais do século XIX, após a revolução industrial, a tuberculose passou de uma patologia incurável e de causa multifactorial para uma doença infectocontagiosa.

Tornou-se uma doença epidémica e um problema importante e grave de saúde pública, ou seja, quando as cidades começaram a sobrepovoar-se, houve uma generalização da pobreza e graves problemas sanitários. A epidemia começou a espalhar-se pela Europa no início do século XVII, chegando ao século XIX como a responsável por 25% das mortes existentes na altura. Os locais mais afetados foram a Europa e a América do Norte, onde mais de 1% da população total e por ano terá desenvolvido a doença. A tuberculose não atingiu só os países da Europa, também chegou a Portugal, provocando um número elevado de mortes.

## Tuberculose em Portugal

Foi durante a revolução industrial no século XIX, que a Europa teve o pico mais alto de epidemia da Tuberculose, tendo sido a primeira causa de morte na altura.

A mortalidade por tuberculose em Portugal seguindo essa tendência, atingia números assustadores.

<b>Estrutura da mortalidade em Portugal (1888-90)</b>
<b>Causas de morte declaradas %</b>
“Doenças gerais” (incluindo as infecto-contagiosas e a tuberculose – 44,2%
Doenças do aparelho respiratório - 16,6%
Doenças do aparelho digestivo - 9,9%
Doenças dos recém-nascidos - 6,9%
Doenças do aparelho circulatório - 5,8%
Doenças do sistema nervoso - 5,6%
Outras - 11,0%
Total - 100,0%

Tabela 1 – principais causas de morte em Portugal nos anos de 1888-90

No século XIX, a tuberculose era conhecida mais como a “febre das almas sensíveis”, pois a “tísica romântica” foi uma doença relacionada com artistas, poetas e grandes personalidades históricas dessa época. No nosso país atingiu personalidades como Júlio Diniz, Cesário Verde.

Com a descoberta do bacilo de Koch, o tísico deixou de ser aquele que estava imbuído duma aura de exceção, própria dos artistas, figuras públicas e escritores do Romantismo, ou seja, como Pôrto disse “o padecente das almas sensíveis” transformou-se no hospedeiro de um parasita microscópico e num

foco deambulatório, ou seja, passaram a ser considerados agentes de contaminação e um perigo para a sociedade.<sup>16</sup>

Sendo considerada a partir das últimas duas décadas do séc. XIX, uma doença social, estava intimamente ligada, às condições socioeconómicas na qual o país se encontrava, e especialmente à pobreza, que tinha mais hipóteses de contágio e infeção, apesar de atingir tanto ricos como pobres.

Esta nova realidade em que os pobres eram um perigo, levou a que fossem vistos de outra forma, eram aqueles corpos magros, os portadores de um parasita responsável por um sétimo das mortes na Europa. Houve uma divisão no espaço urbano, levando à construção de bairros pobres e ricos. A descoberta do bacilo também deixou de parte a hereditariedade da tísica, dando lugar à conceção da doença microbiana infecciosa e contagiosa, mas evitável.<sup>17</sup>

Em Portugal, a tuberculose, atingia todas as faixas etárias, e a surgida em meio universitário seria quase sempre uma grave doença. Os sintomas que a denunciavam surgiam certas vezes, insidiosamente, e só eram valorizados, numa fase já mais avançada e tardia.

Como P. Lowis disse: “quando se trata de um jovem, deseja-se que a tuberculose seja rastreada o mais cedo possível e logo cuidada de maneira correta todo o tempo necessário. O sanatório deve permitir realizar a cura de repouso em todo o seu rigor, graças à terapêutica ocupacional concomitante, aplicável mesmo aos acamados. Desde que isso se realize, a readaptação ao esforço surgirá e esforçar-nos-emos ao máximo por desenvolver ou completar a instrução.”

Com esta nova perspectiva de ser uma doença social, os fatores sociais da vida humana, ocupavam um lugar de peso na propagação da tuberculose,

---

<sup>16</sup> Cf. PÔRTO, Ângela – *Representações sociais da tuberculose...*, p. 44 e Sontag, Susan – *Illness as Metaphor...*, pp.13 e 20.

<sup>17</sup> FARIA, Raul – *Tuberculose, doença social*. In CONFERÊNCIAS da Liga Portuguesa de Profilaxia Social (3ª série). Porto: Imprensa Portuguesa, 1936, p.161

especialmente no que tinha a ver com a higiene, com as habitações e a alimentação. Para além dos pobres, os operários eram o outro grande grupo afetado pela tuberculose. Estes eram vistos pelos membros da classe média, como irresponsáveis nas suas atitudes e comportamentos no local de trabalho e também na vida em geral.<sup>18</sup>

Como a tuberculose é uma consequência grave das condições alimentares, habitacionais e também higiénicas, o Regulamento do Concelho de Saúde tentou implementar a legislação do higienismo<sup>19</sup>. Esta legislação impôs um conjunto de comportamentos e atitudes, que tinham como objetivo melhorar os hábitos da população, sem alterar a ordem social.

As leis de saúde pública de 1837 estabeleceram a obrigatoriedade da inspeção dos estabelecimentos industriais, para avaliar o estado sanitário das instalações e determinar as medidas corretivas necessárias.

Em 1842, surgiu o primeiro código administrativo com especificações precisas, em que havia a defesa da saúde pública, incluindo a dos trabalhadores e alunos das escolas e colégios. As leis dos anos seguintes aumentaram as disposições de vigilância e intervenção na saúde da população.<sup>20</sup>

No século XIX, o povo vivia numa pobreza profunda, enquanto que a classe superior era pouco culta, preconceituosa, vivia para a política muitas vezes de uma forma corrupta, deixando a indústria e a agricultura estagnar e o comércio na mão dos estrangeiros.<sup>21</sup>

O povo vivia em muito más condições, trabalhava de sol a sol, tinham escassez alimentar, não comiam carne devido à falta de dinheiro e eram muitos alcoólicos. As casas eram consideradas locais obscuros, sem higiene e com má ventilação. A casa dos burgueses seguia os mesmos erros, não havendo

---

<sup>18</sup> NOVAES, João – *O limite das horas de trabalho nas fábricas*. Porto: Typ. Occidental, 1890. Tese Inaugural, p.82

<sup>19</sup> Legislação que impõe regras de higiene, salubridade e segurança nos estabelecimentos, nomeadamente nos públicos/industriais

<sup>20</sup> GUILLAUME, Pierre – *Du désespoir au salut ...*, p.134

<sup>21</sup> POINSARD, Léon – *Portugal ignorado...*, p.36

principalmente uma boa ventilação.<sup>22</sup> . Todos estes “problemas” levavam ao aumento da tuberculose.

Em suma, os fatores chaves, mais destacados pelos médicos para a propagação da tuberculose eram os problemas urbanos, como habitações, a má alimentação, muitas vezes não pasteurizada, e a mentalidade dos portugueses.

Os problemas urbanos, muitos foram devido ao aumento da população portuguesa, principalmente nas grandes cidades, Lisboa e Porto, tendo em 1900 26,1% da população portuguesa. Após a revolução industrial, muitos foram os que migraram para as grandes cidades, numa procura por independência económica. Com este aumento, as grandes cidades foram privilegiadas em detrimento das vilas rurais. Lisboa teve um crescimento de 164.731 habitante em 1801 para 357.000 em 1900. Este aumento levou claro a uma nova disposição a nível de classes sociais. O centro da cidade era o espaço da burguesia, ao lado dos edifícios governamentais, ou seja, da política. Os trabalhadores ficaram ao monte, em casas de pequenas dimensões, degradadas, sem esgotos e com condições muito deploráveis. Mesmo estes espaços começaram a ficar sobrepovoados, começando em Lisboa a construir-se os chamados “pátios”, ou seja, habitações de baixo custo.<sup>23</sup> Os “pátios” eram construídos ao lado das zonas industriais, sendo assim mais prático para os trabalhadores. Dados adquiridos por Correia Guedes, mostraram que só 63 dos 233 “pátios” analisados é que estavam em bom estado e 88 em condições razoáveis mas se fossem feitas remodelações.<sup>24</sup> Estes “pátios” eram considerados um dos maiores perigos para a saúde a nível de higiene, sendo Alfama um dos mais problemáticos.<sup>25</sup>

Este problema tornou-se um problema político, pois as taxas de mortalidade começaram a aumentar e as doenças endémicas e epidémicas a prevalecer.

---

<sup>22</sup> GARRETT, António de Almeida – *O problema da tuberculose...*, p24

<sup>23</sup> TEIXEIRA, Manuel C. – *As estratégias de habitação em Portugal. Análise Social*. Vol. 27, nº115 (1992) pp. 65-89

<sup>24</sup> Inquéritos realizados em: CONCELHO dos Melhoramentos Sanitários/Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria – *Inquérito aos Pátios de Lisboa, 1ª parte*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1903 e *Pátios de Lisboa 2ª parte*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1905

<sup>25</sup> Vide BOMBARDA, Miguel – O bairro de Alfama. *A Medicina Contemporânea* (2ª série). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 6, nº9 (1904), pp 69-70

Com esta preocupação construíram-se novos bairros com ruas mais largas e melhor iluminação e ventilação. Sílvia Carvalho analisou os dados estatísticos de mortalidade por tuberculose nas freguesias de Lisboa entre 1891 e 1903, que foi a altura em que estes novos bairros foram construídos, chegando à conclusão que por exemplo no bairro S. Nicolau houve uma diminuição da mortalidade por tuberculose por habitante, diminuindo de 5,2 no ano de 1891 para 1,7 em 1903.<sup>26</sup>

Outro ponto que levava ao aumento da tuberculose era a alimentação dos portugueses. Um dos fatores era muitos terem dificuldade em ter os alimentos, devido à pobreza. Com a falta de alimento, os trabalhadores ficavam debilitados, levando a terem astenia física e psicológica e levando a como as defesas estavam em baixo, o contágio e como consequência a tuberculose eram mais fáceis de aparecer e também quem a tinha em estado latente, era mais fácil ficar em estado ativo. Ramalhão Ortigão chegou a dizer em 1874 que “Lisboa tem que comer. O maior dos seus males secretos, constantes, permanentes, é a fome crónica.”<sup>27</sup> Para reforçar que era uma das causas da tuberculose, em 1906, o tisiologista Landouzy disse que a falta de higiene e de alimentos, era uma das causas para a tuberculose.<sup>28</sup>

Com o aumento da população os problemas sanitários e a fome, a tuberculose provocou no século XIX, principalmente na segunda metade, um número elevado de mortes.

### **A Mortalidade**

Pierre Louis, em 1825, fazendo estudos bioestatísticos, chegou à conclusão que a hereditariedade era apenas 11% dos casos que haviam de tuberculose,

---

<sup>26</sup> Guedes, Amílcar José de Miranda – *O Estado português...*, pp. 16-17

<sup>27</sup> Cf. ORTIGÃO, Ramalho - *As Farpas: O país e a sociedade portuguesa*, Tomo 7. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1943, p.16

<sup>28</sup> Cf. A ALIMENTAÇÃO racional (I). *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*. Lisboa: Instituto Rainha D. Amélia. Vol. 1, nº1 (1906), p.26

criando uma nova visão que o contágio era uma das principais causas, vindo a ser apoiado pela descoberta do bacilo de Koch.<sup>29</sup>

A luta contra a tuberculose começou a ter mais força, após Sousa Martins, se ter dirigido ao governo, apresentado um relatório das estatísticas de mortalidade em Portugal, nomeadamente Lisboa, Coimbra e Porto, comparadas com outras cidades europeias. Estas estatísticas fizeram mover ainda no século XIX, os higienistas, promovendo ações de limpeza a nível nacional. Mas apesar destas ações todas, a dificuldade de diagnóstico e a ineficácia da terapêutica usada na altura eram ainda um problema grave nesta luta. Outro factor que fez tomarem-se medidas contra a tuberculose, foi como referido anteriormente, ter-se descoberto que era contagiosa, pois até lá, como era uma doença silenciosa e as pessoas que a tinham mantinham-se sãs de mente, tendo até planos para atividades, mantinha esta doença em segundo plano.

Falando mais especificamente em Lisboa, o anexo I mostra a mortalidade geral em Lisboa entre 1873 e 1879, podendo-se verificar que a tuberculose com 16%, faz parte do grupo das 3 maiores causas de morte, sendo as outras causas, outras doenças infetocontagiosas (5%) e outras causas não especificadas.

No anexo II que são os dados do maior hospital do país naquela época, ou seja, São José, pode-se verificar que a tuberculose é a segunda causa de morte e também a segunda maior causa que levou os doentes a serem internados.

Passando para a mortalidade compreendida entre 1881 e 1886 em Lisboa, constou-se tal como se pode ver no anexo III, que a tuberculose continua a ser das principais causas de morte na cidade de Lisboa, tendo como justificação na altura, os problemas sanitárias e a falta de higiene em conjunto com a má alimentação.<sup>30</sup> Em termos de Portugal como país, os dados divulgados

---

<sup>29</sup> Cf. MARTINS, José Thomás de Sousa – A tuberculose pulmonar e o clima da serra da Estrella. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*: Imprensa Nacional. Tomo 54 (1890), pp. 258-298

<sup>30</sup> Cf. BENTO, Carqueja - *O povo português. Aspetos sociais e económicos*. Porto: Livraria Chaldron, 1916, p. 309 e BOMBARDA, Miguel - A tuberculose, semente e terreno. *Guerra à tuberculose*. Vol. 1, nº1 (1900). Lisboa: Liga Nacional contra a Tuberculose, p.31



mostravam que a tuberculose matava mil pessoas por ano, que representou entre 1881 a 1900, 29.645 mortes.<sup>31</sup>

Até 1896, ou seja, dez anos depois, continuava-se a ver um aumento nos óbitos por tuberculose, como se pode verificar no anexo IV. Neste anexo ainda podemos ver que com todas as doenças existentes na altura muito problemáticas, como a cólera e a peste, em Portugal, a tuberculose ainda estava muito presente, sendo considerada uma endemia, ainda mais preocupantes que as pandemias.

A partir desse ano, com todas as associações contra a tuberculose, como a Liga Nacional contra a Tuberculose e a Assistência Nacional aos Tuberculosos, e as profilaxias que se começaram a fazer principalmente a partir de 1899, começou-se a notar uma diminuição nos níveis de tuberculose, pois no início do século XX, era considerada a doença mais temida a nível social.

Esta diminuição foi a consequência dos esforços conjuntos de todas as instituições já mencionadas, que em conjunto formularam todas as profilaxias que até à data era o único “tratamento” que existia.

### **Tratamento da tuberculose**

O tratamento da tuberculose na altura praticamente não existia, centrava-se numa profilaxia que impedia alguém de ter tuberculose.

Como esta patologia está a tomar lugar como doença dominante, fez com que se começasse a preocupar com a higienização, passando pela higiene da casa, das águas, da alimentação, da roupa e também a haver mais horas de repouso e a cuidar mais das relações sociais entre pessoas.<sup>32</sup>

Como a tuberculose é uma consequência grave das condições alimentares, habitacionais e também higiénicas, o Regulamento do Concelho de Saúde, ou

---

<sup>31</sup> Cf. A TUBERCULOSE em Lisboa. *Guerra á tuberculose*. Vol. 1, nº2 (1902). Lisboa: Liga Nacional contra a tuberculose, p. 2

<sup>32</sup> Artigo de José Lopes Dias – *noções de higiene geral contra a tuberculose*; Cf. DIAS, José Lopes – *Noções de higiene geral contra a tuberculose*. A Saúde. Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra. Nº 65-66 (1933), pp. 4-6

seja, as leis de saúde pública de 1837, estabeleceram-se a obrigatoriedade da inspeção dos estabelecimentos industriais, para avaliar o estado sanitário das instalações e determinar as medidas corretivas necessárias.

Em 1842, surgiu o primeiro código administrativo com especificações precisas, em que havia a defesa da saúde pública, incluindo a dos trabalhadores e alunos das escolas e colégios. As leis dos anos seguintes aumentaram as disposições de vigilância e intervenção na saúde da população.

Para ajudar na saúde pública, os delegados distritais, elaboravam semestralmente a topografia médica dos seus distritos, como um relatório do estado sanitário. A partir de 1838, as *Anais* do Conselho de Saúde Pública, começaram a ser publicadas, com o objetivo de publicar trabalhos sobre a situação sanitária, recomendações, documentar a evolução de epidemias, propostas de reformas, entre outros assuntos, no sentido de interessar a população portuguesa pelos problemas de higiene.

Esta política, tal como noutros países da Europa, passaram pela divulgação por periódicos médicos, obras científicas, e também através das associações e do Instituto Central de Higiene que serviam para dar credibilidade às medidas tomadas. Portugal participou também nas reuniões europeias que tinham como objetivo arranjar maneira de haver uniformidade da profilaxia ao nível da Europa.<sup>33</sup>

Em 1895, em Coimbra, houve o primeiro congresso médico nacional, o “Congresso contra a Tuberculose”, orientado pelo professor Augusto Rocha e por sugestão do quintanista de medicina António Leite de Faria. Neste congresso foram apresentadas 24 teses, tendo sido distinguidos alguns nomes como Lopo de Carvalho nos médicos; Leite de Faria, como estudante de medicina, entre outros. Salienta-se a comunicação de João Viegas Paula em relação à tuberculose animal, a partir do *Mycobacterium bovis*, relatando que esta afetava um elevado número de animais domesticados e selvagens e que

---

<sup>33</sup> MARTINS, José Thomé de Sousa Martins - *Relatório dos trabalhos...* p.8

era um perigo para a saúde pública principalmente através do uso na alimentação humana.<sup>34,35</sup>

Impedir a expansão da tuberculose animal, ou seja, impedir o contágio ao homem, era um outro problema, pois isso iria interferir na alimentação nomeadamente no leite e carne, que eram alimentos já escassos e que as pessoas não desperdiçavam, e também afetava a economia do país. Era necessário fazer a pasteurização do leite. À carne, poder-se-ia fazer a esterilização pelo calor, ou então melhorar as condições dos talhos.

Mas apesar destes esforços todos, o bacilo de Koch conseguia propagar-se mesmo com estas medidas de profilaxia todas; “A Tuberculose funcionava como a instância humanizadora do poder higienista”.<sup>36</sup> Pois também o analfabetismo da população não ajudava na parte da divulgação da informação entre as classes mais pobres e as mais atacadas pela tuberculose.

Houve necessidade de educar a população. A Liga Nacional contra a Tuberculose criou o “Catecismo contra a Tuberculose”, onde o objetivo era esclarecer as dúvidas mais importantes, como por exemplo as formas de prevenção mais eficazes, como por exemplo explicar que escarrar, era uma forma de contágio, ou o ato de fechar cartas com saliva, que era muito utilizado na altura.<sup>37</sup>

O isolamento do Bacilo de Koch fez com que a guerra se virasse contra ele, pois nem a profilaxia, nem a vacina de BCG resultavam, pois apesar do seu tamanho, era capaz de ser resistente à maioria dos bactericidas conhecidos na altura e contagiar pessoas e animais.

António Lancastre, em 1901, como secretário-geral da ANT, mandou um ofício ao governador de Lisboa, para ficarem a par que o escarro em vias públicas não era um problema grave comparado com o escarro em locais como o

---

<sup>34</sup> PALAVRAS do Senhor Presidente do Concelho na sessão inaugural da X Conferencia da União Internacional Contra a Tuberculose. Boletim da Assistência Social. Lisboa: Subsecretariado de Estado da Assistência Social. Nº 8 -9 (1943), p.324

<sup>35</sup> PROPHYLAXIA da tuberculose bovina. *Guerra á tuberculose*. Vol1, nº 1 (1900). Lisboa: Liga Nacional Contra a Tuberculose, p.45.

<sup>36</sup> PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui – *Liturgia higienista...*, p.492

<sup>37</sup> Cf. CATECISMO contra a tuberculose. *Guerra á tuberculose*. Vol. 1, nº2 (1902). Lisboa: Liga Nacional contra a Tuberculose, pp. 40-44

transporte público e locais de espetáculo, pois na rua, a luz do dia neutralizava mais depressa o bacilo, enquanto que em locais fechados, este poderia estar a contagiar durante semanas. Um ano após este ofício ser lançado, o governo agiu, lançando um edital, que era um boletim com os serviços sanitários do reino, onde estava estipulado que era proibido cuspir em locais fechados e que a multa poderia chegar aos 1\$000 réis.<sup>38</sup>

Mesmo assim, havia dificuldade em conseguir que as pessoas praticassem estes regulamentos de higiene, por isso, os médicos começaram a divulgar os modos de higiene através da imprensa, homilias dos párocos, que tinham formação em seminários.<sup>39</sup> Também foram construídos escarradores, de via pública ou portáteis, ou o humedecedor de selos.

Em 1903, a profilaxia da tuberculose, passava principalmente pela desinfeção. Uma das medidas obrigatórias era a desinfeção dos quartos sempre que havia um óbito por tuberculose ou havia mudança de quarto de um doente. Também os corpos depois de mortos eram necessários ser desinfetados.

Todas estas profilaxias mostravam que por um lado havia consciência que esta doença era provocada por contágio, e era necessário precaver ao máximo mas por outro lado também mostrava que a medicina era ineficiente contra esta doença.

A pesquisa para uma cura, centrou-se principalmente na primeira metade do século XX. A descoberta da tuberculina fez com que os médicos continuassem e com mais afinco a procura por uma cura, uma vacina. A primeira vacina contra a tuberculose era feita a partir de bacilos mortos, como pro exemplo a vacina de Marigliano, entre outras, ou então através de estirpes não humanas, como a feita através da tartaruga do mar, que era usada por Friedrich Friedmann.<sup>40</sup>

Todas estas vacinas não foram eficazes, então os cientistas fizeram pesquisas para fazer uma vacina através de bacilos vivos de virulência atenuada, de

---

<sup>38</sup> EDITAL de 14 de março de 1902. In *Boletim dos serviços sanitários do Reino*. Lisboa: Imprensa Nacional. Nº 2 (1902), pp. 8-9

<sup>39</sup> MORA, Mário Damas – *A higiene da tuberculose...*, p.325

<sup>40</sup> BÁGUENA CERVELLERA, Maria José – *La tuberculosis y su historia ...*, p.93

origem bovina ou humana. As primeiras produzidas não deram resultado, como a “*Bovo Vaccine*”,<sup>41</sup> que quando administrada mantinha a virulência e assim os produtos, como o leite, que eram extraídos desse animal estavam contaminados.

Em 1921, Albert Calmette e o seu ajudante Camille Guérin, do Instituto Pasteur, descobriram a vacina BCG, que significa, “Bacilos de Calmette-Guérin”. No mesmo ano, o pediatra Bernard Weill-Hallé administrou pela primeira vez em um ser humano, num recém-nascido, em que a mãe tinha morrido de tuberculose. O bebé, não só sobreviveu como ficou imune. A descoberta desta nova vacina, provocou uma grande adesão, fazendo com que vários países na Europa criassem programas de vacinação que incluíam a BCG.

Em Portugal não foi diferente, assim que foi descoberta, foi logo anunciado que havia uma vacina oral para as vitelas e que se podia estender ao ser humano, principalmente a crianças e adolescentes.<sup>42</sup> A introdução da vacina BCG em Portugal ficou a dever-se à LPPS, Liga Portuguesa de Profilaxia Social, localizado no Porto, que tinha como prioridade a luta contra a tuberculose. A LPPS, em 1928, pediu ao instituto Pasteur uma amostra da vacina e a receita de como fazer a cultura laboratorial.<sup>43</sup>

Em Lisboa, em Janeiro de 1929, no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, começaram a fornecer a BCG ao público, mas só a partir de médicos, devido à incerteza ainda à volta da vacina. O responsável pela produção da BCG na capital era Alfredo Magalhães, que aprendera diretamente com Albert Calmette.

Esta descoberta foi muito importante, mas até o aparecimento desta vacina, o melhor método para controlar a sua propagação, foi a construção de sanatórios.

---

<sup>41</sup> Outras vacinas que não deram resultado foram a “Taruman, concebida por Robert Koch e Fred Neufeld e a “IK” criada em 1920 por Davos, Carl Spengler.

<sup>42</sup> A LUCTA contra a tuberculose em Portugal, *A medicina Contemporânea* (2ª série). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 29, nº 25 (1926), pp. 296-197; BRITO, Francisco Assis – Da tuberculose e seu tratamento. *A medicina Contemporânea* (2ª série). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 30, nº1 (1927), pp. 3-5; SOBRE a vacina antituberculosa. *A medicina Contemporânea* (3ª série). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 1, nº3 (1929), p. 29

<sup>43</sup> Cf. CALMETTE, Albert – [Carta] 1928-05-31

## Sanatórios

No final do século XIX, um dos problemas que continuava a fustigar e a causar incertezas principalmente na classe médica, era a natureza da doença, o tratamento e o internamento dos doentes em sanatórios. Pois uma das maiores preocupações para os médicos, era a quantidade de pessoas que tinham tuberculose e entravam no hospital, contaminando assim os outros doentes não tuberculosos. Assim, começaram a pensar numa forma de separar uns doentes dos outros.

Miguel Bombarda, na sessão da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa de 27 de Novembro de 1897, disse que queria criar um grupo para estudar o problema da hospitalização dos tuberculosos, com duas questões principais em mente, a contagiosidade e os altos níveis de mortalidade. Com este discurso, conseguiu que a Sociedade de Ciências Médicas estudasse a criação de um sanatório em Lisboa.<sup>44</sup> O estudo ficou por parte de vários homens incluindo Miguel Bombarda e Câmara Pestana, entre outros. Câmara Pestana insistiu que também se devia construir um sanatório de altitude na cabeça de Monchique para os doentes curáveis e um marítimo para as crianças escrofulosas.

Os sanatórios foram um fator chave na luta contra a tuberculose por duas razões, o clima e o regime. O regime porque dá educação senatorial para que o doente conheça o seu agressor, ou seja, a doença, e assim tomar consciência da necessidade de condicionar a sua vida à preservação da própria vida. O tratamento de longa duração e a supervisão continuada, acompanhados nos seus resultados por fisiologista, poderia criar uma disciplina útil. Em 1881, Sousa Martins, fez com que a Sociedade de Geografia promovesse uma expedição à serra da Estrela, a fim de estudar e analisar a possibilidade de construção de sanatórios naquele local; Desde essa altura, Sousa Martins, tornou-se o apóstolo caloroso da proteção da tuberculose em Portugal e também o símbolo de movimento de apoio dos tuberculosos, tendo

---

<sup>44</sup> PESTANA, Luís da Câmara - Relatório "*Hospitalização dos tuberculosos pobres em Lisboa*" *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Lisboa: Imprensa Nacional. Tomo 63 (1899), pp 103-125

conseguido a primeira cura na Serra da Estrela de um doente ali instalado naquele ano. Depois de terem visto os resultados positivos do tratamento de doentes na serra da estrela e na madeira, estes começaram a ser construídos até ao final do século. No relatório da expedição realizada, Sousa Martins calculou que o número de óbitos devido a esta doença atingia cifras de cerca de vinte mil mortos anuais.<sup>45</sup>

Sendo os principais sanatórios da altura e com serviço de urgência o D. Carlos I, de Lisboa e o Rodrigues Semide no Porto, em que este último pertencia à casa da Misericórdia local

O primeiro estabelecimento contra a tuberculose foi construído no Funchal, em 1853 pela imperatriz Amélia de Beauharnais, viúva de D. Pedro IV, o “Hospício da Princesa D. Maria Amélia”, em homenagem à



Ilustração 1: Hospício D. Maria Amélia

memória da sua filha que faleceu neste mesmo local com tuberculose; em 1862, foi inaugurado o edifício próprio que mandou construir depois de ter estado instalado durante 5 anos em edifício provisório. Este hospício limitou-se à prestação de cuidados aos madeirenses pobres que tinham tuberculose.<sup>46</sup> Assim, o hospício, não teria só a função de tratar gratuitamente os tuberculosos, mas também foi designado como centro de investigação da tísica pulmonar em termos de estatísticas; do que causava a doença; e o modo como o clima que a Ilha da Madeira ajudava no tratamento. O temporário tinha ocupação de vinte e quatro doentes, ou seja, doze de cada sexo, naturais da madeira ou então do estrangeiro, mas qualquer doente que fosse admitido,

<sup>45</sup> Cf. DIÁRIO da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, sessão nº28 de 13 de Março de 1899, pp. 7-8; DIÁRIO da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, sessão nº86 de 16 de Julho de 1899, pp.4

<sup>46</sup> REGULAMENTO do Hospício da Princesa Dona Maria Amélia. *Gazeta Médica de Lisboa*. Lisboa: imprensa Nacional. Tomo 1, nº9 (1853), p. 137

tinha que ter uma regra que era “ser pobres, de vida honesta, e não ter menos de quinze anos de idade”.<sup>43</sup>

Era um edifício com qualidade, asseio, boa ventilação, água canalizada tanto fria como quente, tinha paredes forradas com passagens bíblicas, com o objetivo de controlar o comportamento dos doentes, principalmente os mais religiosos. Tinha mobiliário novo e simples, camas de ferro para melhor limpeza e almofada, colchão e lençóis para o conforto do paciente. Os doentes mais debilitados tinham cadeiras de diferentes inclinações para conseguirem estar o mais possível cómodos, e um jardim com mesas e bancos.<sup>47</sup> Em suma, era um local de qualidade, em comparação com os restantes hospitais da época.

Cada funcionário do hospício tinha uma função específica e o funcionamento era controlado por um médico, o Dr. António da Luz Pita, uma regente, quatro enfermeiras, um enfermeiro, uma cozinheira e vários rapazes que faziam as tarefas de auxiliares de ação médica.

Como a terapêutica até a altura era praticamente inexistente, o tratamento baseava-se no controlo/tratamento dos sintomas, como a diarreia, anorexia, tosse, a hemoptise e a febre., pois os médicos desconheciam a etiologia desta doença então baseavam-se nas doutrinas galénicas. Mais propriamente, o Dr. António da Luz Pita, baseava-se em quatro tipos de terapêutica algumas do século anterior, e a doutrina que seguia era da farmácia galénica, e de sistemas médico-filosófico. A terapêutica tuberculosa tinha a ver com a posição dos Dubos, ou seja, o método usado era baseado na autoridade dos médicos do que na pesquisa e experiência clínica. Na doutrina, o Dr. António da Luz Pita, baseava-se em métodos tal como a evacuação dos maus humores por clisteres, sangrias e purgas. Outra doutrina era a *brownista*, que defendia o uso de medicamentos tanto calmantes como excitantes no combate à tuberculose.<sup>48</sup> E a doutrina mais utilizada em Portugal era a *aerista*, que defendia que os doentes deviam ser colocados em exposição com o ar, especialmente ar artificial, ou seja, com substâncias medicamentosas nele, pois dizia-se que o ar puro era nocivo para quem tinha problemas

---

<sup>47</sup> VIANNA, Francisco José Cunha – *Hospício da Princesa...*, pp. 137-138

<sup>48</sup> SHRYOCK, Richard Harrison – *National Tuberculosis...*, pp 62-63



respiratórios.<sup>49</sup> Outra terapia muito usada era a da alimentação, pois tinha-se observado que a tuberculose trazia problemas hepáticos e intestinais, então o tratamento era utilizar alimentação fortificante, incluindo o óleo de fígado de bacalhau descoberto na década de 1840, e começado a ser utilizado como medicamento

Tônicos	Vomitivos	Expetorantes	Revulsivos	Sedativos e narcóticos	Inalações	Tratamento das dispepsias e diarreias	Tratamento dos suores	Tratamento das hemoptises
Quina; Ferro; Óleo de fígado de bacalhau; Cerveja alemã: <i>mumme</i>	Ipecacuanha	Tártaro emético; Kermel mineral; Scilla	Pomada stibilada; Óleo de Cróton; Ventosas secas e sarjadas; Cáusticos; Fontículos	Xarope de lactucário; Acetato de morfina; Láudano de Sydenham; Acônito; Cicuta; Meimendro	Ioduretos de potássio e amido; Alcatrão; Ácido hidrocianico;	Subnitrito de bismuto; Pós de Dower; Ratânia; Ópio; Água de Vichy; Carbonato de soda; Carbonato de potássio	Sulfato de quinina com ácido sulfúrico; Acetato de chumbo; Águas minerais de Bonne	Ratânia; Rosas rubras; Ácido sulfúrico; Ácido gálico

Ilustração 2: Medicamentos usados no tratamento no Hospício D. Maria Amélia

Os doentes que entravam no Hospício eram de várias idades, como se pode verificar no quadro, os primeiros anos de funcionamento tiveram no total 428 doentes, sendo a maioria com idade compreendida entre os 20 e 30 anos.

	*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
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>65</b>	<b>80</b>	<b>88</b>	<b>74</b>	<b>85</b>	<b>428</b>

Ilustração 3: Ida de dos doentes que entravam no Hospício D. Maria Amélia

Ou seja, pode-se concluir que eram os jovens até aos 30 anos que contraíam mais a doença, devido também à maior exposição que tinham a ela, pois estavam no período ativo da vida. Em termos de sexo, a maior afluência foi de mulheres num total de 242 mulheres contra 150 homens, tal como pode ser visto no anexo V. A razão de serem mais mulheres do que homens, seria devido à profissão que cada um tinha, ou seja, as mulheres procuravam mais

<sup>49</sup> GUILLAUME, Pierre – *Du désespoir au salut...*, pp. 62-63

os serviços clínicos e também porque muitas vezes as obrigações familiares eram muitas, os que as deixava sem tempo para procurar ajuda, fazendo com que o quadro clínico piorasse.

No anexo VI, pode-se ver que a maioria dos doentes internados eram madeirenses, seguido de portugueses do continente e de Goa. Dentro dos 22 que vinham do continente, 18 eram de Lisboa, 2 do Porto, 1 de Aveiro e o ultimo de Faro.

Os resultados deste hospício podem ser vistos no seguinte quadro, em que “curado” naquele tempo seria uma cura hipotética pois não haviam meios para saber se estava mesmo curado ou não, e que “aliviado” era simplesmente uma melhora nos sintomas apresentados, conseguimos ver que o maior número de doentes estavam na categoria “melhorados”, vindo em segundo lugar os “curados” e em ultimo os “aliviados”.

	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Curados	9	17	19	18	21	19	103
Melhorados	5	19	26	38	24	33	145
Aliviados	7	8	6	4	2	7	34
Em curativo	0	7	16	8	17	10	58
Falecidos	5	14	13	20	17	16	85
Autopsiados	4	14	13	15	17	11	74
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>79</b>	<b>93</b>	<b>103</b>	<b>98</b>	<b>96</b>	<b>499</b>

Ilustração 4: Resultados do Hospício D. Maria Amélia

A Madeira era considerado um local bom para os doentes tuberculosos, devido também a teoria *aerista*, pois como era um clima marítimo tinha predominância de azoto em vez de oxigénio e por conter outras substâncias gasosas tal como o cloreto de sódio. Estas substâncias eram consideradas purificadoras. Para além de ter o clima ideal, era luminosa, ou seja, tinha bastante luz.

D. Maria Amélia, ainda em princesa e apoiada e aconselhada pelo seu marido, em 1889, planeou a criação de um edifício para anémicas ou um hospital para tuberculosos, inspirada num asilo francês para raparigas doentes dos pulmões.

Em 1896, foram criadas enfermarias de isolamento para tuberculosos no hospital de Santo António e também no Hospital da Marinha.

1898, ficou marcado pelo atingir do objetivo de Rainha D. Maria Amélia, que conseguiu que os tuberculosos dispersos pelos vários hospitais de Lisboa, fossem isolados no Hospital de Arroios, que passou a ser chamado de Hospital da rainha D. Maria Amélia.

Em 1901, foi criado o primeiro dispensário em Lisboa para tuberculosos. O dispensário tinha como funções dar consultas independentes a tuberculosos e a pessoas com predisposição à tuberculose. Para além disso os funcionários também realizavam visitas às casas, para ver as condições higiénicas, o grau de promiscuidade e a miséria em que viviam as pessoas, também distribuía senhas para os mais pobres iram a cozinhas económicas, para terem roupa, camas, escarradores de bolso e desinfetantes. Os que não se conseguiam tratar eram enviados para o hospital D. Maria Amélia em Arroios.<sup>50</sup>

Com o passar dos anos, os sanatórios começaram a ser cada vez menos utilizados até fecharem, pois a medicina foi evoluindo, introduzindo-se os antibióticos e a quimioterapia, em que a isoniazida demonstrou ser eficaz contra a tuberculose. A evolução dos tratamentos foi outra das causas, estes começaram a incluir como por exemplo a rifampicina<sup>51</sup>, que diminuía eficazmente o contágio, pondo assim cada vez mais de parte a velha prática dos bons ares e do repouso que os sanatórios traziam. O fecho dos sanatórios pôs fim a uma parte da história da tuberculose, mas esta história continua a ser um assunto inacabado pois no século XXI, ainda continua a haver mortes devido a tuberculose e ainda falta encontrar o ponto final desta história, ou seja, a cura. Estudos continuam a ser feitos, e esta doença é cada vez mais clara para todos nós. Passou por ser uma doença dos artistas ligada ao romance, a uma doença dos pobres até se ter descoberto que era contagiosa, e que o que a causava era o *Mycobacterium tuberculosis*. Portugal sempre seguiu as evoluções dos outros países, tanto a nível medicinal como sanitário.

---

<sup>50</sup> Cf. CORREIA, Fernando da Silva – Algumas efemérides...,pp.373-374; DISPENSÁRIO antituberculoso em Lisboa. *A Medicina Contemporânea* (2ª série). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 4, nº23 (1901), p.191 e o DISPENSÁRIO Antituberculoso de Lisboa da Assistência Nacional aos tuberculosos. *A Medicina Moderna*. Porto: Imprensa civilização. Vol. 3, nº101 (1902) p. 313

<sup>51</sup> Outros bacteriostáticos utilizados eram, a cicloserina, a viocina, a pirazida, o etambutol e a etionamida

## **Conclusão**

Este trabalho teve como objetivos principais, analisar a Tuberculose em Portugal, como se desenvolveu e a resposta que os portugueses deram a esta Peste Branca.

A tuberculose ao longo dos tempos teve várias teorias sobre a sua natureza. Grancher e Laennec diziam que era de causa única e não a julgavam contagiosa. Virchow, professor de patologia e político militante, dizia que tinha origem tumoral, mas ganha protagonismo no final do século XIX, acompanhando o seu acréscimo de perto a revolução industrial, mas descobrindo-se também o seu agente causador, este drama perpassa todo o século XX e, apesar de a ciência ter conseguido neste século os meios para vencer este flagelo, medicamentos seguros e eficazes e o conhecimento pleno da sua propagação, entra mesmo assim, pelo século XXI, ainda como um dos problemas de saúde pública com maior repercussão em todo o globo.

Um tuberculoso não se diz curado, mas sim clinicamente curado em gíria sanatorial, ou seja, o bacilo permanece, aguardando uma qualquer quebra de resistência orgânica para de novo, se manifestar.

Ao longo dos anos, o sanatório era um lugar de primazia no tratamento da tuberculose, por duas razões, o clima e o regime. O regime dá educação sanatorial para que o doente conheça o seu agressor, ou seja, a doença, e assim tomar consciência da necessidade de condicionar a sua vida à preservação da própria vida. O tratamento de longa duração e a supervisão continuada, acompanhados nos seus resultados por tisiologista, poderia criar uma disciplina útil.

Pode-se concluir que a história da tuberculose ainda está longe de acabar, várias pesquisas ainda vão ter que ser feitas para descobrir mais desta doença que ainda hoje em dia mata muitas pessoas.

### **Referências Bibliográficas**

1. F A. Gonçalves Ferreira – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian Lisboa capítulo 11
2. Fernando Sousa, A. H. De Oliveira Marques - *Portugal e a regeneração*. Editorial Presença.
3. Revista da Faculdade de Letras - *HISTÓRIA*; Porto, III Série, vol. 7,2006
4. educacao.te.pt
5. Análise Social, vol. xxxii (142), 1997 (3.º),
6. Medscape – tuberculosis
7. FILHO, Cláudio Bertolli – *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001
8. CF, Veloso, António José Barros – *Medicina: a arte e o ofício*. Lisboa: Gradiva, 2000
9. COELHO, Rui M. Alves – *O nosso inimigo o bacilo da tuberculose*, 2º ed. Porto: ACTP
10. CF. SONTAG, Susan – *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphor*. Londres: Penguin Books, 2002

11. Vide GRMEK, Felipe [et al.] – *Chagas disease and human migration*. Mem. Inst. Oswaldo Cruz Vol 95 nº4 (2000)
12. Cf PÔRTO, Ângela – *Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito*. Ver. Saúde Pública. Vol. 41, nº1 (2007)
13. FARIA, Raul – *Tuberculose, doença social*. In CONFERÊNCIAS da Liga Portuguesa de Profilaxia Social (3º série). Porto: Imprensa Portuguesa, 1936
14. NOVAES, João – *O limite das horas de trabalho nas fábricas*. Porto: Typ. Occidental, 1890. Tese Inaugural,
15. GUILLAUME, Pierre – *Du désespoir au salut*
16. POINSARD, Léon – *Portugal ignorado*. Porto: Magalhães e Moniz Lda., 1912
17. GARRETT, António de Almeida – *O problema da tuberculose*
18. TEIXEIRA, Manuel C. – As estratégias de habitação em Portugal. *Análise Social* [Em linha]. Vol. 27, nº115 (1992)
19. Vide BOMBARDA, Miguel – O bairro de Alfama. *A Medicina Contemporânea* (2º série). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 6, nº9 (1904)
20. Guedes, Amílcar José de Miranda – *O Estado português*
21. Cf. ORTIGÃO, Ramalho - *As Farpas: O país e a sociedade portuguesa*, Tomo 7. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1943

22. Cf. A ALIMENTAÇÃO racional (I). *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*. Lisboa: Instituto Rainha D. Amélia. Vol. 1, nº1 (1906)
23. Cf. MARTINS, José Thomás de Sousa – A tuberculose pulmonar e o clima da serra da Estrella. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*: Imprensa Nacional. Tomo 54 (1890)
24. Cf. BENTO, Carqueja - *O povo português. Aspetos sociais e económicos*. Porto: Livraria Chaldron, 1916,
25. BOMBARDA, Miguel - *A tuberculose, semente e terreno. Guerra à tuberculose*. Vol. 1, nº1 (1900). Lisboa: Liga Nacional contra a Tuberculose
26. Cf. A TUBERCULOSE em Lisboa. *Guerra á tuberculose*. Vol. 1, nº2 (1902). Lisboa: Liga Nacional contra a tuberculose,
27. VASCONCELOS, Taborda - *Robert Koch, uma figura no tempo*. Porto (1982)
28. Cf. DIAS, José Lopes – Noções de higiene geral contra a tuberculose. A Saúde. Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra. Nº 65-66 (1933),
29. PROPHYLAXIA da tuberculose bovina. *Guerra á tuberculose*. Vol1, nº 1 (1900). Lisboa: Liga Nacional Contra a Tuberculose,
30. PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui – Liturgia higienista

31. Cf. CATECISMO contra a tuberculose. *Guerra á tuberculose*. Vol. 1, nº2 (1902). Lisboa: Liga Nacional contra a Tuberculose,
32. A luta contra a tuberculose em Portugal, importantes esclarecimentos fornecidos pelo diretor do I.A.N.T., Dr. Lopo de Carvalho Cancellia de Abreu em conferência de imprensa médica nacional, separata de “o médico” nº 552 – Tip. Sequeira, L.DA Porto (1962)
33. Proteção ao universitário tuberculoso (pré-cura, sanatórios, post-cura) separata de “o médico” nº360 (1958).
34. BÁGUENA CERVELLERA, Maria José – *La tuberculosis y su historia*
35. A LUCTA contra a tuberculose em Portugal, *A medicina Contemporânea* (2ªsérie). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 29, nº 25 (1926),
36. BRITO, Francisco Assis – Da tuberculose e seu tratamento. *A medicina Contemporânea* (2ªsérie). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 30, nº1 (1927),
37. SOBRE a vacina anti-tuberculosa. *A medicina Contemporânea* (3ªsérie). Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 1, nº3 (1929),
38. PESTANA, Luís da Câmara - Relatório “Hospitalização dos tuberculosos pobres em Lisboa” *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*. Lisboa: Imprensa Nacional. Tomo 63 (1899),
39. REGULAMENTO do Hospício da Princesa Dona Maria Amélia. *Gazeta Médica de Lisboa*. Lisboa: imprensa Nacional. Tomo 1, nº9 (1853),
40. VIANNA, Francisco José Cunha – Hospício da Princesa



41. SHRYOCK, Richard Harrison – *National Tuberculosis*
42. Cadernos informativos ACTP, número 14. Junho de 1989

## Anexos

### Anexo I – Mortalidade Geral em Lisboa (1873 – 1879)

LISBOA							
	1873	1874	1875	1878	1879	Total	%
<b>Tuberculose</b>	285	402	298	866	1076	2927	16
<b>Doenças infetocontagiosas</b>	136	147	122	324	223	952	5
<b>Outras doenças</b>	1358	2056	1657	4370	5414	14855	79
<b>Total</b>	1778	2605	2077	5560	6490	18510	100

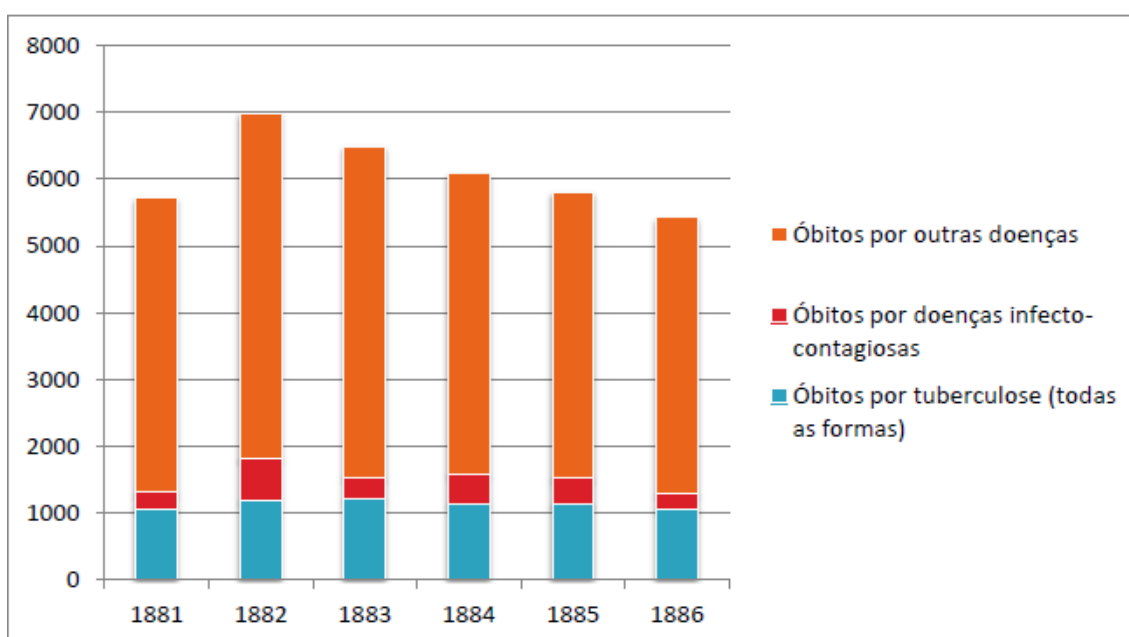
Fonte 1: Correio Médico de Lisboa

**Anexo II – Principais patologias e seus números de óbito no Hospital São José do ano de 1851 e do 1º trimestre de 1852**

Patologia	N.º total de óbitos	N.º total de casos
Pleuro-pulmonites	291	811
Tubérculos pulmonares	194	236
Febres atáxico-adinâmicas	121	268
Lesões orgânicas do coração	114	184
Diarreias	112	159
Apoplexias cerebrais	104	137
Gastro-entero-colites	98	604
Anasarcas, ascites, hidrotoraxes	93	172
Caquexias	68	69
Laringo-bronquites	63	543
Sífilis	40	1560
Hepatites	39	202
Úlceras de perna complicadas de erisipela gangrenosas	38	367
Aneurismas arteriais	26	40
Escrófulas	19	114
Elefantíase	18	48
Meningoencefalites	17	45
Apoplexias sorosas	14	14
Gangrenas	14	20
Pericardites	8	9
<b>TOTAL</b>	<b>1491</b>	<b>5602</b>

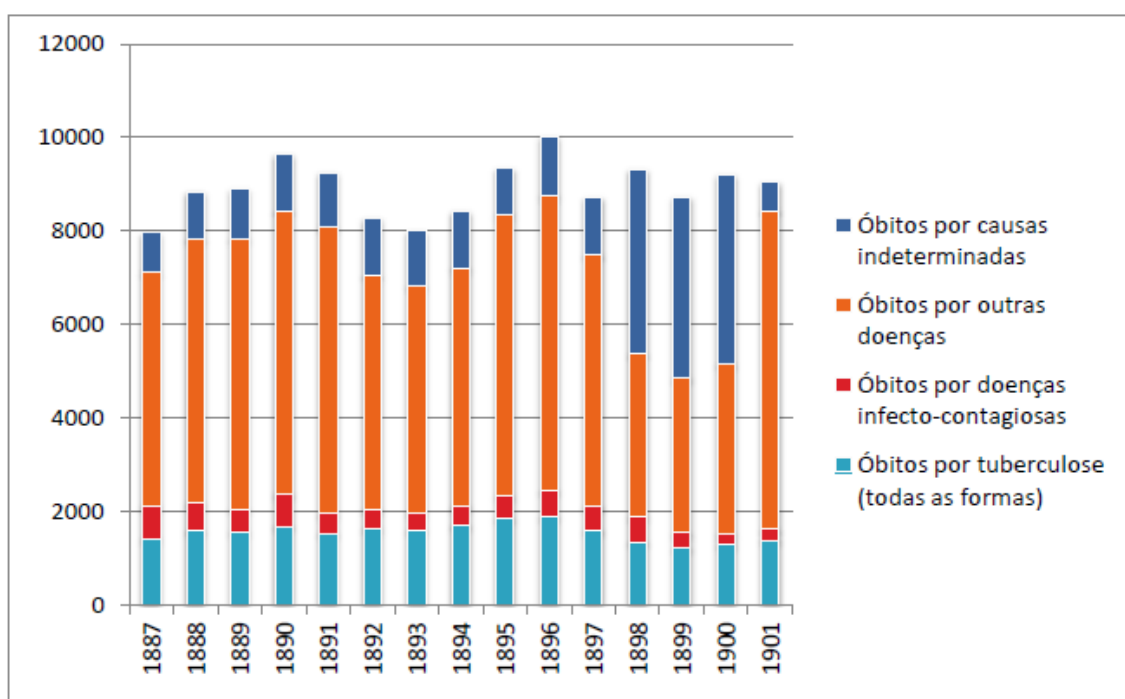
Fonte 2: BARBOSA, António Maria - Principaes causas da mortalidade do Hospital de S. José e meios de as atenuar. *Gazeta Médica de Lisboa*. Lisboa: Im prensa Nacional. Tom o 1, nº1 (1853)

### Anexo III – Mortalidade Geral em Lisboa (1881-1886)



Fonte 3: O Correio Médico de Lisboa

#### Anexo IV – Mortalidade Geral em Lisboa (1887-1901)



Fonte 4: Boletim de saúde e higiene municipal de Lisboa e o periódico "A Medicina Contemporânea"

**Anexo V – Doentes do Hospício D. Maria Amélia, por género, estado civil e profissão**

<b>ENTRADA DE DOENTES POR GÉNERO</b>							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
<b>Homens</b>	?	26	30	34	28	32	150
<b>Mulheres</b>	?	39	50	54	46	53	242
<b>Transporte</b>	10	7	16	8	10	0	51
<b>Total</b>	36	65	80	88	74	85	392

<b>DOENTES SEGUNDO O ESTADO CIVIL</b>							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
<b>Solteiros</b>	24	?	58	49	45	61	237
<b>Casados</b>	9	?	16	27	21	18	91
<b>Viúvos</b>	3	?	6	12	8	6	35
<b>Total</b>	36	0	80	88	74	85	363

<b>DOENTES SEGUNDO A PROFISSÃO</b>							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	
<b>Trabalhos domésticos</b>	27	1.º	1.º	1.º	1.º	1.º	1.º
<b>Trabalhos do campo</b>	9	2.º	2.º	2.º	2.º	2.º	2.º
<b>Outras</b>	0	3.º	3.º	3.º	3.º	3.º	3.º

Fonte 5: Gazeta Médica

**Anexo VI – Local de onde são os doentes que deram entrada no Hospício  
D. Maria Amélia**

	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
<b>Madeira</b>	34	60	73	83	63	72	385
<b>Portugal continental</b>	1	4	5	3	3	9	25
<b>Goa</b>	1	1	0	0	0	0	2
<b>Porto Santo</b>	0	0	2	2	6	2	12
<b>Pico</b>	0	0	0	0	1	1	2
<b>Graciosa</b>	0	0	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	36	65	80	88	74	84	427

Fonte 6: Gazeta Medica de Lisboa

