CONHECER, TRATAR E COMBATER A «PESTE BRANCA».

A TISIOLOGIA E A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL (1853-1975)

ISMAEL CERQUEIRA VIEIRA

CITCEM
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA

Edições Afrontamento

Conhecer, tratar e combater a «peste branca» é uma obra que estuda a tuberculose e os tuberculosos ao longo do período contemporâneo português. A tuberculose, doença de múltiplos rostos, instalou-se em Portugal como uma endemia capaz de abalar a sociedade de então e ao mesmo tempo inspirar novas respostas a um mal milenar. Centrado no período entre 1853 e 1975, este livro permite uma visão abrangente sobre o conhecimento e tecnologia médica no campo da tisiologia, que permitiu à medicina dos séculos XIX e XX combater a ubiquidade social da tuberculose. A obra mostra ainda o modo como a comunidade médica e política se organizou para dar respostas profiláticas e assistenciais às camadas necessitadas da população portuguesa, que pelas condições habitacionais, higiénicas e dificuldades financeiras se transformaram nas principais vítimas da «peste branca».

CONHECER, TRATAR E COMBATER A «PESTE BRANCA». A TISIOLOGIA E A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL (1853-1975)

ISMAEL CERQUEIRA VIEIRA

Título: ***Conhecer, tratar e combater a «peste branca». A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)***

Autor: Ismael Cerqueira Vieira
Fotografia da capa: Viatura do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. Exposição Internacional de Radiologia e Electrologia. IST (03-08 Abril 1957). Fonte: Biblioteca de Arte. Fundação Calouste Gulbenkian.
Design gráfico: Helena Lobo Design | www.hldesign.pt
Co-edição: CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória»
Via Panorâmica, s/n | 4150-564 Porto | www.citcem.org | citcem@letras.up.pt
Edições Afrontamento, Lda. | Rua Costa Cabral, 859 | 4200-225 Porto
www.edicoesafrontamento.pt | geral@edicoesafrontamento.pt
N.º edição: 1695
ISBN: 978-972-36-1498-5 (Edições Afrontamento)
ISBN: 978-989-8351-47-0 (CITCEM)
Depósito legal: 403290/15
Impressão e acabamento: Rainho & Neves Lda. | Santa Maria da Feira
geral@rainhoeneves.pt
Distribuição: Companhia das Artes – Livros e Distribuição, Lda.
comercial@companhiadasartes.pt

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através do FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projeto UID/HIS/04059/2013, e pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE 2020 Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (POCI-01-0145-FEDER-007460). Elaborado no âmbito de uma Bolsa de Doutoramento financiada pelo POPH – QREN – Tipologia 4.1 – Formação Avançada, comparticipada pelo Fundo Social Europeu, por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Aos meus pais
Aos meus avós paternos

SUMÁRIO

Índice de Quadros 7
Índice de Gráficos 8
Índice de Figuras 9
Índice de Organogramas 10
Índice de Fotos 11
Siglas e abreviaturas 13
Agradecimentos 15

INTRODUÇÃO 19
Tema, problemática e objeto de estudo 21
Historiografia sobre a tuberculose 30
Fontes documentais e metodologia 38
Delimitação cronológica e estrutura 42

CAPÍTULO 1
PROGRESSOS MÉDICOS E CIENTÍFICOS NO PERÍODO CONTEMPORÂNEO 45
1.1. Dos sistemas médico-filosóficos ao nascimento da anatomoclínica 47
1.2. Da conversão anatomoclínica à atualidade 51
1.3. Progressos da medicina portuguesa no período contemporâneo 65

CAPÍTULO 2
A TISIOLOGIA E O ESTUDO DA DOENÇA TUBERCULOSA 73
2.1. Doenças, doutrinas e tuberculose: a difícil compreensão de uma doença 75
2.1.1. O conhecimento médico da tuberculose ao longo dos tempos 75
2.1.2. A evolução do conceito de doença tuberculosa 88
2.2. Estudar e compreender a tuberculose em Portugal nos séculos XIX e XX 99
2.3. A tuberculose e a produção académica em Portugal 107
2.3.1. A produção em números 110
2.3.2. Análise temática das dissertações 119

CAPÍTULO 3
DIAGNOSTICAR E TRATAR A «PESTE BRANCA» 127
3.1. O diagnóstico em tisiologia 129
3.1.1. O diagnóstico sintomatológico 130
3.1.2. Escutar, medir e olhar o peito: o diagnóstico da percussão às radiografias 133
3.1.3. Os diagnósticos bacterioscópicos e testes clínicos 139
3.2. A terapêutica em tisiologia 146
3.2.1. O empirismo terapêutico 147
3.2.2. Climatoterapia e regime sanatorial 160
3.2.3. Novas formas de tratar o «incurável» 176

CAPÍTULO 4
TOMAR CONSCIÊNCIA DE UM PROBLEMA MÉDICO E SOCIAL **187**
4.1. Tuberculose, uma doença social **189**
4.2. A expansão das cidades e os problemas habitacionais **193**
4.3. A alimentação do povo português **207**
4.3.1. Breve caracterização das dietas alimentares em Portugal **215**
4.4. Aspetos de higiene escolar e militar **219**
4.5. Panorama da mortalidade por tuberculose em Portugal **223**

CAPÍTULO 5
COMBATER O INIMIGO PÚBLICO N.º 1:
A PROFILAXIA E AS CAMPANHAS ANTITUBERCULOSE EM PORTUGAL **241**
5.1. A profilaxia contra a tuberculose em Portugal **243**
5.1.1. A vulgarização da noção de contágio e a declaração obrigatória **246**
5.1.2. Guerra ao bacilo **255**
5.1.3. A vacina BCG **264**
5.2. Campanhas e congressos antituberculose em Portugal **273**
5.2.1. O Congresso Nacional de Tuberculose de 1895 **274**
5.2.2. A criação da LNCT e as suas atividades **277**
5.2.3. Os congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose **290**
5.2.4. A campanha antituberculose em Coimbra: um caso paradigmático **299**
5.2.5. Outras iniciativas **310**

CAPÍTULO 6
A ASSISTÊNCIA AOS TUBERCULOSOS EM PORTUGAL **315**
6. A assistência aos tuberculosos em Portugal **317**
6.1. A ilha da Madeira no tratamento da tuberculose: o caso do Hospício D. Maria Amélia **318**
6.1.1. Administração e funcionamento hospitalar **320**
6.1.2. O movimento hospitalar (1853-1858) **326**
6.2. A obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos **331**
6.2.1. Da origem até à implantação da República **331**
6.2.2. A assistência aos tuberculosos até ao final da I República **342**
6.2.3. Da reforma da ANT até à criação do IANT **350**
6.2.4. Da criação do IANT ao SLAT **357**
6.3. A lógica sanatorial: o sanatório como quadro de vida e lugar de cura **360**
6.3.1. O despontar do movimento sanatorial em Portugal **369**
6.3.2. Os Sanatórios da Guarda e do Caramulo: dois casos emblemáticos **378**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **391**

FONTES E BIBLIOGRAFIA **401**

ANEXOS **435**

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Produção de teses por escola e tipologia **110**
Quadro 2 – Distribuição do total de teses por tema **124**
Quadro 3 – Alimentação praticada no Norte de Portugal por grupos sociais de referência **218**
Quadro 4 – Morbilidade declarada por homens (H) e mulheres (M) em números absolutos nos hospitais caritativos de Coimbra (1813-1817-1843) **227**
Quadro 5 – Mortalidade geral na cidade do Porto (1893-1900) **231**
Quadro 6 – Tuberculosidade segundo as causas **234**
Quadro 7 – Espaços de realização de conferências da LNCT (1900-1902) **286**
Quadro 8 – Distribuição das funções de gestão hospitalar do Hospício do Funchal **321**
Quadro 9 – Terapêutica medicamentosa usada no Hospício D. Maria Amélia **325**
Quadro 10 – Entrada de doentes por idade no Hospício D. Maria Amélia **326**
Quadro 11 – Resultados terapêuticos do hospício (1853-1858) **329**
Quadro 12 – Publicação do boletim da ANT/IANT (1906-1950) **340**
Quadro 13 – Horários implementados em três sanatórios geograficamente distintos para o tratamento de tuberculose pulmonar de adultos **367**
Quadro 14 – Cálculo do tempo despendido nas principais tarefas diárias dos doentes a partir dos horários de cada sanatório **368**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição em números absolutos da tipologia de teses por escola médica (1857-1968) **111**
Gráfico 2 – Evolução da produção do total de teses por décadas **116**
Gráfico 3 – Evolução da produção total de teses por década e tipologia **116**
Gráfico 4 – Evolução da produção de teses por década e escola médica **118**
Gráfico 5 – Categorização por tema/década das teses inaugurais **121**
Gráfico 6 – Categorização temática das teses de Licenciatura sobre tuberculose **123**
Gráfico 7 – Evolução da mortalidade por tuberculose em Portugal (1902-1968) **235**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estetoscópio inventado por Laennec nos inícios do século XIX **56**
Figura 2 – Gravura representando a proteção das crianças e dos tuberculosos vencendo a morte **306**
Figura 3 – Folha de rosto do jornal «A Saúde» n.º 12 **307**
Figura 4 – Propaganda a favor da vacina BCG **308**
Figura 5 – Distribuição geográfica comparativa dos estabelecimentos de luta antituberculosa entre 1931 e 1936 **352**
Figura 6 – Logótipo da Assistência Nacional aos Tuberculosos **353**
Figura 7 – Cartaz de propaganda a favor da construção dos sanatórios **353**
Figura 8 – Selos antituberculosos de 1929 e 1936-1937 editados pela ANT **354**

ÍNDICE DE ORGANOGRAMAS

Organograma 1 – Organização da luta antituberculose em Coimbra (1931) **302**
Organograma 2 – Modelo de assistência aos tuberculosos projetado durante a direção de Lopo de Carvalho **358**

ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1 – Ilha da Pedreira (Fontainhas, Porto) **198**
Foto 2 – Escarrador portátil pertencente à campanha «Proibido escarrar e cuspir no chão» da Liga Portuguesa de Profilaxia Social **261**
Foto 3 – Viaturas das Brigadas Móveis pertencentes ao Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos, utilizadas para o radiorrastreio da tuberculose e administração da vacina BCG **273**

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADN – Ácido desoxirribonucleico
ANT – Assistência Nacional aos Tuberculosos
ATNP – Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal
BK – Bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*)
BCG – Bacilo de Calmette-Guérin
CERISSM – Centro Educacional e Recuperador de Internados do Sanatório Sousa Martins
CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura Espaço e Memória»
DGS – Direção Geral de Saúde
EMCL – Escola Médico-cirúrgica de Lisboa
EMCP – Escola Médico-cirúrgica do Porto
EUA – Estados Unidos da América
FBB – Fundação Bissaya Barreto
FAUP – Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto
FLUP – Faculdade de Letras da Universidade do Porto
FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
FPCEUP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
IANT – Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
INE – Instituto Nacional de Estatística
LNCT – Liga Nacional contra a Tuberculose
LPPS – Liga Portuguesa de Profilaxia Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAS – ácido para-aminosalicílico
PPD – *purified protein derivative*
PUF – *Presses Universitaires de France*
SCML – Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa
SLAT – Serviço de luta antituberculose
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TB – Tuberculose
TP – Tuberculina purificada
UICT – União Internacional Contra a Tuberculose
UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*
a.C. – antes de Cristo
Art. º – Artigo
Cap. – Capítulo
c.c. – centímetro cúbico
Cf. – Confira/confronte
Cit. – Citado
Consult. – Consultado

Coord. – Coordenação
Corr. – Corrigida
d.C. – depois de Cristo
Dir. – Direção
Ed./Eds. – Edição/Editores
et al. – *et alli* (e outros)
Org. – Organização
p./pp. – página/páginas
Rev. – revista
s.d. – sem data
s.l. – sem lugar de publicação
s.n. – sem nome de editor
Sep. – Separata
Tip./Typ. – Tipografia/Typographia
Trad. – Tradução
Vol./Vols. – Volume/Volumes

Nota do autor: No decurso deste trabalho foi necessário proceder a transcrições de textos em língua portuguesa dos séculos XVIII, XIX e XX. Optámos por manter a grafia original para não se desvirtuar o seu sentido e interpretação. Nas transcrições de excertos em línguas estrangeiras optámos por não fazer a sua tradução e manter a língua original.

AGRADECIMENTOS

Um projeto de doutoramento não é fruto exclusivo do trabalho duma só pessoa. Primeiro, este trabalho só foi possível graças a uma bolsa de doutoramento atribuída pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, o que me permitiu a imersão total neste projeto ao longo de quatro anos.

No decurso destes quatro anos foram vários os intervenientes, com pequenos ou grandes contributos, que permitiram a concretização desta dissertação e que por isso merecem uma palavra de agradecimento. O primeiro agradecimento é dirigido ao meu orientador científico, Professor Doutor Jorge Fernandes Alves, que esteve presente desde o primeiro momento. A ele agradeço o apoio, comentários, sugestões, questões, incitamento e confiança que depositou em mim e a orientação científica que me abriu novas perspetivas e me levou por caminhos pouco explorados, mas exigindo sempre o rigor científico necessário a um trabalho académico.

Das muitas pessoas e instituições com as quais me cruzei durante a minha investigação, quero realçar algumas. Agradeço à Liga Portuguesa de Profilaxia Social, em especial à direção e ao funcionário Ivo Figueiroa, o acesso livre ao seu centro documental e núcleo museológico, o que me permitiu aceder a documentos e objetos raros e inéditos, muitos deles apresentados nesta dissertação. À Fundação Bissaya Barreto e à Dr.ª Cristina Nogueira uma palavra de apreço pela hospitalidade com que fui recebido e pela disponibilidade pronta com que me apresentaram os documentos. Aos diretores e funcionários da Biblioteca da Faculdade de Medicina do Porto e da Biblioteca das Ciências da Saúde em Coimbra o meu agradecimento pelas informações prestadas e por me facilitarem o acesso aos documentos solicitados, ao núcleo de reservados e ao depósito, lugares que habitualmente não são frequentados pelos leitores. Ao museu Maximiano Lemos e à sua diretora, Prof.ª Dr.ª Amélia Ricon Ferraz, agradeço a visita guiada que me proporcionou ao museu e com a qual passei a ter uma visão diferente da história da medicina e da cirurgia.

Agradecimentos devem também ser feitos ao Dr. Rui Costa pela partilha de informações, estatísticas e sugestões que fez ao meu trabalho, ao Prof. Dr. Luís Alberto Marques Alves e ao Prof. Dr. João Rui Pita pelas sugestões bibliográficas.

Por último, o maior dos agradecimentos aos meus pais e avós paternos pelo apoio e facilidades prestadas a este como a tantos outros projetos da minha vida. Obrigado!

INTRODUÇÃO

TEMA, PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

A presente investigação tem como objeto central o estudo da tuberculose em Portugal enquanto questão médica e social ao longo dos séculos XIX e XX. Neste sentido realizamos um estudo sobre uma doença contagiosa e transmissível de grande extensão social de modo a perceber como os médicos a entenderam ao longo do período contemporâneo, de que modo a doença esteve relacionada com as condições de vida da população e quais as estratégias médicas e institucionais adotadas para combatê-la.

Cada momento histórico teve as suas doenças emblemáticas. Primeiro, a lepra, a peste negra, a cólera e a sífilis até meados do século XIX, a tuberculose na centúria que mediou entre 1850 e 1950 para depois da II Guerra Mundial, o cancro e a SIDA assumirem o destaque. Em cada época estas doenças revestiram-se duma grande relevância do ponto de vista epidemiológico e social, criando medo, pânico e morte nas populações ao mesmo tempo que constituíam um quebra-cabeças para os médicos.

As ciências sociais e humanas encontram-se progressivamente mais despertas para as questões da saúde, das doenças e da intervenção da medicina na vida humana. Os momentos do nascimento, do crescimento e da morte, quer ao nível individual quer coletivo, têm prendido cada vez mais a atenção dos cientistas sociais. Referir que os homens são hoje grandes consumidores de medicina é uma evidência que transcende o campo de análise e atuação das ciências biomédicas. O espaço privilegiado ocupado pelo corpo sadio ou doente e a linha de atuação da medicina e da sociedade para prevenir as doenças e promover a saúde, na tentativa de prolongar a vida humana, constituem hoje um objeto privilegiado dos historiadores. No decurso do seu processo vital, o Homem encontra inevitavelmente a doença, conceito ambíguo que há falta de melhor se traduz por falta de saúde, por ação externa ou pela degeneração interna. Por isso, no dizer de Susan Sontag[1], ao nascer todos os humanos detêm uma dupla cidadania no reino da saúde e no reino da doença, e esta não é mais do que uma ideia, uma abstração que se reporta a uma complexa realidade empírica, por sua vez indissociável dos progressos científicos e tecnológicos, das práticas sociais, das instituições, das representações e das mentalidades de cada época.

É sabido que a História da Medicina, da saúde, das ciências biomédicas e dos seus atores prendeu o interesse dos médicos e dos historiadores há várias décadas. A partir da década de 1970 assistiu-se a uma renovação no domínio científico com a emergência de novos campos do saber, com a emergência de novas ciências, com a renovação de ciências tradicionais e com a afirmação da interdisciplinaridade. A Nova História, surgida nos anos 70, além de questionar a noção de facto histórico como algo dado e acabado veio também ampliar o campo documental da História com a utilização de novos objetos tradicionalmente não considerados (testemunhos orais, fotografias, ferramentas, etc.), o que levou ao

[1] SONTAG, 2002: 3.

aparecimento de novos problemas, novos métodos e novos objetos de estudo, entre os quais se destacaram o corpo, a morte, a sexualidade e a doença[2]. Durante muito tempo a história das doenças apareceu associada à história da medicina, das suas doutrinas e teorias, às datas marcantes e às figuras médicas. As doenças eram vistas como algo natural e o progresso da ciência era tido como necessário para controlar essa natureza, a partir das instituições.

Já na década de 1950, a sociologia americana tentou desnaturalizar a doença analisando-a na sua dimensão social. No entanto faltou-lhe analisá-la como um produto dum período sócio-histórico próprio[3]. O que os sociólogos fizeram foi estudar a doença associando a noção biomédica com a dimensão social, sem, no entanto, ter em conta que as conceções científicas são também construções sociais. Mirko Grmek argumentava que as doenças em geral e todas as doenças em particular são conceitos que não resultam, enquanto tal, da nossa experiência. São modelos explicativos da realidade e não elementos constitutivos da mesma, o que equivale a dizer que as doenças só existem no campo das ideias[4]. O mesmo afirma Le Goff quando diz: «A doença pertence à história, em primeiro lugar porque não é mais do que uma ideia, um certo abstrato numa "complexa realidade empírica", e porque as doenças são mortais»[5]. Isto significa que existe uma historicidade nas doenças ligada a todos os acontecimentos do ser humano. Tal como a História, as doenças como fenómenos sociais são uma construção. Para que elas existam, intervêm diversos elementos científicos, sociais, políticos bem situados no tempo e no espaço. Consequentemente, as diferentes sociedades de cada época deram uma significação e um sentido específicos às entidades patológicas chamadas de doenças[6].

Neste sentido, as doenças e sobretudo as doenças emblemáticas como as epidémicas ou as de extenso impacto social têm-se revelado personagens da história, marcando desde sempre os ritmos das civilizações e escrevendo a sua própria história paralela à das suas vítimas. A tendência natural para compreender e controlar os processos mórbidos determinou não só transformações no processo cultural, mental e técnico mas ocasionou igualmente, enquanto fatores epidemiológicos e demográficos, alterações profundas nos sistemas sociais, políticos, económicos[7] e também sanitários.

Todavia, as áreas a abordar permanecem muito vastas, quer nos temas quer no ângulo de enfoque, e o caso da história da tuberculose e da luta organizada contra esta doença é paradigmático, porque se encontra por fazer para o caso português. A possibilidade de nos embrenharmos num domínio ainda pouco estudado e os aportes científicos e académicos

---

[2] *Vide* REVEL & PETER, 1974:169-191 e PORTER, 1992: 206-232.

[3] *Vide* NASCIMENTO, 2005: 28-29.

[4] Cf. GRMEK, 1994: 12.

[5] LE GOFF, 1997:7-8.

[6] Cf. NASCIMENTO, 2005: 29.

[7] FRADA, 2005: 11.

da compreensão da realidade história e também coeva motivaram-nos a perpetrar esta investigação.

Falar de tuberculose implica abordar um conceito historicamente comprometido pelas diversas designações que assumiu ao longo dos séculos, reportando-se a diversos períodos científica, cultural e socialmente diferentes, o que implicou um modo distinto de compreender a doença de acordo com os parâmetros usados. O estudo desta doença numa perspetiva histórica implica desde logo uma análise do seu conceito enquanto doença e dos seus limites. A palavra «tuberculose» refere-se a um conjunto alargado de manifestações patológicas de índole infeciosa e de evolução crónica, que tem como agente etiológico um micróbio denominado *Mycobacterium tuberculosis*, do qual se conhecem cinco variedades: *hominis* (causador da TB humana), *bovis* (TB bovina), *murium* (TB dos ratos), *aviuns* (TB aviária) e *piscium* (TB dos peixes e animais de sangue frio). Os humanos são afetados tanto pela variedade *hominis* com *bovis*.

Acredita-se que o bacilo de Koch seja anterior ao Homem. O encontro entre o germe da tuberculose e a espécie humana levou o agente infecioso a desenvolver estratégias de adaptação ao novo hospedeiro, que determinaram uma diminuição da capacidade de multiplicação no meio exterior, seguindo-se um aumento da virulência. Nestas condições, o BK encontrou nos pulmões do ser humano um ecossistema favorável à sua sobrevivência, adquirindo a possibilidade de reprodução num ambiente simultaneamente quente e húmido, arejado e sombrio. Com a proliferação bacilar, em forma de colónias, parte dos germes migram para outras regiões do aparelho respiratório, constituindo um meio de contaminação de todo o organismo por meio das vias broncogénica, linfática ou hematogénica. Outra porção dos germes é expulsa pelas vias aéreas empestando o ar e potenciando o contágio[8]. Salvo algumas exceções o primeiro contágio faz-se por inalação do ar contaminado. Chegado aos pulmões, o BK provoca um pequeno foco pneumónico, levando o organismo a uma resposta imunitária inespecífica, onde intervêm os micrófagos e os monócitos. O bacilo de Koch, bem protegido pela sua eficaz carapaça lipídica e rico equipamento enzimático, consegue na maior parte das vezes passar pelas barreiras imunológicas do organismo e progredir pelos vasos sanguíneos até atingir os diversos órgãos. Então o organismo inicia uma resposta específica, mediante a ampliação da capacidade de fagocitose das células mobilizadas contra o elemento invasor.

O foco primário da infeção geralmente produz uma lesão inflamatória inicial, localizada na região subpleural. Esta fase corresponde à tuberculose primária ou primo-infecção. Em situações extremas os bacilos podem então atacar o organismo provocando um quadro raro de septicemia, a granúlia tuberculosa, ou então, e mais frequentemente, os bacilos mantêm-se em estado de hibernação, até que por alguma razão rompe a latência e ataca o organismo. Neste quadro, o organismo já criou algumas defesas, o que descarta a possibili-

[8] FILHO, 2001: 29.

dade de disseminação, mas em contrapartida destrói localmente os tecidos. Geralmente ao fim da terceira ou oitava semanas, os bacilos já formaram colónias capazes de produzir reações inflamatórias, que evidenciam a existência dum processo destrutivo dos tecidos. A resposta imunitária leva a que os glóbulos brancos recubram a lesão, possibilitando a constituição dum nódulo, a que se chamou tubérculo, donde deriva o nome tuberculose. Com o tempo os tubérculos, onde estão misturadas células mortas, proteínas e bacilos, formam uma massa parecida com um queijo (massa caseosa). Nesta fase podem detetar-se os sintomas característicos da tuberculose, febre, diminuição do apetite, emagrecimento, etc., e tem início as perturbações funcionais dos órgãos atingidos. A questão torna-se mais gravosa quando as lesões se localizam nos pulmões, porque a massa caseosa liquefeita pela ação das enzimas é drenada para os brônquios e expelida pela expetoração, contaminando tudo em que toca: o ar, os alimentos, as louças, as roupas, etc. Por isso a pulmotuberculose é a forma mais perigosa para a saúde pública[9]. Ao infetar o organismo humano, o bacilo da tuberculose pode disseminar-se por todo o organismo através da corrente sanguínea causando uma infeção generalizada, caracterizada pela formação de pequenos nódulos em vários órgãos, denominando-se este fenómeno patológico por tuberculose miliar. Contudo, se ficar restrito a determinadas partes do corpo adquire uma nomenclatura específica.

A tuberculose, essa doença estranha que parece mudar de rosto no decurso dos tempos, assumiu as mais diversas formas. Das cáries vertebrais dos «potticos» egípcios, passando pelas escrófulas curadas com o toque dos reis taumaturgos de Marc Bloch, à tísica galopante, à febre héctica ou ainda dos tumores brancos até à tuberculose bacteriologicamente ligada ao bacilo causador, a tuberculose como hoje a entendemos tornou-se, com o progresso industrial e o desenvolvimento do urbanismo, numa doença social por excelência, sobretudo com o crescente número de casos reportados desde meados do século XIX.

Não se pense, no entanto, que a tuberculose foi uma doença exclusiva do período contemporâneo. As evidências paleopatológicas, sobretudo de tuberculose óssea, encontradas em esqueletos do neolítico e Idade do Bronze (cerca de 5000 a.C.) e mais tarde em múmias egípcias datadas de 3000 a.C. provam que nos tempos mais recuados da civilização esta moléstia infeciosa já estava disseminada entre os grupos humanos. Um pouco por todos os continentes a tuberculose figurava nos escritos médicos e literários das várias culturas sob várias designações, embora algumas formas da doença fossem mais visíveis e conhecidas como a tísica pulmonar, o escrofulismo ou o Mal de Pott. Mas se Hipócrates falava da tísica pulmonar e os homens medievais faziam menção aos escrofulosos, não há dúvida que foi no século XIX que a tuberculose se tornou no símbolo da própria cultura oitocentista e o símbolo visível dos problemas sociais e económicos da contemporaneidade decorrente da Revolução Industrial[10]. Segundo alguns é conhecida como a maior assassina da humani-

[9] VELOSO, 2000: 217-219 e CABRAL & COELHO, [s.d.]: 15-16.

[10] Barbara Gutmann Rosenkrantz na introdução da obra «The White Plague». Cf. DUBOS & DUBOS, 1996: xvi e xxxii.

dade, mais temida do que a peste negra e sobre a qual se escreveram mais obras literárias e peças artísticas. Ela inspirou a novela literária premiada com o Prémio Nobel da Literatura de 1929, «A Montanha Mágica» e também a grande ópera «La Traviatta»[11].

Conhecida no século XVIII como «febre das almas sensíveis», a tísica romântica foi uma doença conotada aos artistas, aos poetas e às grandes personalidades históricas do Romantismo. A tuberculose não atingia somente as massas anónimas, mas igualmente personalidades da história mundial entre os quais destacamos grandes combatentes como Simão Bolívar, músicos de renome como Mozart, Paganini, Schubert e Chopin, escritores como Lord Byron, Molière, Albert Camus, Edgar Allan Poe, as irmãs Brönte, Maupassant e D. H. Lawrence, cientistas como René Laennec e Lev Vygotsky, pintores como Eugène Delacroix, Paul Gauguin e Modigliani. Entre nós alguns nomes como Cesário Verde, António Nobre, Júlio Diniz, António Aleixo e Amadeu de Sousa Cardoso também foram vitimados pela «peste branca».

Apesar da presença da tuberculose na vida e morte dos protagonistas da História foi a criação artística que a tornou famosa. A obra «A Dama das Camélias» de Dumas Filho e a sua adaptação para ópera por Verdi, em *La Traviatta*, pôs pela primeira vez alguém a morrer em palco por causa da tuberculose. Também na obra de Victor Hugo «Os Miseráveis» aparecem personagens tuberculosas como Fantine. Na literatura portuguesa salientam-se personagens tuberculosos como a Maria em «Frei Luís de Sousa» de Garrett, como Henrique de Souzelas em «Morgadinha dos Canaviais» de Júlio Diniz, ou como a Teresa do «Amor de Perdição» de Camilo Castelo Branco. Na pintura não há como ficar indiferente aos quadros de Edvard Munch, «O Grito» e «A Menina Doente» que segundo alguns críticos foi inspirado na tuberculose que ceifou a vida da mãe e da irmã do pintor[12].

A conceção de tísica romântica compadecia-se com um ideal de experiência incomum, de uma interioridade fora do alcance do homem banal por representar um processo de individualização e espiritualização do ser[13], por outras palavras estetizava a doença. A sensibilidade romântica investiu deste modo na conceção da tuberculose como sintoma dum carácter nobre e duma genialidade artística, sendo considerada na mentalidade da época como um afrodisíaco, que conferia poderes extraordinários de sedução[14].

Com a revolução pasteuriana, o desenvolvimento da bacteriologia e o despertar duma nova sensibilidade para com o destino dos pobres, a tuberculose afastou-se do ideário Romântico de doença dos artistas, passando para a classe dos flagelos sociais como doença da pobreza e depravação, e como referia Susan Sontag, era uma metáfora de «roupas finas», «corpos magros», «quartos sem aquecimento», «higiene precária» e «alimentação inade-

[11] RYAN, 1992: 3v.
[12] FERNANDES, 2006: 26-27.
[13] PÔRTO, 2007: 43-49.
[14] SONTAG, 2002: 13.

quada»[15]. Os médicos passaram a dizer que o que matava era o balcão das tascas, o ar poluído das casas e a escassez e má qualidade da alimentação.

Durante séculos tida como uma patologia incurável e de causa multifatorial, golpes de ar, resfriados, subalimentação e até desgostos amorosos eram justificações plausíveis, passou nos finais do século XIX a ser entendida como patologia infetocontagiosa e por isso evitável. Esta metamorfose acarretou modificações na terapêutica e prevenção, porque se a medicina era impotente até 1882, logo se serviu dos princípios da higiene e profilaxia para travar a expansão da moléstia, para depois na era dos antibióticos triunfar sobre a temível «peste branca». Apesar das importantes descobertas científicas e terapêuticas entre os finais de oitocentos e meados de novecentos, percebeu-se rapidamente que a ameaça que esta doença representava não podia ser combatida somente eliminando as bactérias ou isolando os doentes em sanatórios, porque como defendeu Ladislau Patrício a questão da tuberculose era sobretudo «um problema de educação e cultura – um problema pedagógico»[16]. Quando se refere ao problema educativo e cultural refere-se à persistência de hábitos e costumes pouco higiénicos e desfasados dos conhecimentos científicos da altura, como escarrar no chão ou coabitar com doentes. Esta endemia persistiu até à década de 1960, quando os antibióticos e quimioterápicos de segunda geração permitiram controlá-la pela primeira vez de forma permanente.

A tuberculose foi durante séculos uma doença incurável, afetando milhares de pessoas ao longo dos anos. Hoje não é menos marcante do ponto de vista social, nem menos vergonhoso do ponto de vista educacional. Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde em 2009 estimaram-se 9,4 milhões de novos casos e reincidências, dos quais só 5,8 milhões foram notificados. Morreram nesse ano 1,7 milhões de tuberculosos, dos quais 0,38 milhões associados à SIDA[17]. Na Europa, a OMS calcula que a cada hora ocorrem 49 novos casos de infeção e morrem 7 pessoas[18], o que representa um sério problema para a saúde pública. Em termos estatísticos a tuberculose em Portugal ainda constitui uma séria ameaça para a saúde pública. Portugal é categorizado como um país de «incidência intermédia» com mais de 20 casos por 100 mil habitantes, o único na Europa Ocidental nesta situação. Os dados mais recentes de março de 2010 apontaram em números absolutos 2565 novos casos, com uma taxa de 24,1 por 100 mil habitantes. Os distritos mais afetados são por ordem de grandeza Lisboa ($34/10^{-5}$), Porto ($33,7/10^{-5}$), Setúbal ($27,1/10^{-5}$), Vila Real ($23,2/10^{-5}$) e Viana do Castelo ($23,1/10^{-5}$), com um nítido destaque para Lisboa e Porto a apresentar taxas muito elevadas, hoje como ontem. Parece que a «velha senhora» voltou[19]!

---

[15] SONTAG, 2002: 15.

[16] PATRÍCIO, 1931: 360.

[17] *Global Health Observatory: How many TB cases and deaths are there?*, 2009.

[18] *Tuberculosis in European Union*, 2011.

[19] *Programa nacional de luta contra a tuberculose* (Direcção Geral de Saúde), 2010: 10-11.

A tuberculose, associada à SIDA, continua a ser ainda uma das doenças mais temidas e propagadas à escala planetária, agravada pelos casos de TB multirresistente, tornando a questão do controlo e tratamento um problema social gravíssimo. No entanto, o fantasma que representava para a sociedade portuguesa até ao início do terceiro quartel do século passado dissipou-se, dando a «peste branca» lugar ao cancro[20] e à SIDA.

Apesar do espectro da tuberculose já não se manifestar de forma tão assustadora como outrora, o seu impacto na medicina e na sociedade dum passado recente, tanto na esfera nacional como internacional, foi inegável, justificando plenamente todos os esforços do coletivo social para perceber a doença e orquestrar uma estratégia global de profilaxia, assistência e tratamento da enfermidade. Refletir sobre a tuberculose como doença multissecular, capaz de afetar todas as latitudes e longitudes, todas as classes sociais sem exceção e mover cientistas, médicos, políticos e estadistas a concentrar esforços numa luta organizada contra este mal, parece pertinente tanto pelo conhecimento dos logros (e opróbrios) do passado, mas igualmente pela compreensão das dificuldades atuais no controlo da doença, cuja matriz contínua presa ao tempo pretérito.

Às preocupações de pendor científico e médico que se geraram em torno do conhecimento e controlo da doença somaram-se as preocupações sociais com a mesma. A medicina moderna, no seu carácter intrinsecamente social, como «estratégia bio-política»[21] de controlo do corpo social, segundo a conceção de Foucault, transformou a tísica e as suas vítimas em objetos bem visíveis da potencialidade deletéria do quotidiano urbano-industrial, justificando a necessidade e urgência do estudo da tuberculose e dos tuberculosos. Olhar a tuberculose como doença decorrente das condições sociais de existência ampliou significativamente o ângulo de enfoque, sendo também a sociedade e as suas estruturas analisadas do ponto de vista médico. Além de representar um problema sanitário tornou-se uma ameaça às estruturas de poder, por representar uma ameaça para as elites, que não eram indemnes à doença, porque «o rico na sua bela casa, pode ser atingido pela tuberculose que grassa no tugúrio do vizinho»[22]. Por isso, as elites apressaram-se a fazer da tuberculose uma das doenças mais vistoriadas pela medicina e pelo higienismo emergente que «pretendia dar resposta a problemas radicais e irredutíveis: problemas que atraíam a morte e tiravam a vida; problemas que alienavam a felicidade física e moral do indivíduo (…) problemas que impediam o melhoramento da condição humana em toda a sua complexidade físico-psico-social e política»[23], temas bastante caros à mentalidade burguesa da época.

Ao contrário de outras doenças que o poder higienista conseguiu dominar, a tuberculose desafiava e denunciava os limites desse poder, sendo o símbolo magíster da ilusão de

---

[20] *Vide* a propósito disto a introdução da tese de COSTA, 2010.

[21] FOUCAULT, 2009: 80.

[22] TUBIANA, 2000: 357.

[23] PEREIRA & PITA, 1993: 438.

omnipotência cultuada no tempo. Ana Leonor Pereira e João Rui Pita afirmam que a tuberculose «era a fronteira real da utopia higienizadora do corpo individual e social, o *pathos* que refutava a auto-sacralização da higiene científica e lhe mostrava a sua condição de obra humana, isto é, imperfeita e limitada» funcionando como «instância humanizadora do poder higienista»[24]. Mas porque o estudo da tuberculose como doença não se confina à análise pretérita dos progressos científicos e tecnológicos, mas também à «história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades»[25], como diz Le Goff, a tuberculose teve enormes repercussões em muitos domínios da sociedade contemporânea ocidental. A tuberculose toca o individuo e o coletivo, o público e o privado, as políticas de saúde e as políticas de assistência, a economia, mas também a cultura e arte, o imaginário social e o somático, gerando uma verdadeira tuberculofobia.

Similarmente a outras doenças como o cancro, onde foi necessário o recurso a uma investigação científica intensa e à utilização de tecnologias e terapêuticas de ponta, exigindo a cooperação estrita do Estado[26], na tuberculose também se fizeram investimentos de monta sobretudo na investigação de meios preventivos, vacinação e tratamentos. Porém, convém salientar que pela sua natureza teve particularidades distintas que não confluíram para o reconhecimento do poder estatal como principal interveniente no combate à tuberculose. Desde os finais do século XIX que foram as iniciativas de cariz individual ou particular que enformaram as campanhas de profilaxia social contra a doença, onde se destacaram figuras como Sousa Martins, Miguel Bombarda, Lopo de Carvalho, Tiago de Almeida, Almeida Garrett ou Bissaya Barreto. No campo institucional, entidades sem ligação direta ao Estado, como a Liga Nacional contra a Tuberculose e os seus núcleos locais, a Liga Portuguesa de Profilaxia Social ou os hospitais-sanatório de Carcavelos, de Rodrigues Semide (Porto), o complexo sanatorial do Caramulo ou a extensa obra médico-social de Bissaya-Barreto em Coimbra testemunham iniciativas de carácter particular e que até determinado momento se destacaram mais do que o Estado e o governo português na luta contra este flagelo.

Foi sobretudo entre 1940-1950, com a descoberta dos antibióticos e quimioterápicos, que o poder central chamou a si a luta contra a tuberculose. Mesmo com o aparecimento dos primeiros tratamentos eficazes, o combate contra a tuberculose nunca pôde dispensar a educação popular como meio de preservar a saúde e evitar a doença, já que as condições de existência e os comportamentos individuais e coletivos sempre representaram um papel importante nos mecanismos epidemiológicos da doença. Não admira por isso que a tónica tenha residido nas campanhas de educação popular. Nos nossos dias, os casos de reincidên-

[24] PEREIRA & PITA, 1993: 491-492.
[25] LE GOFF, 1997: 8.
[26] Veja-se COSTA, 2010: 25.

cia da doença e o agravamento do estado do doente pela tuberculose multirresistente, quase sempre pelo abandono precoce do tratamento, exemplificam os comportamentos perigosos e socialmente desajustados perante a doença e o desprezo pela saúde individual, familiar e social.

Apesar da vacinação, dos meios de diagnóstico progressivamente mais sofisticados e do tratamento farmacológico atual, a atitude perante a doença e a preservação da saúde continua a ser negligente. Combater a tuberculose, ontem como hoje, continua a ser mais do que erradicar o bacilo, é sobretudo uma questão cultural.

Compreender a tuberculose é compreender uma realidade multissecular e multifacetada onde intervêm um conjunto alargado de condicionantes. Tratar este problema pelo olhar da História implica compreender e destacar as respostas científicas, biomédicas, políticas e sociais afetas ao problema da tuberculose. Nesse sentido, é nossa pretensão fazer uma análise cuidadosa e tão completa quanto possível dos aspetos científicos em torno da doença, que se vieram a consubstanciar na formação dum saber médico específico (a tisiologia), bem como da luta contra a tuberculose no domínio da profilaxia e da assistência. Tendo em conta que o discurso médico-científico, desde os finais do século XIX, foi o único capaz de reconhecer a tuberculose como problema e de apresentar propostas para o seu controlo, um dos principais objetivos consiste em compreender como se desenvolveu e organizou o estudo e produção/reprodução do conhecimento científico e médico sobre a tuberculose nas escolas médicas portuguesas. Partindo de uma súmula acerca dos progressos médicos e científicos e das doutrinas médicas desde o período moderno, mas focando a análise sobretudo no século XIX e XX, quisemos perceber qual a noção que as escolas médicas construíram acerca das doenças e particularmente da doença tuberculosa ao longo dos tempos, compreender de que modo os progressos médicos e científicos contribuíram para a evolução dos meios e técnicas de diagnóstico e dos tratamentos desta doença. Partindo duma caracterização geral tentamos perceber como foi feito o acompanhamento dos progressos e teorias em Portugal duma forma geral e destacando o papel das escolas médicas na produção científica sobre o tema.

O impacto da tuberculose na sociedade foi tão intenso, pelas elevadas taxas de mortalidade, pelo facto de se tratar duma doença incurável, pelo reconhecimento da sua contagiosidade e manutenção dos índices endémicos por um longo período, que quisemos cruzar as questões médicas com as sociais. Visando perceber quais os fatores envolvidos na afirmação da tuberculose como doença social e nas estratégias médicas, políticas e sociais desenvolvidas para combatê-la consideramos um segundo momento na nossa investigação. Nesse segundo momento concentramo-nos nas questões das campanhas antituberculose e da assistência aos doentes em Portugal. Aqui pretendeu-se fazer uma caracterização dos principais mecanismos de prevenção quer por meio de propaganda e campanhas educativas quer pela intervenção profilática ativa como foi o cadastramento radiográfico e a vacinação pela BCG da população. Visamos também caracterizar a organização da assistência

aos tuberculosos em Portugal, balizar os grandes momentos e perceber a evolução e linhas de força em três aspetos principais: primeiro o projeto pioneiro de assistência aos doentes tísicos na Madeira, em segundo lugar caracterizar sinteticamente o percurso e obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos e por último perceber através de dois casos particulares o desenvolvimento do movimento sanatorial em Portugal.

HISTORIOGRAFIA SOBRE A TUBERCULOSE

Durante a primeira metade do século XX, a história das doenças era um tema pouco focado pelos historiadores das ciências médicas, talvez porque os médicos aceitavam de forma mais ou menos inconsciente uma certa imutabilidade em relação às entidades nosológicas, tidas como formas de adoecer que ao longo dos séculos não experimentavam grandes mudanças dignas de menção[27]. Em meados do século XIX, quando a medicina científica começava o seu apogeu, alguns grupos de médicos permaneceram interessados no passado médico. Entre esses destacaram-se Charles Daremberg e Heinrich Haeser que deram importantes contributos para o desenvolvimento da história da medicina e das doenças. Contudo, foi preciso esperar pelo segundo quartel do século passado para ver despoletar um novo movimento da historiografia médica encabeçado por Henry E. Sigerist[28], que sabendo superar o iatrocentrismo da historiografia médica de então, fez dos doentes e das doenças os elementos centrais das investigações históricas. Soube adotar também os recursos procedentes das humanidades, incorporando métodos e pontos de vista das ciências sociais, criando uma nova forma de fazer história da medicina.

Entre as décadas de 1950 e 1970, o estudo histórico das doenças confluiu numa vasta área interdisciplinar que passou a integrar resultados e abordagens muito diversas das ciências experimentais e sociais. Para esta interdisciplinaridade contribuíram tanto a geografia médica e disciplinas experimentais, como a patologia comparada, a genética microbiana ou a ecologia, e ainda as ciências sociais como a demografia, a antropologia cultural e a história socioeconómica. A incorporação destes ramos científicos permitiu passar a dispor de modelos que explicassem as diferentes formas de adoecer ao longo dos tempos. Deixando de ser possível ignorar as doenças nos estudos históricos gerais sobre qualquer sociedade, porque a extensa área interdisciplinar tornou a explicação dos fenómenos dependentes de

[27] José María López Piñero no prólogo à obra de BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 7.

[28] Henry E. Sigerist (1891-1957) formou-se em filologia em Zurique e estudou línguas orientais em Londres, completando mais tarde a sua formação em medicina e trabalhando como médico no exército helvético. Determinado em prosseguir os seus estudos na área da História da Medicina foi estudar para Leipzig onde veio a lecionar e dirigir o Instituto de História da Medicina daquela cidade. Emigrado em 1932 para os EUA afiliou-se institucionalmente à Johns Hopkins University, transformando o instituto de história da medicina daquela universidade no centro nacional de história da medicina dos EUA. Mais tarde reorganizou a *American Association of History of Medicine* e iniciou a publicação do prestigiado *Bulletin of the History of Medicine*, a par das publicações inovadoras que foi publicando. Veja-se BROWN & FEE, 2003: 60.

várias perspetivas, os historiadores começaram a preocupar-se com a história das doenças, pois tornaram-se aspetos fundamentais da vida humana, com repercussões na vida social, económica, política e cultural.

A temática da tuberculose enquanto objeto de interesse para os historiadores tem vindo a ser progressivo. A inclusão da tuberculose na investigação histórica está patente sobretudo na historiografia internacional, designadamente na anglo-saxónica e francesa, embora existam estudos em língua espanhola e alemã, focando a luta contra a tuberculose ao nível global e paralelamente no país onde esses trabalhos são produzidos. Alguns destes trabalhos foram obra de médicos associados a movimentos de combate a esta endemia e outros são obras de autores ligados às ciências sociais e humanas.

Conceituadas revistas internacionais ligadas à História da Medicina têm tratado e relevado o estudo histórico da tuberculose como uma doença destacada em termos sanitários e sociais. À cabeça temos o «*Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*», publicado pela *Oxford University*, que tem dado alguma atenção à história da tuberculose com a publicação de artigos e recensões desde meados do século XX até à atualidade[29]. O mesmo tem acontecido com o «*Bulletin of the History of Medicine*», publicação oficial da *American Association for the History of Medicine/Johns Hopkins Institute of the History of Medicine*, que duma forma regular vêm publicando artigos e recensões de livros sobre a história da tuberculose[30]. No Brasil, a revista «História, Ciências, Saúde –

---

[29] Vejam-se os seguintes artigos: POSTEL, William Dosite (1948) – *Some Stage in the Development of Tuberculosis Theraphy in the Lower Mississippi Valley*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 3, n.º 3, p. 400-416; GRIG, E. R. N. (1955) – *Historical and Bibliographical Review of Tuberculosis in the Mentally Illness*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 10, n.º 1, p. 58-108; MYERS (1974) – *Development of Knowledge of Unity of Tuberculosis and of the Portals of Entry of Tubercle Bacilli*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 29, n.º 2, p. 213-228; TORCHIA, Marion M. (1977) – *Tuberculosis among American Negroes: Medical Research on a Racial Disease (1830–1950)*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 32, n.º 3, p. 252-279; LOMAX, Elizabeth (1977) – *Hereditary or Acquired Disease? Early Nineteenth Century Debates on the Cause of Infantile Scrofula and Tuberculosis*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 32, n.º 4, p. 356-374; WILSON, Leonard G. (1990) – *The Historical Decline of Tuberculosis in Europe and America: Its Causes and Significance*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 45, n.º 3, p. 366-396; LERNER, Barron H. (1994) – *Constructing Medical Indications: The Sterilization of Women with Heart Disease or Tuberculosis (1905-1935)*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol 49, n.º 3, p. 362-379; ANDREWS, Bridie J. (1997) – *Tuberculosis and the Assimilation of Germ Theory in China (1895–1937)*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 52, n.º 1, p. 114-157; BENEDEK, Thomas G. (2004) – *The History of Gold Therapy for Tuberculosis*. «Journal of History of Medicine and Allied Sciences», vol. 59, n.º 1, p. 50-89.

[30] Vejam-se, em particular, os artigos: ROBBINS, Jessica M. (1997) – *Class Struggles in the Tubercular World: Nurses, Patients, and Physicians (1903- 1915)*. «Bulletin of the History of Medicine», vol. 71, n.º 3, p. 412-434; PRESCOTT, Heather Munro (2000) – *The White Plague Goes to College: Tuberculosis Prevention Programs in Colleges and Universities (1920-1960)*. «Bulletin of the History of Medicine», vol. 74, n.º 4, p. 735-772; MURKEN, Axel Hinrich (2000) – *Hausordnung und Liegekur: Vom Volkssanatorium zur Spezialklinik: 100 Jahre Zürcher Höhenklinik Wald (review)*. «Bulletin of the History of Medicine», vol. 74, n.º 2, p. 375-376; LAWLOR, Clark; SUZUKI, Akihito (2000) – *The Disease of the Self: Representing Consumption (1700-1830)*. «Bulletin of the History of Medicine», vol. 74, n.º 3, p. 458-494; ALBORN, Timothy (2001) – *Insurance against Germ Theory: Commerce and Conservatism in Late-Victorian Medicine*. «Bulletin of the History of Medicine», vol. 75, n.º 3, p. 406-445; JONES, David S. (2002) – *The Health Care Experiments at Many Farms*: *The Navajo, Tuberculosis, and the Limits of Modern*

Manguinhos» e outras publicações patrocinadas pela Fundação Oswaldo Cruz tem contribuído para dar visibilidade à temática nos campos da história, cultura e antropologia social.

Desde meados do século XX que se tem vindo a publicar algumas obras de referência mundial no que toca ao tema da tuberculose, muito embora seja nos anos de 1980-1990 e inicio do presente século que obras de grande fôlego têm emergido. Uma das primeiras grandes obras sobre a história da tuberculose, editada em 1952 e reeditada sucessivas vezes, é da autoria do iminente professor e investigador da *Harvard University* e do *The Rockefeller Institute for Medical Research* René Dubos em coautoria com a esposa Jean Dubos[31]. Aí aborda a história médico-científica da doença como a evolução do conceito da doença, as teorias que vigoraram acerca dela, a evolução dos meios de diagnóstico, os diversos tipos de tratamento, das sangrias aos sanatórios e os meios profiláticos em especial a vacinação pela BCG. Aflora também diversos aspetos sociais relacionados com a tuberculose, designadamente a evolução epidemiológica correlacionada com os fatores decorrentes da industrialização das sociedades ocidentais como ainda o desenvolvimento de estratégias sociais de combate à doença.

Na mesma década, e com reedição em 1977, surgiu a propósito da comemoração do cinquentenário da *American National Tuberculosis Association* um estudo de Richard Harrison Shryock[32], então professor de História da Medicina na *Johns Hopkins University*, onde faz uma abordagem política e institucional da luta organizada contra a tuberculose nos Estados Unidos num período muito específico e emblemático, pela conjuntura político-militar e económica que compreendeu duas guerras mundiais e uma crise económica também mundial. Discutiu não só o retrospeto médico em termos teóricos e tecnológicos como igualmente o retrospeto social onde destacou as condições de vida, trabalho e educação da população norte americana e o crescimento do movimento sanitarista. Reconstituiu o percurso institucional, onde destacou os problemas e limitações das políticas e programas antituberculose, bem como o funcionamento político, administrativo e financeiro da *National Tuberculosis Association*, a organização duma secção médica e de programas de investigação que culminaram na descoberta da estreptomicina e outros químicos de síntese

Medicine (1952-1962). «Bulletin of the History of Medicine», vol. 76, n.º 4, p. 749-790; WADDINGTON, Keir (2003) – «*Unfit for Human Consumption»: Tuberculosis and the Problem of Infected Meat in Late Victorian Britain.* «Bulletin of the History of Medicine», vol. 77, n.º 3, p. 636-661; ABEL, Emily K. (2003) – *From Exclusion to Expulsion: Mexicans and Tuberculosis in Los Angeles (1914-1940)*. «Bulletin of the History of Medicine», vol. 77, n.º, p. 823-849; BRIMNES, Niels (2007) – *Vikings against Tuberculosis: The International Tuberculosis Campaign in India (1948–1951)*. «Bulletin of the History of Medicine». vol. 81, n.º 2, p. 407-430; Mc MILLEN, Christian W. (2008) – «*The Red Man and the White Plague»: Rethinking Race, Tuberculosis, and American Indians, ca. 1890–1950.* «Bulletin of the History of Medicine», vol. 82, n.º 3, p. 608-645; LEI, Sean Hsiang-lin (2010) – *Habituating Individuality: The Framing of Tuberculosis and Its Material Solutions in Republican China.* «Bulletin of the History of Medicine», vol. 84, n.º 2, p. 248-279.

[31] DUBOS & DUBOS, 1996.

[32] SHRYOCK, 1977.

que permitiram não só combater a tuberculose duma forma eficaz como criar um novo padrão de tratamentos.

A década de 1980 ficou marcada por estudos incontornáveis para a história das doenças e particularmente da tuberculose. Mirko Grmek[33] dedicou dois capítulos da sua monumental obra acerca das doenças no mundo antigo à tuberculose. No primeiro destacou o estudo das formas clínicas e paleopatológicas, fazendo igualmente a alusão a testemunhos físicos e literários nas civilizações antigas. No segundo capítulo abordou as relações biológicas entre a tuberculose e a lepra, com destaque para a discussão em torno das relações imunológicas entre as duas doenças.

Em 1985 surgiu a obra «As doenças têm História» coordenada por Jacques Le Goff onde a temática da tuberculose esteve representada em dois capítulos[34], um delineando os principais passos de combate médico-social em França durante o século XX e um segundo destacando os aspetos profiláticos da luta contra o contágio pelo hábito de escarrar. Estes contributos em obras dedicadas à história das doenças mostram que a tuberculose se tornou importante no campo da História. Em 1988 surgiu em França uma coleção organizada pela Sociedade Francesa de Demografia Histórica cuja segunda parte era dedicada à tuberculose[35]. Nela se encontram estudos de grande valor acerca da tuberculose em França designadamente a apresentação da segunda parte por Pierre Guillaume, o artigo de Jean-Noël Biragen acerca da dissimulação das causas de morte por tuberculose, o artigo de Didier Nourrisson acerca da relação entre TB e alcoolismo, o contributo de Dominique Dessertine e Olivier Faure acerca da ação dos sanatórios entre as duas guerras mundiais, o de Maurice Petit acerca da tuberculose e dos tuberculosos antes e depois dos primeiros antibióticos e finalmente o artigo de J. Chrétien e A. Rouillon sobre a TB no terceiro mundo.

A historiografia europeia contribuiu no campo da história da tuberculose com três obras de referência mundial e incontornáveis para o tratamento dos diversos aspetos do passado da doença. Na historiografia francófona destacam-se imediatamente os nomes de Isabelle Grellet e Caroline Kruse[36], que abordaram o assunto numa perspetiva social e cultural. Nas duas primeiras partes do livro fizeram uma retrospetiva da evolução dos conhecimentos inerentes à conceção, definição e denominação da doença ao longo dos tempos, das repercussões da teoria do contágio na mentalidade da população e das diferentes terapêuticas seguidas. Na terceira parte mostraram como a dinâmica médico-social gerada em

---

[33] Embora a edição original seja de 1983 utilizamos aqui a edição de 1994: GRMEK, 1994.

[34] Vejam-se GUERRAND, 1997: 187-201; DARMON,1997: 249-253.

[35] BARDET, 1988. A segunda parte intitulada «La tuberculose» e dirigida por Pierre Guillaume contêm os seguintes artigos: GUILLAUME, Pierre – *Histoire d'un mal, histoire globale. Du mythique à l'économique*, p. 159-183; BIRAGEN, Jean-Noël – *La tuberculose et la dissimulation des cause de décès*, p. 184-198; NOURRISSON, Didier – *Tuberculose et alcoolisme ou du bon usage d'un aphorisme*, p. 199-217; DISSERTINE, Dominique e FAURE, Olivier – *Malades et sanatoriums dans l'entre-deux-guerres*, p. 218-235; PETIT, Maurice A. – *La tuberculose et les tuberculeux avant et après les premiers antibiotiques*, p. 236-257; CHRÉTIEN, J. e ROUILLON, A. – *Le Tiers Monde face à la tuberculose*, p. 258-281.

[36] GRELLET & KRUSE, 1983.

torno do combate à «peste branca», onde se destacam medidas como a declaração obrigatória, a criação de dispensários, sanatórios populares e vacinação, contribuíram para um lento, mas progressivo controlo da doença. De destacar também a análise que fazem do regime clínico e da vida social nos sanatórios desmistificando várias ideias que obras como «A Montanha Mágica» de Thomas Mann haviam criado acerca da vivência dos doentes nos sanatórios.

Por seu turno, Pierre Guillaume[37] fez uma leitura histórica e sociológica sob a perspetiva do doente sem deixar de dar uma atenção particular à sensibilidade da literatura romântica. Recuperando os debates científicos e a visão social da doença, Guillaume destacou, além das causas sociais para o alastramento da doença e meios de as prevenir, os problemas e as consequências que a tuberculofobia, o quadro de vida sanatorial, a exclusão social e a reinserção na vida em sociedade teve nos doentes tuberculosos entre os séculos XIX e XX. No entanto, o título «Du désespoir au salut» patenteia uma mensagem algo ingénua e em tom positivo que não corresponde linearmente à verdade, sobretudo no que diz respeito à evolução da luta contra a tuberculose e dos problemas vividos pelos tuberculosos.

Na historiografia da Grã-Bretanha a obra de Linda Bryder[38] é incontornável. Nela a autora reaviva os debates e as políticas por detrás do tratamento médico e da intervenção estatal nos inícios do século XX. Apesar de realizar uma análise evolutiva das instituições destinadas ao combate e prevenção da tuberculose, sobressai sobretudo uma obra de história social, que foca as causas sociais da tuberculose e as medidas de combate à mesma. Aí faz uma análise das implicações sociais do isolamento compulsivo, das campanhas de vacinação, do internamento sanatorial e dos programas de educação popular. Não esqueceu o ponto de vista dos doentes, pelo que traçou as implicações psicológicas no indivíduo que se tornava tuberculoso tanto perante a sociedade como perante as instituições que o acolheram para o tratamento.

Mais recentemente tem-se feito história da tuberculose, ora seguindo velhos objetos de estudo, ora trilhando caminho virgem. Em 1992, surgiu pela pena de Maria José Báguena Cervellera[39] uma obra de síntese que abarcava um tempo lato desde o Mundo Antigo até ao século XX. Nele focou sobretudo a evolução do conhecimento médico da doença ao longo dos tempos e destacou o papel das várias personagens históricas a ele associado. Nesta senda encontramos também as obras de Thomas M. Daniel[40] e de Thomas Dormandy[41]. Se a obra do primeiro é apenas um livro de síntese, o de Dormandy não se limitou a fazer uma síntese da história da tuberculose e desenvolveu consistentemente

[37] GUILLAUME, 1986.
[38] BRYDER, 1988.
[39] BÁGUENA CERVELLER, 1992.
[40] DANIEL, 1999.
[41] DORMANDY, 2000.

vários aspetos nomeadamente sobre a evolução da ciência, da medicina e da terapêutica. Aí o autor debateu as principais doutrinas em torno da natureza da doença, a visão Romântica da tuberculose ao longo do século XIX, a evolução dos tratamentos desde a terapêutica empírica até aos tratamentos cirúrgicos e químicos, não esquecendo o problema do contágio pelo leite e carne de animais tuberculosos.

Na mesma linha destaca-se o trabalho recente de José António Maradona Hidalgo[42]. Nesta obra acerca da história dos conhecimentos sobre a tuberculose fez uma síntese mais ampla temporalmente, da pré-história aos tempos recentes, e alargado à Ásia, África e Oceânia. O duplo carácter de médico/historiador do autor permitiu uma reconstrução histórica do conhecimento acerca da tuberculose com explicações e detalhes de carácter médico, anatomopatológico, bacteriológico e teórico, o que se torna de grande utilidade para a compreensão do fenómeno patológico, especialmente para o investigador em ciências sociais e humanas.

Cynthia A. Connolly[43] realizou um trabalho exemplar ligado à história da assistência às crianças tuberculosas nos Estados Unidos. Centrou o estudo na obra desenvolvida pelos preventórios norte-americanos, sobretudo ao nível da educação, assistência e tratamento de crianças tuberculosas, geralmente portadoras de tuberculoses não pulmonares. Focou as políticas de institucionalização dos preventórios entre as duas guerras e no pós II Guerra Mundial, relevando a ação do governo central, da *National Tuberculosis Association* e do *The Rockefeller Foundation* na organização e aplicação de programas de saúde, na formação e recrutamento de médicos e enfermeiras especializados no tratamento da tuberculose e na disseminação de uma rede de preventórios que retirava as crianças pobres às famílias como forma de prevenção pré-tuberculosa e tratamento das já infetadas. Destaca ainda a importância económica que os preventórios representavam, uma vez que manter as crianças em sanatórios em regime higieno-dietético eram uma opção muito dispendiosa para as instituições que suportavam os custos dos internamentos.

Ainda no campo da história social David Barnes[44] abordou a complexidade social que envolvia a tuberculose. Reconhecendo que a mais recente tecnologia biomédica *per se* não consegue nem explicar nem resolver um crónico problema epidemiológico das sociedades ocidentais. Por isso, Barnes recorreu à história para perceber os efeitos que fenómenos como a industrialização e urbanização tiveram na alteração do ritmo e condições materiais da sociedade, a influência das condições materiais e higiénicas do trabalho, habitação, alimentação e práticas sociais na disseminação da tuberculose na sociedade francesa da centúria de Oitocentos. Por outro lado, tocou em questões melindrosas desde a controversa notificação obrigatória às autoridades sanitárias, passando pela tuberculofobia e suas implicações sociais, até ao isolamento compulsivo dos doentes.

---

[42] MARADONA HIDALGO, 2009.

[43] CONNOLLY, 2008.

[44] BARNES, 1995.

Ainda no campo da história social destaca-se o trabalho de Claudio Bertolli Filho[45] no campo da história da tuberculose e do tuberculoso no Brasil entre 1900 e 1950. Neste estudo o autor pretendeu estudar não só a doença do ponto de vista científico, mas sobretudo enquadrá-la num contexto sócio-histórico e com isso relacionar a tuberculose e o enquadramento institucional que lhe foi dado. Recuperou a memória de tisiologistas eminentes e o seu trajeto profissional, o que permitiu a criação da tisiologia enquanto especialidade médica, e, por fim, mostrou o processo de constituição do ideário sobre a doença no Brasil e os comportamentos individuais e coletivos frente à enfermidade. Ainda dentro da historiografia brasileira destaca-se o trabalho de Dilene Raimundo do Nascimento[46] onde fez uma história comparada da tuberculose e da SIDA. A autora centrou a sua análise quer nas questões médicas, científicas e institucionais que rodearam a luta antituberculosa no Brasil do século XX, quer nas representações sociais da doença e no modo como a sociedade lidou com a tuberculose e a SIDA.

Numa perspetiva mais sociológica existe o trabalho de Emily K. Abel[47] que abordou o problema da tuberculose em Los Angeles do século XX associado às vagas de imigrantes, sobretudo de negros e latinos. Considerando que as difíceis condições materiais de existência dos emigrantes foram responsáveis pelo disseminar da tuberculose de forma epidémica na primeira metade do século XX, isto levou o governo federal da Califórnia a criar programas contra a tuberculose que frequentemente visavam a segregação de determinadas comunidades por meio de políticas de exclusão.

Na mesma linha sociológica mas com objetivos diferentes encontra-se o trabalho de Sheila Rothman[48] que, centrando a sua atenção ao nível do doente tuberculoso, fez uma análise social da experiência de ser doente e ser considerado inválido a partir de relatos de doentes e as consequências pessoais, psicológicas e sociais da procura da saúde por motivação própria ou em contexto sanatorial/hospitalar. Neste último aspeto fez uma reconstrução história da vida sanatorial e da experiência de ser um doente nesses nosocómios.

Também Frank Ryan[49], numa narrativa que evoca o passado, destaca sobretudo personagens e personalidades da História que sofreram de tuberculose ou que estiveram envolvidos em descobertas científicas ligadas à tuberculose, desde as antiquíssimas múmias dos sacerdotes egípcios sofredores do Mal de Pott até aos modernos microbiólogos, como Selman Waksman e Karl-Gustav Rosdahl, que descobriram a estreptomicina e o PAS, representando a primeira associação capaz de combater eficazmente a tuberculose.

Quando nos voltamos para o cenário português verificamos uma grande lacuna no

[45] FILHO, 2001.
[46] NASCIMENTO, 2005.
[47] ABEL, 2007.
[48] ROTHMAN, 1995.
[49] RYAN, 1992.

que se refere à produção historiográfica sobre a tuberculose ou sobre a luta contra a tuberculose em Portugal. À parte de algumas doenças epidémicas, como a gripe espanhola ou a peste negra para o período medieval, e alguns casos circunstanciados no século XIX, pouco se tem produzido acerca das doenças e dos doentes[50]. A historiografia nacional sobre saúde e medicina que remonta aos inícios do século XX e nalguns casos aos finais da centúria de oitocentos faz apenas referências pontuais e pouco desenvolvidas sobre a tísica/tuberculose, seu diagnóstico e tratamento e menos ainda sobre a luta contra a tuberculose em Portugal. Nas obras já clássicas de Maximiano Lemos, Silva Carvalho, Ferreira de Mira ou Luís de Pina[51], a abordagem recai a maior parte das vezes sobre as teorias médicas, os médicos e as instituições, faltando abordagens que cruzem a história das doenças com os contextos sócio-históricos das épocas onde elas mais se evidenciaram. Falta também fazer a história da tisiologia em Portugal, isto é, um estudo da evolução e estruturação desta especialidade médica e a evolução das teorias médicas, meios e técnicas de diagnóstico e tratamento.

Não obstante podem ser indicados alguns trabalhos nesta área. Foi sobretudo a luta antituberculosa e as estruturas para ela criadas, que mereceram a atenção de autores mais recentes, incidindo sobre um ponto de vista institucional, especialmente sobre a história dos sanatórios ou da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Francisco Gonçalves Ferreira[52] dedicou uma dúzia de páginas ao problema da tuberculose em Portugal, fazendo um resumo sobre o aparecimento dos primeiros nosocómios para tuberculosos, as ações de propaganda, assistência e organização da luta antituberculosa perpetradas pela Liga Nacional contra a Tuberculose e pela Assistência Nacional aos Tuberculosos/Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Também Manuel Machado Macedo na sua «História da Medicina portuguesa no século XX»[53] fez uma breve referência à pneumologia/tisiologia, destacando essencialmente o papel de médicos como Lopo de Carvalho no estudo desta especialidade e o papel dos sanatórios por se tratarem de centros pioneiros na aplicação de novas técnicas de diagnóstico e de cirurgia pulmonar/torácica.

Outras publicações sobre sanatórios têm sido feitas, algumas focalizadas na história da instituição e dos seus personagens, desde a fase de arranque até à decadência, outras sobre um ponto de vista da história arquitetónica e outros ainda dos sanatórios como lugares de educação. Desse ponto de vista existe o estudo de Anabela Amaral sobre a escola primária do Sanatório Marítimo do Norte e o de António Fernando Castanheira Pinto Santos acerca do Hospital de Repouso de Lisboa[54].

Mas o crescente interesse por esta doença infetocontagiosa tem motivado alguns

---

[50] COSTA, 2010: 32

[51] *Vide* LEMOS, 1991; CARVALHO, 1929; MIRA, 1947; PINA, 1954.

[52] FERREIRA, 1990: 381-392

[53] MACEDO, 2000: 104-106.

[54] *Vide* VELOSO, 2010; SANTOS, 1989; AMARAL, 2008; TAVARES, 2005; AMARAL, 2007; SANTOS, 2010.

médicos a escrever sobre a sua história em Portugal como António Ramalho de Almeida[55] ou João Cúcio Frada[56]. É de destacar a obra de António Ramalho de Almeida, antigo médico tisiologista do Sanatório D. Manuel II, que por afinidade profissional com a tuberculose desenvolveu vários estudos de carácter histórico sobre a tuberculose, muito embora a atenção da investigação seja posta no universo das instituições e das personagens médicas, o que não deixa de ser um importante contributo pelo resgate de factos, personagens e instituições. Ainda no campo da história factual e cronológica podemos encontrar o incontornável trabalho de Álvaro Rosa[57] sobre o historial da Assistência Nacional aos Tuberculosos da origem até 1975. Sendo essencialmente uma história da instituição conglomera dados estatísticos, orçamentais, políticas de direção e os logros e opróbrios da sua longa existência.

A breve descrição que fizemos da bibliografia nacional e internacional sobre a tuberculose, embora sintética, revela a natureza e diversidade de enfoques que é possível encontrar para esta temática. O que de imediato é reconhecível é que ainda está por realizar um estudo abrangente cujo enfoque conglobe a criação duma especialidade médica, a tisiologia, com a institucionalização da luta contra a tuberculose e as relações históricas destas com as questões sociais. Assim, diremos que falta um estudo sistemático onde se cruzem a esfera médica com a esfera social, isto é, onde a medicina, o poder político, as estruturas assistenciais e a sociedade se entrecruzem. Só com este tipo de estudos transdisciplinares e complementares entre diversos domínios do saber é possível a construção dum saber mais completo no campo da história das doenças.

FONTES DOCUMENTAIS E METODOLOGIA

Para a concretização desta dissertação de doutoramento socorremo-nos de diversas fontes documentais de natureza médica e legislativa, maioritariamente impressas, mas também manuscritas e dactilografadas, pesquisadas em arquivos, bibliotecas e centros documentais públicos e privados. Queremos destacar a Biblioteca Pública Municipal do Porto, onde foi consultada a maioria dos periódicos médicos e coleções de legislação, as bibliotecas da Faculdade de Medicina do Porto e de Lisboa e ainda a Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra onde foram consultadas todas as teses de medicina sobre a tuberculose, periódicos e monografias médicas de difícil acesso. Na Fundação Bissaya Barreto (Coimbra) foram consultados periódicos, monografias e documentação inédita, no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social (Porto) tivemos acesso a

[55] Este médico pneumologista e antigo tisiologista no Sanatório D. Manuel II tem dado à estampa trabalhos como ALMEIDA, 1995; ALMEIDA, 1998; ALMEIDA, 2000; ALMEIDA, 2007.

[56] FRADA, 2000: 91-100.

[57] ROSA, 1979.

monografias médicas e obras de propaganda contra a tuberculose de muito difícil acesso e mesmo documentação inédita e não publicada, como ficheiros clínicos e cartas, indispensáveis para a abordagem do problema na cidade do Porto.

Ao nível legal servimo-nos de legislação afeta à saúde e assistência ligadas à saúde pública e tuberculose, presente na «Colecção de Legislação Portuguesa», nos «Diários da República» e nalguns periódicos. A utilização destas fontes permitiu-nos perceber o interesse manifestado pelos políticos e pelo Estado no campo da saúde pública e no combate à tuberculose, os momentos de reforma, etc. Este tipo de documentação reflete o pensamento da época em relação aos modos de lidar com a doença, os discursos político-sanitários, os momentos de rutura ideológica/doutrinária e a organização da luta antituberculosa. Ainda no campo da política fez-se uso pontual dos discursos parlamentares, através dos «Diários das Sessões dos Senhores Deputados» e «Diários das Sessões da Assembleia Nacional», porque, sendo o parlamento um lugar privilegiado de discussão, pressão e arbitragem, permitem acompanhar os momentos em que a ênfase dos discursos é posta nas condições sociais, económicas e higiénicas da população e onde se aquilatam grandes decisões nas reformas sociais e higiénicas. Outros documentos de compilação legislativa como os «Annaes de Saude Publica do Reino», o «Boletim dos Serviços Sanitários do Reino» serviram para completar e reforçar o nosso trabalho nesta área.

Periódicos como o «Boletim da Assistência Social», «Hospitais Portugueses» e «Boletim de Previdência Social», que foram órgãos noticiosos oficiais, permitem acompanhar as opiniões, análises e notícias da intervenção do poder político na área da saúde e assistência como também no campo da tuberculose. Sendo órgãos controlados pelo poder político estatal permitem acompanhar a luta contra a tuberculose no plano político, as concretizações, as dificuldades e as tendências de ação das instituições afetas ao regime.

Todavia, o núcleo central da investigação passou pela análise sistemática de duas grandes categorias de documentos: as teses académicas em medicina e artigos do periodismo médicos. As teses em medicina sobre tuberculose, onde se incluem teses inaugurais/licenciatura, concurso e doutoramento, constituem um *corpus* documental com 275 títulos (Porto, Coimbra e Lisboa). Pela sua natureza académica e científica contêm um conjunto de informações indispensáveis para a reconstrução da história e do saber médicos acerca da tuberculose em Portugal. Através delas é possível seguir a afiliação às doutrinas médicas de cada período, compreender a evolução técnica ao nível do diagnóstico, da terapêutica e da investigação, como ainda seguir as preocupações dos médicos (por vezes simultaneamente políticos), vendo como concebiam e perspetivavam a luta contra a tuberculose. No que concerne ao periodismo médico foi feita uma seleção de um conjunto de títulos que, devido à sua natureza científica, nos dá informações científicas, técnicas e mentais que caracterizam a estruturação do saber médico, tal como a organização e institucionalização da luta contra a tuberculose. Constituindo discursos médicos sobre a temática da tuberculose que refletem fidedignamente, porque emanam dos implicados diretos, o pensamento, atitudes,

ânsias, querenças e intervenções a diversos níveis. Das várias publicações disponíveis escolhemos e analisamos um conjunto alargado de títulos que cobrisse tanto temática como cronologicamente o nosso período de estudo, constituindo os meios mais ajustados ao conhecimento pretendido. Deles destacamos o «Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa», o «Correio Médico de Lisboa», o «Coimbra Médica», «A Medicina Contemporânea», «A Medicina Moderna», «Gazeta Médica do Porto», «Jornal do Médico», «O Médico», «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», entre outros exaustivamente descritos na bibliografia deste trabalho. Entre os artigos dos periódicos usados encontram-se também algumas traduções de autores estrangeiros que serviram para reconhecer a influência científica estrangeira sobre a produção médica portuguesa.

Além destas fontes de informação, utilizamos ainda várias monografias médicas especializadas, documentos avulsos (cartas, folhetins, brochuras, etc.) e bibliografia de síntese que nos permitiu complementar o nosso trabalho. Não obstante a exaustão da pesquisa não colocamos de parte a existência de documentação pouco acessível, mal catalogada ou inédita, e por isso por nós desconhecida, ou que não pôde ser utilizada.

A perspetiva histórica que se pretendeu conferir à investigação e as fontes utilizadas assinalam os principais caminhos interpretativos que seguimos nesta investigação. Procuramos conjugá-la com os contextos sócio-históricos e com uma seleção de factos e acontecimentos fornecidos pela documentação analisada e considerada pertinente para a elaboração da narrativa que a dissertação constitui, desenvolvida em torno da tuberculose, da tisiologia e das instituições e mecanismos de luta contra a tuberculose em Portugal.

Dados os objetivos traçados e a tipologia de fontes, a investigação obedeceu a um tipo de trabalho fundamentalmente qualitativo e heurístico. Não querendo entrar aqui numa descrição exaustiva e minuciosa da documentação, uma vez que está inventariada na listagem final da bibliografia, importa salientar a chamada de atenção que Madeleine Grawitz fez na pesquisa sobre a documentação escrita: «Le document n'est pas établi par le chercheur»[58]. Isto significa que não tendo o investigador qualquer influência no estabelecimento da documentação deve selecionar o que lhe interessa e interpretar ou comparar os materiais para os tornar utilizáveis. Por conseguinte, é na fase da seleção e organização da documentação e na sua interpretação ou comparação que a metodologia é necessária. Em termos metodológicos, tivemos de equacionar a utilização de vários métodos diferentes. Não tendo a História um método, como afirmou Paul Veyne[59], não deixa de ser necessário recorrer a métodos que, «não sendo mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados»[60] e que impeçam uma reconstituição arbitrária do

[58] GRAWITZ, 1990: 656.
[59] VEYNE, 2008: 119.
[60] QUIVY & CAMPENHOUDT, 2003: 25.

passado[61], nos permitam ainda assim reconstituir o passado de forma lógica e sistemática para compreendê-lo com mais clareza e discernimento. Dado que foram vários os caminhos e as fontes seguidas é preferível então falar em métodos.

Para o tratamento e análise dos documentos recorremos principalmente a um trabalho de inferência sistemática. A inferência sistemática, no sentido amplo do termo, é um método de generalização que visa estabelecer um juízo, uma prova ou formulação geral de uma ou mais proposições. Partindo dos dados, dos factos e dos acontecimentos é possível efetuar um trabalho de organização ou de associação de ideias. Neste sentido, os diversos procedimentos que constituem a inferência sistemática servem-se do material empírico ou existencial para chegar a conceções ou conclusões que não estavam contidas nos dados à partida, permitindo a partir da análise elaborar um síntese e desta uma crítica até chegar à generalização científica[62].

Por outro lado, a utilização de documentos provenientes de discursos marcadamente institucionais, como são das faculdades de medicina, as associações de luta contra a tuberculose e os discursos do poder político acerca da tuberculose e da forma de a debelar, levam-nos a ter um conjunto de cuidados. Os discursos falados ou escritos não são meios neutros porque «em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, seleccionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos»[63], o que faz dos discursos construções sociais e institucionais. Há que ter em conta que os textos e os documentos são produzidos com uma finalidade e dentro de um contexto ideológico, político, económico, social e cultural determinado, por isso a atenção prestada a estes fatores. Como afirmou Allan Luke, toda investigação é por definição uma forma de análise do discurso e toda a pesquisa consiste na «leitura» e na «reescrita» de uma série de textos de um ponto de vista histórico e epistemológico particular[64]. Neste sentido para a interpretação dos documentos foi necessário um esforço da nossa parte em desconstruí-los, pela análise crítica do discurso, procurando mostrar os componentes ocultos das evidências existentes nos textos analisados. Por isso tivemos em conta a proposta de análise de conteúdo de Laurence Bardin[65] para a análise de vários documentos.

Ao longo desta dissertação incluímos várias imagens e fotografias que pretendem aproximar o texto da realidade visual, ilustrando objetos usados na profilaxia e tratamento da tuberculose, iconografia referente à luta antituberculosa, personalidades e situações que pela sua importância são dignas de menção.

---

[61] MATTOSO, 1988: 20.
[62] DESHAIES, 1997: 216-217 e 224-225.
[63] FOUCAULT, 1997: 9-10.
[64] LUKE, 2003: 87.
[65] BARDIN, 1979.

DELIMITAÇÃO CRONOLÓGICA E ESTRUTURA

Em termos cronológicos, a investigação centra-se no período compreendido entre 1853 e 1975, por consideramos ser este o intervalo temporal onde se assistiu ao despoletar do interesse médico sobre a doença e à emergência, organização e institucionalização e, por fim, desmembramento dos serviços especializados da luta contra a tuberculose em Portugal.

A escolha de meados do século XIX como baliza inicial, e particularmente os anos de 1853 e 1857, prende-se com o facto de em 1853 ter sido inaugurado na cidade do Funchal o Hospício D. Maria Amélia para o tratamento de tuberculosos pulmonares, o primeiro nosocómio dedicado à assistência e cura destes doentes em Portugal, e 1857 justifica-se por ser o ano em que surgiu a primeira tese inaugural em medicina dedicada ao estudo da tuberculose, simbolizando o início da investigação médica no domínio da tisiologia no nosso país. Por outro lado, tomamos o ano de 1975 como o final deste estudo por ser nesse ano que se procedeu ao desmembramento do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos por força das novas orientações da luta antituberculose, tornando desnecessária uma organização vertical e um organismo coordenador como o IANT, passando então a integrar os serviços de saúde existentes da Direção Geral de Saúde.

A estrutura da presente dissertação está condensada no título, «Conhecer, tratar e combater a «peste branca». A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal», já que nos referimos ao conhecimento da doença, às formas de tratá-la e aos modos de combatê-la. A temática referida desenvolve-se em seis capítulos. Nos três primeiros capítulos tratamos fundamentalmente das questões médicas e científicas que rodearam a doença, especialmente as teorias médicas e tisiológicas dominantes e os progressos ao nível do diagnóstico e tratamento. Nos três capítulos seguintes abordamos a questão da tuberculose enquadrada no contexto sócio-histórico de Portugal no período determinado, enfatizando as estratégias orquestradas para combater a doença no campo da profilaxia e assistência.

O capítulo 1, apesar de ser essencialmente propedêutico, debruça-se sobre os progressos científicos e médicos no período contemporâneo, fazendo uma descrição genérica das correntes médicas vigentes nos diferentes períodos da história da medicina, da conceção de doença, dos tratamentos em voga, etc. Embora seja um capítulo introdutório é fundamental para enquadrar a questão médica e científica da tuberculose dos capítulos posteriores.

No capítulo 2 procura-se compreender a formação do saber médico relativo à tuberculose, traçando uma síntese do que foi o conhecimento desta doença ao longo dos tempos e a evolução do conceito de doença tuberculosa. Evidenciaremos seguidamente a questão dos estudos sobre tuberculose pela medicina portuguesa dos séculos XIX e XX, onde destacaremos a produção científica e académica sobre este assunto em Portugal, para aferir os temas dominantes, as preocupações médicas, o acompanhamento da ciência europeia e mundial acerca da tuberculose e a atualização científica neste domínio.

O capítulo 3 é dedicado ao diagnóstico e tratamento da tuberculose ao longo dos tempos, onde se destacam os sucessivos progressos científicos e tecnológicos que permitiram um aperfeiçoamento constante nestes campos. Começamos com o difícil problema do diagnóstico em tisiologia fazendo um apanhado geral dos principais momentos como foram o diagnóstico sintomatológico, o diagnóstico por meio da percussão, auscultação e medição torácica, até aos meios mais evoluídos como as radiografias e os exames bacteriológicos. Depois falaremos da difícil questão do tratamento desde as terapias empíricas e cirúrgicas até aos quimioterápicos mais avançados.

No capítulo 4 discutimos a questão da tuberculose enquanto problema médico e social. Partindo do conceito de tuberculose como doença social, isto é, dependente de fatores ligados às condições de vida, fizemos uma caracterização dos principais problemas apontados pelos médicos e a sua relação com a tuberculose, designadamente os problemas ligados à densidade populacional, às condições de habitação, às dietas alimentares e à higiene escolar e militar. No final do capítulo apresentamos ainda o panorama da mortalidade por tuberculose em Portugal, através dos principais dados estatísticos disponíveis.

Dedicamos o capítulo 5 à caracterização da luta contra a tuberculose no plano da prevenção e educação higiénica da população. Neste âmbito destacamos os pilares da profilaxia antituberculosa como foram a vulgarização da noção de contágio, da declaração obrigatória dos casos de tuberculose, a propaganda higiénica contra o contágio e as campanhas de vacinação pela BCG cruzando-a com a legislação promulgada nesse sentido. Num segundo momento destacamos algumas ocasiões onde essa propaganda foi realizada, pela análise dos conteúdos de alguns congressos sobre a tuberculose, pela descrição da ação da Liga Nacional contra a Tuberculose e pela obra paradigmática realizada no distrito de Coimbra sob orientação do Prof. Bissaya Barreto.

Intimamente ligado ao capítulo 5 surge o sexto capítulo, onde a análise recaiu sobre a estruturação de mecanismos de assistência aos doentes tuberculosos. Primeiro analisamos o contexto e criação do hospício D. Maria Amélia no Funchal em meados do século XIX, que foi a primeira obra de assistência e tratamento aos tuberculosos em Portugal. Focamos sobretudo o contexto em que foi criado e analisamos o funcionamento interno e o movimento hospitalar durante a sua existência. Posteriormente focamos a nossa atenção na ação da Assistência Nacional aos Tuberculosos ao longo dos setenta e seis anos de existência fazendo uma descrição crítica das diferentes fases por que passou. Partindo das bases científicas ainda em afirmação, a ANT pôs em marcha um plano de assistência que conheceu várias fases, onde se destaca a criação de instituições de rastreamento como os dispensários e de assistência antes e após a tuberculização nos preventórios e sanatórios. Foi com essa consciência que descrevemos detalhadamente os principais momentos de vida desta instituição. Tendo em conta a importância médica e social que os sanatórios representaram no movimento de combate à «peste branca» consideramos necessário incluir um conjunto de reflexões acerca da lógica sanatorial e do sanatório como quadro de vida e lugar de cura.

Partindo dessas reflexões, analisamos ainda o movimento sanatorial em Portugal, especialmente no seu início, e a sua importância científica, médica e social através de uma breve reconstituição de dois casos emblemáticos como foram o Sanatório Sousa Martins na Guarda e a Estancia Sanatorial do Caramulo.

Foi dentro destas balizas cronológicas que se verificou uma estruturação e consolidação da cruzada contra a tuberculose, ao nível científico, médico e social.

CAPÍTULO 1
PROGRESSOS MÉDICOS E CIENTÍFICOS NO PERÍODO CONTEMPORÂNEO

1.1. Dos sistemas médico-filosóficos ao nascimento da anatomo-clínica

Tentar estudar e compreender a tuberculose e o conhecimento acerca desta doença sem conhecer previamente a evolução da ciência em geral, das ciências biomédicas e da prática clínica torna-se uma tarefa difícil para qualquer investigador da história das ciências da saúde. Tendo em conta a pluralidade de acontecimentos, de doutrinas e de personagens e seus feitos ao longo do período contemporâneo foi necessário proceder ao estudo prévio da história da medicina para a compreensão do tema e dos assuntos tratados nesta dissertação. A inclusão deste capítulo propedêutico é igualmente de grande utilidade para os leitores, tendo sido com esse intuito que o incluímos neste trabalho.

A medicina é provavelmente quase tão antiga como as sociedades humanas. Embora hoje ela se revista de uma grande maturidade e de um grau de racionalismo excecional, estas características são historicamente bastante recentes. Segundo Bariéty e Coury[66] a História da Medicina conheceu essencialmente dois grandes períodos: o primeiro da pré-história até ao século XIX e o segundo dos inícios do século XIX até à atualidade. Como é evidente consideramos este corte temporal algo exagerado, tão só porque a medicina praticada pelos egípcios não se assemelhava com as práticas médicas do período Iluminista. Se é verdade que no primeiro período considerado predominou um tipo de pensamento médico ligado a teorias abstratas decorrentes de crenças religiosas e filosóficas, que se prolongaram até aos inícios do século XIX, há contudo trabalhos iniciados pelos anatomistas do Renascimento e pelos físicos e químicos dos séculos XVII e XVIII que são considerados como as primeiras pedras da medicina moderna.

Ao longo do Renascimento, a liberdade de pensamento nalguns países e regiões ditas Protestantes, a difusão do conhecimento pela imprensa e os contactos intercontinentais possibilitados pela expansão europeia permitiram vários avanços no saber e tecnologia médica. A maior concretização apontada para este período foi o nascimento da anatomia moderna pela mão de cientistas como Leonardo da Vinci, André Vesálio e Ambroise Paré, que serviram de base ao estudo racional da patologia e da fisiologia dos séculos seguintes. Até aí o estudo da anatomia era feito com base nos escritos árabes de Ali ibn Abbas, Rhazes e Avicena, sem esquecer o clássico Galeno[67].

Durante o Renascimento, uma pandemia de sífilis permitiu abrir um vasto campo de observação epidemiológica e terapêutica, que contribuiu favoravelmente para o entendimento dos mecanismos do contágio. O médico e humanista Jerónimo Fracastoro de Verona acreditava que a transmissão da sífilis e de outras doenças infeciosas se operava por meio de microrganismos invisíveis a olho nu: os animálculos. Defendia que o contágio dava-se pelo contacto da pessoa infetada com as pessoas sadias, sendo que o primeiro emanava par-

---

[66] BARIÉTY & COURY, 1971: 7.

[67] O'MALLEY, 1976: 43.

tículas minúsculas e invisíveis que uma vez desprendidas do corpo do doente iam infetar os demais por contacto direto, pelo contacto com objetos ou pelo ar viciado. Estas ideias contrapunham-se à noção de que eram as alterações telúricas e cósmicas que determinavam os grandes fluxos de pestilências[68]. Mais tarde desenvolveu investigações sobre o tifo, a peste e a tuberculose, que resultaram em medidas práticas de profilaxia e higiene pública.

Nos séculos XVII e XVIII várias transformações ao nível político, socioeconómico, filosófico, científico e tecnológico facilitaram avanços significativos da medicina, preparando a revolução na medicina de oitocentos. A ciência do período Barroco forjou novas ferramentas para a exploração do real e criou uma nova imagem em conformidade com o conceito moderno de Homem. Apesar da complexidade de fatores que intervieram na concretização destes pressupostos, foi um conjunto bem delimitado de factos que definiram os traços essenciais da atividade científica. Foi nesta época que surgiu o método experimental com os trabalhos de Bacon, Descartes e Galileu, possibilitando o acesso a um poderoso instrumento mental que matematizou e mecanizou a visão do mundo.

A noção finita do mundo dos renascentistas e o estatismo da ciência deu lugar à conceção do cosmos infinito, através das descobertas da astronomia, duma ciência dinâmica tanto na astronomia como na medicina. Os novos instrumentos como o telescópio, o microscópio, o termómetro e o barómetro aumentaram o campo de explorações fazendo surgir novos ramos de saber como a astronomia telescópica, a microbiologia e a pneumática. A riqueza dos conhecimentos adquiridos deixou de se enquadrar em esquemas simples, conduzindo à emergência de teorias opostas: teoria corpuscular *versus* teoria ondulatória, vitalismo *versus* mecanicismo, iatromecânica *versus* iatroquímica, etc.

Importante foi também a organização da investigação científica através das sociedades científicas como a *Academia dei Lincei* em Roma (1603-1630), a *Royal Society* de Londres (1662) e a *Académie des Sciences de Paris* (1666) que passaram a conduzir em parte a vida científica da época. Simultaneamente ao desenvolvimento das academias apareceram as primeiras revistas científicas que potenciaram a difusão do conhecimento ao nível internacional[69]. O estudo da anatomia estendeu-se às estruturas microscópicas, abrindo caminho à histologia e fisiologia, segunda etapa no conhecimento do corpo humano. A anatomia normal abriu caminho à anatomia patológica, o que veio a permitir criar nosologias mais rigorosas.

Paralelamente aos avanços cognitivos e às concretizações práticas, a tendência foi de substituir a tradição pelo novo racionalismo, o que fez multiplicar as construções abstratas. Apesar do avanço mental produzido por estas teorias, elas eram frequentemente estéreis e desprovidas de observações reais. O caso mais flagrante foi o de Descarte por tentar abordar o estudo das ciências experimentais com as mesmas ideias que concebeu para a

[68] PANIAGUA, 1976: 91-92.

[69] PAPP, 1976: 199.

filosofia teorética. Mais tarde Claude Bernard veio a acusá-lo de tratar da fisiologia de igual forma que a metafísica, acabando por criar uma fisiologia fantasiosa desprovida de constatações empíricas[70].

Foi neste contexto que surgiram os sistemas médico-filosóficos, onde se inseriam a iatromecânica e a iatroquímica. A iatromecânica orientou-se para uma interpretação das funções do corpo humano e animal de acordo com uma fisiologia mecanicista, isto é, como um mecanismo provido de movimento. Os iatromecanicistas como Borelli, Stenon e Santorio privilegiaram uma observação de base materialista da vida, o que os levou a estudos fisiológicos do coração, dos pulmões e dos músculos, aplicando instrumentos de medição como o termómetro. O princípio da patologia iatromecanicista baseava-se nas alterações das partes sólidas com alteração do estado de tensão das fibras (tensão e relaxação) e dos poros (abertura ou oclusão, dilatação ou estreiteza) e ainda das partes líquidas com a variação da densidade dos fluidos e a alteração da velocidade desses fluidos.

A iatroquímica do século XVII baseou-se na alquimia que estava em voga, opondo-se à medicina académica dominada pelo humoralismo galénico e reduzida a uma matéria médica com base em remédios curativos naturais. A iatroquímica além de ter uma conceção reacionária da patologia prescrevia uma terapêutica baseada em medicamentos químicos. Jean-Baptiste van Helmont estabeleceu várias semelhanças entre as transformações que se realizaram no organismo e as operações químicas já conhecidas como os cozimentos e as cozeduras. O principal mentor desta doutrina foi Sylvius que realizou importantes descrições das febres, das estruturas cerebrais, dos tubérculos pulmonares e do sistema digestivo e respiratório, embora baseado nos esquemas galénicos. A patogenia que defendia baseava-se nas ideias de fermentação ou acrimónia que se manifestava pelo excesso de acidez (acrimónia ácida), responsável pelas febres benignas, ou de alcalinidade (acrimónia lixiviosa ou alcalina) que originava febres malignas. Os principais portadores da acrimónia eram a linfa, a saliva, os sucos pancreáticos e a bílis, e por aqui se compreende a relação com o humorismo galénico. A terapêutica compunha-se de três tipos de remédios: os dietéticos, os medicamentosos e os cirúrgicos, mas com prevalência nos medicamentos químicos que pretendiam corrigirem a causa mórbida. Alcalinizava-se o sangue nas acrimónias ácidas, e corrigia-se com acidificantes as acrimónias lixiviosas[71]. Alguns eruditos da altura como Boerhaave ou Sydenham procuraram estabelecer sínteses a partir destas conceções, umas vezes justificadas e outras de forma artificial. Contudo, a pluralidade de ideias fez aumentar a divergência entre as conceções, reforçando o ponto de vista dos tradicionalistas que não se separaram das teorias dos clássicos.

A medicina do século XVIII, não obstante ter sido um prolongamento de muitos aspetos médicos do século precedente, preparou em vários campos a revolução médica do

[70] BUSACCHI, 1976: 253.

[71] LOPEZ PIÑERO, 1976: 285.

século XIX. Persistiram algumas contradições entre as teorias artificiais e as influências das ciências exatas como a física e a química. Alguns médicos tentaram superar as limitações da iatromecânica e da iatroquímica com a formulação de novos «sistemas» como o animismo de Stahl, o brownismo de John Brown e o vitalismo[72].

Georg Stahl, numa visão puramente espiritualista, defendeu a existência de uma «alma sensível» (*anima*) que regia todas as trocas realizadas no interior do corpo humano, impedindo a morte. A patologia manifestava-se quando a alma tentava recuperar o domínio sobre o corpo depois dos laços entre estes elementos terem enfraquecido. Por seu turno John Brown defendeu que a vida era o resultado da resposta maior ou menor das forças nervosas às excitações, considerando que as doenças surgiam devido a forças asténicas ou esténicas, pelo que preconizava o tratamento com álcool ou ópio respetivamente. O vitalismo, surgido em França pela mão de médicos como Théophile de Boedeu e Paul-Joseph Barthez recusavam linearmente as perspetivas do animismo, que não tinha em conta as trocas físicas e químicas, e do mecanicismo, demasiado simplista. Tratava-se de um meio-termo entre estes sistemas, reconhecendo a existência dum «impulso vital» que permitia a subsistência da vida. Todos estes sistemas apoiaram-se numa metafísica biológica onde predominava o artificialismo e o imaterialismo. Como afirmou Robin Fahraeus[73], o essencial da medicina do século XVIII não foi a aplicação da Química e da Física, mas a construção de sistemas teóricos puramente especulativos, baseados em menor grau na realidade do que a iatromecânica e a iatroquímica do século precedente.

Todavia, nos séculos XVII e XVIII foram feitas descobertas assinaláveis. William Harvey descobriu a circulação sanguínea, Lavoisier esclareceu o mecanismo pelo qual se processava a respiração, Pecquet reconheceu a existência do sistema linfático, Spallanzani descreveu o mecanismo da reprodução sexuada, René Réaumur provou que a digestão gástrica devia-se a reações químicas e Galvani e Volta abriram várias perspetivas para o estudo da eletrofisiologia dos nervos e dos músculos.

Os trabalhos de Morgagni foram decisivos para a criação da anatomia patológica, pelo confronto das lesões anatómicas com os problemas descritos pelos doentes, e da anatomoclínica, pelo cruzamento das alterações anatómica com as alterações funcionais. Outros trabalhos começaram a esboçar tenuemente a tendência para áreas de estudo especializadas como a cardiologia por Jean-Baptiste Sénac ou as doenças profissionais e higiene industrial por Bernardino Ramazzini. Todavia, o destaque vai para duas personalidades cujos trabalhos dinamizaram a medicina dos séculos seguintes: Bichat impulsionou a biologia pelo desenvolvimento de trabalhos microscópicos e histológicos e Jenner inaugurou a luta contra as doenças infeciosas através da imunização pela vacinação[74].

---

[72] SOURNIA, 1995:198-200.

[73] FAHRAEUS, 1956: 549.

[74] BARIÉTY & COURY, 1971: 78-83.

1.2. Da conversão anatomoclínica à atualidade

No dealbar do século XIX descobertas importantes marcaram a cisão com a ciência do passado ao nível das ciências físico-matemáticas, da química, da mecânica celeste e astronomia, das ciências naturais e também da medicina. Segundo Desiderio Papp[75], o século XIX tendeu a converter a ciência numa tarefa social mais do que individual. É nesse sentido que se constata a emergência da chamada «medicina social», expressão que designa a intervenção da medicina no domínio da sociedade, refletindo uma preocupação coletiva com o estado sanitário da população e do seu meio ambiente. Como disse Foucault, a medicina moderna tornou-se social porque «tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social»[76] e por isso não é de estranhar que as práticas indispensáveis ao funcionamento da sociedade, nomeadamente atos sociais como casar, ter filhos, praticar desporto ou ter acesso a um emprego, só são possíveis recorrendo à medicina[77], que se infiltrou cada vez mais nas estruturas sociais, fazendo depender muitas práticas quotidianas da sua aprovação.

As modificações socioeconómicas e políticas dos finais do século XVIII e inícios do XIX acarretaram alterações importantes ao nível do Estado e dos poderes locais que se empenharam vivamente no controlo da população, das condições sanitárias e corporais das classes mais desfavorecidas. O corpo transformou-se numa realidade bio-política, isto é num objeto biológico suscetível de ser controlado pelo poder político, no qual a medicina representou uma estratégia bio-política desse mesmo controlo.

Michel Foucault defendeu que a formação da medicina social se fez, *grosso modo*, em três fases, representando cada uma delas uma peça chave do global. O primeiro impulso foi dado pelos Estados alemães, onde nasceu uma ciência de Estado preocupada com as realidades demográficas e que por isso fez nascer as primeiras estatísticas. Criou igualmente uma polícia médica que consistia na observação da mobilidade e dos fenómenos epidémicos e endémicos e na normalização da prática e saber médico através do controlo do ensino médico[78]. A normalização da profissão médica com a subordinação dos médicos a uma administração central e a sua integração numa organização médica estatal fortaleceram a medicina de Estado.

Em França surgiu um tipo de medicina social não baseada na medicina de Estado, mas numa medicina urbana, que se forma aquando da transformação das cidades em centros de produção, o que fez aumentar um novo grupo social até então desconhecido: o proletariado. Numa primeira fase cresce o que Foucault chama de «medo da cidade»[79], ou seja, o

---

[75] PAPP, 1976: 165.

[76] FOUCAULT, 1977: 79.

[77] MOULIN, 1997: 91.

[78] Sobre a normalização da prática e saber médico e sobre o controlo do ensino médico para o caso da formação obstétrica das parteiras em Portugal veja-se a obra exemplar de Marinha Carneiro. Cf. CARNEIRO, 2008.

[79] FOUCAULT, 1977: 87.

medo das oficinas e fábricas, medo das casas altas demais, medo da população numerosa, medo dos cemitérios onde se amontoam os corpos, medo dos esgotos, medo das epidemias. Foram sobretudo as epidemias que suscitaram a dispersão, o isolamento, a vigilância e o controlo dos indivíduos. A medicina urbana tinha um tríplice objetivo de analisar as regiões de amontoamento, de confusão e perigo, como eram os cemitérios, o controlo e estabelecimento de uma boa circulação da água e do ar e organização da distribuição dos elementos necessário à vida coletiva, designadamente a posição das fontes, dos esgotos, etc.

Entende-se portanto que esta medicina não seja uma medicina dos homens, dos corpos, dos organismos, mas sim das coisas, do ar, da água, das decomposições, é sobretudo uma medicina das condições de vida e do meio de existência. Este conceito de medicina das coisas fez nascer a noção de salubridade, associada ao estado do meio e dos seus elementos constituintes como base material e social garante da manutenção da saúde dos indivíduos. Foi sobre estas ideias que mais tarde no século XX se fundamentou a luta contra a tuberculose em Portugal e no estrangeiro, mas sobre isso falaremos em capítulo próprio. Paralelamente ao conceito de salubridade nasceu a noção de higiene pública como técnica de controlo e modificação, política e científica, dos elementos materiais do meio que podiam favorecer ou prejudicar a saúde. A medicina urbana, ao contrário da medicina de Estado, era mais próxima das comunidades, dos bairros e das pessoas o que permitiu um maior pormenor das observações e maior cientificidade das observações e das práticas[80].

A terceira orientação da medicina coletiva iniciou-se historicamente na Inglaterra e esteve associada à Revolução Industrial e à formação de uma classe operária nos centros urbanos. O desenvolvimento industrial gerou numerosos postos de trabalho nas cidades, que foram colmatados com mão-de-obra vinda dos campos, que se acumulou nos centros urbanos, muitas vezes sem capacidade de resposta à demanda de habitações e de infraestruturas sanitárias básicas. A crescente densidade demográfica, a política de salários baixos, a falta de condições habitacionais e a falta de higiene pessoal colocaram sérios entraves à higiene pública, a que a medicina «individual» não era capaz de atender[81]. Emergiu então um movimento científico e médico que buscava medicalizar os pobres, que nesta altura se identificam com os trabalhadores. A medicalização dos pobres e das classes trabalhadoras foi o último alvo da medicina social, depois do Estado e das cidades. Foi o último porque o pobre, no período pré-industrial ou nos países de industrialização tardia, era uma mais-valia nas cidades, desempenhando tarefas de primeira importância como a entrega de cartas, a recolha de lixo, a remoção de móveis, de trapos e de roupas vendendo-os ou redistribuindo-os, transporte de água e remoção de dejetos. Só a partir da segunda metade do século XIX o pobre foi dispensado das suas anteriores funções quando se criou um sistema postal e de carregadores. O poder político tomou também a consciência de que os pobres

[80] FOUCAULT, 1977: 92-93.

[81] MARSET CAMPOS & RAMOS GARCIA, 1976: 338-339.

eram um grupo social perigoso porque propenso a participar em motins. O surto de cólera de 1832 deflagrado em Paris e estendido à Europa cristalizou-se mais em torno das classe pobres, o que conduziu à divisão do espaço urbano entre os bairros ricos e pobres. A «Lei dos Pobres» na Inglaterra consubstanciou a preocupação com este grupo desfavorecido, procurando legislar o controlo médico dos pobres. Esta lei trouxe consigo uma assistência médica que procurou ajudar os mais pobres a satisfazer as suas necessidades de saúde e ao mesmo tempo evitar expor os ricos aos perigos das epidemias reinantes[82]. A partir do terceiro quartel do século XIX organizou-se um serviço de controlo médico e de prestação de cuidados à população, o *health service*. Os serviços de saúde procuraram tornar obrigatória a vacinação da população, organizar os registos de morbilidade e impor a declaração das doenças e localização/destruição de lugares insalubres.

Esta «medicina social» configurou neste período o que mais tarde se veio a designar de medicina preventiva. A higiene, considerada durante séculos como individual, transformou-se nos inícios do século XIX num exercício coletivo do poder político, das academias científicas e do pensamento médico para tornar mais salubre o meio ambiente e prevenir as doenças. Esse esforço cristalizou-se em diversas iniciativas de ordem científica e política. Em França criaram-se os *Conseils de Salubrité,* o primeiro em Paris (1802), e editou-se, a partir de 1829, os *Annales d'Hygiene et de la Médecine légale*. Em Inglaterra criaram-se sucessivamente as *Poor Law*, as *Factory Commissions* e, mais tarde, por influência de Edwin Chadwick, a *General Board of Health*[83].

Na França pós-revolucionária a saúde pública tornou-se um projeto social. Mesmo durante a revolução foi pedido à Assembleia Nacional um «Tribunal de salubridade», com o objetivo de julgar tudo o que dissesse respeito à aplicação da salubridade[84]. Com a reforma das faculdades de medicina foram criadas cadeiras de higiene, o que veio a motivar outros países europeus a inculcar estas matérias nos seus currículos. À melhoria das condições sanitárias e à luta contra as doenças infeciosas juntou-se a prevenção das doenças profissionais. A perceção de que as doenças e a miséria dos pobres eram uma ameaça para os ricos fez nascer a ideia de solidariedade social para com os desfavorecidos. As classes dirigentes inglesas compreenderam desde cedo que as despesas sanitárias eram um bom investimento, uma vez que o estado sanitário das populações desfavorecidas dizia respeito a toda a comunidade e porque as despesas com os inválidos, as viúvas e os órfãos saíam mais caro do que as medidas tendentes a melhorar as condições de vida, de higiene e de habitabilidade dos pobres. Em 1858, John Simon dizia que desprezar a saúde era uma avareza que saía cara, porque a força física de uma nação era o principal fator da sua prosperidade. Os progressos da bacteriologia na segunda metade do século XIX, permitindo compreender

[82] FOUCAULT, 1977: 93-95.
[83] MARSET CAMPOS & RAMOS GARCIA, 1976: 344-345.
[84] TUBIANA, 2000: 354.

melhor a propagação das doenças infeciosas, reforçaram a ideia de que era preciso proteger os mais fracos e os mais pobres. Na Alemanha, Bismarck concebeu o primeiro sistema nacional de saúde que reembolsava os mais desfavorecidos de uma parte das despesas dos cuidados de saúde. Em França também se organizou pouco a pouco um sistema de previdência social.

Embora as reformas sanitárias fossem em parte subsidiárias das teorias médicas do contágio, as discussões médicas jogaram um papel secundário nos aspetos legislativos e administrativos ao nível sanitário. Na origem do movimento sanitário presidiram sobretudo motivações de índole filantrópica e a crença na rentabilidade da saúde pública[85]. Isto foi sobretudo verdade para o caso da luta contra a tuberculose em Portugal, como demonstraremos mais adiante. Foi necessário esperar pelo século XX para que a medicina preventiva e social amadurecesse e os médicos adotassem uma nova atitude ante os problemas do coletivo social.

No domínio da medicina, a partir de meados de oitocentos houve uma rutura com a tradição e consequentemente um ponto de partida para a patologia e medicina interna contemporâneas. Paulatinamente os sistemas médico-filosóficos arredaram-se da medicina «viva» e constituíram um núcleo de informações eruditas. Foi na França pós-revolucionária, com novas estruturas políticas, económicas e sociais, que se cristalizou a rutura com a tradição médica e se processou a revolução anatomoclínica. O final do Antigo Regime francês permitiu reorganizar a profissão e o ensino médico, assim como as instituições científicas e os hospitais em modelos distintos dos anteriores. Afirmou-se progressivamente um ensino médico prático, passando os hospitais de centros de assistência para centros de tratamento e saúde.

A medicina do século XIX, constituída a partir dos grandes hospitais, teve como origem fatores sociais, filosóficos e científicos. As transformações sociais afetaram a prática da medicina pelas alterações demográficas, pela transformação dos hospitais, pela reorganização do corpo médico, pela reforma do ensino, etc. De igual forma as descobertas nas ciências como a química e a física impressionaram os médicos, que gradualmente criaram um novo enfoque científico e metodológico para o qual também contribuiu o tipo de raciocínio filosófico que se baseava menos na metafísica e mais na observação e experimentação. Assim, o nascimento da medicina moderna e a transformação do conceito de doença nasceu da fusão dos conhecimentos da observação clínica, à cabeceira do doente, a observação cadavérica e as vivissecções em animais[86].

Considera-se geralmente que a organização da escola anatomoclínica se fez em três fases, cada uma marcada pelas suas especificidades. A etapa preliminar anterior à formulação do programa anatomoclínico por Bichat foi marcada pela obra de Pinel. A etapa inter-

[85] BALAGUER PERIGÜELL & BALLESTER AÑON, 1976: 367.

[86] GRMEK, 1999: 147-148.

média compreendeu os trabalhos de medicina fisiológica de Broussais e a orientação anatomoclínica do grupo da *Charité* (Corvisart, Bayle e Laennec). O período mais tardio foi iniciado por Pierre Louis com a utilização do método estatístico e finalizou com uma crise que abriu caminho à patologia e medicina interna da segunda metade do século XIX[87].

Nos inícios de Oitocentos continuava a ser impossível aos espíritos uma materialização bruta da medicina. Philippe Pinel pertenceu a uma geração intermédia entre os sistemas e o anatomoclinicismo. O título da sua obra, «Nosografia filosófica» de 1798, é bem sugestivo da sua filiação aos sistemas, pois aí classifica numerosas «febres» duma forma artificial, sem ter em conta os novos modos de exame dos doentes nem as descobertas da necropsia. Não obstante, a classificação nosológica que realizou mostra até certo ponto a preocupação em distribuir as doenças internas pelas estruturas anatómicas.

Desde o final do Antigo Regime até ao fim do Primeiro Império surgiram espíritos notáveis que recorreram aos novos conhecimentos como François Bichat e Broussais. Bichat lutou contra a teoria dos humores e situou a origem das doenças nos tecidos. O principal entrave da medicina era basear-se nas manifestações sintomáticas, que funcionavam como indicadores nosológicos. Bichat defendeu que só uma nosografia de base anatomopatológica podia catapultar a medicina à categoria de ciência[88]. Broussais, médico militar influenciado pelas teorias brownistas e pelos trabalhos de Bichat, começou por pôr em questão o carácter fictício das «febres essenciais» de Pinel, defendendo que a vida era determinada e mantida pela «irritação», cujo excesso ou defeito era responsável pelo estado patológico. A sua principal limitação foi acreditar que as doenças gerais eram inflamações do tubo digestivo: a gastroenterite. Esta provocava uma inflamação que através do sistema nervoso atuava sobre o resto do organismo provocando sintomas gerais de doença.

O grupo formado na *Charité* (Corvisart, Bayle e Laennec) foi o que iniciou verdadeiramente uma conversão anatomoclínica da medicina. Corvisart iniciou um modelo de investigação anatomoclínica sistemático e rigoroso, com grande incidência na semiologia, que permitia conhecer objetivamente as lesões. Redescobriu a percussão e converteu-a no primeiro signo físico do diagnóstico médico, interessando-se também pela auscultação imediata.

Bayle, considerado o iniciador da nosografia anatomoclínica, investigou e produziu neste campo com base em milhares de autópsias. Dedicou particular atenção à tísica pulmonar, substituindo o conceito sintomatológico de tísica por outro associado a lesões peculiares e constantes no parênquima pulmonar. Mas a figura de maior destaque da escola da *Charité* foi René Laennec, discípulo de Corvisart e amigo de Bayle. Laennec estabeleceu definitivamente a anatomia patológica como fundamento da patologia e da clínica. O desafio de Laennec foi o de criar uma semiologia que permitisse no ato médico conhecer obje-

[87] LOPEZ PIÑERO, 1976: 255-256.
[88] LOPEZ PIÑERO, 1976: 257.

tivamente as lesões anatómicas causadoras da doença. Influenciado pela percussão de Corvisart e pela auscultação imediata de Bayle, tornou-se o criador dum meio revolucionário de diagnóstico: o estetoscópio. A invenção do estetoscópio permitiu fazer da auscultação mediata um importante método para conhecer as lesões provocadas pelas doenças pulmonares e cardíacas.

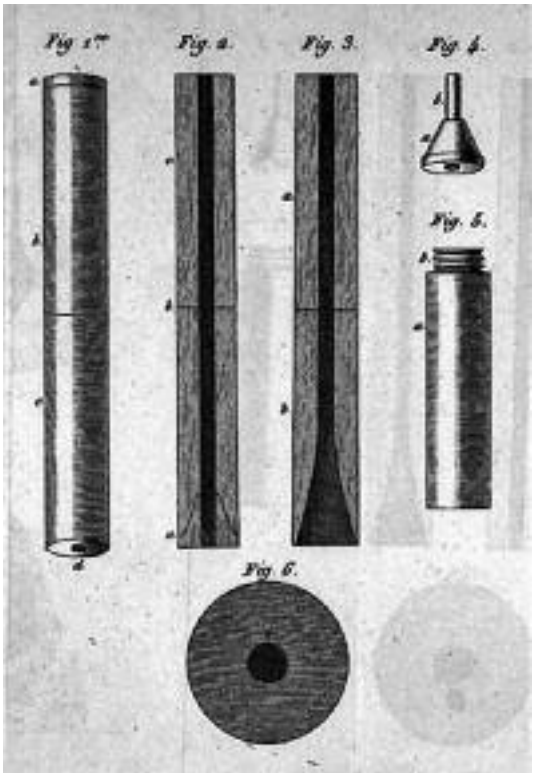


Figura 1 – Estetoscópio inventado por Laennec nos inícios do século XIX. O interior oco do estetoscópio permitia ampliar os sons e distinguir os diferentes tipos de sons torácicos, normais ou patológicos. **Fonte**: LAENNEC, René Théophile Hyacinthe (1819) – *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*, tomo 1. Paris: J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé Libraries, extra texto.

A última grande figura da escola anatomoclínica foi Pierre Louis, também ele docente na *Charité*. Como método admitia apenas a observação, opondo-se à formulação de hipóteses redutoras das leis científicas aos chamados factos gerais. Estes não eram mais do que a reunião de factos individualizados, comparados e classificados. Defendeu que a estatística era o fundamento que dava cientificidade à medicina. Na base desta crença estava o facto de que as afirmações com base na indução médica privadas de análise numérica eram limitadas pela sua natureza provisória. Por exemplo, o método numérico que desenvolveu permitiu-lhe verificar estatisticamente a ineficácia das sangrias nos processos inflamatórios, o que fez cair os fundamentos desta terapêutica.

A evolução da medicina Oitocentista marcou uma viragem importante no conhecimento e na prática médica. A clínica tradicional de base especulativa impediu o aproximar da anatomia patológica à prática clínica durante várias décadas. O interesse de alguns médi-

cos pela anatomia de Morgagni permitiu avançar com novas pesquisas ao nível histológico, o que possibilitou a identificação da constituição dos órgãos e a elaboração de uma taxinomia do corpo e das patologias. A anatomia só pôde tornar-se patológica na medida em que o patológico anatomiza espontaneamente[89], isto é, com a nosografia emergente as doenças passaram a ter uma sede orgânica. O nascimento da anatomia patológica só foi possível pela prática sistemática de autópsias e pelo cruzamento de informações concernentes aos episódios patológicos com os elementos observáveis após a morte. Posteriormente foi definida uma semiologia em articulação com as alterações orgânicas e funcionais. Os pilares conceptuais da mentalidade anatomoclínica baseavam-se na atribuição dum carácter fundamental à lesão anatómica e à primazia do signo físico[90].

A segunda fase marcante da medicina no século XIX mediou entre 1848 e 1914. Datas politicamente comprometidas, a primeira ligada à revolução das classes trabalhadoras e a segunda ao início da Grande Guerra, são também culturalmente ligadas ao fim do Romantismo e ao despontar da filosofia positiva. Um conjunto lato de transformações económicas, sociais, demográficas e tecnológicas marcaram definitivamente este período e por inerência a medicina.

A partir de 1848 afirmou-se progressivamente a inclinação do homem para o concreto, o observável e logo para o conhecimento racional e científico das coisas, intensificando-se os seus projetos de transformação da realidade. Uma constatação importante da cultura deste período foi a primazia dada às ciências naturais[91]. A formulação da teoria positiva de Comte e a ideologia intrínseca de evolução e racionalismo da própria teoria dotou as ciências dum importante motor: a ideia de progresso. A matemática, a astronomia, a física, a química, as ciências da terra e da vida fizeram progressos relevantes quer nas teorias, quer na produção de meios tecnológicos e metodológicos potenciadores de novos avanços.

Porém, foi no campo da biologia que se formou uma teoria revolucionária que influenciou decisivamente as ciências médicas. O aparecimento da teoria da evolução de Charles Darwin marcou um ponto de cisão com o pensamento anterior. A difusão das suas ideias originou progressos notáveis ao nível da anatomia e fisiologia evolucionista comparada, da citologia, da histologia e da embriologia. Desde meados do século XIX que o exame das lesões a olho nu se tornou insuficiente para revelar a natureza e origem das doenças. O aperfeiçoamento do microscópio veio permitir uma análise mais profunda dos fenómenos patológicos ao nível dos tecidos e das células, nas quais se destacou a escola alemã com nomes como Theodor Schwann, Johannes Müller e Rudolf Virchow. No entanto, persistiam duas questões: a do «como» e do «porquê» das doenças.

---

[89] FOUCAULT, 1977: 149.

[90] LAIN ENTRALGO, 1976: xvii.

[91] JOVER ZAMORA, 1976: 2.

A resposta à questão do «como» foi dada pela fisiologia e pela fisiopatologia. A fisiologia teve o mérito de protagonizar uma segunda revolução médica na segunda metade do século XIX. Os trabalhos de fisiologia até Magendie foram dominados pelas posições vitalistas, mas a partir deste predominou uma posição analítica e experimental. Magendie utilizou o processo de vivissecção nos animais vivos para conhecer o funcionamento dinâmico dos organismos, isto é, procurou na experimentação com cobaias vivas o que os anatomistas procuravam nos cadáveres. Claude Bernard criou o conceito de «ambiente interno» habitado pelas células, cuja constância era assegurada por uma série de mecanismos, e ainda o conceito de «função orgânica» que estabelecia o papel específico desempenhado pelos diferentes tecidos e órgão. Dedicou-se também ao estudo do sistema nervoso, das funções renais e hepáticas, da vasomotricidade, das secreções endócrinas e exócrinas e do sistema circulatório[92].

Durante a segunda metade do século XIX, a medicina de laboratório associou-se à medicina hospitalar, permitindo a análise das estruturas íntimas das lesões anatómicas através dos meios microscópicos e a sua explicação a partir dos esquemas da ciência biológica. A necessidade de estudar de modo dinâmico as doenças esteve na origem da fisiologia patológica, que incorporou as noções físico-químicas de «processo» e «lei científica», reduzindo as funções orgânicas a processos materiais e energéticos.

Se a França tinha assumido o pioneirismo na conversão anatomoclínica da medicina, foi a Alemanha que liderou o processo de institucionalização da investigação laboratorial e a sua relação com a medicina hospitalar. A organização das faculdades de medicina germânicas permitiu aos médicos conjugarem as suas atividades clínicas, docentes e investigativas, possibilitando uma relação estreita e articulada entre o hospital, a sala de autópsias e o laboratório[93].

Um dos expoentes máximos da escola alemã, Rodolf Virchow, destacou-se na direção do Instituto de Anatomia Patológica de Berlim, publicando em 1858 a sua mais importante contribuição para a patologia do tempo: «*Die Cellularpathologie*», onde considerava que grande parte das doenças como os tumores, a patologia óssea, a tuberculose e a inflamação tinham origem nas células[94]. Para ele tudo provinha da célula, porque ela era a base quer dos tecidos normais quer dos patológicos. Ao longo das suas pesquisas identificou numerosas doenças caracterizadas pelas suas anomalias microscópicas, como as leucemias e os tumores. Para Maurice Tubiana, Virchow foi um prossecutor da obra anatomoclínica dos grandes clínicos parisienses com uma ferramenta nova, o microscópio[95], permitindo-lhe penetrar no mundo minúsculo das células.

---

[92] SOURNIA, 1995: 240.
[93] LOPEZ PIÑERO, 1976: 124.
[94] LOPEZ PIÑERO, 1976: 127.
[95] TUBIANA, 2000: 207.

Depois dos contributos dos anatomistas e fisiólogos foi a vez dos etiologistas se pronunciarem. Seria errado atribuir a paternidade da microbiologia e da bacteriologia exclusivamente a Louis Pasteur e a Robert Koch, pelo facto de outros investigadores se terem dedicado a estes campos de estudo em datas mais recuadas. Pode dizer-se que foram sobretudo os investigadores franceses e alemães que impulsionaram o estudo sistemático e a classificação das bactérias. O alemão Ferdinand Cohn foi um dos primeiros investigadores a separar as bactérias dos demais animálculos e a fazer a sua classificação, inaugurando a bacteriologia morfológica. No domínio da bacteriologia médica as primeiras experiências foram conduzidas por Casimir Davaine em torno do carbúnculo do gado. Em 1850, Davaine comunicou à *Société de Biologie* ter encontrado pequenos corpos filiformes no sangue dum carneiro morto pelo carbúnculo[96]. Apesar do fracasso de Davaine em explicar o mecanismo patogénico, estudos posteriores provaram que o carbúnculo era inoculável e transmissível ao homem.

Em meados da centúria de Oitocentos ainda se acreditava na geração espontânea, admitindo-se que dentro de certas condições de temperatura e composição química do meio, os micróbios, insetos e pequenos animais podiam formar-se espontaneamente a partir da matéria inerte. O aparecimento de bolores nos alimentos abandonados e a putrefação a partir de tecidos por um traumatismo eram observações tão quotidianas que ninguém questionava a geração espontânea de organismos aparentemente simples, enquanto não foi percebido o mecanismo da reprodução sexuada. Foram as investigações de Pasteur em torno da fermentação que derrubaram a teoria da geração espontânea, provando que existiam diversos tipos de microrganismos, responsáveis pelos diferentes tipos de fermentação (alcoólica, amílica, acética, láctea, etc.), que eram possíveis de isolar e cultivar.

Mas o grande contributo de Pasteur no campo médico foi a invenção de um método seguro e eficaz de imunização contra várias doenças animais e humanas. Após a observação do micróbio da cólera nas galinhas concluiu que as culturas envelhecidas deste gérmen não matavam as galinhas sãs e tornavam-nas imunes às culturas virulentas. Posteriormente relacionou o facto com a vacinação jenneriana, desenvolvendo nos quatro anos seguintes vacinas contra o carbúnculo, a erisipela suína e a raiva. Mas foi a aplicação da vacina contra a raiva em humanos que popularizou Pasteur, conseguindo tratar e imunizar eficazmente o primeiro paciente em 1885[97].

Pela mesma altura o alemão Robert Koch iniciou alguns trabalhos bacteriológicos descrevendo a etiologia do carbúnculo e desenvolvendo técnicas de coloração para o estudo de bactérias. Desenvolveu também culturas puras de bactérias em meios de gelatina e de soro de sangue de boi ou carneiro esterilizado, descobrindo deste modo o bacilo da tuberculose

[96] THÉODORIDÉS, 1976: 177-178.

[97] ROMAIN, 1997: 86-87.

em 1882. Nos dois anos seguintes, na sequência de viagens efetuadas ao Egipto e à Índia, isolou o vibrião colérico e estabeleceu em definitivo o papel na etiologia da cólera. Mais tarde criou a tuberculina que dizia ser a cura específica da tuberculose, embora a utilidade desta fosse apenas como meio diagnóstico.

Nos anos subsequentes foram descobertas numerosas bactérias, protozoários e vírus que confirmaram a natureza bacteriana de doenças que anteriormente eram tidas como inflamações ou febres. A partir daí criaram-se produtos terapêuticos como vacinas, soros, antissépticos e mais tarde os antibióticos. As doenças mais mortíferas da humanidade perderam o anonimato a partir do último quartel do século graças ao trabalho de laboratório. Hansen descobriu o bacilo da lepra (1873), Roux, Pasteur e Chamberland o estreptococo (1879), Eberth o bacilo da febre tifoide, Koch identificou o bacilo da tuberculose (1882) e o vibrião colérico (1883), Klebs e Loeffler o bacilo da difteria (1883), Yersin o bacilo da peste (1894), etc. Estas descobertas no campo da bacteriologia tiveram repercussões importantes ao nível médico e social, tanto nas campanhas higiénicas como, em certa medida, nas políticas sanitárias adotadas pelos poderes públicos.

No período entre 1848 e 1914, a higiene passou a desempenhar um papel relevante nas políticas de saúde pública. As doenças ditas sociais, entre as quais a tuberculose, despertaram um maior interesse dos poderes públicos face aos problemas das camadas mais desfavorecidas. Emilio Perigüell e Rosa Añon[98] consideram ter havido três vertentes que determinaram os esforços da sociedade contemporânea frente às enfermidades: 1) as epidemias de cólera e febre-amarela; 2) as endemias de varíola, tifo exantemático, febre tifoide, difteria e tuberculose; 3) as doenças profissionais. Estes autores reconhecem que estas doenças tiveram não só repercussões assinaláveis ao nível económico e social, como também na dimensão política. Os progressos científicos permitiram destrinçar doenças conhecidas até então pelo nome genérico de «febres», jogando um papel importante no estabelecimento de entidades nosológicas individuais, ao mesmo tempo que contribuíram para pôr em marcha planos de combate às doenças infeciosas.

Entre as doenças infeciosas crónicas mais marcantes e que exigiu maior determinação da sociedade estava a tuberculose, com um impacto social elevado, não só por se encontrar entre as primeiras causas de morte como também por gerar uma grande quantidade de enfermos crónicos com variados graus de incapacidade. A luta contra a tuberculose requereu uma perseverança redobrada por parte dos poderes públicos, por exigir a criação de locais de rastreio, prevenção e tratamento e ainda um ambicioso plano de educação sanitária para a população[99].

Ao lado das correntes médicas do século XIX, progressivamente assentes em dados científicos experimentais e com maior grau de objetividade, a tecnologia médica acompa-

[98] BALAGUER PERIGÜELL & BALLESTER AÑON, 1976: 363.
[99] BALAGUER PERIGÜELL & BALLESTER AÑON, 1976: 365.

nhou a tendência de progresso. Uma das atividades mais frutíferas dos médicos consistiu em descobrir, imaginar e aperfeiçoar processos de exames clínicos e complementares cada vez mais rigorosos. Aos meios convencionais de diagnóstico (interrogatório, inspeção, palpação, percussão e auscultação) existentes desde 1830, associaram-se novas técnicas de exploração do interior do corpo e de mensuração de indicadores físicos. A reinvenção do espéculo vaginal, a criação do oftalmoscópio, a criação do método endoscópico, com todas as suas variantes, as medições de temperatura e pressão sanguínea, a electromiografia, a electrocardiografia e a radiografia ilustram cabalmente o processo de tecnicização da medicina na segunda metade do século XIX. A par deste devemos citar ainda os meios de diagnóstico procedentes da pesquisa biológica como foram os exames hematológicos, bacteriológicos, bioquímicos e imunológicos.

O século XX recebeu o epíteto de «século da ciência», pelos numerosos avanços do conhecimento humano atribuídos à ciência e pela influência que esta passou a ter na vida dos homens e das sociedades[100]. O fim da Primeira Guerra Mundial marcou uma nova era na vida das sociedades ao nível global. No campo científico e tecnológico deu-se uma rápida extensão do pensamento ocidental (a mesma física, a mesma química, a mesma biologia na maioria dos centros de ensino) e das invenções do ocidente (eletrificação, comunicação, transportes, etc.). O conhecimento científico concentrou-se em campos previamente explorados ou inteiramente novos, vistos agora como instrumentos muito mais potentes quer teórica quer experimentalmente: por exemplo, o mundo sub-atómico, o universo à escala astronómica, a química da herança genética, a microbiologia, o eletromagnetismo, a mente humana ou a informática[101]. No campo das ciências médicas destacaram-se algumas das chamadas ciências básicas da medicina, assentes em pressupostos biofísicos, bioquímicos e bioestatísticos.

Progressos importantes foram realizados nos domínios da morfologia biológica, da embriologia, da citologia, da biologia molecular da célula, da genética, da bioquímica, da fisiologia, etc. Por outras palavras, nenhum campo das ciências médicas ficou incólume aos avanços da ciência, o que se repercutiu desde logo no pensamento clínico ao nível da nosologia e patologia. As grandes correntes de pensamento da centúria de Oitocentos – o anatomoclinicismo, a fisiopatologia e a etiopatologia, e mesmo a patologia celular de Virchow – foram suplantadas pela patologia molecular ou sub-molecular. A génese das lesões anatomopatológicas, as complicações hereditárias, o mecanismo dos sintomas, a agressão duma bactéria ou vírus e a defesa imunitária passaram a ser explicados em termos biológico-moleculares, tendo em conta a estrutura bioquímica das moléculas, dos processos que ocorrem entre elas, a mecânica quântica das partículas elementares, etc. Admite-se que houve uma «molecularização» do saber patológico e do diagnóstico e simultaneamente

[100] ARÓSTEGUI, 2007: 60.
[101] ARÓSTEGUI, 2007: 60.

uma «antropologização» na clínica, na patologia e na terapêutica[102]. A biologia celular, que estudava o ser vivo mais pequeno, deu lugar à biologia molecular, que passou a analisar os componentes que formam a célula e a explicar o seu comportamento através da sua composição química. A biologia molecular facilitou o desenvolvimento de outra ciência em ascensão: a genética. Esta dedicou-se ao estudo da hereditariedade biológica e das suas variantes, tendo sido a descoberta dos genes e do ADN elementos fundamentais para os estudos sobre a vida e a decifração do genoma humano.

No século XX nasceu uma ciência de interface entre a biologia e a medicina, a biomedicina, voltada para a pesquisa das doenças humanas, dos seus fatores ambientais e ecoepidemiológicos, com o intuito de encontrar a sua causa, mecanismos, prevenção, diagnóstico e tratamento. Contudo, a biomedicina não se poderia ter desenvolvido sem os contributos da bioquímica, da biofísica e da bioestatística, que lhe conferiram métodos e meios de análise mais profundos e de maior cientificidade. A química e a física convergiram no mesmo sentido para criar a biologia molecular que passou a explicar a vida em termos atómicos e moleculares. Físicos de renome mundial como Niels Bohr e Erwin Schrödinger começaram a olhar para a biologia com vivo interesse[103]. Schrödinger previu que a biologia estava a entrar numa fase de desenvolvimento extraordinário, especialmente no campo da hereditariedade. As contribuições da física para a medicina foram crescentes ao longo da centúria de Novecentos. Desde cedo que a luz artificial permitiu aos cirurgiões fazerem intervenções a qualquer hora e aos clínicos fazerem exames por meio de endoscopias, analisar matérias orgânicas através do microscópio eletrónico e desenvolver novas terapias. Numa questão de décadas juntaram-se ao reportório os lasers, a termografia, os ultrassons, a ressonância magnética, etc.

Com a II Guerra Mundial, a medicina passou a usar a tecnologia nuclear para seu benefício, através da radioscopia, da radioterapia e da scanografia, convertendo a imagiologia médica numa verdadeira indústria. Aproveitou ainda o manejo das substâncias isotópicas para estudar o movimento e acompanhar o percurso dum radiofármaco num tecido ou órgão, pelo procedimento da cintilografia ou gamografia.

Ao lado da física também a química deu a sua contribuição. Os médicos passaram a necessitar de cada vez mais informação bioquímica acerca do funcionamento sistemático dos órgãos e sistemas. A miniaturização, tornada possível pela eletrónica, requereu pequenas quantidades de líquido ou células. As análises simplificaram-se o que permitiu estarem ao alcance de todos, seja para o diabético conhecer o nível de glicemia ou a mulher saber se está grávida. O estudo do sangue e dos seus componentes possibilitou o tratamento de problemas como a hemofilia, a leucemia ou as transfusões sanguíneas. O estudo centrado nas hormonas e enzimas contribuiu para a compreensão do funcionamento orgânico e dos

[102] LAIN ENTRALGO, 1976: 129.
[103] PARREIRA, 2003: 101-126.

comportamentos humanos. As pesquisas da endocrinologia ligada ao aparelho reprodutor conheceram extraordinários progressos ao ponto de se inventar uma eficaz técnica medicamentosa de contraceção que passou a substituir os antigos processos mecânicos. Os médicos procuraram não só controlar a fertilidade como também corrigir a esterilidade por meio de fertilização *in vitro* e inseminação artificial, para o qual contribuíram as investigações laboratoriais em torno da procriação medicamente assistida. A medicina ascendeu progressivamente a uma nova dimensão, passando de uma função assistencial e terapêutica à intervenção na reprodução e no património genético da humanidade.

A terceira novidade foi a introdução da estatística médica. A estatística contribuiu para tornar o raciocínio médico mais rigoroso, mediando a passagem do qualitativo ao quantitativo, da intuição à probabilidade numérica. As estatísticas demográficas, à cabeça, permitiram colher dados valiosos para a epidemiologia e por consequência desenvolver a higiene coletiva. Apesar das limitações desta abordagem, a estatística quantificou a incerteza, fornecendo dados probabilísticos acerca dos fenómenos mórbidos. A partir desta abordagem foi possível quantificar o número de óbitos por uma determinada doença ou calcular as taxas de natalidade e mortalidade duma população. A bioestatística permitiu aferir ainda a eficácia dos tratamentos terapêuticos, sabendo o grau de sucesso de um determinado medicamento. Em suma, a estatística aplicada à medicina trouxe-lhe maior cientificidade e sobretudo dados matemáticos sobre os quais se estabeleceram políticas para o futuro.

O pensamento médico herdado da anatomoclínica e da fisiopatologia transformou-se num novo tipo de pensamento mais totalizador. Passou-se a encarar o homem doente não somente como um *organismo* que era preciso tratar, mas teve-se em conta a *pessoa* num sentido antropológico. O momento de viragem identifica-se com uma personalidade e uma data charneira. Trata-se do médico alemão Ludolf von Krehl (1861-1937), que passando por vários hospitais e centros universitários, viveu a I Guerra Mundial nos campos de batalha como médico. A prática clínica junto ao exército beligerante condicionou decisivamente o seu pensamento e o futuro da prática clínica, realçando o problema patológico.

> *La función es, en definitiva, proceso (Vorgang) como la vida misma; pero lo que dura, lo que ahí esta inamovible, en definitiva, la lesión, es estado (Zustand). El estado patológico – lo que llamamos enfermedad – es, en el fondo, una abstracción. En cambio, "la enfermedad es y sigue siendo un proceso y, como tal, es menester separarlo de lo que es estado". […] El proceso morboso es aquello que se desenvuelve por cauces inhabituales, insólitos, y que abarca determinadas unidades funcionantes del soma*[104].

[104] GARCIA-SABELL, 1976: 135-136. Veja-se também SCLIAR, 2007: 29-41.

A I Guerra Mundial foi um acontecimento marcante para Krehl, destacando-se as dificuldades da prática clínica que enfrentou nos campos de batalha, desde a falta do instrumental, necessário para formular o diagnóstico científico, ao tratamento, o que teve enormes repercussões nos meios universitários quando aquele regressou à docência. Com a meta posta no homem doente, deixou de considerar a doença ligada às leis da natureza para ligá-la à existência experimentadora, sofredora e superadora da dor, passando da medicina fisiopatológica científico-natural para a medicina personalista. O postulado krehliano consistiu no reconhecimento de duas realidades novas para a clínica: primeiro considerar o processo mórbido como uma estrutura unitária em que participa todo o organismo e segundo ter com imperativo individualizar as doenças e perspetivá-las como pessoais. A clínica passou a personalizar a doença, a fisiopatologia foi aplicada à pessoa num processo a que Pedro Lain Entralgo chamou a «hominização da medicina»[105].

A doutrina de Krehl foi continuada e alargada por outro médico germânico de nome Gustav von Bergmann, que aperfeiçoou a clínica fisiopatológica e aprofundou o conceito de pessoa na patologia interna. A ideia de pessoa penetrou quer a patologia funcional quer a clínica. O conceito evoluiu para o de «pessoa biológica» constituída por um sistema de funções que se autorregula. Esta «pessoa biológica» é capaz, pela sua constituição intrínseca, de regular as modificações morfológicas, de compensá-lo e evitar o fracasso da função. Existe também a pessoa subjetiva, biográfica e emocional que tem uma história vital intima. Para Bergmann é a soma destas duas pessoas, a corporal e a anímica, que determina o estado de doença como situação «total»[106].

A orientação do pensamento patológico para a condição vivencial do indivíduo doente determinou um novo entendimento acerca de como adoece, não dependendo somente duma causa externa, da pertença do sujeito a uma determinada estirpe, da sua condição temperamental ou tipo constitucional, mas dependente sobretudo de um modo mais radical e fundamental da condição de ser vivente desse sujeito[107]. Esta mentalidade biopatológica vê a doença como uma luta entre dois seres vivos, numa aceção clara à biologia darwinista de luta pela existência, isto é, o indivíduo enfermo comporta-se como um ser vivo que luta contra um microrganismo que perturba a sua vida. A verdadeira mentalidade biopatológica surgiu quando se estudou o procedimento interno do organismo individual, que ao reagir contra a causa mórbida e como consequência desta agressão fica doente.

A mentalidade biopatológica assumiu-se como distinta das mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica e etiopatológica por assumir razões parciais e não totais como estas últimas faziam crer ao colocar o cerne dos problemas estritamente na lesão anatómica, na

[105] GARCIA-SABELL, 1976: 136.
[106] GARCIA-SABELL, 1976: 137.
[107] LAIN ENTRALGO & ALBARRACIN TEULON, 1976: 197.

anomalia funcional ou na agressão bacteriana. Para a biopatologia, o homem caracteriza-se por ser um organismo específico, qualitativamente diferente dos restantes organismos animais e individualizado em relação aos demais organismos humanos. A biopatologia não procura rotular nosologicamente ou explicar os mecanismos da doença, mas sim compreender biologicamente a imperfeição e o descentramento do organismo doente.

Por estas razões, pode-se afirmar que a medicina do século XX caminhou a par da antropologia, considerando as dimensões comunitárias e pluripessoais como fatores relevantes para a compreensão do sentido de adoecer do homem. Esta abertura da medicina e do médico em relação ao passado biográfico e histórico do Homem surgiu no momento em que se desenvolveu a Segurança Social em larga escala e permitindo o acesso das massas à medicina.

1. 3. Progressos da medicina portuguesa no período contemporâneo

Duma maneira geral pode dizer-se que os progressos da medicina em Portugal foram lentos até aos finais do século XIX. Ao nível científico e médico os séculos XVII e XVIII foram muito pouco produtivos. No século XVII, os estudos anatómicos eram quase inexistentes em Portugal e os trabalhos acerca da circulação do sangue ou de anatomia de Malphigi e Leuwenhoeck eram desconhecidos. A patologia médica era dominada pelas doutrinas galénicas, a profilaxia coletiva centrava-se essencialmente na peste e a terapêutica convencionava as sangrias, os purgantes e os revulsivos[108].

Já no século XVIII, a medicina portuguesa tentou acompanhar de perto as doutrinas e as inovações vigentes. No início do século coexistiam o humoralismo galénico com a iatromecânica e a iatroquímica, mas na segunda metade predominaram os sistemas médico-filosóficos, intimamente ligados ao pensamento metafísico da altura. Quer os sistemas erguidos quer as invenções científicos foram difundidos tardiamente em Portugal, mas com ritmo intenso graças a um movimento febril destinado a acompanhar os progressos estrangeiros. Aparecem um grande número de publicações, criaram-se academias científicas, difundiu-se o jornalismo médico e realizaram-se as importantes reformas no ensino médico em Coimbra e no ensino cirúrgico em Lisboa[109]. Contudo, a reforma pombalina do ensino superior não foi capaz de modernizar a investigação médica, porque se é verdade que estimulou um ensino prático, criou instalações modernas e estabelecimentos auxiliares de ensino, esse período permaneceu marcado pela restrição de liberdade de pensamento, pela censura e pela perseguição a intelectuais de renome[110].

---

[108] LEMOS, 1991: 9, 24 e 40.
[109] LEMOS, 1991: 59.
[110] SALGUEIRO, 2011: 894.

Com o conturbado início do século XIX em Portugal as ciências foram de novo prejudicadas. A fuga da Corte para o Brasil, as invasões francesas e a guerra civil acarretaram problemas de diversa ord0para o país e para as instituições. Os problemas decorrentes da vida política afetaram os progressos das ciências médicas até 1825[111], data da criação das Régias Escolas de Cirurgia, primeiro em Lisboa e logo a seguir no Porto. Os cursos de cinco anos compreendiam o estudo de anatomia e fisiologia no 1.º ano, matéria médica e farmácia no 2.º ano, higiene, patologia externa e clínica cirúrgica no 3.º ano, medicina operatória e obstetrícia no 4.º ano, patologia interna e clínica médica no 5.º ano. A criação das escolas de cirurgia, por influência do cirurgião militar Teodoro Ferreira de Aguiar, tiveram uma ação notável ao pôr fim ao ensino rudimentar de cirurgia dos hospitais militares e ao conter alguma emigração de alunos para universidades estrangeiras, visto que na Universidade de Coimbra o ensino da cirurgia era em grande parte teórico. Além disso os cursos de cirurgia compreendiam três cadeiras de medicina, o que mostra a tendência de fusão destas duas áreas. A reforma de 1825, criadora das escolas de cirurgia e mais tarde as escolas médico-cirurgicas associou o ensino com a prática hospitalar: o Hospital de São José em Lisboa e o Hospital de Santo António no Porto. O ensino de raiz teórica e filosófica dos meios universitários já não era predominante nestas escolas de orientação marcadamente prática[112].

A associação entre a ciência médica e a arte cirúrgica fundiu-se perfeitamente com a criação das Escolas Médico-cirúrgicas. A ampliação do quadro de estudos das Escolas de cirurgia, pelo decreto de 29 de dezembro de 1836 de Passos Manuel, que então chefiava o Ministério do Reino, dotou as escolas de novas cadeira de medicina transformando-as em Escolas Médico-cirúrgicas. Decretou-se também a criação de mais duas escolas, uma no Funchal e outra em Ponta Delgada, tendo sido a primeira efetivamente criada em 1837, a reorganização da Universidade, a fundação de escolas de farmácia e a Escola e Academia Politécnica em Lisboa e Porto respetivamente. Ao nível da medicina o grande contributo da reforma de 1836 foi terminar com a distinção entre médicos e cirurgiões, preparando os clínicos para o exercício das duas funções, que anteriormente estavam repartidas, apesar do diploma médico só ter tido equivalência ao da Faculdade de Medicina de Coimbra em 1866. O curso passou desenrolar-se em cinco anos com dez cadeiras: anatomia, fisiologia, patologia geral, médica e cirúrgica, química e física médica, nosologia, obstetrícia, higiene pública, entre outras. Quanto à Universidade, apesar de algumas modificações estruturais e melhorias de condições, a Faculdade resistia às inovações e rejeitava obstinadamente o tipo de ensino realizado em Lisboa, como fez notar José Maria Grande numa sessão solene da Sociedade de Ciências Médicas: «O que caracteriza particularmente a Escola Médica de

[111] A data de 1825 parecer ser credível para se considerar o ponto de partida das renovações ocorridas na medicina portuguesa, pois surge nesse ano a criação das Régias Escolas de Cirurgia como ponto de despegue em relação à medicina/cirurgia praticada até então. Cf. LEMOS, 1991: 7 e MIRA, 1947: 347.

[112] NUNES, 2010: 67.

Coimbra é o especulativo e o filosófico da instrução; o que distingue as Escolas Médico-cirúrgicas é serem mais especiais e positivas»[113].

A partir da segunda metade do século XIX, a orientação das investigações determinou, como já mostramos, uma nova era da biomedicina. Claude Bernard na fisiologia, Virchow na citologia, Pasteur e Koch na bacteriologia modificaram as conceções da altura. Em Portugal também se verificaram avanços na ciência com a generalização de laboratórios de investigação e ensino, com trabalhos sistemáticos de investigação aplicada, com a publicação de livros e revistas especializadas e a criação duma sociabilidade científica que se repercutiu na formação duma nova geração de professores e investigadores com uma nova sensibilidade para a investigação prática e experimental[114]. Isto não impediu que Portugal fosse essencialmente um recetor dos trabalhos, modelos e métodos até pelo menos à década de 1870[115], embora algumas ações como a criação da cadeira de Histologia e Fisiologia Geral na Faculdade de Medicina por Costa Simões e a introdução da microscopia e exames laboratoriais por May Figueira, Augusto Rocha, Ricardo Jorge e Plácido de Sousa testemunhem alguns progressos.

No último vinténio do século XIX houve progressos encorajadores na ciência em Portugal. A internacionalização da ciência, a partir da década de 80, veio favorecer o intercâmbio, a circulação do *know-how*, a especialização disciplinar e a institucionalização de novas áreas do conhecimento, que, articulada com a expansão da filosofia de Comte, teve um papel decisivo na afirmação do cientismo em Portugal[116]. Algumas instituições e professores encetaram esforços para acompanhar as novidades, os novos métodos laboratoriais e os trabalhos das escolas estrangeiras, comprando livros e publicações, correspondendo-se com outros investigadores, participando em congressos internacionais, dotando os seus laboratórios de instrumentos mais modernos, etc. O esforço dos médicos e cientistas nacionais acabou por se materializar na criação de instituições de referência nacional como o Real Instituto Bacteriológico, por Câmara Pestana, o laboratório de Histologia no Hospital de Rilhafoles por Miguel Bombarda, e o laboratório Nobre no Porto, constituindo três exemplos da escola experimental portuguesa, nascidos na mesma época que o Instituto Pasteur em Paris ou o Jonhs Hopkins em Baltimore.

Nos primórdios da ciência bacteriológica foram vários os médicos portugueses que viajaram ao estrangeiro com a finalidade de se inteirarem dos novos métodos de pesquisa e dos processos de fabrico de soros e vacinas, especialmente da raiva. Luís da Câmara Pestana foi um desses estudantes que passou pelo Instituto Pasteur e que voltou para prosseguir os seus trabalhos. A epidemia de cólera em Lisboa (1894) e a peste no Porto (1899)

---

[113] Citado por MIRA, 1947: 356.

[114] SALGUEIRO, 2011: 894-896.

[115] Cf. PITA, 1998: 230; MIRA, 1947: 426 e COSTA, 1986: 504.

[116] CATROGA, 1993: 571-573.

foram ocasiões privilegiadas de estudo para os bacteriologistas e higienistas portugueses. As pesquisas centraram-se não somente nos organismos patogénicos responsáveis por doenças infectocontagiosas, mas igualmente sobre os elementos como as águas, o ar, a sepsia, a soroterapia e a vacinação.

No Porto, Ricardo Jorge foi o grande impulsionador da bacteriologia com trabalhos sobre a difteria e a peste bubónica, seguido pelos trabalhos de Sousa Júnior, Alberto de Aguiar, Balbino Rego e Manuel Pinto. Antes destes, Júlio de Matos e Magalhães Lemos tinham orientado trabalhos de bacteriologia no pequeno laboratório do Hospital de Conde Ferreira. O surto de peste bubónica permitiu-lhe criar um laboratório de bacteriologia junto ao Hospital Goelas de Pau, estendendo-se o campo de investigações a outras doenças[117].

Em Portugal, como no estrangeiro, o desenvolvimento dos estudos microbiológicos fez-se a partir da segunda metade do século XIX. Podemos dizer que a persecução dos estudos microbiológicos ligou-se decisivamente a duas correntes de estudo, sendo a primeira corrente a científica e biológica de base naturalista e a segunda a medicina profilática ou sanitária. No caso da medicina científica e biológica partiu das instituições de ensino e investigação, sendo os professores e os alunos das escolas médicas os próprios investigadores. Já a medicina profilática, ligada à higiene pública, teve uma raiz sociológica e coletiva, passando a ciência médica a intervir no seio das sociedades.

Apesar dos esforços de um grupo de médicos interessados em desenvolver uma medicina moderna e atualizada em relação aos estudos das potências como a França, Alemanha e Inglaterra, a iniciativa individual e coletiva ficou aquém do desejável, com médicos somente à procura duma posição económica e social confortável, com associações médicas em estado vegetativo, um periodismo médico limitado a súmulas das experiências e publicações estrangeiras, esquecendo-se o ensino prático e a experimentação como o afirmou Ricardo Jorge no prólogo ao «Anuário dos Progressos da Medicina em Portugal» em 1884[118]. Não obstante, é redutor dizer-se que Portugal foi um mero recetor passivo. Apesar de ter tido um papel secundário nas redes políticas, económicas e científicas europeias não ficou indiferente aos novos modelos médicos[119] e à sua escala e de acordo com os seus recursos geraram-se discussões, críticas, polémicas e a organização de grupos de estudo sérios e produtivos em matéria científica, que patenteia o fulgor e a atividade científica portuguesa deste período.

Nos finais do século XIX, a população portuguesa via-se a braços com três grupos de patologias dominantes e de certa forma inter-relacionadas: as doenças infeciosas; as carências alimentares; e as doenças profissionais, sobretudo ligadas aos meios industriais. As

[117] RAMALHÃO, 1925: 18, 23, 26 e 29.
[118] LEMOS, 1884: iv-ix e xi.
[119] SAAVEDRA, 2010: 42-43.

doenças infeciosas mantiveram uma alta incidência e mortalidade em todas as idades, sendo frequentes pequenos surtos ou epidemias de doenças como a peste bubónica, a varíola ou tifo e ainda endemias como a tuberculose. As carências alimentares, eternas adjuvantes das enfermidades, foram quase sempre o problema das classes pobres e de grupos de riscos como as crianças, grávidas e idosos. As doenças profissionais, características das idades ativas, aumentaram com o desenvolvimento da indústria nas principais cidades[120]. A organização da saúde pública e da higiene coletiva em Portugal atrasou-se em parte devido às más políticas. Em 1813 criou-se a Junta de Saúde e mais tarde o Conselho de Saúde Pública (1837) sob alçada do Ministério do Reino presidido por Passos Manuel. Nem o Código Administrativo de 1842[121] nem a legislação posterior foram eficazes, ao ponto de serem burlescamente criticadas por Ricardo Jorge nas suas conferências sobre a higiene social:

> *A que congresso esclarecido e sábio se confiou a delicada e penosa tarefa da nova lei de polícia hygiénica é também outro segredo imperscrutável; a custo se levanta uma ponta do véu mysterioso para tristemente se saber que o novo e o decantado regime d'administração sanitária, gerado e gestado no ventre augusto da governação, viera á luz pública a 3 de dezembro do citado anno, após um parto laborioso pelo anonymo e angustiado ducto excretor … d'um empregado de secretaria do reino. Filho de damnado coito burocrático, em sacrilégio aberto com a sciencia – a única mãe legitima, cujo ventre fecundo e seio ubérrimo ignobilmente repelliu – nasceu acephala, apode e vasia, como um ôdre soprado.*
>
> *(…) Dois vícios capitães fulminam o descrédito e a impotência sobre este infeliz agglomerado com pretenções a um machinismo regular de sanidade publica. A primeira incongruencia é conceder a leigos faculdades deliberativas d'alto alcance só possíveis, e ainda assim difficeis, d'obter com uma educação especial e apropriada. Não será uma singularissina e disparatada inversão profissional?*
>
> *Tractent fabrilia fabri. Às authoridades …as eleições – aos hygienistas a saúde publica (…)*
>
> *O segundo é a formação do elemento consultivo. Em bom principio a constituição e renovação d'esse aggregado deviam fazer-se por uma selecção esclarecida e honesta; lugar ao mais intelligente, ao mais douto, ao que mais provas tivesse acumulado da sua competência intellectual e moral. Depende de pura nomeação ministerial, o accesso, amplamente aberto aos nullos, aos ineptos e aos ociosos, requer essencialmente habilitações… politicas, e qualidades … d'empenho!*
>
> *D'ahi decorre singularíssimo e monstruoso phenomeno; e é que a maioria das entidades officiaes de hygiene desconhece totalmente ás vezes a sciencia, em nome da qual tem de prestar os seus conselhos*[122].

---

[120] FERREIRA, 1990: 225-226.

[121] No Código Administrativo de 1842 as atribuições de saúde pública recaíram essencialmente sobre os municípios, especialmente nas tarefas de policiamento e limpeza dos espaços. Cf. *Código Administrativo* (1842). Lisboa: Imprensa Nacional, Art. 120.

[122] JORGE, 1885: 25 e 29-31.

No entanto, com a reforma das escolas de cirurgia em 1837, passando a denominar-se de Escolas Médico-cirúrgicas, criaram-se duas cadeiras de higiene, uma no segundo ano, «Fisiologia e Higiene», e outra no quinto ano denominada «Clínica Médica, Higiene Pública e Medicina Legal». Na Faculdade de Medicina de Coimbra a reforma gerou também duas cadeiras sob a denominação de «Medicina Legal, Higiene Pública e Polícia Médica» e «Fisiologia e Higiene». O decreto que viria a autonomizar a cadeira de Higiene Pública só apareceu a 5 de abril de 1900 para Porto, Lisboa e Coimbra[123]. A higiene aqui abordada não se resumia exclusivamente à limpeza e asseio público ou individual. A Higiene aglomerava o estudo de vários domínios como a etnogenia e etnonosografia, a distribuição geográfica das doenças, a demografia estatística, climatologia e meteorologia, hidrografia, higiene da via pública e das habitações, higiene da alimentação, da indústria, das águas e esgotos, dos hospitais, a desinfeção, o exercício físico, etc. A Higiene era uma disciplina complexa e pluridisciplinar que implicava conhecimentos profiláticos, conhecimentos do meio ambiente e suas propriedades, conhecimentos urbanísticos e das redes urbanas assim como das práticas e costumes sociais. A inclusão da higiene científica nos programas de formação médica é sintomática do reconhecimento político da sua utilidade social, mas também «do seu valor disciplinar e do seu poder correctivo, preventivo e até perfectivo»[124]. Contudo, a aplicação da higiene à sociedade pressupunha o conhecimento do seu número, da sua estrutura e do seu movimento, o que implicava lançar mão a elementos de análise demográfica, que simultaneamente serviam interesses sanitários mas também sociais, políticos e morais[125]. Mas a higiene e a sua promoção não era entendida por todos da mesma forma. Eram essencialmente os seus cultores que lhe atribuíam um valor social e político, porque, como salientou Mónica Saavedra, na viragem do século XIX para o XX a cooperação do poder administrativo foi pouca, tal como a projeção social era limitada às elites urbanas.

Neste contexto, o trabalho de Ricardo Jorge foi decisivo ao promover a criação do Instituto Central de Higiene, onde se instalou o curso para médicos sanitaristas e se desenvolveram pesquisas para os problemas de saúde pública e propostas de medidas nessa área. Além disso regeu a cadeira de higiene na EMCL e assumiu o objetivo de reformar os serviços sanitários, adaptando-os aos novos contextos científicos e sociais, da qual resultou a publicação do «Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública», que no dizer de Jorge Alves foi «a pedra de toque da modernização do sistema sanitário»[126] em Portugal. Não admira portanto que a higiene fosse para os médicos um problema fulcral e abrangente que era necessário acautelar para diminuir as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, sobretudo pelas doenças infetocontagiosas como a tuberculose.

---

[123] MARTINS, 1925: 8, 14 e 35.
[124] PEREIRA & PITA, 1993: 478.
[125] JORGE, 1899: vi-vii.
[126] ALVES, 2008: 89

Não será despropositado dizer-se que o maior contributo dos portugueses para a medicina científica teve lugar na primeira metade do século XX, sobretudo no campo das especialidades médicas então emergentes[127]. Graças a Egas Moniz desenvolveram-se em Portugal métodos de diagnóstico e terapêuticos inovadores, que lhe valeram o prémio Nobel da Medicina em 1949 pelo valor terapêutico atribuído à leucotomia. Os seus trabalhos de neurologia permitiram a descoberta da angiografia cerebral, o que conduziu à criação da cirurgia vascular do encéfalo e preparou o terreno para a formação da Escola Portuguesa de Angiografia, desenvolvendo-se sucessivamente a arteriografia, a linfografia, a flebografia e a microangiografia. A angiografia de Egas Moniz permitiu a visualização dos vasos cerebrais através da opacificação do sangue aos Raios X, permitindo a deteção de tumores intracranianos e o tratamento de lesões vasculares do cérebro. Aprofundou também a leucotomia do córtex pré-frontal para o tratamento de perturbações psicopatológicas. Na década de 1930, outros investigadores se destacaram como Reinaldo dos Santos e Lopo de Carvalho ao nível da arteriografia que produziu conhecimentos inovadores no campo da semiologia vascular e visceral e na própria terapêutica arterial. Apareceram igualmente trabalhos de flebografia e de linfografia na linha da angiografia.

A medicina tropical foi outro campo em que a medicina portuguesa se destacou e para o qual mais contribuiu. A medicina tropical diz respeito ao conjunto de assuntos que englobam as doenças das regiões quentes, como a doença do sono, a doença das Chagas, as diversas filarioses e todas as doenças consideradas exóticas, como o paludismo e a febre-amarela. A cadeira de Medicina Tropical transformou-se rapidamente em Escola de Medicina Tropical. Nas colónias portuguesas de África e na Índia desenvolveram-se numerosas missões de estudo sanitário e demográfico e erradicação de doenças, como a do sono na Ilha do Príncipe ou a cegueira curável em Moçambique[128].

Com a reforma de 1911, criaram-se as Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto, passando as três escolas médicas a ter currículos semelhantes e atribuição dos mesmos graus académicos. Ao longo do século XX estabeleceram-se em Portugal várias especialidades médicas e cirúrgicas que acompanharam as necessidades dos tempos modernos. A cardiologia foi uma das especialidades que mais progrediu em Portugal, tendo como grande impulsionador Jacinto Moniz de Bettencourt e Fernando Sampaio na cardiologia pediátrica. A cirurgia cardiotorácica também se desenvolveu, mas mais lentamente. Também a endocrinologia, a hematologia e transfusão, a neurocirurgia, a neurologia e psiquiatria, a obstetrícia e ginecologia, a ortopedia e traumatologia e a pneumologia, entre outras, sofreram progressos e desenvolvimentos muito significativos. A pneumologia veio substituir a anterior designação de tisiologia, porque a tuberculose era até aos anos 50 a doença mais grave e dominante dos pulmões. Vários médicos de renome no campo da cirurgia torácica

[127] Veja-se sobre a emergência, afirmação, regulamentação e estandardização das especialidades médicas WEISZ, 2006.

[128] Cf. FERREIRA, 1990: 443-454.

não cardíaca foram cirurgiões formados nos sanatórios como Bello de Morais, Lopo de Carvalho, Nunes de Almeida, José Rocheta ou Luís Quintela[129]. Assim, a medicina portuguesa no século XX evoluiu favoravelmente, acompanhando o que de mais moderno se ia realizando no estrangeiro. O interesse pelas especialidades e os especialistas de renome mostram que efetivamente os nossos médicos estavam a par dos conhecimentos e técnicas de que a medicina moderna se dotou.

[129] MACEDO, 2000: 104-105.

CAPÍTULO 2
A TISIOLOGIA E O ESTUDO DA DOENÇA TUBERCULOSA

2. 1. Doenças, doutrinas e tuberculose: a difícil compreensão de uma doença

2. 1. 1. O conhecimento médico da tuberculose ao longo dos tempos

A tuberculose foi vista e compreendida de modo distinto ao longo dos tempos. Tuberculose é uma palavra derivada do latim *tuberculum* que significava inchaço ou tumefação, encontrando-se associada à ideia duma extrusão mórbida e anormal[130]. A palavra *tubercula*, enquanto termo médico para descrever as lesões pulmonares enquistadas associadas à tísica, foi usada pela primeira vez por Francisco Sylvius no século XVII, embora a palavra tuberculose só se tenha generalizado enquanto termo médico nos finais do século XIX. Sendo provavelmente uma doença tão antiga quanto a humanidade, a patologia que denominamos hoje de tuberculose assumiu várias designações ao longo da História. O desconhecimento da sua origem impediu a utilização dum designativo comum para mencionar as várias manifestações patológicas devidas à ação do BK. Até ao século XIX, a tísica pulmonar, as escrófulas, o lúpus ou o Mal de Pott eram tidas como doenças distintas e por isso não tinham uma designação uniforme.

Especulasse que pelo menos desde o Neolítico, a tuberculose fosse uma patologia presente entre os agrupamentos humanos. O aumento numérico das comunidades e a dedicação a atividades como a criação e domesticação de animais ampliou as possibilidades de exposição ao contágio tornando a tuberculose numa doença presente nas sociedades antigas[131]. A descoberta e o estudo patológico de múmias têm permitido aos investigadores revelar a existência da tuberculose em comunidades humanas de há milhares de anos atrás. Bernardo Arriaza, um antropólogo da Universidade do Nevada, fez há poucos anos a descoberta de centenas de múmias chilenas datadas do quinto milénio a.C. com claras evidências de tuberculose óssea[132]. Apesar das escassas informações acerca da doença antes do período hipocrático, sabe-se que era conhecida no Egipto faraónico e na Índia. Estudos arqueológicos e representações artísticas antigas testemunham a existência de tuberculose vertebral em múmias egípcias com mais de três mil anos[133]. Considera-se que foram os hindus antigos que designaram a doença de «tísica», considerando-a impura e de origem humoral. Os persas antigos também registaram a sua existência e o seu tratamento à base de leite de jumenta e cálcio das carcaças dos caranguejos. Algumas passagens bíblicas do Levítico e do Deutronómio testemunham que a doença era conhecida do povo hebreu e associada a castigos de Javé pelos pecados dos homens[134]. Ainda na América do Sul, foi

---

[130] SONTAG, 2002: 11.

[131] Cf. GRMEK, 1994: capítulo VII; FILHO, 2001: 31.

[132] GUHL, 2000: 554.

[133] DANIEL, 1999: 9-10.

[134] Veja-se estas duas passagens: «Então eu, também, vos farei isto: Porei sobre vós terror, a tísica e a febre ardente, que consumam os olhos atormentem a alma; e semeareis debalde a vossa semente, e os vossos inimigos a comerão», *Levítico* 26:16 e «O

encontrada uma múmia dum rapaz datado do período Nazca, cerca de 300 anos a.C., cujos exames microscópicos dos tecidos do coração, rins, pulmões e coluna vertebral revelavam a existência de uma tuberculose miliar pelos vestígios de BK presentes nas lesões[135].

Contudo, as melhores e mais completas descrições da tuberculose da Antiguidade Clássica chegam-nos pela mão do grego Hipócrates de Cós. A doença era conhecida como *phthisis* ou consumpção, por estar associada ao estado de magreza/anorexia evidenciada pelos corpos dos doentes. A escola hipocrática explicava a doença como sendo consequência de três outras patologias: a pleurite purulenta, a hemoptise e a pneumonia quando estas tomavam um curso diferente do habitual. Nos seus escritos, Hipócrates considerava que o catarro, proveniente da pneumonia, quando não era eliminado se concentrava nos pulmões e tornava-se matéria pútrida que sufocava o paciente e comprometia todo o organismo. O processo mórbido poderia incluso levar à rutura de uma veia, ficando a expetoração impregnada com raios de sangue[136]. O seu aforismo de que a doença ocorria sobretudo entre os dezoito e os trinta e cinco anos perseverou até ao século XX intacto. Os gregos estabeleceram uma sintomatologia bastante completa da doença, assinalando a existência de sons anormais produzidos durante a respiração, dor torácica intensa, tosse, escarro grosso e purulento, respiração difícil, voz rouca, rubor facial, etc. Contudo, não eram feitas dissecações em cadáveres humanos o que impossibilitava um conhecimento mais profundo ao nível da anatomia patológica, como também não foram capazes de reconhecer a unidade das diversas formas tuberculosas. Os médicos limitavam-se a explicar a doença segundo os conceitos da teoria humoral, que atribuía a tísica à fleuma que descia até aos pulmões.

A medicina romana não acrescentou nada de relevante neste campo. Ao tentarem simplificar o conhecimento dos gregos sobre a patologia distorceram algumas ideias de Hipócrates. Galeno concluiu que a tísica tinha origem numa úlcera que, produzindo lacerações no tecido pulmonar e inflamando, evoluía para a tísica. Os tratamentos seguidos pelos romanos eram baseados em alimentos estranhos como pulmão de lobo cozido ou saliva de cavalo, mas igualmente na climatoterapia em locais quentes e secos como a Sicília ou o Egipto.

Durante a Idade Média, as ideias e o receituário greco-latino permaneceram a regra, destacando-se apenas a contribuição dos árabes no estudo e descrição do funcionamento do sistema respiratório e das doenças associadas, importando conhecimentos médicos produzidos na Índia, na Síria e na Pérsia, que foram transmitidos pela escola de Salerno na Baixa Idade Média. Crê-se que a diminuição de informação e o escasso interesse na tísica

---

Senhor te ferirá com a tísica e com a febre, e com a quentura, e com o ardor, e com a secura, e com destruição de sementeiras e com ferrugem; e te perseguirão até que pereças», *Deutronómio* 28:22. Cf. *Biblia*, 2006: 127 e 201.

[135] DANIEL, 1999: 11.

[136] FILHO, 2001: 31-32.

durante o período medieval estivesse ligado ao retrocesso quantitativo dos casos de consumpção. Pensa-se que a fraca ocorrência da tuberculose durante o período medieval se deve à maior expressão da lepra. Acredita-se que o bacilo de Hansen, o germe que provoca a lepra, é biologicamente muito próximo do bacilo de Koch, o que gera uma relação antagonista pela competição imunológica, ou seja, a ocorrência frequente de lepra inibia a ocorrência de tuberculose. Inversamente o retrocesso da lepra no século XVI levou a um aumento dos casos de tuberculose, embora Jean-Charles Sournia não reconhecesse uma causalidade nesta sucessão, por não se ter provado ainda um antagonismo ecológico ou etiológico destas duas doenças. Todavia, reconhece-se que ambos os agentes bacterianos pertencem à mesma família biológica e têm características antigénicas próximas[137].

Na verdade, a tuberculose esteve sempre presente ao longo da Idade Média, pelo menos sob a forma de escrófulas. A medicina atual designa as escrófulas de adenites tuberculosas, isto é, uma inflamação dos gânglios linfáticos devido à infeção provocada pelo BK. Os gânglios mais facilmente inflamáveis eram os do pescoço, podendo estender-se igualmente à face e aos olhos, produzindo supurações que deformavam o doente. Marc Bloch estudou vários escritos medievais que se reportavam a endemias de escrofulismo em várias regiões europeias. A doença raramente era mortal embora a ausência de uma cura apropriada tornasse os escrofulosos repugnantes pela cara desfigurada e pelo odor fétido das supurações, o que impelia os escrofulosos à procura de uma cura milagrosa. Este é, segundo Marc Bloch, o pano de fundo que enquadrou o milagre operado pelos reis franceses e ingleses, que tomaram como prerrogativa real a cura das escrófulas pelo toque com as mãos, tal como Jesus Cristo havia curado vários doentes pelo simples toque[138]. Num período em que as doenças eram consideradas castigos de Deus e os reis eram escolhidos por vontade divina, os reis taumaturgos eram expressão dessa mentalidade. Esta temática constituiu o núcleo central da obra de Bloch, «Os Reis Taumaturgos», os reis milagrosos que pelo toque podiam restituir a saúde aos doentes. No entanto, o poder taumatúrgico dos reis não era visto por todos da mesma forma. Na primeira metade do século XIV, o cirurgião flamengo Jean de Ypres pôs em causa as supostas curas milagrosas: «On vous dira maintenant que beaucoup de gens croient que Dieu a donné au roi de France le pouvoir de guérir les écrouelles suppurantes par un simple attouchement de la main; à ce que ces gens croient beaucoup de malades touchés guérissent; mais parfois ils ne guérissent pas»[139].

O interesse pela tuberculose ressurgiu nos séculos XVI e XVII devido ao aumento do número de óbitos registados. Estimou-se que a mortalidade provocada pela tísica na Inglaterra e País de Gales em 1650 rondava os 20%, representando um pico de mortalidade que decresceu progressivamente para se situar nos 13% em 1730 e voltar a subir atingindo um

[137] SOURNIA & RUFFIE, 1884: 142.
[138] BLOCH, 1961: 27-28.
[139] BLOCH, 1961: 116-117.

novo pico em meados do século XIX[140]. A preocupação com a mortalidade crescente tornou-se visível nas obras literárias como «The Life and Death of Mr. Badman» onde o autor, John Bunyan, escreveu: «The captain of all these men of death that came against him to take him away, was the Consumption, for it was that brought him down to the grave»[141].

No século XVI formou-se uma teoria que afirmava que a tísica se transmitia por contágio. Em 1546, o florentino Fracastoro defendia que a transmissão de determinadas doenças como a sífilis e a tísica era realizada por meio de microrganismos invisíveis a olho nu, denominados animálculos, que se disseminavam no ar ou pelos objetos. Esta teoria vingou nos países mediterrânicos como na Itália, na Espanha e no sul de França. Pela mesma altura, como reação à teoria contagionista nasceu na Faculdade de Medicina de Paris a teoria da hereditariedade, adotada sobretudo na Europa Setentrional, que reconhecia os defeitos constitucionais transmitidos hereditariamente como a causa da tísica[142]. Ambas as teorias sobreviveram até ao século XIX, quando a descoberta do BK resolveu a questão a favor dos contagionistas.

Pode-se dizer que o século XVII testemunhou os primeiros avanços no conhecimento da tuberculose desde a Antiguidade Clássica. Os escritos acerca da doença multiplicaram-se, bem como os conhecimentos no domínio da patologia da tísica e das escrófulas, estabelecendo-se pela primeira vez uma relação entre as duas manifestações. Estreitaram-se relações entre a patologia e os sintomas e tentaram de forma perseverante estabelecer a etiologia desta enfermidade. O holandês Sylvius teve um trabalho notável ao descrever pela primeira vez os tubérculos como as lesões específicas e características da tísica e o seu desenvolvimento até formarem cavernas pulmonares. Foi também o primeiro a encontrar similitudes entre as lesões da tísica e das escrófulas. Anos mais tarde foi a vez do inglês Robert Morton, autor de «*Phthisiology*» (1689), reiterar a presença de tubérculos que precediam as ulcerações, descrevendo-os como tumores glandulares semelhantes às escrófulas. No entanto, Morton tinha apenas uma vaga noção do que poderia ser a causa, por isso aceitava a teoria dos humores corrompidos e a transmissão hereditária[143].

A ampliação do conhecimento sobre a «peste branca» não foi acompanhada pelo estabelecimento de propostas terapêuticas eficientes. A terapêutica no campo da tuberculose permanecia igual à da Antiguidade, recorrendo-se a remédios de origem animal, vegetal ou metálica e a preparações bizarras. O advento da iatroquímica veio acrescentar o uso de produtos ácidos e alcalinos, assim como o uso de ópio para a tosse e adstringentes para as diarreias[144] que serão alvo de análise mais detalhada no capítulo 3.

---

[140] Cf. DUBOS & DUBOS, 1996: 8 e 185; DAVIES, 1999: 26-27.

[141] Citado por DUBOS & DUBOS, 1996: 8.

[142] DUBOS & DUBOS, 1996: 28 e 33.

[143] SHRYOCK, 1977: 5-6.

[144] FILHO, 2001: 35 e SHRYOCK, 1977: 7.

Existem factos históricos que mostram que a teoria do contágio, embora sem fundamento empírico, era seguida por médicos e governantes. Em 1699 foi promulgado na República de Lucca (Itália) o primeiro decreto de profilaxia antituberculosa de que há registo na Europa. Este édito visava proteger os cidadãos da exposição ao contágio por via do contacto com objetos utilizados pelos doentes em vida. Dava indicações para que os médicos identificassem pessoas suspeitas de terem contraído a doença ou que estivessem a ser tratadas[145]. Em 1751 foi a vez do rei Fernando VI de Espanha promulgar nova regulamentação antituberculosa, aplicável ao território de Espanha e Nápoles. Tal legislação impunha aos médicos a notificação dos tísicos sob pena de coimas ou mesmo expulsão da cidade durante dez anos. As autoridades locais ficavam responsáveis por inventariar as roupas dos doentes, para identificação após o óbito, como ainda proceder à desinfeção das casas, queimando os objetos que serviram ao doente em vida. O mesmo documento decretava a hospitalização dos tísicos e a separação das suas roupagens das dos outros doentes. Contudo, o decreto não teve a aceitação desejada porque além de alguns não terem aceitado a doutrina do contágio, existiam os elevados custos implicados em tais situações, que esbarrava com interesses pessoais[146]. Em Florença e Nápoles acabou por ser revogado anos mais tarde.

No decorrer do século XVIII, o contributo mais destacado para a doutrina etiológica da tuberculose foi dado por Benjamin Marten, quando em 1720 publicou «*A New Theory of Consumption: More Especially of a Phthisis or a Consumption of the Lungs*». Aí fez uma síntese das doutrinas etiológicas existentes, das explicações humorais às teorias físicas e mecânicas do seu século, mas verificou que não tinham fundamentação. Acreditava que a tísica podia ser causada por animálculos que sendo capazes de se introduzirem nas veias eram levados pelo sangue para os pulmões onde punham os seus ovos, provocando aí obstruções, inflamação e ulceração dos tecidos[147]. As origens do pensamento de Marten estavam relacionadas com as pesquisas sobre as causas microscópicas das doenças infeciosas por parte de Leuwenhoeck. Provavelmente sofreu influência de outros autores como Nicholas Andy, que estudou a reprodução dos insetos e a sua ação na transmissão de doenças infeciosas ou de William Oliver com estudos de microscopia e de febres. Apesar do pensamento de Marten conceber as ideias contagionistas não deixava de considerar possível a transmissão por via hereditária no útero. A teoria dos animálculos de Marten teve alguns apoiantes como Cotton Mather de Boston, que foi mais longe ao considerar a possibilidade de quimioterapia contra os animálculos, e Thomas Reid que o citou na sua obra «*Essay on the Phthisis Pulmonalis*»[148].

Nos fins do século XVIII, os escritos sobre a tísica e escrófulas repetiram as discussões

[145] DUBOS & DUBOS, 1996: 29.
[146] DUBOS & DUBOS, 1996: 30.
[147] DOETSCH, 1978: 522.
[148] SHRYOCK, 1977: 9.

precedentes, interrogando-se sobre a natureza contagiosa ou hereditária da doença, sobre se as hemorragias eram causa ou efeito, sobre o que produziam os tubérculos, sobre se existiam relações sobre a tísica e as escrófulas, como deviam ser tratadas, quais as drogas a empregar, saber se deveriam ter regimes dietéticos específicos ou não, etc.

Antes do término da centúria de Setecentos alguns médicos interessados nos progressos da anatomia patológica desenvolveram reflexões baseadas na clínica à cabeceira do doente e nas autópsias, como fizeram Hunters e o seu sobrinho Matthew Baillie em Londres ou Morgagni em Pádua. O interesse destes médicos pela correlação entre observação clínica e indícios patológicos, a classificação de causas e a possibilidade de encontrar um tratamento permite-nos constatar a importância que os estudos anatomoclínicos assumiram desde os finais do século XVIII. Coube aos médicos da escola de Paris aprofundar as pesquisas anatomoclínicas baseadas em autópsias que Morgagni iniciara anos antes.

No dealbar do século XIX, as reformas do ensino da medicina, particularmente na França, permitiram proceder à conversão anatomoclínica da medicina e fazer emergir uma nova conceção de doença que correlacionava os sintomas *ante mortem* com as lesões *post mortem*. É neste sentido que o estudo da tísica e de outras doenças progrediu e fundamentou-se numa nova corrente de pensamento, que, no entanto, só trouxe conhecimentos válidos no campo do diagnóstico, da semiologia e da anatomopatologia ficando o problema etiológico adiado.

Como já dissemos, uma questão que levantou muita celeuma foi a da natureza hereditária ou contagiosa da doença. O debate em torno do contágio e hereditariedade remontava ao século XVI, quando a teoria dos animálculos de Fracastoro encontrou a resistência dos defensores da herança na Faculdade de Medicina de Paris. Após vários séculos, as demonstrações experimentais de Jean-Antoine Villemin em torno da inoculabilidade da tísica abalaram os fundamentos da teoria hereditária e suscitaram numerosas críticas. As reações a estes trabalhos relançaram o debate em redor da natureza hereditária ou contagiosa. O relançar deste debate não foi totalmente satisfatório porque só os trabalhos bacteriológicos permitiram aclarar estas questões. A difusão da tuberculose, devida a um bacilo cuja difusão era relativamente lenta, não permitia comparar a tuberculose a outras doenças infeciosas de propagação rápida. Consequentemente, a tuberculose continuou a ser vista como uma doença devida à fraqueza constitucional: nascia-se predisposto à contração da tuberculose. A modificação desta visão operou-se lentamente, por efeitos dos trabalhos desenvolvidos pelos bacteriologistas.

A aceitação da teoria do contágio permitiu a afirmação das ideias higienistas e a tomada de ações concretas no domínio da profilaxia social e no estímulo à criação de legislação específica. Nos países europeus, onde a tuberculose foi durante várias décadas «estetizada» pelos românticos e associada à ideia de sensibilidade artística, ao amor e ao refinamento dos sentimentos, a mudança de mentalidade em relação à natureza da doença implicou também várias modificações na visão médica e social. Doravante, a aceção de

doente tuberculoso desligou-se dos grandes génios e artístas que a sensibilidade romântica havia difundido, para se ligar à degradação do meio ambiente e à degeneração dos indivíduos pelos seus comportamentos e maus hábitos[149]. Por isso os higienistas lutaram por melhores condições de existência dos trabalhadores, pela melhoria das condições de habitação e trabalho das classes laboriosas e sobretudo pela educação popular.

Após a descoberta do BK ninguém pôde negar que este agente patogénico era a única causa específica da tuberculose. Contudo, esta descoberta não foi suficiente para pôr fim aos debates etiológicos. Alguns médicos perseveravam na ideia de que embora a tuberculose fosse uma doença bacteriana existiam fatores hereditários capazes de iniciar o processo mórbido. Os debates centram-se a partir daí nas condições que favoreciam ou preveniam a doença.

Os médicos portugueses seguiram estes debates atentamente. Em Portugal, quer as dissertações académicas quer os artigos do jornalismo médico consagraram o problema do contágio e da hereditariedade da doença tuberculosa como o fulcro do debate médico dessa altura. Analisadas cinquenta e sete teses de medicina e cirurgia das três escolas do país entre 1882 e 1901 pudemos verificar que 33 delas defenderam como causa exclusiva o bacilo de Koch e o contágio como forma de transmissão, 4 teses defendiam a causa hereditária e 7 defendiam ambas. Das remanescentes, sete não abordavam a questão da natureza ou da etiologia e as outras seis só possuímos a referência bibliográfica uma vez que se encontravam indexadas, mas não disponíveis para consulta. Significa isto que 58% dos autores defendiam o contágio, 7% defendia a hereditariedade como a única causa e 12% consideravam ambas as possibilidades. Se tivermos em conta que este último grupo aceitava o contágio, então temos 70% dos médicos a admitir a infetocontagiosidade da tuberculose. Os autores que defenderam unicamente a via de transmissão hereditária eram minoritários, quatro em números absolutos, havendo uma incontestável afirmação das ideias contagionistas neste período. A partir de 1901 as menções à etiologia reportavam-se sempre ao bacilo de Koch como a causa única da tuberculose.

No entanto, devemos dizer que o conceito de hereditariedade sofreu evoluções. O pensamento simplista de filiação hipocrática (de um tísico nasce outro tísico) de que a tuberculose era uma doença congénita e transmitida de pais para filhos, modificou-se ao longo dos anos e assumiu formas cada vez mais lógicas.

A primeira evolução registada foi no sentido de considerar-se não a hereditariedade da doença *per se*, mas a hereditariedade da predisposição para contrair a moléstia. Os defensores da hereditariedade esforçaram-se por definir com precisão o papel da influência hereditária. Uns defendiam a herança do terreno, admitindo a transmissão de pais para filhos duma predisposição especial ligada a um conjunto de atributos físicos, químicos e dinâmicos que tornava os potenciais doentes mais acessíveis às influências do con-

[149] GONÇALVES, 2000 e PÔRTO, 2007: 44.

tágio: denominava-se «herdo-predisposição»[150]. Considerava-se que todo um conjunto de doenças dos ascendentes, como o alcoolismo, a sífilis, as escrófulas ou a diabetes levavam os descendentes a herdar não a causa específica mas «a virtualidade, a predisposição»[151]. Por outras palavras, não se nascia tuberculoso, mas tuberculizável. Outros sustentavam a hereditariedade do gérmen, através do qual o bacilo era transmitido ao feto por meio dum contágio *ante-partum*, também conhecido por «herdo-contágio» ou herança bacilar[152]. Os médicos que sustentavam esta opinião admitiam que os micróbios patogénicos contidos no sangue da mãe passavam para a placenta e consequentemente para o feto. Estas asseverações, apoiadas em dados clínicos e experimentais no campo da anatomia patológica, aproximavam o processo de contágio por herança a mecanismos idênticos ao carbúnculo, febre tifoide ou pneumonia. Assim, nos finais do século XIX subsistia uma conceção hereditária da tuberculose, mas em moldes distintos da existente antes do advento da bacteriologia.

As discussões em torno das teorias emergentes no último quartel do século XIX, mormente do contágio, levaram ao surgimento de novos assuntos no periodismo médico. Dois assuntos de relevo nesta altura tiveram a ver com a possibilidade de transmissão da tuberculose pelos produtos de origem animal, carne e leite, e pelos produtos da expetoração, os escarros. Também a higiene de lugares públicos como hospitais, prisões, casernas militares, casas insalubres e caminho-de-ferro foi outro ponto de reflexão.

A tuberculose nos animais, especialmente dos bovinos, não era propriamente um tema novo, pois tinha sido estudado por Villemin. Experiências feitas por Peuch, Bollinger e Klebs demonstraram que a tuberculose era transmissível a coelhos, cães, e outros animais por meio da ingestão de alimentos como o leite ou a carne bovinos tuberculosos[153]. No congresso internacional de higiene de 1877 em Bruxelas já se havia tocado na questão da transmissão de doenças animais ao homem, designadamente a tuberculose, por meio de leite e carne infetada[154]. No congresso internacional de higiene de 1880 em Turim não só o contágio do animal ao homem foi admitido como se votaram medidas preventivas como a ebulição do leite e da carne e a organização de um serviço de inspeção às vacarias[155].

Verificada a transmissibilidade da tuberculose entre animais, pela inoculação e ingestão de produtos contaminados, logo se depreendeu que a tuberculose animal podia ser transmissível ao homem. Na comunidade científica internacional geram-se duas fações, uns defendendo a unidade do processo tuberculoso de homens e animais, que se realizaria nos mesmos parâmetros, e a outra fação acreditava na dualidade do processo, sustentando

---

[150] MORA, 1894: 20.
[151] CAMACHO, 1889: 21.
[152] Cf. MORA, 1894: 20 e CARVALHO, 1896: 78-79.
[153] *Da transmissibilidade da tuberculose por meio da carne e do leite de vaccas phthisicas*, 1881: 52.
[154] *Uma variedade infecciosa de tuberculose no homem idêntica à tuberculose bovina*, 1880: 162-163.
[155] *Congresso internacional de hygiene (Turim, 1880): hygiene veterinária*, 1880: 260.

que a tuberculose humana e animal eram diferentes. Esta discussão prolongou-se por várias décadas apesar de ser pouco frutífera.

O que importa aqui salientar é que os médicos portugueses estiveram atentos à situação e prontamente lançaram o alarme do perigo de contágio, fazendo vários apelos às autoridades no sentido de organizar a prevenção contra a doença. A 28 de outubro de 1886 surgiu uma portaria[156] da autoria de Emídio Navarro destinada a combater as epizootias mais correntes, entre elas a tuberculose bovina. No essencial este documento determinava a inspeção às vacarias e um controlo mais apertado à criação de gado por parte dos intendentes de pecuária dos vários distritos. Um ano mais tarde foi publicada outra portaria[157], da autoria do vice-intendente da pecuária José Anastácio Monteiro, destinada a tomar providências em relação ao uso do leite. Era aconselhada a esterilização do leite pela ebulição, a rejeição do leite de vacas velhas e com aspeto tísico, bem como a desinfeção das vacarias após suspeita ou casos confirmados da doença. No entanto, é difícil aferir o alcance prático destas medidas pela inexistência de outros dados.

Silva Carvalho chamou à atenção para o facto da tuberculose bovina se estar a tornar um problema de saúde pública. Segundo ele, a inspeção de vacarias em Lisboa e no Porto, pela direção geral da agricultura do Ministério das Obras Públicas, mostrou que 33% das vacas daqueles estabelecimentos estavam tuberculizadas por efeito das más condições em que viviam. Acrescenta que os animais criados fora das cidades raramente desenvolviam a doença[158], sugerindo que o gado devia ser criado nos campos e o abastecimento de leite e carne devia ser assegurado através de uma rede de transportes organizados, especialmente o caminho-de-ferro, entre o campo e a cidade. Insistiu ainda nas vantagens da esterilização do leite e da carne, na matriculação do gado e sua inspeção periódica pelos veterinários das câmaras municipais[159].

No Congresso Nacional de Tuberculose de 1895 (Coimbra) João Viegas Paula Nogueira, delegado do Instituto de Agronomia e Veterinária, apresentou uma comunicação acerca da tuberculose animal e da sua relação com a tuberculose humana, onde afirmou que a tuberculose afetava um elevado número de animais domesticados e selvagens, o que acarretava perigos variados para a saúde pública através da alimentação:

> *Não constitue a tuberculose um triste apanágio da espécie humana; podemos mesmo affirmar que este morbo é o maior flagelo de toda a animalidade. Panzootia universal a appellidou justamente Lydtin, porque de todas as espécies pecuárias nenhuma se subtrahe á contagião da*

---

[156] *Portaria de 28 de Outubro de 1886.*

[157] *Portaria de 29 de Setembro de 1887.*

[158] Augusto Filipe Simões, uma década antes, já tinha feito alusão às más condições em que as vacas leiteiras eram criadas nas cidades, onde a falta de exercício pelo confinamento do espaço, a estagnação do ar e a produção forçada de leite determinava o aparecimento de várias doenças, especialmente a tuberculose. Cf. SIMÕES, 1879: 19.

[159] CARVALHO, 1888: 223-225.

tuberculose, e de muitas espécies selvagens sabemos, pelas autopsias realisadas nos jardins zoológicos, quão pequena é a resistência contra o assalto do invisível microphyta descoberto pelo engenho de Koch.

O boi, o carneiro e a cabra, entre os ruminantes domésticos: o cavallo e os demais equídeos; o cão e o gato entre os carnívoros; as diversas espécies simianas; o porco entre os omnívoros; e, como se não fôra bastante tamanho numero de mammiferos, as próprias aves nas suas múltiplas espécies, são vitimas da panzootia universal.

Que innumeráveis legiões de seres vivos, servindo de habitáculo ao traiçoeiro parasita, não estão de continuo alimentando, á custa da própria consumpção, o inimigo commum que, occulto na espessura dos tecidos, pullula em myriadas, para mais tarde se desprender dos focos e ir inquinar outros seres, prostrando-os na morte depois de atrozes soffrimentos! E como não há de arrecear-se o homem d'esse contágio, que em tudo e por toda a parte o ameaça: no ar que respira, na carne e no leite que lhe são nutrimento, no vinho a que pede excitação calorífica e – cruel irrisão! – até no osculo da amizade e do amor[160].

O maior perigo da tuberculose animal consistia na ingestão de produtos bovinos como o leite, a carne ou o sangue. O leite era considerado o produto mais virulento e também o mais negligenciado do ponto de vista higiénico. Paula Nogueira acusou a população de perpetuar práticas antigas como beber o leite diretamente da teta da vaca ou leite acabado de mungir, contrárias às orientações higiénicas. O autor menciona igualmente estudos sobre a contaminação da carne e sangue das rezes abatidas nos matadouros. Segundo ele o sangue era virulento e podia ser fonte de contágio por diversas vias: na clarificação de vinhos, sob forma de adubo fertilizante recolhido em matadouros ou mesmo pela vacina jenneriana de origem animal, quando o animal fosse tuberculoso. Mas a rejeição da carne destinada ao consumo acarretava além do problema de ordem sanitária, problemas de ordem económica e pecuniária. Para este veterinário não seria fácil impedir a venda de carne contaminada porque os interesses económicos da venda da carne se sobrepunham e ofuscavam qualquer tentativa de índole profilática relacionada com o impedimento da sua comercialização[161]. Sobre isso pouco mais se sabe pelo discurso dos médicos, tanto que o periodismo médico nunca tocou muito neste assunto. Em 1901, Paula Nogueira voltou a participar no Congresso Nacional de Tuberculose (Lisboa), desta vez promovido pela Liga Nacional contra a Tuberculose, com uma conferência intitulada «Processos práticos para a extinção da tuberculose dos animais domésticos»[162] onde enunciou várias medidas a serem tomadas para proteger as rezes, designadamente a higienização dos alojamentos destinados ao gado, a examinação minuciosa e frequente dos animais, que deveriam ser submetidos à prova tuberculina, e a esterilização do leite.

---

[160] NOGUEIRA, 1895: 205.
[161] NOGUEIRA, 1895: 251-254.
[162] NOGUEIRA, 1901: 124.

No ano seguinte a questão voltou a ser discutida no segundo Congresso Nacional de Tuberculose (Viana do Castelo), com a apresentação do professor Souza Refoios e do veterinário Salvador Gamito. Os conferencistas apresentaram à direção do Congresso uma síntese das ideias de Koch em relação à tuberculose animal explicitadas no Congresso Internacional de Londres de 1901. Enquanto Souza Refoios limitou-se a explicitar as ideias em debate no congresso de Londres, na qual Koch defendia que não existia relação entre tuberculose animal e humana, Salvador Gamito revelou-se partidário da unidade das duas tuberculoses, fazendo apelo à necessidade de esterilização da carne e leite antes do consumo e à inspeção sanitária dos matadouros por veterinários qualificados. A discussão destes relatórios não foi conclusiva nem consensual pois havia partidários quer da unidade quer da dualidade entre as tuberculoses animal e humana[163].

No Congresso de Washington (1908) Koch manteve a sua posição dualista defendendo que a tuberculose bovina não era relevante e por isso dispensava qualquer forma de profilaxia. Criticou os unicistas por não terem estudado a questão aprofundadamente, uma vez que estes insidiam os seus estudos na tuberculose intestinal e ganglionar e não na pulmonar, que era responsável por $^{11}/_{12}$ da mortalidade total por tuberculoses. Além disso, do $^{1}/_{12}$ das outras tuberculoses, só uma pequena parte se devia à tuberculose intestinal, concluindo que a tuberculose de origem bovina era um facto clínico raro[164]. Por outro lado, Woodhead de Cambridge desvalorizou as conclusões de Koch pois a comissão inglesa e alemã tinham concluído que 7% das mortes por tuberculose em humanos eram provocadas pelo *Mycobacterium bovis*. Apesar dos antagonismos não se chegou a um consenso e o congresso acabou por votar numa luta contra o contágio entre humanos e na tomada das medidas habituais contra a tuberculose bovina.

No X Congresso Internacional de Tuberculose (Roma), Woodhead, baseado nos trabalhos da Real Comissão Britânica, afirmou que o bacilo humano e bovino diferiam pelas propriedades culturais e patogénicas, embora a comissão tenha concluído que os animais e o homem podiam ser reciprocamente infetados, com particular destaque para a infeção nas crianças através do leite de vaca[165]. Afirmou-se assim a perspetiva unitária da doença.

Em Portugal foram tomadas algumas medidas regulamentares, designadamente as portarias referidas anteriormente e alguns artigos científicos que exortavam à profilaxia, regulamentação higiénica da atividade pecuária, registo do gado e utilização da tuberculina, como método diagnóstico, e mesmo a vacina BCG[166]. Em meados do século XX, o problema da infeção humana pelo bacilo da tuberculose bovino continuava a ser preocupante quer do ponto de vista veterinário, pela morte de cabeças de gado, quer do ponto de vista da

[163] GAMITO, 1902: 354 e LEPIERRE, 1907: 106-107.

[164] *O congresso de Washington*, 1908: 31-32.

[165] ALMEIDA & NEVES, 1912: 7-8.

[166] *Congresso nacional de pecuária: profilaxia da tuberculose bovina*, 1928: 147-148.

saúde pública, porque o leite contaminado era considerado o principal fator da disseminação da tuberculose bovina no homem[167].

A transmissão da tuberculose por meio dos produtos de origem animal e pelos produtos da expetoração humana, especialmente pelo escarro, dominaram as preocupações médicas em torno do contágio dos finais do século XIX até meados do século XX. Em 1882, Robert Koch constatou que os escarros secos eram mais perigosos do que os húmidos, nos quais os germes permaneciam aglutinados. O problema dos escarros secos projetados no solo residia no facto de as correntes de ar ou a limpeza com vassoura projetavam o BK no ar, podendo ser inalado pelos indivíduos. Segundo Pierre Darmon[168], a transmissão do BK pelos escarros, e dum ponto de vista geral de todos os produtos expelidos oralmente, fazia-se por forma direta ou indireta. Os selos postais já usados e lambidos, os bilhetes previamente folheados com a ajuda dum dedo húmido de saliva do funcionário que os vendia, o recém-nascido israelita circuncidado cujo sangue do prepúcio lhe era sugado por um rabino tuberculoso, as empregadas de escritório que mordiscam a tampa duma caneta comum ou a partilha de cigarros constituíam formas indiretas de contágio, enquanto a dispersão dos bacilos através de gotículas bacilíferas durante uma conversa era considerado um modo de disseminação direta. Experiências conduzidas na Universidade de Pavia por Sormani[169] revelaram que os bacilos da tuberculose eram difíceis de matar pela resistência à exposição ao ar, a meios de putrefação e mesmo a um grande conjunto de desinfetantes. Outros investigadores com Sirena e Perice[170] em França chegaram à conclusão que o líquido obtido pela evaporação dos escarros era isento de bacilos, o que quer dizer que permaneciam no chão ou paredes onde haviam sido projetados, potenciando o contágio uma vez disseminados na atmosfera.

No contexto nacional os médicos partidários da doutrina do contágio cedo alertaram para a transmissibilidade da doença pela inalação das poeiras contendo o BK e insistiram em medidas profiláticas como a utilização de escarradores em lugares fixos, nos lugares públicos e mesmo nas versões portáteis para uso regular. O escarrar no chão era em Portugal uma prática muito antiga, existindo relatos pelo menos do século XVI[171], mas tornada condenável do ponto de vista da saúde pública, já que expunha o coletivo social ao perigo

---

[167] BENDA & FRANCHEL, 1952: 1004.

[168] DARMON, 1997: 249-250.

[169] *Desinfecção dos espuctos dos phthisicos*, 1884: 330.

[170] *A infecciosidade dos escarros dos phthysicos*, 1886: 21.

[171] A prática de cuspir é um facto histórico e marca civilizacional. Sabemos por testemunho de jesuítas que cuspir fazia parte dos costumes dos portugueses Quinhentistas. Tal prática foi registada pelo jesuíta Luís Fróis num dos seus tratados de comparação civilizacional entre ocidentais e japoneses. Cuspir era, por exemplo, o corolário de mascar tabaco. Existiam apenas algumas circunstâncias em que era de mau tom fazê-lo nomeadamente na igreja ou no próprio vestuário. Com o advento da era pasteuriana os novos conhecimentos acerca da transmissão das doenças reprimiram essas práticas porque os escarros eram um meio de transmissão dos bacilos de Koch.
Cf. FRÓIS, 1993: 62.

da contração da tuberculose. Por isso, uma das tarefas mais importante dos médicos era a de explicar às pessoas o mecanismo de contágio pelo meio dos escarros secos e educá-las no sentido de evitar esta prática:

> *O que escarra no chão atenta contra a saúde dos seus semelhantes.*
> *Escarrar no chão é fazer mal a nós próprios e aos outros, porque toda a expectoração contém micróbios que se difundem depois na atmosfera e podem infectar toda a gente*[172].

> *O bacilo de Koch, extremamente pequeno, existe nos tecidos doentes e mas matérias provindo directamente desses tecidos, como, por exemplo, os escarros na tuberculose pulmonar, as secreções, o pus, as dejecções nas outras formas de tuberculose. Qualquer deste productos de excreções dos órgãos doentes transporta o bacilo, mas é, sobretudo, o escarro que o transmite às outras pessoas.*
> *O bacilo é imóvel. Mas o escarro lançado ao chão seca, e depois vai para a atmosfera, sob a forma de partículas, de poeiras. Esta é posta em movimento pelo vento ou pelas pequenas correntes de ar provocadas pelo varrer, pelo sacudir dos tapetes, limpeza de móveis, de fatos, etc.*
> *Estas poeiras que contêm milhões de micróbios, (um tuberculoso em plena actividade pode expectorar 20 milhões de bacilos por dia) mantém-se perigosas durante muito tempo. O bacilo de Koch é um agente muito resistente, podendo guardar a sua virulência, mesmo em matérias secas, durante mais de 150 dias.*
> *Além das poeiras também a tosse, ou os espirros dos doentes, podem lançar os bacilos no ar.*
> *Ora, uma vez na atmosfera os bacilos podem chegar aos pulmões, com a respiração, e ficar estabelecido o contágio*[173].

O excerto da autoria de Veiga Pires constitui uma forma de educação através de aforismo e ideias para tentar sensibilizar o público para os problemas decorrentes dos hábitos sociais como o escarrar no chão, o que afetava tanto o indivíduo como a sociedade. O segundo excerto, da autoria de Cardoso do Carmo, assistente dos sanatórios de Leysin (Suíça) e médico dos sanatórios de Bligny (França), tinha uma finalidade descritiva e informativa em relação ao processo pelo qual se transmite a doença. Escrito em linguagem simples e vulgar, este texto educativo explicitava algumas características dos bacilos e a sua relação com os escarros, centrando o discurso sobre o processo pelo qual se processava o contágio.

O escarro suscitou, deste modo, um duplo interesse médico e social, na medida em que os hábitos e costumes dos indivíduos se tornavam perigosos no campo da saúde pública. A bacteriologia ao modificar o modo de ver o escarro, que nos finais do século XIX e nas primeiras décadas do século XX era tido como um veículo privilegiado de contágio, fez desenvolver um tipo de atitude preventiva por parte dos médicos. Algumas teses

---

[172] PIRES, [s.d.]: 9.
[173] CARMO, 1927: 23-24.

médicas deste período testemunham o desabrochar da medicina preventiva no campo da tuberculose[174].

A vulgarização do princípio de que a tuberculose era uma doença infectocontagiosa trouxe modificações nas conceções médicas e na forma de organizar a prevenção, numa fase marcada ainda pela impotência terapêutica. Paulatinamente, a conceção de contágio impôs-se frente à inveterada crença da hereditariedade. Esta, apesar de subsistir mais algumas décadas, também se transformou passando de uma hereditariedade da própria doença para uma diátese tuberculosa. Definida a etiologia da tuberculose e reconhecido o BK como o elemento patogénico específico, a comunidade médica procurou compreender os modos mais frequentes de contágio. Os produtos alimentares de origem bovina e a exposição das matérias da expetoração dos tuberculosos foram identificados como os elementos mais perigosos na disseminação da doença. Face à eminência do perigo que estes elementos representavam os médicos procuraram chamar à atenção da sociedade através de obras de vulgarização dos conhecimentos associados ao contágio e alguma legislação destinada ao controlo e prevenção de práticas consideradas anti-higiénicas no campo da saúde pública. Como disse Ladislau Patrício, o problema da tuberculose era no fundo «um problema de educação e cultura – um problema pedagógico»[175].

2.1.2. A evolução do conceito de doença tuberculosa

O conceito de doença acompanhou de perto as doutrinas médicas de cada época. O conceito em si é complexo de definir, já que a doença é essencialmente uma ideia, uma abstração, mas que apesar de tudo traduz uma realidade empírica concreta[176]. Segundo Jacques Le Goff a história das doenças não se limita à superficialidade dos progressos científicos e tecnológicos. Alia-se também aos saberes e práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades. Neste sentido, a doença, em sentido lato, definiu-se e tornou-se específica graças aos progressos científicos e técnicos que marcaram os últimos dois séculos. Contudo, os conhecimentos e ideias veiculados pelas correntes médicas pretéritas, filiadas nos sistemas médico-filosóficos, muitas delas derivadas dos conhecimentos dos gregos clássicos, e as práticas quotidianas e as representações mentais, arreigadas por vezes à feitiçaria e superstições, contribuíram para a manutenção de representações médicas erróneas até ao século XX.

Como é sabido, o período que antecedeu a criação da anatomoclínica e da fisiopatologia caracterizou-se pelo desenvolvimento das ciências físico-químicas e também pela influência do racionalismo e espiritualismo metafísico associado ao materialismo matemá-

---

[174] No campo da higiene e profilaxia destacam-se teses como: MORAES, 1892; PATRÍCIO, 1896; SILVA, 1899; GIÃO, 1899; ASSUMPÇÃO, 1899; SÁ, 1901; MARQUES, 1901; GARRETT, 1906; BARBOSA, 1906; CASTRO, 1909.

[175] PATRÍCIO, 1931: 360.

[176] LE GOFF, 1997: 7-8.

tico, que Descartes ajudou a criar, subordinando o funcionamento do corpo a um mecanicismo falacioso comparativamente à realidade[177]. Mas a penetração das ciências como a física e a química no campo médico logo desacreditou estas teorias artificiais. Apesar disso as doutrinas iatro-mecanicistas e iatro-químicas, o animismo, o vitalismo ou o brownismo marcaram ainda a medicina dos inícios do século XIX. Foram sobretudo estas três últimas que marcaram o conceito de doença nos inícios do século. As ideias mecanicistas vão ser desacreditadas por aqueles que acreditam na força da vida. Georg Stahl advogava a existência duma «alma sensível» que regia as trocas realizadas no corpo humano impedindo a morte. O estado de doença ocorria quando a alma não reagia contra o agente morbífico porque permitia a dissociação dos humores, levando estes à putrefação[178]. Também Jonh Brown de Edimburgo criou uma doutrina em que a vida era resultado da resposta maior ou menor das forças nervosas às excitações. O vitalismo, desenvolvido em França apresentou-se como uma síntese entre animismo, que ignorava as trocas físicas e químicas do organismo, e o mecanicismo. A conceção de doença fundamentava-se nestas asseverações. Para os animistas e vitalistas a doença surgia quando diminuía a força vital do organismo. Por outro lado, o brownismo postulava que as doenças resultavam de estados de excitação ou lassidão, chamadas de doenças esténicas e asténicas[179].

No século XVIII os médicos aplicavam o conceito de doença a estados que tinham alguns sintomas de fácil observação e com prognósticos semelhantes. A doença, segundo Foucault[180], apresentava-se como um conjunto de sintomas e signos. Por isso os médicos estavam particularmente atentos aos sintomas visíveis da doença, porque o sintoma era o mais próximo da essência e natureza inacessível da doença. Por exemplo, a tuberculose era designada de tísica consumptiva, porque os sintomas visíveis eram o de magreza, abatimento e caquexia, associado a outros como tosse, dispneia, hemoptises, febre, suores noturnos, gastrites e diarreia. O diagnóstico provinha da manifestação parcial ou total destes sintomas. Não obstante, a magreza, a febre ou as diarreias não significava que existia um quadro patológico de tuberculose, como mais tarde se provou. Só na presença do bacilo de Koch é que a tuberculose existe enquanto doença.

Com a anatomia patológica estabeleceu-se uma ligação entre as lesões dos cadáveres e os sintomas clínicos que o doente manifestava em vida. Os anatomistas concluíram que às doenças, caracterizadas unicamente pelos sinais visíveis, correspondiam lesões específicas. Se no início se confundia a sede da lesão com a causa, a geração posterior de anatomistas acreditava que a sede era o ponto de irradiação da organização patológica mas não a causa primeira[181].

---

[177] BARIÉTY & COURY, 1971: 73-74.
[178] MIRA, 1947: 233.
[179] SOURNIA, 1995: 200.
[180] FOUCAULT, 1977: 101.
[181] Cf. SOURNIA, 1995: 208 e FOUCAULT, 1977: 160-161.

Este contexto propiciou o aparecimento de obras nosográficas mais consistentes, o que representou uma primeira tentativa que classificação e descrição das patologias humanas a partir de métodos observacionais e de relações causais. Esta classificação conglomerou os doentes em grandes grupos de estudo coletivo. Fruto dos estudos anátomo-patológicos, os autores dos inícios do século XIX formaram a sua própria conceção de doença. Bichat considerava que as doenças eram o fruto da desregulação dos órgãos, assumindo uma analogia com as máquinas, que tinha origem nos tecidos. Corvisart explicava a doença pela degeneração, total ou parcial, dos órgãos comparativamente à sua condição natural, acarretando alterações anatómicas e funcionais. Laennec acreditava que a doença era uma degeneração que implicava a transformação de um tecido noutro ou aquisição de uma textura e configuração diferente do pré-existente.

A invenção e o aperfeiçoamento dos meios de diagnóstico vieram aclarar o conhecimento de várias patologias. A invenção da auscultação mediata por Laennec, ao lado do interrogatório, da percussão e da palpação já existentes, permitiram explorar uma zona do organismo até então pouco acessível: o tórax[182]. Com este método Laennec foi capaz de definir a história natural da tuberculose pulmonar e de outras doenças cardiotorácicas. A construção do método anatomoclínico ficou-se a dever também a mudanças administrativas, designadamente o reagrupamento de todas as atividades médicas num só hospital, o que facilitou a prática de autópsias logo a seguir ao falecimento. Estas modificações, baseadas na observação do doente à cabeceira da cama, interligando e descodificando sintomas e lesões anatómicas acarretou outras questões que foram desmistificadas pela fisiologia experimental.

Como dissemos anteriormente, a conversão anatomoclínica não se saldou de imediato num corte abrupto dos médicos com os sistemas médico-filosóficos. Esse protagonismo coube a François Magendie, que negando o animismo e o vitalismo impôs o método experimental aplicado à medicina. Magendie procurou na experimentação o que os colegas procuravam nas autópsias, sobretudo pela vivissecção de animais. Tinha como principal objetivo compreender o funcionamento orgânico do homem normal para compreender as transformações que conduziam às doenças. O pioneirismo de Magendie não viu grandes concretizações no início de Oitocentos, sobretudo porque ainda não estavam reunidas as condições para o fazer. A física e a química ainda não tinham adquirido a mestria suficiente para abordarem o estudo dos fenómenos biológicos no seio da matéria viva[183]. O grande continuador da fisiopatologia foi Claude Bernard que estudou o funcionamento dum grande conjunto de órgãos. Introduziu dois conceitos chave na medicina: o de «ambiente interno», habitado por células, e o de «função», nomeadamente o do papel específico desempenhado pelos diferentes tecidos e órgão. Sobre estas bases foi possível analisar as

[182] BOUTARIC, 2004: 15.
[183] TUBIANA, 2000: 202.

perturbações que são a causa das doenças. À causalidade provocada pelas lesões anatómicas juntaram-se os problemas do mau funcionamento orgânico pela sua desregulação, permitindo aos médicos conhecer detalhadamente a etiologia das enfermidades.

O desenvolvimento da histologia, especialmente da histologia patológica, avançou significativamente com os trabalhos de Virchow. Este estudou essencialmente as lesões de base microscópica, relacionando numerosas anomalias dos tecidos devido com a má formação ou degeneração das células como as leucemias e tumores. Virchow encerrou o círculo do saber fisiológico impulsionado por Claude Bernard, assimilando os conhecimentos anteriores. Por exemplo, a função glicogénica do fígado descrita por Bernard, só se tornou percetível com a compreensão da ação das células hepáticas estudadas por Virchow[184]. Este alemão conduziu também o domínio do patológico para o campo microscópico, deixando claro que o entendimento macroscópico dos anatomopatologistas não era suficiente para explicar patologias de origem celular. A anatomia patológica microscópica acarretou novos inventos que possibilitaram o estudo do micro: aperfeiçoa-se o microscópio, cria-se o micrótomo, descobrem-se modos de fixação e coloração dos tecidos, identificam-se estruturas celulares desconhecidas e mais tarde as bactérias. A partir daí o diagnóstico recorre também à confirmação do microscópio.

Apesar da trajetória da medicina ter sido galopante no que concerne à evolução dos métodos de diagnóstico, à compreensão dos sintomas e da etiologia, assim como à formulação do prognóstico, algumas doenças perseveravam em constituir um mistério para os investigadores. A natureza microbiológica e as características físicas e químicas de algumas patologias impediram durante décadas a compreensão do seu modo de funcionamento, particularmente das doenças infetocontagiosas.

A partir de 1873, data em que Hansen descobre o bacilo da lepra, foram descobertos sucessivamente numerosos germes produtores das grandes pragas da humanidade. Até ao final do século XIX foram identificadas as principais bactérias, protozoários ou vírus responsáveis por doenças de origem bacteriana[185]. O alcance da bacteriologia marcou uma rutura decisiva com as doutrinas reinantes até então. O grande contributo da bacteriologia para a redefinição do conceito de doença foi o de especificidade, porque a cada germe correspondia uma doença específica, etiologicamente determinada e patologicamente configurada. A tuberculose só ocorria na presença do bacilo de Koch, não podendo a febre, a magreza, o tubérculo ou as massas caseosas do pulmão serem as responsáveis pelo eclodir da doença. Isto permitiu à medicina reconhecer uma linha causal mais segura: o doente estava afetado com tuberculose porque foi infetado com o BK. Este princípio, «uma bactéria-uma doença», carecia, no entanto, do conceito de polietiologia, isto é, existiam organismos capazes de oferecer resistência ao bacilo. Só os estudos subsequentes provaram que o

[184] SOURNIA, 1995: 260.

[185] BOUISSOU, 1967: 372, tabela I.

meio ecológico e o perfil genético do indivíduo, que «aceita» o agressor, eram condições imprescindíveis para a eclosão da doença[186].

Na construção da conceção de doença no século XIX intervieram duas abordagens importantes e complementares. A primeira, influenciada pela medicina experimental, concebeu a doença como perturbação do funcionamento do organismo. A segunda, marcada pela ciência bacteriológica, enfatizava a existência duma causa exterior que perturbava o organismo em estado são[187].

A conceptualização da doença tuberculosa, sobretudo a pulmotuberculose, acompanhou de perto a evolução das doutrinas médicas que acabamos de descrever. Hipócrates designou a doença de tísica («magreza» ou «emagrecimento») e também de «fimata» que significava nódulo, abcessos ou cavidade, referindo-se sobretudo ao aspeto do pulmão tuberculoso pela existência de cavernas pulmonares supuradas. Os conhecimentos dos gregos sobre a tuberculose prevaleceram durante longos séculos até às pesquisas desenvolvidas nos séculos XVII e XVIII, sendo o ponto de partida para os estudos científicos de Oitocentos.

É legítimo dizer que o estudo científico da tuberculose passou por um certo número de fases, determinadas pelo estado dos conhecimentos e técnicas médicas e pela conceção da relação entre médico e doente. Após séculos de desinteresse pelo estudo da tísica, mormente no período medieval[188], a revitalização do interesse pelo estudo da moléstia foi concomitante ao aumento da mortalidade por tuberculose a partir de meados do século XVII, devido entre outras coisas ao desenvolvimento da vida urbana que gerou um maior número de situações propícias ao contágio. Nos séculos XVII e XVIII cresceu o interesse pela especificidade das doenças, destronando a conceção hipocrática de estados mórbidos gerais, quase sempre assentes na existência de febre e desregulação dos humores. A descoberta do remédio para a febre da malária, por Thomas Sydenham, mostrou que existiam diferentes tipos de febre. Sydenham asseverava que a tísica era uma doença específica, mas a sua crença noutras doutrinas e as limitações técnicas da altura impeliram-no a explicar a etiologia da doença pela doutrina dos humores e pela influência das doenças climatéricas. No mesmo século, o holandês Sylvius (1614-1672) descreveu o tubérculo como uma lesão característica e constante da tuberculose, reconhecendo as várias fases por que passava até à formação de cavernas pulmonares.

O médico inglês Richard Morton, seguindo a interpretação de Sylvius de que essas formações evoluíam para apostemas com aspeto purulento, descreveu os tubérculos como

---

[186] SOURNIA & RUFFIE, 1984: 215.

[187] TUBIANA, 2000: 257.

[188] Na Idade Média a tuberculose foi eclipsada pela lepra, doença provocada por um bacilo da mesma família do da tuberculose, o que incompatibilizava o deflagrar simultâneo das duas doenças pela sua relação antagonista. Por outro lado, o recuo do número de casos pode estar associado ao declínio da vida urbana na Europa até ao século XV, aumentando a partir daí. Isso explica em grande medida o pouco interesse dos médicos medievais na descrição e estudo da doença. Cf. FILHO, 2001: 34.

tumores glandulares. De fora destas interpretações ficava a causa patológica, que à falta de melhor voltava a ser explicada pela doutrina hipocrática[189]. Hipócrates entendia que a tísica partia da pneumonia. O catarro não eliminado permanecia no pulmão transformando-se em matéria pútrida, sufocando o doente e comprometendo o funcionamento do organismo. A acumulação de matéria nos pulmões podia levar à rutura de uma veia, o que explicava o aparecimento de sangue na expetoração. Quanto à sintomatologia, os médicos enfatizavam os ruídos torácicos anormais, dor intensa no tórax, tosse frequente, rouquidão, rubor facial, dispneia e escarro grosso e purulento[190].

Na segunda metade do século XVIII, o francês Rozière de la Chassagne descrevia os sintomas dum modo confuso, manifestamente ligado à medicina dos antigos.

> *(…) les symptômes de ces différents degrés sont la plupart occasionnés par l'engorgement des poumons, qui produit une abondance de viscosité sans mouvement, d'où naissent des tumeurs rénitents, principalement dans le parties glandulaires de ce viscère. Ces tumeurs produisent, dans leur principe, selon les sentiments de Galien, des tubercules crus qui, par succession de temps, abcèdent et forment des aposthèmes, c'est-à-dire des petites ulcères*[191].

No seu essencial, este quadro semiológico da tuberculose manteve-se até ao início do século XIX, demonstrando a predominância da análise das manifestações exteriores do mal sobre as pesquisas no interior do corpo que seriam apanágio do período seguinte.

Em 1720, aparece pela mão de Benjamin Marten uma síntese acerca de todas as teorias etiológicas conhecidas da tísica, desde os gregos até Morton, passando pelas teorias iatroquímicas e iatromecânicas do seu tempo, o que segundo ele pareciam obscuras e ininteligíveis. Marten defendeu que a consumpção era devida à ação de animálculos, que entravam no corpo pelas vias respiratórias e atacavam os pulmões. Segundo este contagionista, diferentes animálculos provocavam doenças distintas e consequentemente uma doença específica. Marten foi influenciado pelos trabalhos de microbiologia de cientistas como Antony van Leeuwenhoen, que estudara as causas microscópicas de várias doenças, Robert Hooke e Nicholas Andry.

O «*New Theory of Consumption*» de Marten tentou revitalizar uma ideia antiga de que a tuberculose era contagiosa, tendo um agente causal microscópico e propagando-se através do ar e dos alimentos[192]. Marten chegou a conclusões brilhantes para o seu tempo, con-

---

[189] SHRYOCK, 1977: 5-6.

[190] FILHO, 2001: 32.

[191] GUILLAUME, 1986: 45. No seu trabalho acerca das doenças do peito Rozière de la Chassagne descreveu as várias causas da tísica, colocando questões prementes como a elevada mortalidade por tuberculose nas cidades e a maior prevalência em determinadas profissões ligadas à indústria. Mas ao mesmo tempo persistia em considerar causas erróneas e confusas. *Vide* a propósito disto o capítulo referente à tísica em CHASSAGNE, 1770.

[192] Cf. DOETSCH, 1978: 521-523.

siderando que dormir com um tísico na mesma cama, comer e beber constantemente com ele ou conversar muito próximo dele, contribuía para uma maior exposição ao contágio. Embora Marten não pudesse, com a tecnologia do seu tempo provar a existência de seres microscópicos, a sua teoria estava próxima da verdade. Mas como a sua teoria não pôde ser provada não teve o sucesso merecido, caindo no esquecimento.

Todavia, a teoria do contágio era bem mais antiga. O primeiro a considerar a contagiosidade da tísica foi Jerónimo Fracastoro em 1546, advogando que a tísica era fruto do contágio pelos materiais emanados pela respiração ou pelas secreções dos doentes tísicos. A saliva, as roupas do doente ou o leite humano eram assinalados como capazes de infetar quem tivesse contacto com eles[193]. Os poderes públicos de vários Estados italianos tomaram como certa essa possibilidade uma vez que decretavam medidas sanitárias contra a doença. Em 1699, a República de Lucca promulgou o primeiro decreto de profilaxia contra a tísica de que há memória nos anais de legislação europeia antituberculosa. Este decreto visava proteger os cidadãos dos infetados pela declaração pública dos doentes tísicos. Em 1751, o rei de Espanha Fernando VI promulgou um édito no qual obrigava os médicos a declarar os casos reportados de tísica, dando poderes às autoridades municipais para queimar panos, vestes, móveis e objetos pessoais dos doentes falecidos. Em 1782, Filipe IV, rei das Duas-Sicílias, decretou um édito semelhante e que impunha a hospitalização dos doentes pobres[194]. Significa isto que as autoridades levavam a sério o problema da tuberculose e da possibilidade do contágio. Este pensamento era bastante avançado para a época, pois não existiam quaisquer provas de existência de bactérias.

Além da teoria dos germes e do contágio, vigorou ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX a teoria da hereditariedade. Nascida por volta de 1650 na Faculdade de Medicina de Paris, rapidamente de espalhou pela Europa do Norte. A crença acerca da hereditariedade da tuberculose pode explicar-se pela maior prevalência desta enfermidade em determinadas famílias. O desconhecimento dos mecanismos de imunidade e o facto de a infeção não significar necessariamente a manifestação da doença contribuiu para a aceitação de uma predisposição constitucional para a tuberculose, conhecida como diátese tuberculosa. Nos finais do século XVIII a maior parte dos autores repetiam exaustivamente os escritos anteriores, discutindo a natureza contagiosa ou hereditária da tísica, a natureza geral ou específica, o que eram os tubérculos, quais as causas e efeitos e como deveria ser tratada.

Com a reforma do ensino médico após a Revolução Francesa e a associação da medicina com outros ramos do saber formou-se uma nova geração de médicos imbuídos de um espírito que buscava evidências e factos mais do que teorias especulativas. A reorganização hospitalar ao centralizar os serviços favoreceu a prática clínica em colaboração com a patologia. Por outro lado, o desenvolvimento da cirurgia começou a ganhar prevalência sobre a

[193] ALMEIDA, 1995: 26.

[194] Cf. DUBOS & DUBOS, 1996: 28-29 e GUILLAUME, 1986: 34.

medicina, pela ligação estrita com a anatomia e com as observações empíricas. Com os estudos anatomoclínicos os sinais *ante mortem* começaram a ser relacionados com os de *post mortem*, trazendo novos dados acerca da origem da tuberculose.

Nos finais do século XVIII, Jean Nicolas Corvisart, professor na Faculdade de Medicina de Paris e mais tarde médico pessoal de Napoleão Bonaparte, redescobriu a percussão do tórax como método de deteção de doenças pulmonares, engendrado pelo austríaco Leopold van Auenbrugger e descrito no seu livro «*Inventum Novum*» (1761). Corvisart tornou-se um entusiasta da técnica da percussão, utilizando-a nas suas consultas. Percebendo as vantagens desta técnica traduziu o livro de Auenbrugger para francês para ser difundido junto de médicos e estudantes de medicina. Foi um dos primeiros a enfatizar a necessidade do exame à cabeceira do doente e a posterior relação com os resultados da autópsia. Alguns dos seus discípulos mais famosos como Dupuytren, Gaspard Laurent Bayle e René Laennec, vieram a revolucionar os conhecimentos de medicina interna e sobretudo o conhecimento sobre a tuberculose[195]. Bayle tornou-se assistente de Corvisart em 1802, trabalhando no *Hôpital de la Charité*. Elaborou registos minuciosos dos seus doentes durante anos, cruzando os dados dos diagnósticos com os dados obtidos em cerca de novecentas autópsias que realizou. Através deste procedimento sistemático verificou que os tubérculos estavam sempre presentes nos casos de tísica e que eram o ponto de partida das lesões na tísica. Mas tal como outros antecessores defendeu que a tísica era resultado dum defeito geral obscuro a que chamou de «diátese». Para ele a tuberculose era toda a lesão pulmonar capaz de provocar a desorganização do parênquima e consequentemente a ulceração e a morte. Todavia, não reconhecendo a unidade da tísica, postulou que existiam seis diferentes tipos de tísica: a tuberculosa, a granulosa, a calculosa, a ulcerosa, a cancerosa e a tísica com melanose[196], designações complexas de definição e de comparação.

Laennec cursou medicina em Paris onde assistiu às aulas de anatomia patológica de Corvisart. Instigado por Bayle, que se tornara obcecado pela patologia da doença, também ele praticou centenas de dissecações, onde pôde observar os fenómenos patológicos concernentes à tísica como o facto de os tubérculos estarem presentes em vários órgão e não exclusivamente nos pulmões, corroborando a sua tese de unidade das doenças tuberculosas. Afirmou que as várias lesões tuberculosas dos pulmões eram apenas diferentes fases evolutivas do mesmo processo patológico, isto é, que o tubérculo cinzento, a formação caseosa com pus, a úlcera e a caverna eram a mesma lesão, mas em fases evolutivas temporalmente distintas:

> *Les tubercules se développent sous la forme des petits grains demi-transparents, gris, quelquefois même diaphanes et prequ'incolores (…) Ces grains grossissent, deviennent jaunâtres et opaques, d'abord au centre, et, successivement, dans toute leur étendue. Les plus voisins se réunis-*

[195] DUBOS & DUBOS, 1996: 77-79.

[196] LAENNEC, 1819: 10, nota (a).

sent en se développant, et forme alors des masses plus ou moins volumineuses, d'un jaune pale, opaques et d'un densité analogue à celles des fromage les plus fermes: on le nomme alors tubercules crus (…) De quelques manière que les tubercules crus se soient forme, ils finissent, au hout d'un temps plus ou moins longue et dont la durée paraît très-variables, par se ramollir et se liquéfier[197].

Esta atualização de conhecimentos relativos às reiteradas teorias com vários séculos, nomeadamente a conceção da tísica pulmonar como doença unitária, permitiu questionar as velhas noções. Em 1839, J. L. Schönlein, professor em Zurique, sugeriu que daí em diante a palavra «tuberculose» fosse utilizada como nome genérico para todas as manifestações patológicas em que o tubérculo fosse a base anatómica da doença. A contribuição de Laennec com a unicidade das manifestações da tísica pulmonar e a conceptualização sugerida por Schönlein de tuberculose trouxeram uma nova noção da doença, o que ainda assim não impediu o uso da palavra tísica até aos finais do século.

Com a invenção do estetoscópio, Laennec dedicou-se a ouvir, distinguir e a interpretar os sons provenientes da respiração e da atividade cardíaca. Em 1818 apresentou à Academia de Medicina de Paris as conclusões da sua pesquisa, publicando um ano mais tarde a obra «*De l'auscultation médiate*», dedicando o segundo capítulo do primeiro tomo à tísica pulmonar. Neste livro Laennec rompe com a conceção estabelecida durante milénios de que a tuberculose era produto duma inflamação crónica ou que tinha origem em fenómenos patológicos como a sífilis, a coqueluche, o escorbuto, as hemoptises ou o catarro como pretendia Bayle. Afirmou no entanto que a causa derradeira da tísica pulmonar ainda era desconhecida[198]. Considerava verdadeiros os sintomas que os médicos da antiguidade estabeleceram para a tísica, como a tosse, a dispneia, a febre héctica, as hemoptises, o marasmo e os escarros purulentos, assim como considerava que a tísica era curável e fruto da predisposição hereditária.

Segundo o historiador Thomas Dormandy[199] as décadas que mediaram entre os trabalhos de Laennec e o despertar do movimento sanatorial foram as mais estéreis do século XIX. Enquanto os médicos discutiam clamorosamente as velhas teorias, o número de vítimas por tuberculose aumentava, sobretudo nos jovens em idade ativa. Neste contexto, persistia o mistério sobre a origem da doença e a dúvida sobre o eclodir da doença em algumas famílias e outras não. A tese da hereditariedade da tísica ganhou adeptos sobretudo na Europa setentrional. Em 1825, o inglês James Clark disse que as pessoas nascidas com corpos delgados, estreitos e com peito côncavo, pele sardenta, pele e olhos muito vermelhos ou pálidos e com respiração ruidosa tinham muitas probabilidades de serem descendentes de tísicos. Esta crença denota que a predisposição hereditária não significava na época a transmissão da causa da doença pelos genes.

---

[197] LAENNEC, 1819: 21-22.
[198] LAENNEC, 1819: 10 e 35.
[199] DORMANDY, 2000: 41.

Acreditava-se na transmissão de uma fraqueza constitucional, designadamente determinadas características físicas e corporais que facilitavam o surgimento da tísica numa determinada idade, geralmente o escrofulismo na infância e a tuberculose pulmonar a partir da adolescência. Contudo, a tese da predisposição hereditária nunca foi suficiente para explicar por si só a tuberculose, pelo que os médicos foram sugerindo causas que propiciavam o desencadear do fenómeno patológico, como o esforço intelectual excessivo, a busca insaciável de prazeres, a angústia e a depravação moral, o vestuário impróprio que expunha determinadas partes do corpo como o peito, a indulgência sexual, o onanismo ou mesmo o celibato[200]. A generalização do processo de industrialização na Europa e a emergência da «questão social» determinou novos elementos causais da hereditariedade: o alcoolismo, o tabaco, a pobreza, a falta de higiene pessoal e pública, o desempenho de determinadas ocupações profissionais, o ar saturado, etc.

Assim, os avanços no campo da anatomia patológica e do diagnóstico, protagonizado por médicos como Laennec e Bayle nos inícios do século XIX, acarretaram modificações importantes no conceito de tísica e tuberculose. Após a análise dos órgãos tuberculizados, tornou-se evidente que a tuberculose pulmonar não tinha origem nas inflamações ou nas pneumonias. A tuberculose era uma doença específica, que evoluía em várias fases, desde o quisto até à caverna pulmonar. Ainda assim, o avanço na compreensão anatómica do fenómeno não foi uma contribuição derradeira para a apreensão da natureza específica, contagiosa e bacteriana da tuberculose. A impossibilidade de provar o contágio por um agente bacteriano específico levou à manutenção de ideias erróneas acerca da hereditariedade e das causas da doença. Apesar dos avanços na compreensão da doença, velhas e novas perspetivas conviviam lado a lado.

A partir de 1850, o estudo dos tecidos e das células dominou as pesquisas médicas, quando a utilização do microscópio passou a fazer parte do quotidiano dos médicos e investigadores. Um dos primeiros investigadores a interessar-se pela histologia do tubérculo foi Hermann Lebert, alemão de nascimento, mas francês pela filiação científica. Em 1849 publicou o «*Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*», seguindo a linha de Laennec, mas enfatizando o estudo microscópico. As observações de Lebert acentuaram um elemento novo: o glóbulo tuberculoso. Mas a posição deste alemão não colheu opiniões favoráveis dos seus compatriotas. Os estudos histológicos levados a cabo por Benno Reinhard sustentaram a ideia de que os tubérculos eram produtos inflamatórios, provenientes de toda a casta de inflamações pulmonares não eliminados nem reabsorvidos. Estes produtos organizavam-se em neoplasias que conduziam à cicatrização. Quem afastou as ideias de Lebert e Reinhardt foi Rodolfo Virchow, que defendeu que o tubérculo era um linfoma formado pela proliferação de tecido conjuntivo que se transformava em células pequenas com núcleo grosso ou em células gigantes multinucleares. O tubérculo podia sofrer uma meta-

[200] DORMANDY, 2000: 42.

morfose gordurosa que se estendia a toda a célula, produzindo a caseificação, isto é, ficavam com um aspeto semelhante ao queijo. Por seu turno, os produtos inflamatórios também se caseificavam, admitindo-se que provocavam igualmente a tísica, embora persistisse o mistério sobre a origem do tubérculo[201].

A tísica era considerada como uma patologia dupla podendo ser tísica tuberculosa, se originada por tubérculos, ou pneumonia tisiogénica caseosa, se determinada pela caseificação dos produtos duma inflamação. Nesta época era costume dizer-se que o maior perigo que podia ameaçar um tísico era tornar-se tuberculoso, o que nos diz muito sobre a forma como os médicos concebiam a tuberculose. Tendo em conta estas teorias, podemos concluir que, pouco antes do final do terceiro quartel do século XIX, a tísica continuava, de um modo geral, a designar essencialmente um estado consumptivo do organismo independentemente da lesão que o produzia.

Foram as pesquisas laboratoriais que vieram aclarar a causa da doença. Desde a década de 1830 as investigações laboratoriais tinham-se orientado para os estudos de parasitologia, ao mesmo tempo que se elaboravam várias teorias acerca dos vírus, venenos obscuros e animálculos. Em 1840, Hendel afirmou que a tuberculose era causada por animálculos, mas foi o seu pupilo Robert Koch a fazer a grande descoberta. Antes de Koch já os estudos de Pasteur e de Lister revolucionaram o entendimento das infeções e das doenças infeciosas. Em 1857, Buhl afirmava a partir de evidências anatómicas que a tuberculose era provocada por um fator específico. Pouco tempo depois vários cientistas dedicaram-se ao isolamento da bactéria através do isolamento em culturas, como fez Edwin Klebs, sustentando que a saliva era um meio transmissor da bactéria.

Neste período distinguiu-se Jean-Antoine Villemin que provou em 1865 a contagiosidade da doença pela inoculação de produtos da tuberculose humana em animais. Numa série de experiências realizadas em coelhos e porquinhos-da-índia provou que introduzindo no corpo destes animais fragmentos de substâncias tuberculosas eles adquiriam tuberculoses verdadeiras. A Academia de Paris nomeou uma comissão que ratificou as experiências de Villemin, confirmando não só a transmissão pela inoculação, como também pela ingestão de produtos tuberculosos e pela inalação de ar contaminado. Esta confirmação veio abalar todas as teorias sobre a natureza da tuberculose até então, acarretando também implicações práticas na profilaxia da moléstia[202].

No último quartel do século XIX, os investigadores tornaram-se fãs do trabalho de laboratório, o que possibilitou a identificação de numerosas bactérias responsáveis por doenças produtoras de elevada mortalidade. Heinrich Hermann Robert Koch foi o responsável pela descoberta do bacilo da tuberculose. Depois de exercer prática clínica em várias cidades fixou-se em Wollstein na Prússia, onde instalou num anexo da sua casa um espaço

[201] ROCHA, 1895: 165-169.
[202] FREITAS, 1887: 29-39.

que funcionava como consultório e laboratório, apetrechado com um incubador, uma pia e um banco, ao que juntou um microscópio presenteado pela esposa[203]. Trabalhando sob a influência académica de Jacob Hendel, Koch desenvolveu novos procedimentos e técnicas de pesquisa laboratorial, tendo sido bem-sucedido ao criar uma cultura de carbúnculo, conseguindo fotografar os bacilos carbunculosos e provar a natureza bacteriana desta doença. Em 1881, Koch demonstrou no congresso médico de Londres uma preparação dum meio de cultura sólido e de incubação para o desenvolvimento de bactérias, o que entusiasmou a audiência incluindo Pasteur. Nesse mesmo ano iniciou os trabalhos em torno da tuberculose no laboratório de Berlim com o material proveniente de um cadáver de um homem de trinta e dois anos, Heinrich Günther. Koch foi prudente ao considerar as doenças de natureza bacteriana, pelo que desenvolveu um conjunto de critérios que asseguravam fiabilidade à experiência: 1) a bactéria devia ser encontrada em qualquer uma das lesões; 2) devia ser possível fazer uma cultura pura fora do corpo do doente; 3) essa cultura devia ser capaz de reproduzir a doença original em animais de laboratório, mesmo depois de várias gerações[204].

O anúncio da grande descoberta foi feito à Sociedade de Fisiologia de Berlim na noite de 24 de março de 1882, na presença de trinta e seis membros. Na sua apresentação demonstrou cientificamente que o BK era a causa única da tuberculose, sem o qual não existia a doença. Ficou igualmente provada a unidade da tuberculose, que podia afetar a maior parte dos órgãos, sistemas e tecidos. Esta descoberta não foi pacificamente aceite por todos, uma vez que os opositores à teoria bacteriológica continuaram a negar a causa exclusiva. Mas a verdade é que as pretensas causas da tuberculose como a má ventilação ou a má alimentação passaram a ser apenas condições que favoreciam o contágio[205]. Com o advento da bacteriologia modificou-se radicalmente o conceito etiopatológico da tuberculose, apesar de muitos médicos se manterem reticentes face às novas teorias[206].

A descoberta do BK determinou o final da busca etiológica que durara vários séculos. As velhas noções foram sendo progressivamente abandonadas à medida que a bacteriologia se afirmava. Doravante as atenções centraram-se na procura de agentes terapêuticos eficazes, o que demorou mais de meio século.

2.2. Estudar e compreender a tuberculose em Portugal nos séculos XIX e XX

No campo do estudo da doença tuberculosa e das suas variadas manifestações, a medicina portuguesa foi sobretudo uma seguidora atenta dos trabalhos empreendidos no

[203] DANIEL, 1999: 76.

[204] DORMANDY, 2000: 133.

[205] Cf. DORMANDY, 2000: 135 e ROCHA, 1895: 185-189.

[206] *Vide* a propósito da dificuldade de aceitação das doutrinas bacteriológicas MOULLIN, 1997: 94-95.

estrangeiro. De uma forma geral os médicos portugueses estiveram atualizados em relação às novidades surgidas das investigações de franceses e alemães, que durante o século XIX dominaram os trabalhos na área da tisiologia. Apesar dos médicos portugueses realizarem as suas próprias experiências clínicas e laboratoriais e tentarem aperfeiçoar técnicas de diagnóstico ou experimentar várias drogas no tratamento da doença, o seu contributo não foi decisivo no contexto europeu.

Nos séculos anteriores à centúria de Oitocentos, foram poucos os médicos que trataram da questão da tuberculose. Os clássicos da medicina portuguesa, Amato Lusitano e Zacuto Lusitano, escreveram sobre a tísica em parâmetros enquadráveis aos da sua época. Amato Lusitano relacionava a tísica com a febre héctica, preocupando-se igualmente com as pleurisias e a existência de uma frequência assinalável das manifestações tuberculosas das pleuras. Deu particular importância à febre, à pulsação, aos suores e à depressão das forças nos tuberculosos, o que denota uma atenção voltada para as manifestações exteriores e percetíveis da doença, dedicando particular atenção à semiologia.

No século XVII, Zacuto Lusitano referia a tísica como uma das doenças endémicas mais profusas em Portugal, sobretudo nos locais situados em vales e colinas devido à má qualidade do ar. A doutrina do contágio defendida por Fracastoro teve repercussões no pensamento de alguns médicos portugueses como Zacuto e mesmo sobre Ribeiro Sanches no século seguinte[207]. Zacuto Lusitano falou das relações da tísica e da pleurisia, da sífilis pulmonar e da febre, mostrando a confusão reinante no pensamento médico da altura, particularmente no campo da etiopatologia da tuberculose.

No século XVIII, João Curvo Semedo, com inclinações para a iatroquímica, atribuía a manifestação da tísica pulmonar às matérias produzidas pela atividade dos pulmões, que não sendo expetoradas acumulavam-se e convertiam-se em pedras[208], tal como perfilhava a ideia da contagiosidade da doença:

> *Huma das cousas que encomendo muito aos Medicos modernos he que quando morrer algum tisico, fação logo queimar todas as roupas, e cousas do uso do tal tisico, porque não se pode explicar quam pegajosa seja esta doença; basta dizer que vi dous religiosos Trinos, que sendo moços, e robustos, se fizerão tisicos de morarem em huma cella em que, havia muitos annos, morrera um tisico; e que mais he, que basta misturar-se hum escarro de um tísico com o de huma pessoa sadia, para que se lhe comunique o dano*[209].

Este extrato da «Polyanthea Medicinal» mostra que Curvo Semedo considerava a tísica como doença contagiosa, ao dizer que não se podia explicar «quam pegajosa seja esta doença», falando de um caso em que dois religiosos se tornaram tísicos por habitarem a cela

[207] MIRA & CARVALHO, 1936: 12-13.
[208] BARROSA, 1925: 290-294.
[209] SEMEDO, 1741: 171-172.

que pertenceu a um tísico já falecido. Fala também no escarro como agente transmissor da doença, se bem que o seu discurso esteja pleno de ideias supersticiosas, porque considerava que o escarro dum tísico misturado com o de uma pessoa sã lhe transmitia a doença. Não obstante as conceções algo desacertadas do autor, o extrato que citamos demonstra que a teoria do contágio era conhecida e tida em conta pelos médicos portugueses, o que aconteceu até à transição do século XVIII para o XIX, afirmando-se a partir daí o anti-contagionismo que vigorou até aos trabalhos de Villemin e Koch. Curvo Semedo aconselhava ainda o mesmo que os éditos espanhóis anteriormente mencionados, isto é, que se procedessem à queima das roupas e pertences dos defuntos. Curvo Semedo registou também, numa clara menção à teoria das águas, ares e lugares de Hipócrates, que Lisboa era uma terra de tísicos e tuberculosos[210], corroborando a ideia de Zacuto em relação à disseminação da tuberculose no país.

Também José Rodrigues de Abreu, representante do animismo de Stahl, mencionou que as pessoas mais predispostas à tísica eram os de «peito apertado, ou mal conformado, e de pescoço comprido (…) os que nascem de pais tísicos»[211], comungando com as ideias de transmissão pela hereditariedade. Considerava que doenças como a pleuris, a peripneumonia, os tubérculos, as bexigas e o sarampão, predispunham os indivíduos à tísica, o que denota o desconhecimento da natureza e origem do mal. Francisco Fonseca Henriques advogava a contagiosidade da moléstia, recomendava o isolamento dos tísicos e o afastamento das crianças e adolescentes dos doentes[212].

O difícil começo do século XIX em Portugal, marcado pelas invasões francesas, pela tutela inglesa e posterior guerra civil entre Absolutistas e Liberais, desarticulou os progressos dos vários domínios científicos, incluso da medicina. Na primeira metade do século XIX, Paris converteu-se no centro de maior desenvolvimento médico da altura o que atraiu vários médicos portugueses, exilados ou em viagens de formação. Vários foram os que fizeram da tuberculose o objeto de estudo da sua tese de doutoramento como José Albino Cardoso Geraldes, António da Costa Paiva, José Joaquim Pereira Reimão, José Joaquim Barbosa, etc. Por exemplo, António da Costa Paiva entendia que na génese do problema estava a má conformação do tórax e sobretudo a predisposição hereditária para adquirir a endemia. Acreditava na curabilidade da tísica pulmonar e criticava a posição dos médicos portugueses retrógrados que não se atualizavam em relação aos conhecimentos e técnicas de diagnóstico.

Ao nível académico esta época ficou marcada pelas discussões doutrinárias e teóricas estimuladas pela reforma do ensino na Universidade perpetrada por Pombal, que segundo Pires de Lima «mais perturbaram do que fizeram avançar a ciência»[213], pelo contributo da

---

[210] *Vide* mais detalhadamente este assunto em SEMEDO, 1741: 170.

[211] Citado por CARVALHO, 1934: 12.

[212] CARVALHO, 1934: 13-17.

[213] LIMA, 1943: 75.

iatroquímica, iatromecânica, animismo, vitalismo, homeopatia, etc. A medicina das primeiras décadas persistia com o enfoque teorético, tendo sido a cirurgia a instigar alguns avanços nos domínios da anatomia, estimulada a partir do modesto curso de Cirurgia do Hospital de Todos os Santos pela mão de Manuel Constâncio. A criação da Real Escola de Cirurgia em Lisboa e no Porto e a elevação a Escola Médico-cirúrgica em ambos os concelhos influenciou a formação dos médicos-cirurgiões posteriores que tinham uma formação muito mais prática do que a ministrada na Faculdade de Medicina de Coimbra. Com estas escolas alguns dos professores contribuíram de forma positiva para a difusão dos conhecimentos da tuberculose, especialmente no que diz respeito à patologia e terapêutica. Lima Leitão e Bernardino António Gomes Filho, da escola de Lisboa, dedicaram-se nesta altura à propaganda e difusão dos trabalhos que se iam fazendo na Europa. Francisco de Assis e Sousa Vaz difundiu o seu estudo feito em Paris acerca das virtudes do clima da Madeira[214]. A atenção prestada à intervenção prática e à cirurgia é visível pelos temas quase exclusivamente cirúrgicos das teses apresentadas para o «Acto Grande» de final de curso, que segundo Ferreira de Mira[215] foram predominantes até 1852, sendo raros os trabalhos que fossem de ordem puramente médica.

Foi precisamente pela mão do demonstrador de cirurgia António de Souza Salgado que em 1825 se começou a praticar a auscultação pelo método de Laennec em Portugal[216]. Este caso é modelar ao mostrar um maior interesse dos cirurgiões e anatomistas pelos novos meios de diagnóstico desta altura. Isto indicia que dentro do mesmo período temporal, designadamente o primeiro quartel do século, Portugal conheceu uma evolução concomitante à verificada no estrangeiro com a conversão anatomoclínica da medicina, graças aos portugueses emigrados em França que aprenderam com os melhores professores da época e que regressando nos inícios da década de 1830 introduziram os novos conhecimentos e técnicas na medicina e cirurgia portuguesa[217]. A primeira referência à auscultação mediática pelo estetoscópio de Laennec aparece em 1819 nos «Anais das Ciências, das Artes e das Letras»[218], publicação feita por uma sociedade de portugueses residentes em Paris, entre eles José Mascarenhas Neto, Francisco Solano Constâncio e Cândido José Xavier. Em

[214] Nesta altura eram vários os trabalhos de portugueses emigrados sobre a tuberculose: Nicolau Pita, «Account of Madeira» (1812); Francisco de Assis de Sousa Vaz, «De l'influence salutaire du climat de Madère (île portugaise) dans le traitement de la phthisie pulmonaire et de la supériorité de cette influence sur celle des climats du sud de la France et de l'Italie»; P. J. Vieira, «Études médicales sur le climat de Madère» (1852); e César Augusto Mourão Pita, «Du climat de Madère et de son influence thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques en général et en particulier de la thisie pulmonaire» (1859); Francisco António Barral, «Notícia sobre o clima do Funchal e sua influência no tratamento da tísica pulmonar» (1854). Cf. BARRAL, 1854: 43-57.

[215] MIRA, 1947: 370.

[216] BARROSA, 1925: 292.

[217] CARVALHO, 1929: 44.

[218] *Vide* a descrição da experiencia apresentada por Laennec em *Resumo dos mais notaveis descobrimentos e principaes trabalhos nas Sciencias, no anno de 1818: Medicina*, 1819: 147-148.

meados do século, o médico António da Luz Pitta, diretor clínico do Hospício D. Maria Amélia na Madeira, primeiro estabelecimento especializado no tratamento da tísica em Portugal, inventou um novo estetoscópio melhor adaptado ao peito magro e estreito dos tísicos. Tendo submetido a sua criação à Academia de Medicina de Paris, viu reconhecida a utilidade do engenho que passou a figurar na coleção oficial da Academia parisiense e o seu autor considerado correspondente oficial da dita instituição[219].

Podemos dizer que até à década de 1860, altura em que Villemin publicou os dados da sua investigação e provas concretas da inoculabilidade da tuberculose em animais, os médicos portugueses não partilhavam duma orientação doutrinária única relativa à natureza e origem da tuberculose. Em 1841, José Pereira Mendes, baseado em casos de tuberculose infantil na Casa Pia de Lisboa, defendeu a existência duma tísica própria da infância sediada nos brônquios. Concebia a tísica brônquica como fruto da inflamação, ocorrendo em indivíduos predispostos hereditariamente e com temperamento linfático[220], mostrando-se simultaneamente partidário da teoria dos humores, da doutrina hereditária e na teoria da inflamação de Broussais. Em 1845, a «Gazeta Médica do Porto» publicou um artigo anónimo[221] sobre a patologia das escrófulas, concebendo-a como uma doença asténica e inflamatória, de transmissão hereditária pelo casamento. Denota-se uma vez mais uma mescla de teorias, entre as posições brownistas da astenia e a inflamação crónica de Broussais.

No mesmo ano o Conselho de Saúde Pública do Reino editou o quadro nosográfico[222] oficialmente adotado, no qual podemos verificar a confusão reinante ao nível da classificação da doença, senão vejamos: os «tubérculos», os «tubérculos pulmonares» e os «tubérculos mesentéricos» são classificados individualmente como lesões orgânicas, as «escrófulas» são lesões orgânicas locais, e os «tumores brancos» reputados de tumores. Esta nosografia não faz qualquer menção à tísica ou à tuberculose, não a incluindo na quarta secção da Classe III respeitante às doenças de índole respiratória, o que evidencia o desconhecimento da natureza, da origem e diferentes manifestações da doença por parte dos médicos. Em 1870 saiu uma portaria[223] destinada a substituir o quadro nosográfico promulgado em 1844 pelo Conselho de Saúde Pública do Reino. O novo quadro nosográfico destinado ao uso das certidões de óbito e estatística necrológica, identifica quais as doenças que podiam ser causa de morte para fins legais. A tuberculose e as escrófulas pertencem à 1.ª classe, correspondente às doenças gerais, conjuntamente com um enorme manancial de doenças, entre elas as infetocontagiosas como a cólera, febre tifoide, sarampo, escarlatina, etc. A tísica pulmonar figurava na 4.ª classe, correspondente às doenças do aparelho respiratório e os «tumo-

[219] Este é um exemplo do contributo dos médicos portugueses para o estudo da doença, neste caso na área do diagnóstico. Cf. BOCAGE, 1859: 343.

[220] MENDES, 1841: 8-15.

[221] *Escrófulas*, 1945: 244-246.

[222] *Edital de 31 de Dezembro de 1844.*

[223] *Portaria de 12 de Dezembro de 1870.*

res brancos» às doenças dos órgãos de locomoção. Verifica-se mais uma vez a pluralidade de vocábulos empregues para designar a tuberculose, denotando a ausência de um pensamento unicista em torno da moléstia. Não existia uma separação entre o que era a tuberculose, caracterizada pela presença de tubérculos nos pulmões, de tísica pulmonar, identificada como doença marcada pela anorexia e ingurgitamento de matérias caseosas nos pulmões. Pode-se dizer que esta taxonomia é resultado dos trabalhos dos patologistas e dos histologistas da primeira metade do século, que advogavam a existência de uma pluralidade de doenças, que no final tinham o mesmo agente etiológico e que só mais tarde se veio a comprovar. Outro artigo datado de setembro de 1858 afirmava que a tísica era o resultado de uma discrasia ou inflamação, e outro artigo de 1866, com um título bastante sugestivo acerca do estado dos conhecimentos, atribuí os tubérculos à falta de ação do pâncreas sobre os ácidos gordos[224].

Os primeiros trabalhos experimentais acerca da transmissibilidade da tuberculose perpetrados por Jean-Antoine Villemin geraram celeuma entre os partidários da teoria do contágio e os defensores da hereditariedade. Os ecos das experiências de Villemin rapidamente chegaram a Portugal, publicando-se vários artigos com a descrição das suas experiências sobre a transmissibilidade da doença entre os animais. Fonssagrives e Guérin tornaram-se contagionistas declarados citando o facto de existirem casos de transmissão conjugal por coabitação, embora não considerassem a tísica como uma doença das mais contagiosas. Alguns destes artigos têm uma preocupação inerente de proteção aos doentes, porque apesar de considerarem a tuberculose contagiosa e transmissível, tentam dissimular a perigosidade da doença alegando que não tem uma incidência tão grave como outras doenças e chamando à atenção para não ostracizar os doentes nem lhes negar assistência, mas simultaneamente aconselham a tomar medidas profiláticas[225]. A atitude para ignorar a tese do contágio não era específica dos médicos portugueses. Como afirmou o historiador Richard Shryock[226], os médicos insistiram mais nas origens hereditárias da doença em detrimento do contágio, porque a tuberculose enquanto doença não reunia um conjunto de fatores que suscitavam o medo em proporção idêntica às grandes epidemias. Mais do que a mortalidade real, o medo duma doença advinha do carácter repentino e violento, do grau de sofrimento que causava, da repulsa aos sintomas e da capacidade desfigurante. Ora, a tuberculose sendo uma doença essencialmente crónica, cujos sintomas evoluíam gradualmente e cuja única aparência era a magreza suscitava muito mais um sentimento de fatalismo e resignação do que uma histeria coletiva que levava à tomada de medidas imediatas e espontâneas como aconteceu com os casos da peste bubónica no Porto ou com as epide-

[224] *Tuberculose pulmonar*, 1858: 268-270 e MAIS, 1866: 138.

[225] Ver a propósito destas posições os artigos publicados na Gazeta Médica de Lisboa: A TUBERCULOSE 1866: 661-663; CONTAGIOSIBILIDADE, 1868: 135-136; SOBRE, 1868: 298-299.

[226] SHRYOCK, 1977: 37-39.

mias de cólera. Esta atitude perante a tuberculose teve como efeito a lentidão com que se tomaram medidas preventivas e justifica a elevada mortalidade e a dificuldade de defesa coletiva especialmente no século XX.

A partir da década de 1880 publicaram-se vários artigos nos quais se confirmou a contagiosidade da doença nos animais, estabelecendo-se várias medidas de higiene veterinária destinadas a evitar a propagação da enfermidade, mas as posições médicas relativamente ao contágio entre humanos mantiveram-se reservadas. A importante descoberta do bacilo da tuberculose teve nos anos subsequentes uma difusão crescente no jornalismo médico português. No entanto a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, oficialmente não contagionista[227], não se pronunciou acerca do sucedido no seu periódico durante cinco anos, o que levou Ricardo Jorge a criticar incisivamente o atraso da medicina nacional em 1883[228].

A primeira referência na imprensa médica portuguesa data de 30 de abril de 1882 na «Gazeta dos Hospitais Militares», apenas seis dias após a comunicação original. Nos meses subsequentes, Silva Amado no «Correio Médico de Lisboa» e Nemo no «Coimbra Médica» noticiaram a contagiosidade da tísica e do seu micróbio[229]. Silva Amado fez uma síntese das ideias contagionistas advogadas pelos médicos dos séculos XVIII e XIX, concluindo com a referência aos trabalhos de Koch. No artigo do «Coimbra Médica», assinado por Nemo, o autor sublinhou três repercussões da descoberta do professor alemão, designadamente a importância do diagnóstico pela bacterioscopia para a despistagem da doença, o papel da profilaxia para a limitação do contágio e a terapêutica, conquanto permaneceu a dúvida sobre a curabilidade da tuberculose. Por esta altura Maximiano Lemos publicou um extenso artigo[230] onde, depois de ter feito uma descrição história exaustiva das pesquisas destinadas a provar o contágio e transmissibilidade em animais, mostrou-se defensor da doutrina do contágio porque só esta era experimentalmente conclusiva e válida.

Também Antunes Lemos, professor da Escola Médica do Porto, realizou uma conferência em fevereiro de 1883 sobre a natureza e etiologia da tuberculose na União Médica daquela cidade. Aí expos as experiências mais recentes mostrando que a tuberculose era contagiosa e parasitária, refutando as opiniões contrárias. Não reconheceu contudo as escrófulas como uma manifestação da tuberculose, evidenciando que elas eram hereditárias e predisponentes à tuberculose em si[231].

Ao nível académico em 1869 António de Oliveira Monteiro apresentou uma tese de concurso à escola médica do Porto com o título «Será a phthisica pulmonar uma affecção contagiosa?», onde apesar de falar das experiências de Villemin em torno da transmissão da tuberculose pela inoculação recusava a admitir a origem contagiosa. Defendeu que a tísica

[227] Cf. BARROSA, 1925: 293.
[228] LEMOS JÚNIOR, 188: iii-vi.
[229] NEMO, 1883: 221-223 e AMADO, 1936: 134-135.
[230] LEMOS JÚNIOR, 1883.
[231] LEMOS, 1884: 101-102.

tinha na sua origem causas internas inacessíveis à experimentação, jogando a diátese um papel preponderante[232].

A maior parte das teses da década de 1870 e inícios da década de 1880 foram pródigas em afirmar a origem hereditária da doença, fosse pela transmissão direta e genética da doença de pais para filhos, fosse, segundo algumas opiniões mais moderadas, pela transmissão da predisposição à contração da doença: «não se nasce tuberculoso, mas tuberculisavel»[233]. Mas nenhuma das posições era extremista, pelo contrário várias delas eram híbridas, defendendo o predomínio da hereditariedade, mas afirmando a possibilidade de existir o contágio em casos raros ou acidentais.

Por razões que desconhecemos, entre 1882 e 1887 só foi produzida uma tese em 1885, que tratava da terapêutica da tísica pelas viagens marítimas e pelos climas quentes, não fazendo o autor qualquer menção à etiologia da doença. O vazio existente na produção académica sobre o tema da origem da tuberculose adiou a difusão da descoberta do bacilo de Koch durante cinco anos, sendo feita pela primeira vez em 1887 em três teses inaugurais, duas do Porto e uma em Lisboa. Em Lisboa, Manuel Gonçalves Marques[234] defendeu em abril uma dissertação acerca da infetocontagiosidade da tísica, onde após uma exposição histórica das experiencias realizadas defende convictamente a teoria do contágio operado pelos bacilos de Koch. Nas teses do Porto[235] ambos os autores referem a descoberta de Koch e as repercussões das descobertas bacteriológicas ao nível da definição da verdadeira etiologia da tuberculose, confirmando a teoria do contágio bem como a natureza unitária e parasitária da doença. Apesar da lacuna temporal entre a descoberta do professor berlinense e o aparecimento das suas conclusões em trabalhos académicos das escolas médicas portuguesas, a teoria do contágio criou raízes e poucos ou nenhuns se atreviam a opor, muito embora a hereditariedade não desaparecesse por completo dos registos dos médicos, concebendo-se a possibilidade da doença ser transmitida por contágio ou herdada pelos genes, ou pelo menos a predisposição para adquiri-la na idade adulta.

Paulatinamente a classe médica nacional foi aceitando a nova doutrina contagionista, não só pela irrefutabilidade das provas como igualmente pelo desenvolvimento da ciência bacteriológica em Portugal que colheu vários aficionados de renome. Com as investigações bacteriológicas e com o desenvolvimento processado na medicina tornou-se possível estruturar o saber médico acerca da tuberculose, para o qual contribuíram bastante o saber produzido por alguns sanatórios dedicados à investigação científica.

Naturalmente o acesso à documentação dos antigos sanatórios portugueses é muito

---

[232] MONTEIRO, 1869: 58-59.

[233] SOUSA, 1880: 42.

Para o período da década de 1870 e inícios da década de 1880 e com informação relevante acerca da origem e natureza da doença veja-se as teses inaugurais da escola do Porto e Lisboa: CAMPOS, 1871; FERRARI, 1874; SOUSA, 1880; REBELLO, 1882.

[234] MARQUES, 1887.

[235] Cf. GUIMARÃES, 1887 e FREITAS, 1887.

difícil, especialmente se não tiver sido publicada. O encerramento progressivo ou a conversão dos sanatórios em hospitais teve como consequência a destruição ou transladação da sua documentação para locais de difícil acesso para os investigadores nestas matérias. Não sendo nosso objetivo a utilização de documentação de sanatórios neste nosso trabalho doutoral, queremos contudo mencionar uma publicação que se distinguiu pela qualidade e regularidade. Trata-se da revista «Arquivos de Tisiologia» publicados pela Estância Sanatorial do Caramulo entre 1953 e 1972. Esta revista dirigida pelo espanhol Manuel Tápia, considerado um dos melhores tisiólogos da altura, publicou regularmente durante quase duas décadas artigos de grande cientificidade concernentes a investigações na área do diagnóstico, terapêutica, anatomopatologia, fisiologia, etc. Podendo não ter informações inéditas, representa, no entanto, uma tentativa bem-sucedida para fazer avançar a especialidade tisiológica em Portugal pelo estudo de casos clínicos de doentes internados nos sanatórios do Caramulo. Não deixa de ser relevante pois numa altura em que Portugal estava distante da Europa, a ciência no campo da tuberculose evoluía muito graças às relações internacionais do proprietário da estância, Jerónimo Lacerda, homem muito próximo do regime de Salazar, de que falaremos no capítulo 6.

2.3. A tuberculose e a produção académica em Portugal

O estudo individual da tuberculose por médicos a título particular ou sob a tutela de agremiações científicas não esgotou de modo algum a produção ou transmissão de novidades médicas e científicas referentes à tuberculose. Os centros de ensino médico em Portugal, localizados nas cidades do Porto, Coimbra e Lisboa, tiveram um papel muito relevante na veiculação dos saberes médicos, clínicos, cirúrgicos e científicos em torno desta doença. Não podemos ignorar o facto de estas instituições exigirem aos seus alunos a apresentação duma dissertação para finalizar os cursos médicos, para ascender ao grau de Doutor em Medicina ou ainda para aceder a um cargo de docente. Ao longo dos anos, as atuais faculdades de Medicina do Porto, Coimbra e Lisboa reuniram nos seus espólios um *corpus* documental único constituído pelas teses inaugurais e de licenciatura, teses de doutoramento e teses de concurso ao professorado que são fundamentais para a reconstrução da história da Medicina em todos os seus campos, incluindo a tuberculose.

Estudar a produção de trabalhos académicos centrados no tema da tuberculose torna-se imprescindível para conhecer a dimensão quantitativa e qualitativa dos trabalhos produzidos nesta área, bem como conhecer o ângulo de enfoque e as principais temáticas abordadas pelos médicos portugueses. As teses de medicina que estudamos são representativas das três escolas de medicina do país: Porto, Coimbra e Lisboa. A existência de diferentes modalidades de teses, como as teses inaugurais, as teses de licenciatura, as teses de doutoramento e as teses de concurso à docência pressupõem desde logo uma análise diferenciada e devidamente contextualizada em termos quantitativos e qualitativos.

As teses inaugurais eram trabalhos monográficos destinados a encerrar o ciclo formativo que habilitava o profissional com o título de médico-cirurgião. Estes trabalhos eram exclusivos das Escolas Médico-cirúrgicas do Porto e Lisboa, uma vez que a Faculdade de Medicina de Coimbra tinha estatutos distintos e o curso era reconhecido como Licenciatura em Medicina. Depois de terem sido aprovados em todas as disciplinas do curso médico-cirúrgico, os finalistas do quinto ano submetiam-se ao «Acto Grande», uma prova pública para a qual era forçoso entregar uma Dissertação Inaugural sobre uma matéria de Medicina ou Cirurgia e seis proposições médicas e cirúrgicas[236]. Quando abrimos ao acaso uma destas teses quase que invariavelmente podemos ler nos prefácios as palavras de revolta contras as disposições regulamentares que forçavam os alunos a redigirem uma tese inaugural. Por obrigação escolar ou por simpatia com determinado tema os alunos das Escolas Médico-cirúrgicas improvisavam uma dissertação sobre assuntos recorrentes de que a tuberculose era uma justa representante, desculpando-se muitas vezes da falta de tempo ou de génio para concluir o seu trabalho.

> *É por demais conhecida a difficuldade que, ao terminar o curso, nos offerece a escolha d'um assumpto para a tese.*
>
> *Muitos themas de cirurgia e medicina têm sido aproveitados como trabalho de despedida escolar, por várias vezes, com formas e considerações variadas; e se é um d'aquelles assumptos – a tuberculose – que escolhemos para a nossa these, é que elle reveste, no momento actual, particularmente sobre o ponto de vista therapeutico, uma tão alta importância, que d'elle se occupam constantemente os jornais de medicina, dando conta das descobertas scientificas que vae operando uma plêiade de investigadores…*[237]

> *Na impossibilidade de recolher qualquer observação clínica durante este último anno de tirocínio hospitalar, o meu trabalho não passa d'uma compilação imperfeita do que li n'aquelles authores, e ainda n'um recente trabalho de E. Vigneron. Demais, á falta de tempo, limitei-me a fazer este estudo de tuberculose renal unicamente sob o ponto de vista da sua symptomatologia, diagnóstico e tratamento*[238].

> *Escolhendo para assumpto da minha these a tuberculose nem por sombras me prespassou no espírito a idéa de fazer um trabalho útil, embora incompleto.*
>
> *Decidi escrever a este respeito unicamente porque sempre me horrorisou a morte de um phtisico. E esse interesse, que causa o terrível, despertou em mim o desejo de estudar e comprehender uma doença, que tantas vidas nos rouba (…) Ferido por esta curiosidade, vã talvez, talvez pueril, eu não pude mais, querendo escrever uma these, do que fazer uma lição, deficientissima decerto, sobre a génese do tubérculo e da sua natureza intima.*

---

[236] *Regulamento para as escholas medico-cirurgicas de Lisboa e Porto*, 1840: 20.
[237] NOVAES, 1891: 25.
[238] MOURA, 1893: 29-30.

Nem a minha intelligencia, nem os meus conhecimentos nem o tempo de que pude dispor me permitiram mais[239].

Como consequência disso muitas destas teses tinham uma qualidade medíocre, sendo, como dizia Ricardo Jorge, na maior parte das vezes «uma farrapagem simplesmente copiada ou comprada a mercado vergonhoso»[240]. No entanto, um número significativo destas teses são bons trabalhos, muitos deles cientificamente bem construídos sobre dados inéditos recolhidos pelos candidatos e com temas inovadores emergidos quando uma determinada temática despoletava interesse na comunidade médica como é o caso de investigações nos domínios da climatoterapia, da bacteriologia ou da higiene pública.

Com a elevação das Escolas Médico-cirúrgicas a Faculdades de Medicina passou-se a designar as teses inaugurais de teses de licenciatura, similarmente ao que se fazia em Coimbra. Porto, Lisboa e Coimbra passaram a ter equivalência destes documentos e os cursos tornaram-se reconhecidos da mesma forma. No entanto, o processo permaneceu semelhante às velhas Escolas, sendo o «Acto Grande» renomeado de «Acto de Licenciatura», cuja aprovação era indispensável para o acesso ao exercício da profissão, conferindo ao licenciado o título profissional de doutor de medicina[241]. O «Acto de Licenciatura» consistia na apreciação pública da dissertação, mas sem discussão, por parte de um júri composto pelos professores catedráticos e presidido pelo Diretor da Faculdade. A diferença relativa às dissertações inaugurais residia na exigência da originalidade do trabalho devendo ser fundamentado com base na observação, experimentação ou crítica pessoal[242], o que nos faz acreditar que o grau de exigência era maior.

Num patamar diferente encontramos as teses de doutoramento em medicina, que não representando uma obrigação, eram trabalhos que deviam ser pautados pela originalidade e pela qualidade do teor científico para a obtenção do grau académico de Doutor em Medicina. A dissertação de doutoramento versava sobre um qualquer assunto de ciências médicas, mas evidentemente os candidatos eram influenciados por assuntos prementes da época em que se encontravam. Por exemplo, um número significativo de teses de doutoramento sobre a tuberculose foi produzida entre 1911 e 1930, uma época bastante crítica em termos

---

[239] MASCARENHAS, 1874: 20.

[240] Ricardo Jorge criticou severamente estes trabalhos por considerá-los plágio e de má qualidade: «Desventuradamente para nós a grande massa das dissertações reduz-se a papel estragado no prelo e que não pode senão a baixa serventia. São coisas indignas de ler-se, que desdouram não só o neófito como o estabelecimento de que o deixa habilitar à posição médica. O júbilo de contar mais uma tese de merecimento não é muito vulgar para a escola do Porto. (…) O ideal do fazedor da tese reduz-se a engendrar uma mayonnaise esfarrapada dos ripanços que pode haver à mão; a audácia e o menosprezo chegam a tal ponto de traduzir barbaramente qualquer dissertação francesa, a ver se logram, como tantas vezes conseguem, presidente e júri. Destas infandas farsas podia eu oferecer picarescos exemplos».
Cf. LIMA, 1908: 184 e ALVES, 2003: 112-114.

[241] Não se confunda aqui título profissional com o grau académico de Doutor. Cf. *Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto*, 1931: 11, Art. 42.º e § único.

[242] Cf. Art.º 44 do *Regulamento da Faculdade …*: 11.

de disseminação da doença e multiplicação de casos pelos problemas decorrentes da guerra, da carestia alimentar, da gripe pneumónica e da desarticulação das estruturas de assistência durante a 1.ª República, assuntos de que falaremos posteriormente. Devemos também ter em conta que a maior exigência científica, por um lado, e os custos inerentes à candidatura e produção da tese, por outro, funcionavam como filtros[243]. Só desenvolvia este tipo de trabalhos quem efetivamente tivesse capacidade intelectual e financeira para o fazer.

Existe ainda uma outra tipologia de teses que serviam para concorrer aos lugares de docentes das Escolas Médico-cirúrgicas e da Faculdade de Medicina de Coimbra. As dissertações de concurso são a tipologia de teses que existe em menor número, desde logo porque o provimento de lugares de docente eram em menor número e mais demorados quando comparados com a frequência e conclusão de cursos dos alunos. Uma das características mais salientes é o facto de estas teses serem na maior parte dos casos impulsionadoras de outros trabalhos, isto é realizadas por futuros professores, acabavam por se repercutirem na escolha do tema «tuberculose» pelos seus alunos. Na nossa investigação deparamo-nos ainda com um caso isolado duma tese de Agregação em Lisboa, que decidimos considerar para as estatísticas que iremos apresentar.

2.3.1. A produção em números

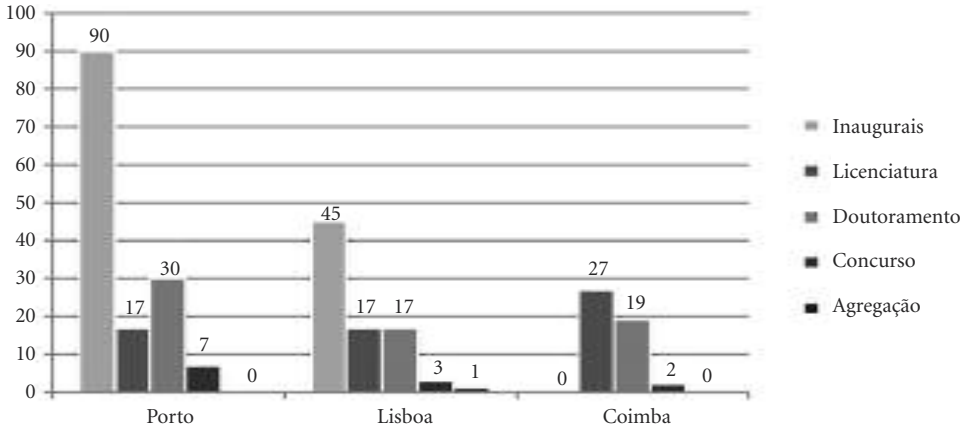
A produção de teses no período compreendido entre 1857 e 1968, datas para as quais foi possível obter dados fiáveis, não teve uma distribuição numérica igual nas três escolas médicas nem igualdade na tipologia de teses produzidas. A partir dos arquivos e catálogos das bibliotecas das Faculdades de Medicina foi possível construir o seguinte quadro e gráfico:

Quadro 1 – Produção de teses sobre tuberculose por escola e tipologia.

	Porto	Lisboa	Coimbra	Total	%
Inaugurais	90	45	0	135	49,1
Licenciatura	17	17	27	61	22,2
Doutoramento	30	17	19	66	24,0
Concurso	7	3	2	12	4,4
Agregação	0	1	0	1	0,4
Total	144	83	48	275	100
%	52,4	30,2	17,5	100	

[243] O facto de este tipo de dissertação não ser obrigatória para terminar um curso fazia com que fosse menor o seu número. Primeiro os requerentes apresentavam a candidatura a provas de doutoramento e entregavam uma tese, que só depois de avaliada era ou não admitida para efeito de provas públicas, o que desde logo limitava o número de candidatos. Depois existia a questão monetária que também era limitadora pois os candidatos tinham de entregar cem cópias impressas da tese para serem distribuídas pelos professores, pelas bibliotecas do país e faculdades nacionais e estrangeiras com as quais existiam permuta de publicações, o que exigia capacidade financeira dos candidatados. Cf. *Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto*, 1931: 12-13, Art. 48.º.

Gráfico 1: Distribuição em números absolutos da tipologia de teses por escola médica (1857-1968).



A distribuição gráfica apresentada no Quadro 1 e Gráfico1 permite desde logo constatar um predomínio do Porto na produção de dissertações de todas as tipologias consideradas, com mais de metade do total percentual e absoluto da produção, 52,4% respeitante ao total de 144 teses. Em segundo lugar vem a escola de Lisboa com 30,2% referente a 83 teses e em último lugar Coimbra com 17,5% correspondentes ao total de 48 dissertações.

A predominância do Porto e Lisboa pode-se justificar pelo maior pendor prático da própria escola. Ambas as escolas eram médico-cirúrgicas o que significa que tratavam de assuntos médicos, compreenda-se assuntos teoréticos ou doutrinários, mas igualmente de assuntos cirúrgicos ligado a práticas de intervenção corporal e anatomopatológicas o que determinou sem dúvida uma inclinação para assuntos de anatomia patológica, de etiopatologia e tratamento cirúrgico que a escola de Coimbra tardou em seguir. A natureza das teses produzidas nas escolas médico-cirúrgicas é reveladora de uma predileção por assuntos clínicos e cirúrgicos e não somente por assuntos médico-filosóficos, tratando-se de temas como os tumores brancos, o tubérculo sobre o ponto de vista anatomopatológico ou cirúrgico, a questão da contagiosidade e da curabilidade da tísica, o tratamento da doença e dos seus sintomas, etc.

A produção coimbrã sobre tuberculose foi tardia em relação ao Porto e Lisboa. No Porto e Lisboa as primeiras dissertações datam de 1857 e 1870[244] respetivamente, enquanto em Coimbra a primeira de que há registo no Catálogo da Faculdade de Medicina é uma tese de licenciatura de 1896 versando sobre a tuberculose na gravidez[245]. O impulso para esta

[244] A primeira de que há registo é do Porto, uma tese manuscrita de 1857 versando sobre a anatomopatologia e diagnóstico dos tumores brancos, designação comum para a tuberculose das articulações, e a de Lisboa, de 1870 falava igualmente sobre a anatomia patológica e tratamento dos tumores brancos. Cf. PINTO, 1857 e TRIGO, 1870. Tese Inaugural.

[245] CARVALHO, 1896. Esta tese de licenciatura foi também reproduzida integralmente no «Coimbra Médica» de 1896.

tese esteve ligado ao primeiro Congresso Nacional da Tuberculose realizado um ano antes em Coimbra, para o qual muito contribuíram os professores Augusto Rocha e Daniel Ferreira de Matos Júnior cujo autor menciona na introdução. Até ao final da centúria produziram-se apenas mais duas, para a produção ser retomada apenas em 1917. Este vazio demonstra o alheamento dos alunos e professores do tema da tuberculose nas suas mais amplas facetas e só décadas mais tarde é que a temática é focada com maior incidência.

As teses inaugurais das Escolas Médico-cirúrgicas constituem 49,1% do total das teses. Como veremos mais à frente a precocidade da produção deste tipo de documentos pelas Escolas Médico-cirúrgicas e a sua obrigatoriedade durante quase sete décadas, de 1857 a 1923, permitiu coligir um *corpus* documental bastante volumoso e esparso em termos temporais. As teses de doutoramento, representando quase um quarto, e as de licenciatura, quase outro quarto, são percentualmente idênticas com 24% para os doutoramentos e 22,2% para as licenciaturas. Mas se quisermos considerar em conjunto as teses inaugurais e as de licenciatura, como monografias obrigatórias para terminar o ciclo de estudos que dava acesso ao exercício da profissão de médico, temos então uma predominância total sobre as outras tipologias com uns 71,3% da produção. Em número reduzido estão as teses de concurso e uma única de agregação num total de cerca de 4,7%, o que se justifica pela sua natureza, uma vez que existia um menor número de candidatos a professores em relação à quantidade de alunos.

O Gráfico1 elucida-nos acerca da produção por tipologia de teses em cada uma das escolas. O Porto liderou, como dissemos, a produção destes documentos com um total de 144 teses, na sua maioria teses inaugurais. O segundo grupo é o das teses de doutoramento (31) seguido das de licenciatura (17) e de concurso (7). Em Lisboa, o cenário era semelhante com o predomínio das dissertações inaugurais (45) seguido das de doutoramento e licenciatura, ambas com 17 exemplares, as de concurso com 3 e 1 de agregação. Em Coimbra, são as teses de licenciatura que têm prevalência (27) seguidas de doutoramento (19) e de concurso (2).

No cômputo geral o Porto liderou a produção de teses em todas as tipologias à exceção das teses de licenciatura, produzidas em maior número pelos alunos da Faculdade de Medicina de Coimbra. Foi o avultado número de teses inaugurais e de doutoramento que valeram ao Porto o destaque na produção em quantidade, mas também em qualidade no campo da tisiologia portuguesa. A representatividade das teses sobre a tuberculose em relação à produção global é outra questão. Não sendo possível indicar dados seguros para as três escolas pelo estado atual da catalogação das bibliotecas das respetivas faculdades de medicina, apresentamos apenas os dados relativos à Faculdade de Medicina do Porto, sem dúvida a que tem a base de dados de teses médicas mais organizada e completa, e à Faculdade de Medicina de Coimbra.

Segundo os serviços da biblioteca da FMUP existem catalogadas 2839 dissertações para o período de 1840 até 1968 e destas 144 versam sobre a tuberculose, o que dá uma per-

centagem de 5,1% sobre o global. Por tipologia os valores são diferentes, existindo para as teses inaugurais 90 sobre um total de 1404 (6,4%), para as de doutoramento são 30 de tuberculose sobre 269 registos (11,5%), as dissertações de licenciatura são 17 sobre 1105 registos (1,5%) e para as de concurso são 7 sobre 61 registos (11,5%). Embora a representatividade as teses de doutoramento e de concurso sejam percentualmente maiores, no global o tema da tuberculose não está mal representado. Se tivermos em conta que entre temas de medicina e cirurgia existem milhentas patologias, problemas e assuntos, a cifra de 5,1% num período de quase cento e trinta anos é sintomático do alcance que a questão da tuberculose suscitou na sociedade portuense e no norte de Portugal. Para Coimbra o número total de teses de medicina é de 3185 teses desde o ano de 1800[246], sendo que destas só 48 versam sobre tuberculose, o que representa 1,5% da produção total.

Podemos avançar com algumas hipóteses explicativas para o destaque do Porto. É crível que as más condições sanitárias da cidade, a formação dum escol de reputados higienistas e a influência de vários tisiologistas que trabalharam na escola médica do Porto tenha contribuído para que este tema se tenha salientado. Em matéria de higiene pública o Porto foi desde cedo apontado como uma das cidades com maiores problemas. Foram vários os autores que nos finais de Oitocentos se preocuparam com a mortalidade da «Invicta», onde se destacam a apresentação de várias teses à Escola Médico-cirúrgica[247], bem como a monumental obra de Ricardo Jorge «Demografia e Hygiene na cidade do Porto: Clima, População, Mortalidade». Nesta obra, o eminente higienista aponta o Porto, juntamente com Ruão, Bucareste e Moscovo, como uma das cidades europeias com maior taxa bruta de mortalidade na ordem dos 30‰[248], com maior incidência no Inverno, devido às doenças respiratórias e pneumonias, e Verão devido às doenças infeciosas, gastrointestinais e diarreias. Analisando a distribuição de óbitos anuais em função da idade é sobretudo no primeiro ano de vida que se registavam mais óbitos quando comparados com cada um dos intervalos etários[249]. Esta elevada mortalidade ficava-se a dever em parte às débeis estruturas de saneamento e habitação, mas igualmente às práticas, usos e costumes da população citadina, como frisou Ricardo Jorge:

---

[246] Cf. FARIA, 1991.

[247] *Vide* a propósito disto os títulos das teses em LIMA, 1908, com especial incidência nas teses dos inícios do século XX, das quais destacamos, a título de exemplo, as seguintes: ANTAS, Álvaro Cândido Furtado de – *Insalubridade no Porto* (1902); COELHO, Carlos Alberto da Cunha – *A Peste do Porto de 1899* (1900); RIBEIRO, Guilherme Urbano da Costa – *A mortalidade infantil do Porto* (1902); GONÇALVES, Manuel Joaquim – *Considerações sobre «A mortalidade infantil no Porto»* (1906); REGO, António Balbino – *Pneumonia Pestosa: a peste bubónica no Porto 1899-1900* (1900); SOUZA JUNIOR, António Joaquim de – *Peste bubónica: estudos da epidemia do Porto* (1902); BARBOSA, António Pereira – *Da tuberculose no Porto: breve estudo sobre a sua etiologia e prophylaxia* (1906).

[248] Cf. JORGE, 1899: 313.

[249] *Vide* JORGE, 1899: 348, tabela LXIX e veja-se também DAVID, 1992: 269-295 e COSME, 2006: 181-195.

Há aqui os vícios da má educação e da ignorância; há as mais revoltantes práticas de trato de creanças n'uma trucidação perenne; há as habitações lôbregas e a insalubérrimas onde se amesendra mais d'um terço da população; há o desbaste das moléstias inficiosas pela licença do contágio; há emfim uma rede de incapacíssimos esgotos, rastilhando o solo e a água d'immundicie.

(…) O Porto precisa sahir d'este poço de insalubridade, há mais de dez annos, definido e denunciado; vai n'isso o seu interesse e o seu brio.

Quem diria que a morte nos dizima bem mais do que na capital? E tanta gente no Porto nutre ainda a beata crença da superioridade saudável do nosso torrão, em relação á empestada Lisboa! Pois tal não há; e, descontada no cotejo das taxas brutas a influencia da composição sexuoetaria, ainda sobra differença contra nós. Ora entre as varias influencias que podem occasionar este resultado, não terá temeridade contar entre ellas a superioridade da canalisação da capital, já muito soffrivelmente delineada e construída pelos notáveis engenheiros pombalinos, modernamente corrigida e continuamente melhorada[250].

Nesta altura, a população tornou-se alvo da preocupação das autoridades públicas porque ela mesma se tornou um objeto político, enquadrável no conceito de «biopoder» defendido por Michel Foucault[251]. Como consequência desenvolveu-se um interesse e uma estratégia ao nível médico na formação dos serviços municipais reguladores da saúde e higiene das cidades, com intervenção nos diversos campos da saúde pública[252], incluindo a luta contra as doenças infetocontagiosas e «sociais», de que falaremos mais à frente.

No campo da tuberculose só lentamente se estruturou o saber ligado à tisiologia. Mas não há dúvida que se formou no Porto um verdadeiro escol ligado a esta doença, com muitos nomes conhecidos a dissertarem e mesmo a especializarem-se no ramo médico da tisiologia, como foi Tiago de Almeida, António de Almeida Garrett, Maximiano Lemos, António de Sousa Júnior, entre outros. Verificamos assim que a temática da tuberculose, ou das tuberculoses, uma vez que estas teses abarcavam numerosas formas da doença (pulmonar, adenites, óssea, articular, renal, etc.), era recorrente nos trabalhos médicos de final de curso[253]. Os problemas urbanísticos, sanitários e socioeconómicos da população eram por si só um estímulo, mas juntou-se também as ações e estímulos dos higienistas e tisiologistas da escola portuense.

Em Lisboa, a produção é quantitativamente inferior[254]. Embora se destaquem pelo número as teses inaugurais, encontramos 17 exemplares de dissertações de licenciatura, 17 de doutoramento, 3 de concurso e 1 de agregação. São números inferiores aos do Porto,

---

[250] JORGE, 1899: 322-323.
Veja-se também sobre esta questão ANTAS, 1902 e BARBOSA, 1906.

[251] FOUCAULT, 2009.

[252] *Vide* a propósito disto o artigo de ALVES, 2008: 85-90.

[253] COSTA & VIEIRA, 2012: 251-260.

[254] Apesar de a produção ser inferior, a Faculdade de Medicina de Lisboa era a única onde funcionava uma cadeira de Doenças Pulmonares, embora não houvesse oficialmente ensino de Tisiologia. Cf. SERRA, 1943: 337.

embora em Lisboa também houvesse uma enorme preocupação com a higiene pública e a tuberculose, testemunhados pelos escritos de nomes sonantes como Miguel Bombarda, Luís da Câmara Pestana, António de Azevedo, Sabino Coelho e o próprio Ricardo Jorge[255]. O facto de na viragem do século XIX para o XX se terem estabelecido em Lisboa duas instituições importantes no domínio da luta contra a tuberculose, a Liga Nacional contra a Tuberculose e a Assistência Nacional aos Tuberculosos, desviou de certo modo os interesses dos médicos de Lisboa para assuntos como a profilaxia individual e coletiva, a educação popular no sentido higiénico e escolar, as redes de propaganda e assistência pública aos doentes, descentrando-se de temas ligados à anatomia patológica, fisiologia, diagnóstico e tratamento, preferenciais em termos académicos.

Coimbra ficou, em termos gerais, no último lugar. Para tal concorreu o atraso relativo às demais instituições em termos de tuberculose. É aceitável considerar que existia uma falta de interesse dos alunos por este tema ou a predileção por outros. No entanto, estamos mais inclinados para outra justificação, que se prende com a falta de conceituação científica[256] da doença no contexto da produção científica da FMUC. Coimbra foi uma cidade bastante dinâmica na luta contra a tuberculose, organizando Congresso Nacional contra a Tuberculose em 1895, o Congresso da Liga Nacional contra a Tuberculose em 1904 e vários médicos/universitários escreveram artigos em periódicos conceituados sobre a tuberculose. De resto, o grande impulsionado da Medicina Social e da luta antituberculose em Coimbra, o Prof. Dr. Bissaya Barreto, dizia que entrou nas questões da luta contra a tuberculose como reação à inatividade da comunidade médica e civil perante o flagelo[257], o que nos leva a crer que a questão da tuberculose no campo médico, assistêncial e social era secundária, explicando-se assim o distanciamento deste tema.

Atentemos agora à produção ao longo do período temporal considerado patente nos gráficos que se seguem.

Os Gráficos 2 e 3 mostram-nos a evolução da produção global e por escola médica nas doze décadas para os quais foi possível recolher informação. Da análise global podemos concluir que a produção de teses não foi linear existindo quatro períodos distintos. O primeiro período considerado vai da primeira tese em 1857 até à década de 90, sendo um momento de aumento progressivo de interesse pelo tema. O segundo período, que vai da década de 1891-1900 até 1911-1920, é o período áureo desta temática registando-se uma

---

[255] Ricardo Jorge ao discutir a mortalidade por tuberculose em Portugal, chamou à atenção para os problemas sanitários do Porto e inversamente elogiou Lisboa pela tenacidade empreendida contra a tuberculose devido à ação de beneméritos que apoiavam a propaganda e as instituições curativas e preventivas. Cf. JORGE, 1914: 203-212.

[256] Para o caso brasileiro Dilene Raimundo do Nascimento considera que a falta de iniciativas e de estudos sobre a tuberculose no Brasil nos inícios do século passado prendiam-se por vezes com questões de conceituação científica, digamos, de relevância científica e social, porque a preocupação das instituições de poder era maior com as epidemias do que com as doenças endémicas e consideradas incuráveis. *Vide* a propósito disto NASCIMENTO, 2005: 22.

[257] ROSA, 1970: 8-10.

Gráfico 2: Evolução da produção do total de teses por décadas.

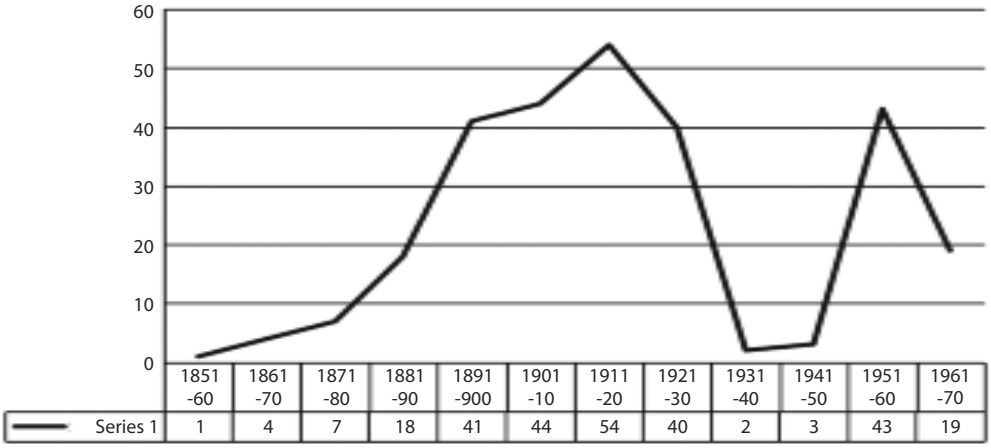
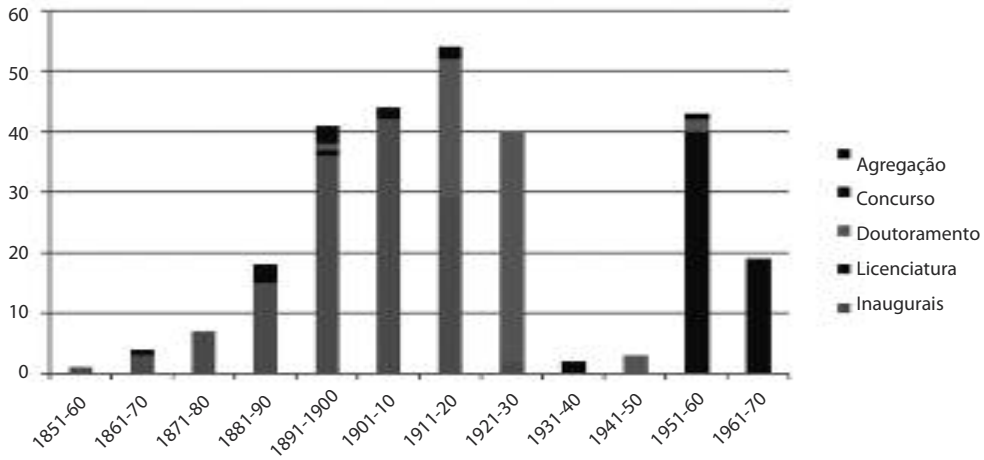


Gráfico 3: Evolução da produção total de teses por década e tipologia.



produção acentuada. O terceiro momento, de 1921-31 até 1941-50, é marcado pelo decréscimo da produção documental, que de quatro dezenas passaram a dois e três exemplares nas décadas consideradas, para voltar a aumentar a produção na casa das quatro dezenas entre 1951-60 e decrescer novamente. Se compararmos os totais parciais para cada escola em separado temos uma realidade muito semelhante à apreciação global, coincidindo os momentos de arranque, queda e maior produção entre as três escolas.

Globalmente verifica-se que o momento de descolagem teve início na década de 1881--90, quando a tuberculose se tornou um problema social e de higiene pública pelo crescente número de vítimas e de incapacitados que produzia anualmente. Apesar de vários alertas

para o facto, foi Sousa Martins que deu visibilidade ao problema com as suas célebres expedições de 1881 e 1883 à Serra da Estrela para estudar o clima serrano, a fim de aí se construir um sanatório de montanha para o tratamento dos tísicos. O relatório da expedição apresentado ao governo por Sousa Martins motivou uma série de estudos, relatórios e artigos de luta contra a tuberculose no campo da profilaxia individual e coletiva, e estudos variados sobre a climatologia portuguesa que pretendiam aconselhar os poderes públicos acerca do melhor local para construção de sanatórios de montanha (para tuberculoses pulmonares) e sanatórios marítimos (para tuberculoses cirúrgicas). Por outro lado, no último vinténio de Oitocentos verificaram-se avanços consideráveis na tisiologia com a identificação do agente bacteriano responsável pela doença, com o aparecimento de métodos diagnósticos alternativos à já antiga percussão e auscultação, como a prova tuberculina e a radiografia.

Nos primeiros vinte anos do século XX, a tendência continuava a ser para o crescimento do número de documentos. Alguns temas como a higiene e prevenção da tuberculose, os novos tratamentos (medicamentosos e cirúrgicos) e caracterização anatomopatológica, fisiológica e terapêutica de outras tuberculoses (osteoarticular, renal, genital, etc.) dominaram este período, repercutindo-se numericamente nas teses com um pico máximo registado entre 1911-1920.

A partir da década de 1920 verifica-se um declínio gradual da produção de teses, registando-se um mínimo nos dois decénios seguintes com apenas 5 teses. Na origem deste decréscimo acentuado esteve um decreto do Governo de 1926[258] que suprimiu a dissertação obrigatória para a obtenção do grau de licenciatura, devendo apenas os licenciados fazer prova oral e escrita às cadeiras, precedida de uma prova prática ou observação clínica. Apenas para a obtenção do grau académico de doutor se manteve a obrigatoriedade de apresentação duma dissertação de doutoramento e demais documentos requisitados. Por isso se constata um aumento considerável das teses de doutoramento entre 1921-30 e um número francamente reduzido ao nível das teses de licenciatura. Só com o Decreto n.º 18310/1930 e regulamentos das Faculdades de Medicina de 1931[259] se restabeleceu a obrigatoriedade de entrega da tese para efeitos do «Acto de licenciatura» e de doutoramento.

Contudo, parece que o efeito não foi imediato já que só no início da década de 50 a produção voltou a subir. As teses escritas neste período deveram muito à descoberta dos antibióticos e químicos contra o BK que motivaram a sua produção. Surgiram igualmente dissertações ligadas ao tratamento das diversas formas de tuberculose pela quimioterapia, não sendo a tuberculose pulmonar de modo algum o tema dominante. Contudo, existem teses cuja temática se filia num período anterior nomeadamente sobre a vacinação, a utilização do pneumotórax artificial e temas como a tuberculose genital da mulher.

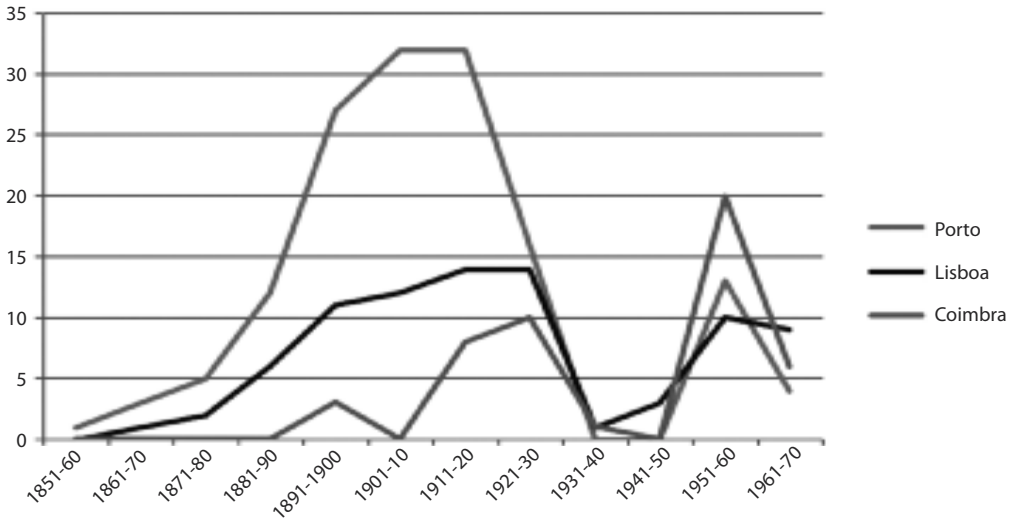
---

[258] Cf. *Decreto n.º 12697/1926*. D. do G. 259 (17-11-1926) e *Decreto n.º 18310/1930*. D. do G. 107 (10-05-1930).

[259] Veja-se *Decreto n.º 18310/1930*. D. do G. 107 (10-05-1930); *Decreto n.º 19337/1931*. D. do G. 35 (19-01-1931) 208-217; *Decreto n.º 19678/1931*. D. do G. 101 (01-05-1931); e *Decreto n.º 19691/1931*. D. do G. 103 (18-03-1931).

A observação do Gráfico 4 permite-nos constatar por escola uma ideia semelhante à produzida pelo gráfico representativo da produção global. A produção por escola, salvaguardando a diferença numérica entre cada escola médica, evoluiu de forma similar, arrancando Porto e Lisboa mais cedo, com uma ascensão progressiva a partir de 1881-90 e atingindo o pico em 1901-10 no caso do Porto e 1911-20 no caso de Lisboa. Coimbra começa mais tarde, interrompendo a produção de dissertações sobre tuberculose na década seguinte e recomeçando dum modo contínuo a partir de 1917, com uma tendência para aumentar e atingir um pico entre 1921-30. Voltou a decrescer entre 1931 e 1951 tal como o Porto e Lisboa, para retomar a produção na década de 1951-60, ultrapassando mesmo Porto e Lisboa.

Gráfico 4: Evolução da produção de teses por década e escola médica.



No que diz respeito à produção de teses por década e tipologia podemos encontrar três grandes momentos. O primeiro é dominado pela produção de dissertações inaugurais que abarca um período lato de cerca de setenta anos, entre 1851 e 1920, que corresponde ao período florescente das Escolas Médico-cirúrgicas do Porto e Lisboa. Apesar do domínio das teses inaugurais temos de destacar a produção de teses de concurso que estão presentes desde 1881 até 1920 de forma contínua, atingindo o maior volume entre 1891-1900, altura em que alguns tisiologistas se tornaram professores.

O segundo momento é o da proliferação das teses de doutoramento. Embora surgissem alguns exemplares no período de 1891-1900, só na década de 1911-20 o seu número se torna considerável, com 23 teses, e na década posterior é mesmo dominante relativamente a todos os outros tipos. Com a passagem das Escolas Médico-cirúrgicas a Faculdades de Medicina em 1911, vemos o número de teses inaugurais a diminuir progressivamente e a

aumentarem o número de doutoramentos em torno de questões prementes da época como o tratamento, a profilaxia, a vacinação, etc.

O terceiro momento, nas décadas de 50 e 60, é um retorno às dissertações de final de curso, ou seja de licenciatura, onde os temas privilegiados foram as questões etiopatológicas e terapêuticas de tuberculoses extrapulmonares, isto é, tuberculoses de outros órgãos e sistemas (renal, genital, urológico, meningite).

Verifica-se, deste modo, que a produção de dissertações nas escolas médicas do país teve altos e baixos ao longo do período considerado. Os períodos de maior lavra ocorreram em anos subsequentes a grandes descobertas no campo da tisiologia ou em épocas de maior discussão em torno da profilaxia e assistência social. É curioso verificar que o número máximo de teses é produzido numa altura particularmente sensível do ponto de vista da mortalidade, com uma média de doze mil mortes anuais, segundo os números calculados na altura[260]. Quanto à tipologia, predominaram as teses inaugurais das Escolas Médico-cirúrgicas, tendência que se esbate à medida que estas instituições passam a Faculdades de Medicina, sobressaindo, a partir daí, teses de doutoramento e de licenciatura, que vieram catapultar novas temáticas, como já referimos.

2.3.2. Análise temática das dissertações

A análise quantitativa e evolutiva das dissertações produzidas em Portugal no período convencionado permitiu observar os momentos de maior fôlego na produção de dissertações académicas em torno da tuberculose e contextualizar o interesse ou o desinteresse manifestado de acordo com o período em questão. Todavia, uma observação exclusivamente quantitativa equivalia a perder uma quantidade assinalável de informação, designadamente informação relativa aos temas e assuntos tratados nas teses, que servem para caracterizar a evolução genérica da tisiologia entre o século XIX e XX.

Para perceber a evolução e variação temática tivemos de realizar uma categorização dos assuntos das diversas dissertações académicas[261]. Consideramos para esta análise temática todos os títulos que conseguimos ter acesso ou referência, quer das Escolas Médico-cirúrgicas/Faculdade de Medicina do Porto e Lisboa, quer da Faculdade de Medicina de Coimbra, em todas as tipologias existentes, designadamente dissertações inaugurais, de licenciatura, de doutoramento, de concurso e de agregação. Não descartamos a hipótese de nos faltar algum título, que, por falta de organização de algumas bibliotecas, não pudemos ter acesso. Deve-se referir que a única biblioteca com todas as suas teses catalogadas e disponíveis é a da Faculdade de Medicina do Porto. A Biblioteca das Ciências da Saúde em Coimbra disponibilizou-nos um catálogo já desatualizado onde por vezes as cotas não cor-

---

[260] *Vide* a propósito disto as taxas calculadas por Fernando da Silva Correia e Lopo de Carvalho em CORREIA, 1938: 264 e CARVALHO, 1936: 7-11.

[261] Seguimos aqui a proposta de categorização de Laurence Bardin. *Vide*: BARDIN, 1979.

respondem aos títulos. Na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa, à data da nossa recolha, encontrava-se ainda num processo de reorganização e catalogação das obras antigas (entre as quais teses de medicina) pelo que tivemos de recorrer ao catálogo manual de fichas já desatualizado. Fizemos uso não só das dissertações cujo título se reportava diretamente à tuberculose, mas também a algumas em número muito reduzido, mas que discutiam no seu interior algum assunto relacionado com a tuberculose.

A categorização das teses passou pela arrumação temática dos documentos distribuídos por seis categorias, três das quais subdivididas em subcategorias:

- Generalidades
- Patologia
    - Anatomia patológica
    - Patologia clínica
- Diagnóstico e técnicas de diagnóstico
- Tratamento
    - Tratamento medicamentoso/farmacêutico
    - Tratamento cirúrgico
    - Tratamento higieno-dietético/sanatorial
- Higiene, saúde pública e assistência
- Especialidades
    - Tuberculose genital
    - Tuberculose osteoarticular
    - Tuberculose renal
    - Outras formas

Na categoria das «Generalidades» incluímos os temas relacionados com descrições generalistas das diversas formas da doença onde os autores fazem uma síntese («estado da arte») sobre os mais diversos aspetos em simultâneo, como diagnóstico, patologia, anatomia patológica, tratamento, prognóstico, etc. Englobamos aqui também outros assuntos avulsos que abordam por, exemplo, a tuberculose na gravidez, as teorias dominantes acerca da etiologia hereditária ou contagiosa, a unidade ou dualismo e observações clínicas.

Na categoria de «Patologia» criamos duas subdivisões, a «Anatomia Patológica» e a «Patologia Clínica». Na subcategoria «Anatomia Patológica» englobamos os casos de estudo anatómico da doença e análise de questões que se prendem com localizações anatómicas específicas como a análise dos tubérculos, a análise de cavernas pulmonares, de tumores brancos, etc., enquanto na subcategoria de «Patologia Clínica» conglomeramos teses cujo tema se prendia com etiologia, causas, sintomas e evolução da doença.

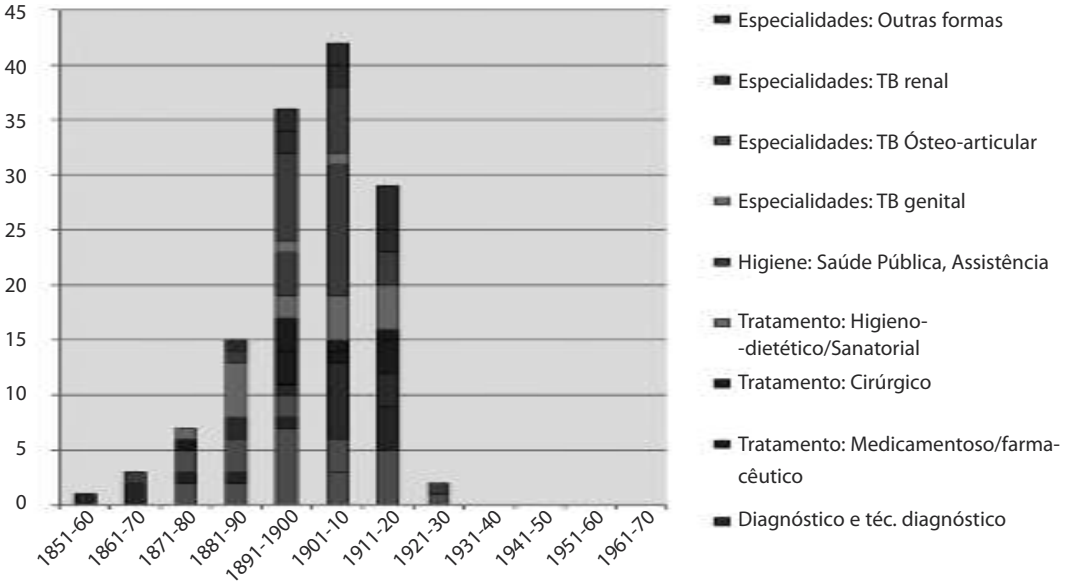
Consagramos a terceira e quarta categoria ao diagnóstico e ao tratamento. No que concerne ao «Diagnóstico e técnicas de diagnóstico» consideramos as teses que diziam respeito às apreciações teóricas e práticas do diagnóstico, bem como às diferentes técnicas,

nomeadamente a auscultação, medição do perímetro torácico, a análise bacteriológica à expetoração, análises laboratoriais ao sangue, radiografia, testes de tuberculina, etc. Para categorizar as teses versadas sobre o tratamento estabelecemos três subcategorias. A primeira refere-se ao tratamento medicamentoso/farmacêutico, isto é, tratamento através de substâncias químicas, compostos e orgânicas, por exemplo cianeto de ouro, guaiacol, soros, quimioterápicos e antibióticos. A segunda subcategoria diz respeito ao tratamento cirúrgico, isto é, que envolve intervenção manual ou instrumental como são exemplo as toracoplastias, as ressecções pulmonares ou o pneumotórax artificial. Por tratamento higieno-dietético e sanatorial compreendemos um tratamento cuja fórmula consistia na utilização conjunta ou parcial de ar puro (aeroterapia e climatoterapia), repouso e superalimentação, que era simultaneamente a base do tratamento sanatorial.

Na categoria de «Higiene, Saúde Pública e Assistência» incluímos trabalhos que versavam sobre os meios individuais ou coletivos, princípios e práticas destinados a preservar ou promover a saúde, ligados à profilaxia da tuberculose, assim como teses que incidem sobre o estudo de políticas e meios de prestação de cuidados assistenciais aos doentes tuberculosos.

Reservamos a categoria de «Especialidades» para classificar dissertações cujos objetos são formas extrapulmonares da doença. Uma vez que a tuberculose genital, a tuberculose osteoarticular e a tuberculose renal foram bastante focadas pelos tisiologistas justificou-se a criação de subcategorias próprias, reservando uma quarta subdivisão para «Outras formas», incluindo aí manifestações como as escrófulas, meningite tuberculosa, coxalgia, tuberculose cutânea, etc.

Gráfico 5: Categorização por tema/década das teses inaugurais.



Atendendo aos critérios da frequência de determinada categoria temática e à sua evolução no tempo podemos verificar, primeiro, que determinados temas são mais explorados e, segundo, que existem temas transversais a quase todas as décadas consideradas.

No global, os temas mais focados pelos médicos foram o da higiene, saúde e assistência, o das generalidades, o do tratamento higieno-dietético/sanatorial a par das tuberculoses osteoarticulares. Nos finais do século houve uma preponderância relativa às questões higiénicas e sanitárias em geral e à tuberculose em particular, pelo agravamento das condições de vida, de trabalho e de habitação da população. Por outro lado, nos finais do século XIX e inícios do XX surgiram as primeiras organizações de assistência aos tísicos, nomeadamente os preventórios para crianças, os dispensários, os hospitais de isolamento e os sanatórios. Uma vez que as teses inaugurais representavam um culminar do curso, preparada no último ano e quase sempre apressadamente, é frequente encontrarmos trabalhos que fazem uma síntese, muitas vezes cópias de trabalhos estrangeiros, sobre vários assuntos em simultâneo da doença, que engrossam o número das teses categorizadas como «Generalidades».

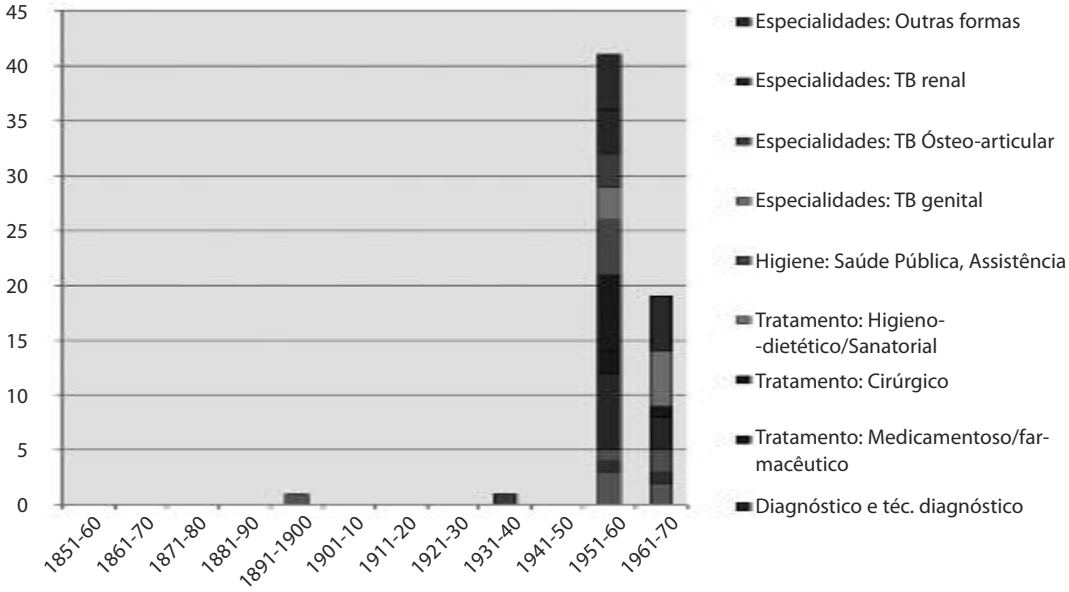
A prevalência de trabalhos em torno do tratamento higieno-dietético, segundo a fórmula sanatorial de ar puro, repouso e boa alimentação tem a ver com o despertar do movimento sanatorial em Portugal que incitava os médicos a realizarem trabalhos sobre climatoterapia, de altitude ou marítima, e a opinarem sobre o melhor modo de aplicar este regímen terapêutico. Deve-se dizer também que existe um número considerável de teses sobre tuberculose dos ossos e articulações quase todas versando sobre observações clínicas de crianças internadas nos hospitais.

Outras questões relevantes são as de patologia, diagnóstico e suas técnicas assim como tratamentos medicamentosos. As questões ligadas à anatomia patológica e patologia clínica são sobretudo afloradas no período anterior e imediatamente após a descoberta do bacilo de Koch. Antes da descoberta por se fazerem trabalhos sobre anatomia do tubérculo e sobre semiologia e posteriormente por ser um tema novo e com necessidade de ser convenientemente explorado pelos médicos portugueses. O desenvolvimento da bacteriologia e da tecnologia médica permitiu avanços consideráveis ao nível das técnicas de diagnóstico nos finais do século XIX e nas primeiras décadas, o que se repercutiu ao nível da produção escrita. O tratamento baseado em medicamentos e outras substâncias foi sempre um quebra-cabeças para a medicina, havendo um esforço dos médicos por desenvolver tratamentos eficazes, embora só os paliativos tivessem alguma utilidade.

Os outros assuntos são sintomáticos das preocupações dos médicos-cirurgiões, designadamente os estudos sobre anatomia patológica, patologia clínica, diagnóstico e tratamento farmacológico. Para os dois primeiros decénios de que há registo, os trabalhos existentes são sobretudo de anatomia patológica, variando nos séculos seguintes entre patologia clínica, generalidades, diagnóstico e tratamentos. A partir da década de 1880 até à de 1920 temos uma maior diversificação de temáticas, sendo que foi no vinténio de 1891-

-1910 que se constatou essa diversificação, tocando mesmo todos os temas. A partir dos anos 80 do século XIX, o problema da tuberculose começou a ser encarado mais seriamente pela medicina e saúde pública do tempo, o que está visível na quantidade e diversificação temática. Podemos verificar através do gráfico que assuntos como o diagnóstico, tratamentos e higiene são transversais à maioria das décadas consideradas, exatamente por serem problemas recorrentes, como o da conceção de técnicas cada vez mais precisas e fiáveis de diagnóstico patológico. O tratamento também se revelou uma das maiores dificuldades, a par do respeito e emprego das normas higiénicas como forma de profilaxia individual e coletiva. O tratamento cirúrgico e as especialidades de tuberculose genital e renal parecem ser as áreas de menor produção em termos globais.

Gráfico 6: Categorização temática das teses de Licenciatura sobre tuberculose.



Em relação às teses de licenciatura a sua frequência temporal é mais curta, cingindo--se praticamente a duas décadas, as de 1950 e 1960. A emergência das teses de Licenciatura a partir da década de 50, após um interregno de cerca de vinte anos de trabalhos de final de curso, trouxe novamente o tema da tuberculose em quase todos os domínios de estudo, embora quantitativamente possamos destacar como assuntos mais recorrentes o diagnóstico, o tratamento e as especialidades. Neste período a preocupação dos médicos era a de conceber técnicas de diagnose mais assertivas e aperfeiçoar os tratamentos, sobretudo os antibióticos e quimioterápicos, daí a maior insistência nestes aspetos. No seu conjunto, as teses sobre especialidades, isto é, sobre tuberculoses não pulmonares tornaram-se mais numerosas. Isto deve-se, por um lado, ao número de tuberculoses não pulmonares que os médicos, providos de novos meios diagnósticos, podiam mais facilmente identificar. Por

outro lado, o sucesso da quimioterapia na resolução das tuberculoses pulmonares canalizou a atenção dos médicos para outros casos de doença tuberculosa extrapulmonar.

Deve dizer-se que todos os temas foram tratados à exceção do tratamento higieno-dietético, que nesta altura deixou de ter interesse clínico. Com a descoberta dos antibióticos e de químicos contra o BK, o tratamento ambulatório substituiu o tratamento higiénico e sanatorial, o que levou à reconversão dos vários sanatórios em hospitais distritais ou simplesmente à sua desativação e encerramento.

Além das teses de final de curso, Inaugurais e de Licenciatura, as teses de Doutoramento e de Concurso foram do ponto de vista temático igualmente interessantes. O grosso das dissertações de doutoramento foi realizado nos vinte anos decorrentes entre 1911 e 1930. Os temas mais frequentes entre 1911-20 foram as generalidades, a patologia, o diagnóstico e higiene, saúde pública e assistência. Estes temas também foram considerados para as teses inaugurais, o que mostra que eram assuntos de interesse geral, não só ao nível da graduação académica mais básica, como também ao nível mais elevado.

O que dominou os interesses dos doutorandos foram, além das generalidades, as questões patológicas, o diagnóstico e as especialidades tisiológicas. Curiosamente, numa época dominada pela procura de tratamentos eficazes e pela profilaxia, essas temáticas são preteridas em função dos conhecimentos da anatomia e patologia clínica da moléstia, pelas técnicas de diagnóstico e pelas tuberculoses não pulmonares.

Quadro 2 – Distribuição do total de teses por tema.

		Patologia			Tratamento				Especialidades			
	Generalidades	Anatomia patológica	Patologia clínica	Diagnóstico e técnicas de diagnóstico	Medicamentoso/farmacêutico	Cirúrgico	Higieno-dietético/Sanatorial	Higiene, Saúde Pública, Assistência	TB genital	TB osteoarticular	TB renal	Outras formas
Inaugural	20	10	10	13	8	5	16	21	2	15	6	9
Licenciatura	6	2	3	10	2	8	0	5	8	4	4	10
Doutoramento	11	8	6	12	2	3	4	7	1	2	2	9
Concurso	0	0	3	1	0	0	0	2	0	3	0	1
Agregação	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Subtotal	37	20	22	36	12	16	20	36	11	24	12	29
Total	37	42		36	48			36	76			29

Ao nível das teses de Concurso e Agregação, numericamente muito inferiores, não houve temas muito destacados pela sua quantidade, embora a frequência nos diga que se centravam sobretudo ao nível da patologia clínica, do diagnóstico e de higiene/saúde pública.

Se atentarmos ao total de teses produzidas pelas três escolas patentes no quadro 2 verificamos que, dum modo geral, todos os temas foram cobertos de forma uniforme. No entanto, destacamos as «especialidades» que, pela diversidade de formas nosológicas que compreendem, superam numericamente todos os outros temas.

De resto, as questões de patologia e tratamento no seu conjunto contam com mais de quatro dezenas de exemplares cada, o que prova que houve uma grande preocupação com o estudo e especificação da natureza, origem e evolução da tuberculose, a par das formas de tratamento consideradas, com uma frequência maior ao nível do tratamento higieno-dietético pelas vastas campanhas e ações práticas destinadas à implementação do regímen sanatorial, e logo depois surgem os tratamentos cirúrgicos (realizados sobretudo nos sanatórios) e o medicamentoso/farmacêutico.

As restantes categorias repartem equitativamente o número de teses entre si, todos na casa das três dezenas. Existem trinta e sete teses que abordam o tema tuberculose na sua generalidade, fazendo «estados da arte» acerca dum tema ou temas avulsos. O diagnóstico e as técnicas de diagnóstico, com trinta e seis exemplares, são uma parte importante destes trabalhos, correspondendo a um esforço sempre presente para aprimorar as formas de deteção da doença. Quanto ao tema sobre higiene, saúde pública e assistência, igualmente com trinta e seis exemplares, parece ter uma presença constante desde finais do século XIX, aquando da afirmação do higienismo, perdurando pela visibilidade e importância que assumiram as regras de conduta higiénica e a preservação da saúde no combate à doença. No que refere à assistência, existem algumas teses que são estudos que pretendem mostrar as vantagens da abertura de dispensários e sanatórios para o enquadramento higiénico dos tuberculosos.

CAPÍTULO 3
DIAGNOSTICAR E TRATAR A «PESTE BRANCA»

3.1 O diagnóstico em tisiologia

No processo de identificação de uma patologia, o diagnóstico, enquanto ato médico que procura conhecer a natureza e a causa da afeção, tem um papel determinante para os procedimentos subsequentes como são a prescrição terapêutica e o prognóstico. Ao longo dos séculos, o diagnóstico das doenças tuberculosas foi um processo complexo porque o conhecimento da natureza da própria doença permaneceu misterioso até aos finais do século XIX. Se existiam algumas formas de tuberculose fáceis de identificar pela visibilidade das lesões, como a gibosidade na tuberculose vertebral ou os gânglios do pescoço inchados e salientes nas escrófulas, existiam outras formas cujas lesões eram essencialmente internas e, por isso, dificilmente identificáveis como a pulmotuberculose, a tuberculose renal ou a tuberculose intestinal.

Até à identificação do BK, a tuberculose era considerada sob vários pontos de vista. No processo de identificação da doença assumiram particular destaque os meios e as técnicas de diagnóstico. Até à conversão anatomoclínica da medicina praticamente não existiam técnicas ou métodos de diagnosticar a tuberculose pulmonar. Só as formas visíveis a «olho nu» eram diagnosticadas e confirmadas por mera observação. No caso da tuberculose pulmonar as evidências da enfermidade só se manifestavam num período já avançado da doença, impedindo qualquer intervenção preventiva ou terapêutica precoce. Até aos inícios do século XX, a maioria dos diagnósticos era realizada tardiamente, tanto pela limitação dos métodos, como pela indiferença e aversão dos doentes aos médicos. O desconhecimento da doença acabou por ser um entrave à diagnose, produzindo-se numerosas confusões entre a tuberculose pulmonar e outras doenças torácicas, como cancro, silicose, abcessos pulmonares, pneumonias, etc. Como consequência destes diagnósticos incertos e tardios o que era categorizado como tísica muitas vezes era uma outra doença não identificada. O diagnóstico precoce só se organizou cabalmente ao longo do século XX, resultado do desenvolvimento de técnicas mais eficazes e que acabou por ter um contributo maior do que a terapêutica para o combate da tuberculose até à descoberta dos antibióticos[262]. A institucionalização dos dispensários como locais de diagnóstico e triagem de doentes permitiu essa organização de uma forma normalizada, apesar de insuficiente para o número de doentes que a ele recorriam.

A evolução das técnicas de diagnóstico usadas ao longo dos séculos XIX e XX acompanharam a evolução da medicina, quer no campo teórico, quer tecnológico, salientando-se o salto qualitativo destes métodos com o desenvolvimento e normalização das técnicas de exame bacteriológico e laboratorial. Consideramos fundamentalmente três grandes momentos ao nível do diagnóstico. O primeiro momento foi o da diagnose baseada no reconhecimento de sintomas somáticos associados à afeção tuberculosa. O segundo momento iniciou-se com invenções e aperfeiçoamentos técnicos que permitiram reconhe-

[262] DUBOS & DUBOS, 1996.

cer as lesões a partir do interior do corpo humano, quer através dos sons com o estetoscópio quer através das imagens com as radiografias, ou ainda do exterior por meio de mensurações torácicas. O terceiro momento foi o período no qual já não se procuravam sintomas ou lesões, mas sim a causa microbiana da doença recorrendo a meios laboratoriais e químicos de identificação do BK.

3.1.1. O diagnóstico sintomatológico

O modo mais elementar de diagnosticar a tuberculose, especialmente a pulmonar, antes do anatomoclinicismo e da bacteriologia era fazendo o reconhecimento dum conjunto de sintomas físicos/patológicos observáveis do doente e atribuí-los à manifestação própria da doença. A tosse, as hemoptises, a febre héctica, os suores frios, a emaciação e palidez eram sinais a partir dos quais se podia diagnosticar uma tísica pulmonar. Em finais do século XVIII Thomas Beddoes estabeleceu o quadro clínico da tísica pulmonar nestes moldes: «*Phthisis pulmonalis*, or the disorder characterized by cough, by expectoration of purulent matter, hectic fever and progressive emaciation, is known to be almost invariably fatal»[263]. Em meados do século XIX, Emilio Bernardeau[264] publicou uma história da tísica pulmonar na qual identificava a dispneia, a tosse, a expetoração, as hemoptises, a gastrite, a febre intermitente, a febre héctica, os suores noturnos e a diarreia coliquativa como os sinais físicos a partir dos quais era possível estabelecer um quadro clínico da tísica pulmonar. Assim, os mesmos sinais físicos observáveis que permitiam diagnosticar os casos de doença eram também caracterizadores da enfermidade. A tísica era uma doença essencialmente consumptiva, porque «consumia» o organismo e por isso os doentes apresentavam-se cada vez mais magros, pela ação da febre, da gastrite e da diarreia.

A dispneia, caracterizada pela dificuldade em respirar, era tida como um sintoma vulgar dos tísicos e atribuída a dois fatores principais, o volume da matéria tuberculosa nos pulmões e as condições anti-higiénicas que rodeavam o doente, nomeadamente a qualidade do ar. A tosse e o catarro eram também frequentes e sinal que algo não estava bem. A tosse tuberculosa era seca e persistente, manifestando-se durante vários meses ou mesmo anos, agravava-se nos meses frios e geralmente acarretava problemas como vómitos e hemoptises violentas. Associado à tosse estava a expetoração, que antes do aparecimento dos meios físicos de diagnóstico recebeu uma grande atenção como forma de conhecer o estado dos pulmões, o que, no entanto, devia ser fonte constante de mal entendidos porque a origem principal da expetoração pulmonar residia nos brônquios. A presença de tubérculos nos pulmões determinava que ao fim de algum tempo fosse expetorado um fluido transparente e espumoso, parecido com saliva, e posteriormente viscoso e por vezes mesclado com estrias de sangue, sinalizando a passagem do primeiro para o segundo grau da

[263] BEDDOES, 1799: 1.

[264] BERNARDEAU, 1854: 35.

doença. Chegado ao terceiro período, os escarros passam a conter pus esverdeado e sangue, sinal de que o fatal desenlace se aproximava. A hemoptise, consequência da ulceração pulmonar, era tida como um sintoma da doença, que confirmava a existência de tubérculos nos pulmões. A cor do sangue expetorado era distinta dos vómitos de sangue vindo do estômago ou do sangramento das gengivas. Embora as hemoptises possam ser sintomas associados a diversas patologias, quando bem caracterizadas e correlacionadas com outros indicadores como a tosse, expetoração e caquexia indicavam presumivelmente a existência duma tuberculose pulmonar[265].

A observação e exame dos sintomas ligados ao aparelho respiratório não esgotavam os indicadores de uma possível tuberculose. As gastrites e diarreias eram consideradas como sinais de alerta da tísica. Como já mencionamos, a gastrite foi enunciada e defendida por Broussais, alegando que muitas doenças, entre as quais a tísica, tinham origem nos problemas inflamatórios do sistema digestivo. O estado do sistema digestivo funcionava como aferidor do estado de saúde dos indivíduos. Associado à gastrite estava frequentemente a diarreia, que sendo habitual nos casos de tísica podia ser sintomática de ulcerações intestinais ou de prognósticos piores.

As febres intermitentes e héctica, assim como os suores, eram igualmente considerados como meios quase certos de diagnóstico. A febre intermitente distinguia-se pela irregularidade, aparecendo por algumas horas para logo se extinguir e voltar horas ou dias mais tarde. O acesso de febre durava geralmente sete horas e estava dividida em três estados: frio, calor árido e suores. Com os ataques de febre intermitente, os tísicos ficavam sujeitos à transpiração ou suores, mais ou menos intensos e frequentes conforme o estado da doença. Por último, a febre héctica era considerada a febre específica dos tísicos e sinónima da tísica pulmonar. Ao contrário da intermitente, a febre héctica era contínua e gerava no doente pulsação acelerada[266].

Já entrados no século XX os médicos persistiam em considerar diferentes tipos clínicos de febres para os tuberculosos de acordo com as manifestações. Louis Renon[267] categorizou os diferentes tipos de febre de acordo com a ocorrência, considerando a existência de seis tipologias: febre inicial subjetiva, febre subaguda, febre contínua, febre remitente, febre héctica intermitente e febre irregular. A febre inicial subjetiva não se traduzia no aumento da temperatura, mas sim na sensação de calor excessivo sentido pelo doente a partir das quatro ou cinco horas da tarde. A febre subaguda surgia exclusivamente no decorrer da tarde não ultrapassando os 38,5ºC e na febre contínua a temperatura não excedia 1 grau a mais do que o normal. A febre remitente elevava-se exclusivamente à tarde e baixava de manhã. A febre héctica intermitente e a febre irregular eram consideradas como específicas

[265] BERNARDEAU, 1854: 35-39.
[266] BERNARDEAU, 1854: 39-40.
[267] RENON, 1906: 281-282.

dos tuberculosos. A primeira era característica dos tuberculosos com cavernas pulmonares, com a subida da temperatura ao fim da tarde até aos 40ºC provocando suores abundantes. A febre irregular era típica dos doentes com tuberculoses avançadas do segundo ou terceiro período e quase sempre consecutivas às hemoptises.

O autor refere dois métodos para confirmar o diagnóstico da tuberculose (de Daremberg e de Chuquet), consistindo em tomar nota da temperatura em estado de repouso e posteriormente mandar o paciente caminhar durante uma hora para logo lhe tomar a temperatura. Uma hora mais tarde media-se novamente a temperatura. Se a primeira e a terceira temperaturas eram iguais e a segunda a ultrapassava em mais de cinco décimas, Daremberg e Chuquet, afirmavam estarem perante um caso de tuberculose.

Apesar das classificações apontadas nos parecerem empíricas e pouco científicas, o facto é que estudos do terceiro quartel do século XX dão-nos conta da existência de estados febris de génese tuberculosa que, na maioria dos casos, resultavam de lesões específicas localizadas ou generalizadas. As síndromes febris eram muitas vezes provocadas por tuberculoses extrapulmonares, que devido a aspetos enganadores ou pouco precisos impediam o diagnóstico precoce[268].

Por outro lado, as tuberculoses extrapulmonares apresentavam sintomas específicos e manifestações próprias. À multiplicidade de tuberculoses correspondia um quadro sintomático diferente. As escrófulas, o Mal de Pott, o lúpus tuberculoso, a tuberculose renal, a meningite tuberculosa ou as tuberculoses septicémicas como a tifobacilose tinham certamente uma etiologia comum, mas sintomas que eram específicos. Por exemplo, as escrófulas eram visíveis pelos gânglios hipertrofiados ao que se seguia o amolecimento e supuração, o lúpus tuberculoso manifestava-se por nodosidades cor-de-rosa ou amareladas a que se seguia o esfolamento ou enrugamento dos tegumentos. O Mal de Pott caracteriza-se por uma tríade sintomática formada pela gibosidade, paralisia e abcesso frio (supuração), enquanto as cefaleias, convulsões e febre muito alta eram sintomas indicativos de meningite tuberculosa[269].

Pode-se dizer que o diagnóstico realizado a partir da observação e interpretação dos sinais físicos e sintomas revelava-se a maior parte das vezes bastante falíveis e pouco conclusivos, sobretudo na fase mais precoce da doença, uma vez que as febres, as hemoptises, a gastrite, a diarreia, a tosse e a expetoração eram sinais muito genéricos e presentes em centenas de outras patologias. Só nas fases mais avançadas da doença e na presença simultânea de vários sintomas é que os médicos podiam com alguma segurança confirmar um quadro clínico de tuberculose. O diagnóstico dependente da semiologia só se verificava em fases avançadas o que limitava a ação terapêutica e profilática. Por outro lado, as tuberculoses

---

[268] ROCHA & MARQUES, 1964: 513-514.

[269] *Vide* para os diagnósticos destas formas tuberculosas: AZEVEDO, 1900: 35-40; RIBEIRO, 1919: 43-49; CASTRO, 1898: 35--44; FARIA, 1890: 28-38.

extrapulmonares apresentavam uma sintomatologia específica devido às manifestações locais, mas não deixando de serem tuberculoses provocadas pelo mesmo agente patogénico. As febres não eram também muito esclarecedoras porque tentar diagnosticar uma doença pela tipologia da sua febre, conjugando limites térmicos e horas do dia em que ocorriam era no mínimo confuso e pouco científico. O diagnóstico baseado em sintomas foi sendo complementado pelo recurso a novas técnicas que surgiram ao longo do século XIX e XX.

3.1.2. Escutar, medir e olhar o peito: o diagnóstico da percussão às radiografias

A evolução das técnicas de diagnóstico sofreu alguns avanços com o desenvolvimento da medicina anatomoclínica dos inícios do século XIX, que não se limitando à interpretação de sintomas subjetivos e imprecisos por parte do médico, recorreu aos chamados meios físicos de exame como foram a percussão, a auscultação e as mensurações torácicas. Mais tarde a tecnologia possibilitou, além de ouvir e medir o peito, olhar para o seu interior por meio dos raios X inventados por Roentgen. Estes meios trouxeram um cunho mais científico ao ato de diagnose das doenças, bem como permitiram aos médicos aproximarem-se da realidade patológica, ainda que através das lesões e não das causas.

Historicamente foi a percussão e a auscultação que permitiram pela primeira vez o acesso ao interior do peito doente por meio dos sons por ele produzidos. Embora a técnica da percussão seja diferente da auscultação, os dois métodos estão historicamente ligados, desde logo porque a obra de Auenbrugger teve repercussões importantes em Laennec. Léopold von Auenbrugger foi o inventor da percussão como método de diagnóstico de doenças torácicas, descrevendo as zonas torácicas suscetíveis de serem percutidas e as diferentes qualidades do som. Apesar de não ter feito grandes correlações entre a percussão e as autópsias que efetuou, o método de Auenbrugger fez corresponder as variações acústicas a diferentes entidades patológicas[270]. O método percussivo foi redescoberto e largamente utilizado por Jean-Nicolas Corvisart que expandiu a técnica do médico vienense e utilizou a antiquíssima técnica da auscultação imediata, isto é, ouvindo os sons da cavidade torácica colocando o ouvido diretamente no peito do paciente. Foi contudo o seu discípulo, René Laennec que desenvolveu um método inovador de exame torácico que ampliava a acústica patológica: a auscultação mediata.

Até ao início do século XIX, a medicina clínica, cujo diagnóstico se fundamentava essencialmente na semiologia médica, deixava na sombra as técnicas que artificialmente faziam aparecer um signo onde não havia sintoma e solicitava uma resposta quando a doença não falava de si mesma. Como dizia Michel Foucault foi no momento em que a anatomia patológica interrogou a clínica na sua espessura orgânica e fez aflorar à superfície o que só se dava em camadas profundas que se justificava a ideia dum artifício técnico capaz

[270] BOUTARIC, 2004: 29-32.

de surpreender a lesão e conhecê-la[271]. A questão centrava-se em fazer aflorar à superfície o que se dispunha em camadas na profundidade, passando a semiologia a ser um conjunto de técnicas que permite construir uma anatomia patológica projetiva, na qual o olhar do clínico passava a abarcar uma sequência e uma região de acontecimentos patológicos. Esta nova semiologia que nasceu da conversão anatomoclínica da medicina foi uma semiologia assente, segundo Foucault, numa triangulação sensorial composta pela audição, pelo tato e pela visão[272].

Foi precisamente a audição e o audível que determinaram um importante progresso na compreensão das patologias do peito, nomeadamente no que tocava à pulmotuberculose. Na Antiguidade, Hipócrates mencionava o método da auscultação imediata que consistia simplesmente em encostar o ouvido ao peito do doente e ouvir os sons produzidos pela respiração ou pelos batimentos cardíacos. Contudo, a prática da auscultação imediata não era usual nem útil em determinadas circunstâncias. Obstáculos morais impediam os médicos de colocar a mão sobre o peito das mulheres para sentir o batimento cardíaco ou o ouvido para ouvir os sons torácicos. A auscultação também era muitas vezes dificultada pelo volume dos seios ou pela massa adiposa dos doentes obesos. A auscultação direta deveria ser tão incómoda para os doentes como para os médicos pela sujidade e miséria dos doentes hospitalares, que nessa altura eram sobretudo os pobres e os indigentes[273].

A descoberta da auscultação mediata, ou seja, por meio dum instrumento, esteve diretamente relacionada com as interdições morais que impediam os médicos de examinar o peito das mulheres. No prefácio do seu tratado de auscultação medita Laennec descreve como fez a descoberta. Em 1816, uma jovem paciente chamou-o ao domicílio para ser consultada a propósito duma doença cardíaca, mas devido à idade e sexo Laennec sentiu-se constrangido em colocar o ouvido no peito da jovem. Eis que se lembrou dum fenómeno acústico muito conhecido em que um som era ampliado na extremidade oposta dum objeto quando ele era golpeado. Formou então um rolo a partir dum caderno de papel e aplicou na extremidade que queria auscultar e ficou surpreso com o som obtido por ser mais nítido e distinto do obtido colocando só a orelha[274]. O método foi aplicado a outros movimentos suscetíveis de produzirem sons torácicos, o que permitiu a exploração da respiração e da atividade dos pulmões e brônquios. Com este novo método a estrutura percetiva das doenças pulmonares e da tuberculose modificou-se devido a uma «invisível visibilidade»[275] que o interior do corpo passou a ter. A técnica de diagnóstico por meio do estetoscópio com Laennec e os seus sucedâneos adquiriu um extremo grau de refinamento

[271] FOUCAULT, 1977: 185-186.
[272] FOUCAULT, 1977: 186.
[273] Cf. FOUCAULT, 1977: 187 e LAENNEC, 1819: 7-8.
[274] LAENNEC, 1819: 7-8.
[275] FOUCAULT, 1977: 190.

e precisão, com os mestres da arte a comparar os sons peitorais à seda ou à lã, ou uma ilusão de precisão como sugeriu Dubos[276]. Na verdade a utilização do estetoscópio exigia um ouvido extremamente apurado que discernisse os sons naturais da respiração e os ruídos provocados, por exemplo, por uma caverna pulmonar. Frequentemente Laennec antecipava através da auscultação mediata aquilo que ia encontrar nas observações cadavéricas. Isso exigiu a elaboração duma taxonomia rigorosa dos sons cardíacos e respiratórios, que eram posteriormente relacionados com uma patologia aquando da autópsia, tornando o diagnóstico e o prognóstico cada vez mais objetivos e precisos.

Passado uma década da invenção do estetoscópio, a auscultação mediata foi reconhecida como um valioso método de diagnóstico. Em conjunto com a percussão, a auscultação dominou por completo os métodos de exame do tórax até à descoberta dos raios X em 1895. Em Portugal a primeira notícia de que há registo foi publicada nos «Annaes das Sciencias, das Artes e das Letras» onde se noticiou a descoberta do médico francês e a sua utilidade clínica:

> *A experiencia ainda não tem mostrado se o meio engenhoso proposto pelo Dr. Laennec para conhecer o estado interior do thorax, dá resultados constantes. Este meio consiste em applicar aos diversos pontos do thorax do doente cujo estado morbido se deseja explorar, ora hum cylindro solido, outras vezes hum tubo furado de hum canal muito estreito, ou hum tubo com abertura de funil. Applicando-se hum d'estes ao peito de huma pessoa que falla ou canta; se ella goza de saude, não produz no ouvido do observado senão hum frémito mais ou menos sensível; porêm se existe ulceração do bofe, a voz do doente não é distinguida senão pelo ouvido do observador applicado á extremidade do instrumento. O mesmo phenomeno se observa applicando o tubo sobre a trachea ou o larynx. M. Laennec diz que por meio d'estes instrumentos he possivel determinar o grao e extensão do vacuo ou da plenitude do bofe, e a consistencia da materia nelle encerrada. Por meio d'este instrumento distingue-se igualmente, e com maior precisão a pulsação do coração e o movimento da respiração. O tubo de que se serve de ordinário M. Laennec he de pao, do comprimento de hum pé, de 16 linhas de diametro, furado por hum canal de 3 linhas de diametro. Os commissários nomeados pela Academia das Sciencias reconhecerão a verdade do que o autor expoz á cerca d'este novo instrumento*[277].

O primeiro registo da prática da auscultação segundo o método de Laennec em Portugal data de 1825, iniciado por António de Souza Salgado demonstrador de cirurgia[278]. O contributo português na melhoria do método da auscultação foi distinguido pela Academia de Medicina de Paris graças à invenção dum novo estetoscópio pelo Dr. António da Luz Pitta, diretor do hospício para tísicos da Madeira. No relatório anual do Hospício D. Maria

---

[276] DUBOS & DUBOS, 1996: 119.

[277] *Resumo dos mais notaveis descobrimentos e principaes trabalhos nas Sciencias, no anno de 1818: Medicina*, 1819: 147-148.

[278] BARROSA, 1925: 292.

Amélia de 1857, António Pitta disse ter empregado um estetoscópio com uma nova forma, concebido pelo próprio, porque o estetoscópio com forma circular não se adaptava corretamente ao peito delgado dos doentes magros. Mandou então fazer um novo instrumento com a extremidade elíptica, melhor adaptado aos espaços intercostais e às regiões infra e supra claviculares[279]. O autor remeteu um exemplar do seu estetoscópio e uma nota com as vantagens à Academia de Ciências Médicas de Lisboa e posteriormente à Academia Imperial de Medicina de Paris onde recebeu elogios dos Drs. Kergaradec e Depaul pela invenção, que de facto proporcionava uma melhor acústica nas regiões corporais mais difíceis. Como consequência deste invento, a Academia parisiense decidiu guardar o novo estetoscópio nas suas coleções e outorgar ao Dr. Pitta o título de membro correspondente no estrangeiro[280]. Como o andamento das investigações no domínio da anatomoclínica e da fisiologia apareceram novas técnicas de diagnóstico, a maior parte das vezes complementares entre si.

A noção de tórax tuberculoso existia desde a Antiguidade Clássica. Areteu caracterizou o tórax dos tísicos a partir da estreiteza do peito e das clavículas salientes. Galeno insistia no achatamento do peito dos doentes tuberculosos, o que mais tarde foi retomado por uma plêiade de tisiologistas famosos entre os quais Morton, Stahl, Portal, Beaumes e Laennec. Com este último abriu-se uma nova fase na história do tórax, não só pela invenção da mensuração torácica, mas também pelo debate que se gerou para saber se havia um tórax tuberculoso primitivo anterior à doença, associado às teorias da hereditariedade e diátese dos doentes tuberculosos. Se Laennec não foi capaz de resolver a questão da hereditariedade, contudo foi capaz de explicar algumas características do peito tuberculoso, afirmando que na tísica a estreiteza do peito era consecutiva às lesões e por conseguinte a causa predisponente não tinha origem anatómica[281].

Décadas mais tarde um outro investigador, Woillez, investigou a relação entre as medidas do peito e o aparecimento da tuberculose pulmonar. Partidário de que os pais podiam transmitir aos seus filhos uma configuração torácica particular, este autor defendeu que a patogenia da estreiteza do peito devia-se à fraqueza congénita dos músculos inspiradores, cujo funcionamento normal era condição imprescindível para o desenvolvimento normal do tórax. Por outras palavras, se o desenvolvimento das funções pulmonares dependia da dimensão do peito, o conhecimento da capacidade torácica permitia ajuizar o volume dos órgãos respiratórios e verificar se o seu funcionamento e a hematose decorriam em parâmetros anormais o que facilitava a fixação dos bacilos de Koch.

Hutchinson desenvolveu a espirometria, que tinha por fim medir o débito da bomba torácica, posteriormente aperfeiçoado por Laségue, e empregue por vários médicos que notaram que a diminuição da capacidade pulmonar estava relacionada com o aumento das

---

[279] PITTA, 1859: 59.

[280] BOCAGE, 1859: 343.

[281] CUNHA, 1909: 29-30.

lesões pulmonares. Hutchinson considerava que com um abaixamento de 16% da capacidade pulmonar se devia suspeitar duma enfermidade pulmonar. No primeiro grau da doença o abaixamento chegava aos 33% e na fase terminal podia chegar aos 90%. Alberto Vilela na sua tese concluiu, pelas observações que realizou, que os indivíduos com uma capacidade respiratória inferior a 2 litros deveriam considerar-se tuberculosos, enquanto os que estivessem entre os 2 litros e os 2,5 litros deviam ser entendidos como predispostos[282].

A espirometria era sobretudo um meio de diagnóstico complementar, não sendo por si só suficiente para diagnosticar precocemente a tuberculose ou qualquer outra doença pulmonar. Como método nunca foi largamente difundido, tendo apenas alguns adeptos residuais que procuravam métodos diversificados para detectar doenças do foro pneumológico.

No último decénio do século XIX, a descoberta dos raios X e da radioatividade abriu novas perspetivas na Física[283], como também revolucionou o diagnóstico em Medicina. Em 1895, o alemão Wilhelm Conrad Roentgen verificou que um quadro de platinocianeto de bário se tornava florescente cada vez que fazia passar uma corrente elétrica de alta tensão num tubo quase vazio encerrado num invólucro opaco. Os raios misteriosos, a que chamou raios X, revelaram-se capazes de atravessar estruturas metálicas. Fotografou seguidamente a mão da mulher onde distinguia nitidamente a aliança no dedo anelar. Ao contrário de tantas novas descobertas, as virtualidades médicas dos raios X tiveram uma rápida aceitação e difusão sem qualquer controvérsia ou rivalidades científicas. Houve mesmo um esforço dos países ocidentalizados para reproduzir as experiências do Dr. Roentgen. A «roentgenologia» impôs-se ao mundo com mais facilidade do que a bacteriologia[284], quer pela necessidade prática quer pela facilidade de aquisição dos materiais necessários: um tubo de Crookes e um gerador de alta tensão[285]. A partir de 1896 Armand Imbert publicou em Montpellier um livro sobre a técnica da radiografia e em 1897 Antoine Béclère iniciou um curso de radiologia clínica em Paris. O alcance da invenção foi tão grande que os hospitais muniram-se de aparelhos de radiografia muito mais rapidamente do que os laboratórios se dotaram de microscópios e reagentes químicos.

Até à sua criação só era possível conhecer a aparência exterior do corpo. O interior dos organismos só era acessível aquando das arriscadas intervenções cirúrgicas ou na mesa dos necrotérios. Com esta invenção o corpo em estado sadio ou doentio tornou-se transparente, possibilitando a observação da vida e da doença sem que o corpo fosse invadido e enriquecendo a medicina com uma nova forma de diagnóstico. Esta tecnologia foi largamente utilizada pelos cirurgiões durante a I Guerra Mundial para detetar corpos metálicos

---

[282] VILELA, 1910: 114.

[283] *Vide* BUNCH & HELLEMANS, 2004: 448.

[284] SOURNIA, 1995: 287-288.

[285] SÉGAL, 1999: 194.

estranhos introduzidos no organismo dos feridos. Os médicos perceberam também que as partes moles do corpo tinham densidades diferentes e o pulmão, que continha ar, não surgia como uma imagem homogénea de acordo com as suas lesões. Com os raios X descobriam-se mais facilmente a existência de cavernas pulmonares, de que apenas se podia suspeitar através da auscultação e se confirmava pela autópsia.

O primeiro investigador a produzir trabalhos sobre a radiologia do tórax foi Bouchard, cujos estudos sobre pleurisias acabaram por contribuir para o radiodiagnóstico da tuberculose pela identificação da opacidade dos vértices pulmonares quando havia a existência de cavernas pulmonares, o que mais tarde se confirmou pelo exame bacteriológico da expetoração. Também Marigliano defendeu a vantagem da radioscopia ao permitir descobrir focos mórbidos que os exames físicos não revelavam[286]. As radiografias facilitavam a deteção precoce de lesões tuberculosas nos pulmões mesmo antes dos pacientes estarem consciente de algum sintoma, possibilitando a determinação do carácter, extensão e cronicidade das lesões.

Provadas as vantagens dos raios de Roentgen no diagnóstico da tuberculose pulmonar questionou-se a sua eficácia ao nível terapêutico. Alguns investigadores como Courmont e Doyon diziam que os raios X não tinham qualquer ação bactericida contra o BK, mas Rendu acreditava ser possível usar os raios como terapia da tuberculose pulmonar, da artrite tuberculosa e do lúpus[287]. Alguns médicos portugueses[288] pronunciaram-se desfavoravelmente em relação à utilização dos raios X como forma terapêutica para tuberculoses locais especialmente na peritoneal e renal alegando efeitos negativos da sua aplicação, sem no entanto mencionar quais. Em 1918, José Marques da Silva apresentou para provas de doutoramento na Universidade de Coimbra uma tese intitulada «Radiodiagnóstico da tuberculose pulmonar»[289] onde explorou as virtualidades do método radioscópico e radiográfico. Considerava que existiam maiores vantagens no exame torácico com a radioscopia, mas igualmente maior perigo pelas lesões que podiam provocar. Verificou que o exame radiológico era um poderoso meio de diagnosticar a tuberculose em qualquer estado de evolução, mas sem esquecer a complementaridade dos meios tradicionais como a auscultação e exame bacteriológico.

Sabemos, no entanto, que a exposição dos médicos aos raios X fez multiplicar os casos de cancro pela ação degenerativa nas células, destruição das células em formação e lesões localizadas nas glândulas[290]. Os raios X tinham também inconvenientes.

Em 1936, um médico brasileiro de nome Manuel Abreu inventou um novo procedi-

---

[286] SANTOS, 1898: 122 e 153.

[287] AZEVEDO, 1899: 27.

[288] *Vide* para a terapia com raios X as seguintes teses: COELHO, 1910: 73; SILVA, 1919: 73; REIS, 1919: 82.

[289] SILVA, 1918.

[290] SILVA, 1918: 36-38.

mento radiográfico que se popularizou em todo o mundo e que foi rebatizado pela comunidade médica brasileira como «abreugrafia». A abreugrafia não era mais do que uma microrradiografia dos pulmões que tinha como vantagem imediata, comparativamente à radiografia convencional, um tamanho mais reduzido e ser menos oneroso. Associados ao tamanho reduzido estavam a maior rapidez da sua obtenção, o baixo custo e a eficácia, o que generalizou a sua utilização nos consultórios médicos[291]. A eficácia e o baixo custo permitiram a Manuel Abreu iniciar uma campanha que propunha a realização dum recenseamento torácico à escala nacional como medida de profilaxia social. Esta campanha veio modificar a visão social da tuberculose e dos tuberculosos, porque facilitou a identificação dum avultado número de tuberculoses latentes em pessoas aparentemente sãs que estavam, na realidade, infetadas com o bacilo de Koch. A microrradiografia pulmonar, mais conhecida por «micro», tornou-se obrigatória em muitas instituições e empresas como forma de despistagem da doença dos seus funcionários. O exame sistemático de massas foi primeiramente experimentado nos exércitos e armadas dos países europeus e americanos. Os resultados foram surpreendentes já que indivíduos como aviadores e desportistas apresentavam sinais de tuberculoses pulmonares à radiografia[292].

Em Portugal, a microrradiografia foi introduzida em 1941 tendo o governo dotado os seus três Centros de Profilaxia e Diagnóstico da Tuberculose do Porto, Coimbra e Lisboa, com aparelhos radiográficos, além dos dispensários e brigadas móveis que também se muniram deste importante meio de diagnóstico[293].

A invenção da radiologia clínica teve um impacto decisivo na generalização dos processos de diagnóstico individual e coletivo, revelando que a doença era mais comum do que se imaginava. A generalização do diagnóstico por meio da radiografia permitiu a elaboração de um recenseamento sistemático dos casos de tuberculose, com uma nítida influência no controlo da evolução da doença através das campanhas profiláticas antituberculosas.

3.1.3. Os diagnósticos bacterioscópicos e testes clínicos

O desenvolvimento da bacteriologia e da tecnologia laboratorial possibilitou o recurso a meios de diagnóstico progressivamente mais fiáveis. Após a criação de novas formas de diagnóstico, que indagavam sobretudo a existência de lesões anatómicas audíveis ou visíveis, com o desenvolvimento da bacteriologia o diagnóstico tornou-se cada vez mais específico. Os médicos passaram a dispor de novas técnicas laboratoriais para confirmar a existência dos bacilos da tuberculose ou o seu estado ativo. Neste terceiro momento do diagnóstico, da tuberculose, as técnicas de diagnóstico procuravam o germe específico da doença e não as lesões por ele provocadas. Além da maior assertividade tinha como inegá-

[291] Cf. FILHO, 2001: 87 e GONÇALVES, 2000: 303-325.
[292] FILHO, 2001: 87.
[293] ALVES, 1954: 101.

vel vantagem o diagnóstico precoce da doença, uma vez que existiam pessoas infetadas com o BK, mas sem sintomas ou lesões anatómicas.

Desde que Koch isolou o *Mycobacterium tuberculosis* em 1882, que um novo método ficou disponível para o reconhecimento e diagnóstico da tuberculose. Como é sabido, os escarros dos tuberculosos continham um número variável de BK. Aproveitando esse facto, os investigadores passaram a recorrer aos produtos da expetoração para verificar se o paciente era ou não portador do BK. A análise dos escarros tornou-se um bom meio complementar de diagnóstico, embora tivesse limitações pelo facto de nas tuberculoses «fechadas», isto é, sem ulceração pulmonar, o exame nem sempre ser positivo, mas também existiam casos em que o doente, mesmo tendo uma tuberculose «aberta», expetorava produtos com muito poucos bacilos. Antes da bacteriologia, o diagnóstico era baseado no exame macroscópico do aspeto dos escarros e na análise da albumina ou dos fosfatos, mas com a descoberta do agente patogénico os investigadores centraram a atenção na presença do BK[294].

Os métodos que concorreram para a solução do problema do diagnóstico bacteriológico eram diversos e a maior parte deles complementavam-se. O primeiro método a ser praticado por Koch foi o da coloração. A experiencia que o tornou célebre passou por corar uma partícula de escarro seca juntando potassa aos solutos aquosos, integrando na fórmula com 1 c.c. de azul-de-metileno, 200 c.c. de água destilada e 0,20 gramas de solução de potassa a 1%. Mais tarde Ehrlich mostrou que o bacilo só se deixava corar lenta e dificilmente pela anilina, resistindo à descoloração pelos ácidos e pelo álcool devido às suas propriedades ácido-resistentes e álcool-resistentes. Foram as dificuldades encontradas na coloração que estimularam os investigadores de laboratório a desenvolver processos mais eficientes para pesquisar o BK. Entre os métodos mais conhecidos destacam-se o processo de coloração, o processo de homogeneização, a antiformina e a serologia.

Como dissemos, a coloração do BK com o azul-de-metileno foi o primeiro passo para a observação deste agente microscópico. Sucessivamente foram criados processos especiais de coloração uma vez que o bacilo era avesso aos corantes. O processo imediato foi desenvolvido por Ehrlich e tratava-se de fazer imergir as preparações numa mistura de fucsina ou violeta de genciana e 100 c.c. de água de anilina. Uma vez corada a preparação era retirada do banho de ácido nítrico e depois era levado ao álcool a 60º. O fundo da preparação era corado com azul-de-metileno sobressaindo os bacilos corados de vermelho ou violeta conforme se usasse a primeira ou a segunda técnica de coloração. Apareceram posteriormente outros processos em que o agente corante era o mesmo (soluto fucsino-fenicado de Ziehl) variando apenas no agente descorante, que podia ser uma solução de hidrato de anilina de Kühne, uma solução alcoólica de ácido láctico de Hausser ou o processo de Fraenkel usando na descoloração e recoloração uma solução alcoólica de ácido nítrico puro e azul-

[294] OLIVEIRA, 1918: 18-19.

-de-metileno, entre outras. Todavia, o processo mais utilizado e com maiores possibilidades de exatidão foi o de Ziehl-Neelsen, conhecido como o método clássico de coloração do BK. Este processo passava por corar o escarro com o soluto fucsino-fenicado de Ziehl a quente, descorando-se posteriormente com ácido sulfúrico. Tornava-se a corar o fundo durante dois minutos com azul-de-metileno fenicado ou com azul de Unna, aparecendo o bacilo corado de vermelho sobre fundo azul[295].

Impunha-se, no entanto, o problema da amostra, ou seja, sempre que a concentração bacilar não atingisse 10.000 a 50.000 bactérias por milímetro a microscopia direta estava comprometida[296]. A falência dos processos usados no diagnóstico ficava-se a dever à má distribuição dos bacilos na massa expetorada. Por isso começaram a ser empregues, nos casos em que a pesquisa direta era negativa, processos de homogeneização, que consistia em dissolver o escarro e centrifugar o líquido dissolvido a fim de juntar todos os bacilos na massa dos sedimentos, podendo deste modo ser utilizados na íntegra.

Paulatinamente a homogeneização tornou-se um processo central no que refere à pesquisa, isolamento e identificação do *Mycobacterium tuberculosis*. Como refere Hirsch tinha uma dupla função: primeiro a de tornar a amostra menos viscosa e mais homogénea, permitindo manipulá-la, de modo a concentrar os bacilos existentes por centrifugação. Em segundo lugar, exercia uma ação letal sobre as bactérias não ácido-resistentes, libertando os bacilos de outras bactérias associadas, assegurando assim a cultura e a inoculação nas melhores condições[297]. Tendo em conta as finalidades deste método, a escolha do agente homogeneizante era condicionada pelo seu poder fluidificante e pela sua ação bactericida ou bacteriostática. Os métodos mais utilizados para proceder ao exame direto eram sobretudo o hidróxido de sódio, ácido sulfúrico e fosfato trissódico. O método do hidróxido de sódio de Petroff era o preferido quando se pretendia isolar o BK, com vista a ensaios ulteriores para determinar a sua sensibilidade às drogas. O método do ácido sulfúrico de Corper e Uyei tinha a vantagem de matar menos bacilos embora deixasse vivos outros saprófitos. Quanto ao método do fosfato trissódico de Corper e Stoner era bastante utilizado pelo menor poder bactericida sobre o BK e a forte ação germicida sobre os agentes contaminantes, apesar de estes agentes terem sido sempre um forte entrave a este método.

As debelidades destes métodos levaram os investigadores a usarem outro dissolvente dos escarros, com alto poder destruidor sobre as bactérias à exceção do BK, a antiformina, uma mistura de hipoclorito de sódio (água de Javel) e soda de tom amarelo esverdeado. O seu alto poder bactericida tinha uma ação destrutiva sobre a maior parte das substâncias minerais e orgânicas atacando a sua estrutura e dissolvendo-as. Uma solução a 5% matava a maior parte dos micróbios em cerca de cinco minutos: cóli, bacilo tífico, paratífico,

---

[295] OLIVEIRA, 1918: 23-26.

[296] VAZ, 1958: 149-150.

[297] VAZ, 1958: 151.

cólera, estreptococos, meningococos, pneumococos, etc. Só o bacilo de Koch se mantinha ileso face à ação da antiformina, pela presença de uma membrana cero-gordurosa que o envolvia, sendo sobre esta propriedade que se baseava a homogeneização dos escarros pela antiformina[298].

Em 1912 um método complementar foi apresentado ao congresso internacional contra a tuberculose reunido em Roma. O médico vienense Moriz Weisz apresentou uma conferência na qual dizia que a urina dos tuberculosos mudava de coloração quando se adicionavam algumas gotas de soluto de permanganato de potássio a $^{1}/_{1000}$. A reação de Moriz Weisz era uma reação urinária que atendia ao princípio da diazorreação[299], que consistia em juntar gotas de permanganato de potássio às urinas e se estas apresentassem uma coloração amarela muito forte indicava uma bacilose, facto que nunca ocorria em urinas de indivíduos saudáveis[300].

Além das análises laboratoriais aos escarros, outro método mais simples e de grande alcance foi usado eficazmente na diagnose das doenças tuberculosas até aos dias de hoje: a prova tuberculina. Com a identificação do bacilo da tuberculose em 1882 e do vibrião da cólera em 1883, Robert Koch retirou-se da vida pública e dos grandes acontecimentos médicos durante quase uma década. A descoberta do BK não pôs fim à sua demanda, já que encetou estudos acerca da morfologia, propriedades biológicas e produtos de elaboração de culturas. Com o seu estudo pôde verificar que as culturas mortas pelo calor ou qualquer outro meio esterilizador ao serem inoculadas provocavam supurações locais e um certo número de perturbações gerais que em poucas horas matavam o animal inoculado. Ao diminuir a dose verificou que as lesões eram insignificantes e o estado geral do animal parecia melhorado mas a inoculação da mesma substância em animais não tuberculosos não tinha qualquer efeito[301]. Em agosto de 1890 compareceu no 10.º Congresso Internacional de Medicina em Berlim com uma comunicação surpreendente, dizendo que tinha encontrado uma substância capaz de proteger contra a doença e incluso curar os doentes, à semelhança do que Pasteur tinha feito no tratamento da raiva.

Contudo, não revelou a natureza do líquido, apelidado na altura de «linfa de Koch», o que gerou grande fervor entre a classe médica internacional e no grande público[302]. A pressão foi de tal ordem que Koch foi forçado a publicar em novembro desse ano uma descrição do remédio para acalmar a comunidade médica. A publicidade não tardou com os colegas de Koch a reclamarem a cura de 14 casos de lúpus, 3 de escrófulas e 18 de tuberculoses das

---

[298] OLIVEIRA, 1918: 35-36.

[299] A diazorreação foi descrita pela primeira vez por Ehrlich em 1882, baseando-se na coloração vermelha (escarlate ou alaranjada) que tomava certas urinas patológicas quando eram tratadas pelo cloreto de diazobenzol parassulfonado. Cf. VASCONCELOS, 1914: 27.

[300] CARVALHO, 1914: 213-229.

[301] ALMEIDA, 1908: 25.

[302] DUBOS & DUBOS, 1996: 119.

articulações, ossos e laringe, insistindo também nos efeitos encorajadores na tuberculose pulmonar, com a diminuição da tosse, expetoração, suores noturnos e aumento de peso com apenas algumas injeções. Quase ao mesmo tempo apareceram promessas de grandes fortunas e outras regalias exóticas e nobilitantes como o título de príncipe em troca do tão almejado medicamento, apesar de Koch insistir que aquele era um estudo preliminar e havia muito mais a fazer até que a tuberculina pudesse ser usada de forma generalizada[303].

Para Berlim dirigiram-se comitivas de biólogos e cientistas de várias proveniências para se inteirarem da preparação do novo medicamento. Neste sentido, também a Misericórdia do Porto enviou como representante o Dr. Tito Fontes, clínico no Hospital de Santo António. Após o seu regresso o método foi aplicado em doentes de duas enfermarias do Hospital sob a responsabilidade de Tito Fontes e Souza Oliveira. A técnica do método parecia ser relativamente simples, tal como a apreciação dos seus efeitos, constituindo a interpretação destes últimos a maior dificuldade. As pesquisas subsequentes a Koch permitiram obter produtos semelhantes cujo princípio ativo era a tuberculina, que não era mais do que glicerina extraída dos bacilos do tubérculo, sendo primeiramente usado como terapia para a doença. Divulgado o segredo de Koch passou a ser empregue nos meios hospitalares como tratamento sob a forma de injeções[304].

As reações e os efeitos à tuberculina eram imprevisíveis, podendo ser mortais, mas geralmente ficavam-se por reações localizadas na pele que adquiria uma cor violácea. Consecutivamente formava-se um exsudato e apareciam umas escamas brancas ou amareladas na região inflamada. As reações gerais, que podiam ser ou não concomitantes às locais, eram bastante variáveis de indivíduo para indivíduo, no entanto as perturbações mais frequentes eram a febre acima dos 40ºC, perturbações digestivas, modificação da pulsação, aumento da tosse, da expetoração e da quantidade de bacilos nos escarros. Os sinais reveladores das lesões percetíveis pelo estetoscópio agravam-se e eram por vezes acompanhadas de hemoptises violentas que levavam à morte[305]. Pelos efeitos imprevisíveis e nocivos, ou mesmo mortais, a tuberculina foi recusada como meio terapêutico apesar da persistência de alguns médicos em mantê-la como específica no tratamento, o que se justifica, no nosso entender, pelo desenlace sempre imprevisível da doença e pela subjetividade da cura. Como refere o médico José Alberto Pimenta[306], o próprio Dr. Koch foi extremamente cauteloso ao dizer que preferia ter acabado todas as experiências relativas ao remédio antes de aplicá-lo na prática e que não se devia generalizar ao homem as conclusões obtidas nos ensaios com animais.

As experiências malogradas no campo da terapêutica com a tuberculina serviram para dar um passo em frente no domínio do diagnóstico. Ao inocular as cobaias e os humanos,

[303] DORMANDY, 2000: 141.
[304] ALMEIDA, 1908: 26-27.
[305] ALMEIDA, 1908: 28-29.
[306] PIMENTA, 1890: 132-136.

os médicos aperceberam-se que eram maioritariamente os indivíduos infetados com o BK que manifestavam reações alérgicas à tuberculina. A compreensão deste facto levou os médicos a servirem-se da «linfa de Koch» para o diagnóstico precoce da doença.

Quase dezasseis anos depois, reapareceu o interesse pela tuberculina como meio diagnóstico pela mão de médicos como von Pirquet, Wolf-Eisner e Calmette que procuravam localizar as reações evitando as complicações produzidas pelas reações generalizadas.

O primeiro médico a utilizar a tuberculina de Koch como teste nos humanos foi o pediatra austríaco Clemens Freiherr Baron von Pirquet, que se tornou um dos fundadores da alergologia clínica. Este sabia de antemão que os indivíduos vacinados contra a varíola pela primeira vez reagiam de forma diferente dos que eram revacinados, devido à ação mais rápida dos anticorpos no desencadear duma reação alérgica[307]. Passando da vacinação jenneriana a outras doenças infeciosas, como a tuberculose, demonstrou que ocorriam fenómenos semelhantes. A inoculação cutânea superficial feita com pequenas quantidades de tuberculina provocava nos indivíduos tuberculosos uma reação precoce, o que nunca se observava em indivíduos sãos. Baseado nestes factos apresentou em maio de 1907 à Sociedade de Medicina de Berlim um novo processo de diagnóstico da tuberculose, a cutirreacção, que consistia em deitar algumas gotas de tuberculina, diluída a 1% em relação à de Koch, num ponto do braço e depois fazer uma pequena escarificação a fim de a fazer penetrar na derme. Nos infetados pelo BK aparecia uma pápula no local da incisão um ou dois dias depois. Segundo von Pirquet só escapavam à reação indivíduos com tuberculose miliar ou meningite tuberculosa e no caso da tuberculose óssea ou ganglionar era mais nítida[308]. A experiência foi replicada por Vallée, que a caracterizou melhor, afirmando que a reação atingia o valor máximo entre 24 a 48 horas depois da inoculação tendo a pápula habitualmente um centímetro de diâmetro ou mais nos casos de hipersensibilidade à injeção hipodérmica verificada nas tuberculoses óssea, articular ou ganglionar[309].

Os estudos sobre a cutirreacção de von Pirquet impulsionaram outros investigadores a desenvolver novos métodos como foi o caso de Wolf-Eisner e Calmette. Sabendo que era possível obter uma reação exclusivamente local à tuberculina e com base nos estudos de Wolf-Eisner acerca das reações das membranas mucosas sãs a certas toxinas, levaram este autor e Calmette a experimentar se a membrana conjuntiva, que cobre o globo ocular e o une às pálpebras, era capaz de reagir a esta substância. Este novo método baseava-se na propriedade absorvente da mucosa ocular de certas toxinas animais ou vegetais e, aplicado à mucosa conjuntiva, tinha como vantagens o fácil emprego e os rápidos resultados. Os sinais indicadores eram específicos, transitórios e inofensivos, aparecendo três a seis horas depois do teste. A congestão da mucosa ocular, a carúncula vermelha tumefacta, a lacrimação, o

[307] DANIEL, 1999: 115.
[308] FREITAS, 1910: 31-32.
[309] GOMES, 1908: 5.

aparecimento de um exsudato muco-fibrinoso junto ao saco conjuntival inferior e a sensação de ter pequenas areias no globo ocular constituíam um conjunto de sinais a que Calmette chamou de oftalmo-reacção. A oftalmo-reação consistia em instilar no olho uma gota dum soluto aquoso a 1% de tuberculina seca precipitada pelo álcool[310] para evitar o efeito irritante da glicerina. A reação máxima tinha lugar entre a sexta e a décima sexta hora, passando o efeito dezoito horas depois nas crianças e de vinte e quatro a quarenta e oito horas nos adultos. Nos indivíduos sãos ou portadores de afeções não tuberculosas a instilação da tuberculina ficava inofensiva ou quanto muito provocava uma vermelhidão passageira[311].

A cutirreação e a oftalmo-reação constituíram os primeiros testes por meio da tuberculina que tornaram o diagnóstico da tuberculose mais fácil e mais fiável nos inícios do século XX. No entanto surgiram outros métodos como a sub-cutirreação, a intradermorreação de Mantoux, a dermo-reação de Moro e o método de tratamento tuberculíneo como meio de diagnose de Sahli.

A sub-cutirreação consistia na reação consecutiva à injeção de tuberculina no tecido celular subcutâneo empregando-se doses fracas de tuberculina diluída. Os médicos deveriam dar especial atenção aos efeitos sobre a temperatura pois a hipertermia era o sintoma mais evidente no caso de o resultado ser positivo, ao que se juntavam os arrepios, as náuseas, palpitações, sede, anorexia, tosse, aumento da expetoração, etc. A reação local era mais rara e pouco significativa.

A intradermorreação, também conhecida por «reação de Mantoux», utilizava a tuberculina PPD (*purified protein derivative*), um precipitado obtido de culturas filtradas e esterilizadas injetado dentro da pele, com a finalidade de apresentar uma resposta imunológica na pele. Após a injeção formava-se um pequeno edema esbranquiçado e subsequente endurecimento avermelhado, ficando a pele quente e sensível. A reação era negativa se o endurecimento fosse pouco notável e se desaparecesse pouco tempo depois.

O método da dermo-reação introduzido por Moro era uma variação da cutirreacção utilizando-se uma pomada composta pela «antiga tuberculina de Koch» a 6 gramas e por lanolina a 5 gramas, que era esfregada na pele numa extensão de 5 centímetros até secar completamente. Nas reações positivas formavam-se pápulas em número variável acompanhadas ou não de rubefacção da pele.

Outro método concebido como forma de diagnose da doença consistia no próprio tratamento com tuberculina. Sahli concebeu um novo método, após criticar os métodos anteriormente descritos por se sobrecarregar o organismo com tuberculina forçando o corpo a reagir. Defendia que as doses deviam ser muito pequenas e que o teste só deveria ser realizado em casos de suspeita provável ou nos predispostos[312].

---

[310] CALMETTE, 1907: 246.

[311] GOMES, 1908: 6-7.

[312] SOUSA, 1919: 35-43.

Estes processos constituem os principais testes diagnósticos por reação utilizados na tuberculose desde que a tuberculina foi empregue como método de diagnose da doença. As limitações de alguns testes forçavam os médicos a recorrer à utilização conjunta de vários métodos de diagnóstico, como as radiografias e os testes de reações, com o objetivo de tornar a identificação do estado patológico mais seguro.

3.2. A terapêutica em tisiologia

A terapêutica das doenças tuberculosas foi durante muito tempo um quebra-cabeças para os médicos. O desconhecimento da causa e natureza da afeção condicionava o tratamento, que duma forma geral era realizado de acordo com as teorias médicas vigentes. Até ao século XIX a terapêutica da tuberculose caracterizou-se essencialmente pelo seu empirismo, isto é, pela prescrição de determinadas substâncias de origem animal, vegetal ou mineral sem se conhecer totalmente os efeitos sobre a patologia. Por outro lado, o lento desenvolvimento da química e da farmácia[313], ao longo dos tempos, contribuíram para o desconhecimento das propriedades e dos princípios ativos dos medicamentos. A fundamentação dos tratamentos era feita com base nas ideias em voga e nalguns casos aparentemente bem-sucedidos. Já no século XIX, devido aos estudos perpetrados por anatomoclínicos e fisiologistas procuraram-se tratamentos mais racionais, primeiro baseado nas propriedades dos climas e logo nos produtos resultantes da atividade laboratorial. No século XX, a cirurgia e os antibióticos possibilitaram pela primeira vez a cura efetiva de doentes, com destaque nítido para os quimioterápicos que revolucionaram a terapia desta doença secular.

O conhecimento da terapêutica dos tuberculosos ao longo dos séculos tem um interesse acrescido neste trabalho pela relação direta e umbilical que se estabeleceu entre as terapêuticas, teorias médicas e crenças desde os períodos mais recuados até à atualidade. Por conseguinte, reportar-nos-emos sumariamente à evolução das terapêuticas desde épocas recuadas com um duplo sentido de justificar o pensamento médico no âmbito terapêutico no período sobre o qual assenta esta investigação, e também a permanência de formas de tratamento antiquíssimas até ao século XX.

Tal como a medicina, também a terapêutica conheceu vários estádios, evoluindo das superstições religiosas conhecidas do Antigo Egipto ou da Idade Média, passando pelas práticas higiénicas dos gregos das águas, ares e lugares até aos medicamentos mais estranhos e burlescos. Deste modo até meados do século XIX predominaram práticas terapêuticas essencialmente empíricas, baseadas nas ilusões dos sentidos, nas melhorias aparentes e nas

[313] Foi nos finais do século XVIII e inícios do XIX que os progressos de ciências, como a biologia e a química, e o desenvolvimento dos métodos científicos permitiram o desenvolvimento da Farmacologia. *Vide* a propósito do desenvolvimento da farmacologia em Portugal: RICO, 1986; PITA, 1996; e PITA: 1998.

pseudo-curas. A terapêutica empírica baseava-se nas sangrias e purgas para a generalidade das doenças, na alimentação ora frugal ora excessiva, nos medicamentos fabricados à base de produtos vegetais e minerais e na aeroterapia, geralmente em ambientes artificiais, e por vezes associada ao exercício físico. A fase seguinte desenrolou-se desde os finais do século XVIII e afirmou-se sobretudo durante a centúria que mediou entre meados do século XIX e meados do século XX, caracterizado pelo aproveitamento das propriedades climáticas e do ar dos diferentes locais. Este período correspondeu à era dos sanatórios, localizados principalmente junto ao mar, para o tratamento das tuberculoses cirúrgicas, e nas montanhas para a tuberculose pulmonar, fazendo uso simultâneo de baixas pressões atmosféricas e da pureza do ar.

O início da era bacteriológica e dos estudos de biomedicina acarretaram transformações mais ou menos assinaláveis na terapêutica medicamentosa. A partir do último vinténio do século XIX a tendência foi a procura do medicamento específico para a cura, primeiro a tuberculina e os soros, depois os sais de ouro e finalmente os antibióticos a partir de 1945, que revolucionaram o tratamento da «peste branca». Quiçá um dos maiores logros na terapêutica da tuberculose pulmonar na primeira metade do século XX foi o tratamento cirúrgico, reivindicado como a primeira forma racional de tratar a doença. O pneumotórax artificial, a colapsoterapia, as toracoplastias e as ressecções pulmonares tornaram-se frequentes, com algum grau de eficácia, mas igualmente mutiladoras. A descoberta dos antibióticos revolucionou decisivamente o tratamento da tuberculose em todo o mundo, tornando todo e qualquer outro meio obsoleto e incapaz, dispensando definitivamente os longos internamentos em sanatórios. Rapidamente as «catedrais» dos tísicos foram abandonadas, encerradas ou reconvertidas em hospitais regionais, terminando assim um longo período de combate contra a tuberculose e iniciando-se outro: o da tuberculose multirresistente.

3.2.1. O empirismo terapêutico

Durante muitos séculos o tratamento da tuberculose manteve-se refém das práticas seculares. Como afirmou Mira Ferreira, «A medicina do nosso tempo descende, através dos escritos romanos e gregos, da arte de curar posta em prática pelos povos da costa do Mediterrâneo – Africana, Asiática e Europeia»[314]. De facto, a terapêutica sugerida pelos gregos, romanos e árabes prevaleceu durante longos séculos, com pequenas cambiantes e contributos, imposta pelos médicos dos séculos subsequentes. Encontramos no século XIX praticamente os mesmos receituários e as mesmas dietas sugeridas por Hipócrates, Galeno, Paracelso ou Avicena.

O regime alimentar foi certamente um dos primeiros meios terapêuticos usados pelo homem e desde Hipócrates tornou-se numa ferramenta indispensável da clínica. Todavia,

[314] MIRA, 1915: 235.

os conhecimentos limitados dos médicos acerca da composição química dos alimentos e do metabolismo não permitiram compreender parte dos efeitos nutricionais dos alimentos, o que fez com que as dietas prescritas tivessem um carácter quase exclusivamente empírico[315].

A dieta assumiu importância no tratamento das doenças com os escritos hipocráticos, que falavam das qualidades dos diversos alimentos, como as carnes de cão, de raposa, de cavalo e de burro. Nos estados febris aconselhava-se a tisana, um caldo de farinha de cevada, substituível em alguns casos pelo trigo, arroz ou lentilhas, leite de burra, cabra, vaca ou égua, mas igualmente soro de leite e vinho tinto. A alimentação dos tísicos devia ser abundante e baseada em cereais, pão, carne cozida de carneiro, cabra ou porco, algumas espécies de peixe e a tisana. Euryphon, médico da escola de Cnido iniciou a prática de tomar leite de mulher diretamente do seio, que foi retomada durante a Idade Moderna. No Egipto ptolemaico, os médicos propunham um tratamento com a administração de alimentos pouco nutritivos como ervas cozidas e cruas, abóboras, pepinos, melões e figos cozidos juntamente com as ervas. Os romanos pouco acrescentaram aos gregos, fazendo a apologia dos leites, dos alimentos acres como o alho, a chicória, o basilisco conservados em vinagre e alimentos doces como a tisana e cereais cozidos, miolos, peixes, vinho, etc. No segundo século d.C. Galeno recuperou os preceitos higiénicos e dietéticos da medicina grega nomeadamente a prescrição dos leites, dos cereais e da tisana[316].

Depois dos Latinos ganharam prestígio no Ocidente os escritos médicos dos árabes, especialmente o de Avicena, que preconizou o leite de mulher e, na falta deste, o de burra, cabra ou égua. Na dieta devia constar o pão de trigo e de milho, arroz, cevada cozida, caranguejos com lentilhas, pepinos, melões, hortaliças e espargos. O peixe salgado ou assado e as carnes de galinha, de perdiz e outras aves pequenas assadas completavam o regímen. Outro médico árabe de nome Mensue recomendava comidas e bebidas nutritivas, em pequenas quantidades e bem digeríveis. Quando os doentes tinham muita febre aconselhava caranguejos do rio cosidos em água de cevada, assados ou fritos em azeite, temperados com limões, misturados com leite de amêndoas ou leite de burra e para beber água de cevada, água da chuva ou o xarope de murtinho ou de papoilas. Quando a febre não era elevada permitia alimentos como os caldos de cereais e lentilhas, pão, leite, queijo fresco, gemadas com mel, carnes de galinha, de perdiz e de pombo e focinho de cabrito ou de carneiro castrado. Para os árabes, a alimentação era o principal tratamento que se podia administrar aos tísicos sendo muitas destas receitas aconselhadas por médicos como Zacuto Lusitano. Foi sobretudo uma alimentação nutricionalmente rica e de abastança que era defendida por estes autores e não as dietas hipocalóricas. Os médicos, vendo na tísica uma doença consumptiva que provocava uma emaciação generalizada, prescreviam dietas abundantes com o objetivo de restituir as forças e melhorar o estado débil dos doentes.

---

[315] FEDERSPIL & BERTI, 1999: 209.

[316] MIRA, 1915a: 236-237.

Ao longo da Idade Média nada de relevante foi acrescentado ao que gregos, árabes e judeus haviam dito sobre a alimentação dos tísicos. No período Moderno abandonou-se progressivamente a noção que os árabes tinham incutido acerca da importância da minuciosidade com que se preparavam os alimentos, para se revitalizar o conselho de Hipócrates de que o mais importante era o tísico comer bem. Nesse sentido, os médicos defendiam dietas muito nutritivas, mas também esquisitas. Ambroise Paré recomendava pés de vitela e de porco não salgados, carne de tartaruga, de caracóis brancos, de rã, caranguejos do rio, enguias, ovos, peixe seco ao sol, bacalhau, etc. Para os doentes mais fracos aconselhava carnes de vitela, cabrito e frango, leite de burra ou de mulher temperado com açúcar, mel e funcho.

O leite de mulher passou a obedecer a determinados requisitos. Mercurialis defendia que o leite devia provir de uma ama nova, bonita e saudável, da qual se deveria tomar diretamente do peito para que fossem transmitidos o espírito e a força vital. Rodrigues de Castro aconselhava que o leite deveria provir de mulatas de pai branco e mulher preta ou, na falta delas, preferir a leite de mulher negra. A justificação encontra-se na superstição de que se devia preferir leite de burra preta, estendendo-se este raciocino também ao leite humano, preterindo-se as mulheres de pele branca e rosada às negras[317]. A escolha do leite enquanto remédio obedecia a uma seleção e hierarquização de acordo com critérios de raridade: o leite de mulher estava em primeiro lugar e o de vaca no fim da lista. Tentou-se também obter leites medicamentosos através da alimentação dos animais com ervas e plantas medicinais ou pela adição de substâncias medicamentosas[318].

Posteriormente Ettmüller recomendou gemadas com vinho generoso, farinhas de cereais, caranguejos, ostras, e Sylvius falava em pão de trigo, carne de animais novos, leite e gemas de ovo. Como medicamentos, referia amêndoas e outras sementes e vinho generoso e doce. Sydenham falava no chocolate e Van Swieten na tisana de cevada e arroz.

No século XVIII, em Portugal, a dieta dos tísicos complexificou-se ainda mais. O leite continuava a ser o alimento de eleição, ao que se juntava todo um conjunto de pratos de confeção mais ou menos complexa, como os caldos de frango recheados, confecionados com cevada pilada, conserva de flor de borragem, açúcar rosado, sândalo branco, goma de trigo e aljôfar ou coral, olhos de caranguejo, pós ou sal de víbora. Eram usados também os caldos de farinha de cevada torrada, feitas com leite de cabra, gomas de trigo e gemas de ovos ou caldos de farinha de pau, de carimã, de aveia ou com tintura de papoilas vermelhas quando havia hemoptises. As limonadas, romãs ou laranjas azedas faziam igualmente parte do receituário. Outros enfatizavam as carnes de galinha, frango, vitela, vaca, cabrito, mão de carneiro ou vaca, assim como produtos feitos de cereais como arroz, aletria, cuscuz e farinha de pau, cozidos conjuntamente com caracóis e pernas de rã ou carne de raposa nova[319].

---

[317] MIRA, 1915b: 289-290.

[318] GUILLAUME, 1986: 55-58.

[319] MIRA, 1915b: 290.

Francisco Fonseca Henriques prescrevia o unguento de leite, os ovos de galinha preta, comidos crus de manhã, os caracóis, cágados, rãs e galinha recheada de ervas peitorais. Julgava igualmente útil tomar os pós de fígado de lontra ou de lobo e acreditava na superstição de Hartmann que consistia em cozer um ovo na urina do tísico e colocá-lo em lugar com muitas formigas pois à medida que o comiam o doente ia melhorando[320].

Estes cozinhados complexos, com ingredientes raros e, nalguns casos, repugnantes funcionavam no pensamento da altura como se de uma «poção» se tratasse, para esconjurar o mal. Daí a utilização de pós, de répteis, de crustáceos, de ervas e de rituais populares para afugentar a doença como se tratasse de um mau espírito. Estas crendices testemunham não só o atraso da terapêutica, como do pensamento e da ciência médica pré-anatomoclínica, pelo arreigamento a um tipo de pensamentos mágicos e a crendices populares.

Na primeira metade do século XIX, as dietas aconselhadas eram numerosas e estavam de acordo com as teorias médicas da altura. A insuficiência de conhecimentos elementares sobre a química e o valor calórico dos diferentes alimentos impediu que no final do século XIX existisse um tratamento dietético cientificamente fundado. Segundo Federspil e Berti até à década de 1880 prescrevia-se essencialmente seis regimes: dieta de carne, dieta láctea, dieta vegetariana farinhenta, dieta vegetariana herbácea, dieta de caldos e a dieta mista comum[321].

No início do século XIX verificou-se um afastamento progressivo dos caldos complicados e dos pratos repugnantes embora a alimentação continuasse a ser um elemento crucial no tratamento da tísica pulmonar. Nesta centúria formaram-se duas correntes de tratamento dietético: os que advogavam uma alimentação ligeira para atender ao estado débil deste tipo de doentes e os que defendiam uma alimentação rica e nutritiva. A alimentação ligeira predominou na primeira metade do século, fruto das teorias sobre a natureza da enfermidade que acreditavam que a tísica estava intimamente relacionada com problemas intestinais e hepáticos. O francês Baumes dizia que o estômago influía no estado do sistema orgânico e também dos pulmões e Broussais considerava a gastroenterite como a primeira manifestação de quase todas as doenças. Curar a tísica implicava curar também o tubo digestivo, logo os regimes dietéticos demasiado ricos e fortes tinham como consequência o aumento das obstruções das vísceras, contra as quais se praticavam as purgas e sangrias. Como resultado desta crença aconselhava-se uma alimentação ligeira, compatível com o estado de enfraquecimento e baseada num regime vegetal e farináceo. Baumes justificava o uso deste regime alegando razões como a menor solicitação das forças estomacais para a digestão, que no caso dos produtos de origem animal era elevada, o que impedia aumento da febre como consequência dum maior dispêndio energético com a digestão. A solução

[320] CARVALHO, 1934: 13-14.

[321] FEDERSPIL & BERTI, 1999: 209.

passava pela utilização de alimentos cuja digestão não precisasse de tantos esforços do organismo[322].

Este conjunto de ideias testemunhava uma conceção global do mal. A tísica era considerada um enfraquecimento, um marasmo, uma consumpção geral do organismo que só podia ser ultrapassada se todas as forças do doente estivessem concentradas na manutenção da função respiratória. Por isso não se devia dar importância a outras funções orgânicas como a digestiva, o que mostra o receio dos médicos em acrescentar ao constrangimento respiratório os problemas digestivos. Laennec era partidário de uma alimentação ligeira, aconselhando comer pouco de cada vez, mas várias vezes e sobretudo alimentos doces e digestivos, insistindo nos caldos ligeiros e gelatinosos de carne de aves de capoeira, uma pequena quantidade de carne de vaca e legumes. Broussais pelo seu lado só aconselhava substâncias feculentas e leite, Hufeland os vegetais, o leite, o soro de leite e os feculentos e Andral o leite, os legumes, as frutas, os feculentos, as carnes brancas e geleia. Os discordantes preferiam uma alimentação mais rica e fortificante como Bayle, Herard, Cornil e Fonssagrives. Contudo, no conjunto dos médicos mais destacados e influenciadores da época, as dietas ligeiras eram as preferidas, sendo também nesta altura que o mundo médico iniciou uma reação contra o consumo de álcool, considerado um perigo nesta doença, e contra uma alimentação baseada na ingestão de carnes[323].

As referências à alimentação dos tísicos na primeira metade do século XIX em Portugal são escassas. Não existem teses de medicina sobre tuberculose anteriores a 1857, data em que surge a primeira na EMCP, e o jornalismo médico também não diz muito acerca deste assunto, aliás os artigos sobre esta matéria são na maioria artigos traduzidos de jornais e revistas estrangeiros, que corroboram o que temos vindo a dizer[324]. Como disse Tomás de Carvalho numa Oração de Sapiência em 1874 na EMCL: «As escolas em Portugal, podemos dizê-lo sem quebra da nossa dignidade, são apenas reflexos das escolas e institutos franceses. Lemos os seus livros, seguimos os seus progressos, professamos as suas ideias e doutrinas»[325].

Em 1850, António Brilhante criticava o emprego do leite de burra na resolução de doenças graves como a tuberculose. Num pequeno artigo publicado em «O Esculápio»[326] questionou o valor do leite no tratamento da tuberculose e de outras doenças, tal como criticou o atraso da medicina portuguesa que ainda vivia à base de suposições especulativas próprias dos sistemas médico-filosóficos.

---

[322] GUILLAUME, 1986: 55-56.

[323] Cf. GUILLAUME, 1986: 56-57 e MIRA, 1915b: 291.

[324] Veja-se a propósito da alimentação dos tísicos as sugestões dos autores estrangeiros citados na série de artigos traduzidos e publicados pela Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa: COUTINHO, 1841.

[325] MIRA, 1947: 364.

[326] BRILHANTE, 1850: 299-300.

Como o advento da era sanatorial impôs-se uma nova forma de tratamento, o regime higieno-dietético, o qual se serviu do ar puro, do repouso e da superalimentação para tratar os doentes. Ao contrário da alimentação ligeira e tónica que vigorou na primeira metade do século XIX, a superalimentação implicava comer com abundância para ultrapassar a magreza e o estado de fraqueza. Sobre a superalimentação falaremos adiante no subcapítulo respeitante ao tratamento sanatorial.

Ao lado da ingestão de alimentos com fins terapêuticos, a prática de clisteres, purgas e sangrias complementavam a terapêutica desde tempos bastante recuados e destinavam-se a limpar o corpo por dentro. Tudo leva a crer que a teoria dos humores de que falavam os gregos antigos esteve na origem destas práticas milenares que chegaram até ao período contemporâneo. Os humores eram quatro: o sangue, a linfa (pituíta ou fleuma), a bílis negra e a bílis amarela. O sangue era armazenado no fígado e levado ao coração (era considerado quente e húmido), a fleuma compreendia todas as secreções mucosas que vinham do cérebro (era considerada fria e húmida), a bílis amarela era segregada pelo fígado (era quente e seca) e a bílis negra era produzida no baço e no estômago (era fria e seca). A doutrina dos quatro humores encaixava-se perfeitamente na conceção filosófica da estrutura do universo, correspondendo a cada humor um elemento natural, terra, ar, fogo e água, e a quatro qualidades, quente, frio, seco e húmido. A saúde era o resultado do equilíbrio dos quatro humores (eucrasia) sendo suscetível de se alterarem por ação de causas internas (raça, sexo, idade, meio, etc.) ou externas (temperatura, clima, alimentação, etc.). Na visão hipocrática, o desequilíbrio entre os humores (discrasia) e sobretudo o seu excesso e acumulação conduzia o organismo ao estado de doença, sendo necessário expulsá-los pela boca, nariz, reto, vias urinárias ou através das sangrias[327].

A fórmula «*Cliysterium donare, postea saignare, ensuita purgare*» tornou-se no tratamento por excelência dos médicos durante séculos. Todas as idades eram propícias para fazer evacuar os humores, desde o recém-nascido ao velho, todos conheciam a lanceta do cirurgião, que ao mínimo sinal suspeito não hesitava em libertar os seus doentes dos humores malignos. Uma sangria nos bebés facilitava o nascimento dum dente ou afastava as convulsões, nos mais velhos ajudava a libertarem-se das febres malignas e nas grávidas facilitava o parto[328]. Purgar tornou-se igualmente sinónimo de tratar, e para tal os médicos dispunham de todo o género de elixires, licores, tisanas, poções, pós, pílulas, etc. Sangrava-se e purgava-se em todas as idades e por todos os motivos mesmo quando o indivíduo não era doente, por precaução e por arreigamento aos costumes. A prática das sangrias no tratamento da tísica pulmonar recrudesceu nas primeiras décadas de Oitocentos até meados do século graças às teorias inflamatórias de François Broussais. Ao que se sabe, os médicos não só recorriam à flebotomia como usavam centenas de milhares de sanguessugas todos

[327] PITA, 1998: 47-48.

[328] LEBIGRE, 1997: 290-291.

os anos nos serviços hospitalares[329]. Bayle e Laennec admitiam as sangrias e outras práticas, designadamente as escarificações e os vesicatórios, como forma de evacuar o sangue excedente ou ingurgitado, o que posteriormente gerava numerosas inflamações. Outro adepto das sangrias era Broussais, que considerava que as doenças proviam da gastroenterite, tal como considerava a sangria como um tratamento específico da tísica pulmonar.

No final da década de 1840 surgiram vozes discordantes considerando que a prática das sangrias só agravava mais o estado já debilitado dos doentes e expunha os enfermos a diversas afeções. Pouco a pouco esta prática foi abandonada, primeiro relegada a tratamento paliativo e posteriormente substituída por práticas menos brutais. A teoria da gastroenterite contribuiu significativamente para o abandono das sangrias, dando preferência às purgas e clisteres, já que segundo esta doutrina o mais importante do tratamento consistia em limpar o sistema digestivo. Paulatinamente, as substâncias suscetíveis de provocar outras formas de evacuação como os vomitivos, os revulsivos, os laxantes e os diuréticos substituíram a lanceta e as sanguessugas no tratamento da tísica[330].

As purgas e a purificação do estômago, através dos vomitivos, e os intestinos, através dos clisteres, perseveraram ao longo do século XIX muito para além das sangrias, que foram sendo abandonadas à medida que se impôs o sistema de tratamento sanatorial baseado na higiene, na boa alimentação, no repouso e na aeroterapia. Os clisteres, que segundo Ambroise Paré foram inventados pelos egípcios, eram ministrados através de injeções líquidas introduzidas no intestino por via anal, com objetivos tão diversos como o de refrescar o aparelho digestivo, humedecer e amolecer as matérias no interior do intestino facilitando a sua excreção, dissipar os gases ou facilitar o parto das mulheres. De acordo com os objetivos pretendidos, que podiam ser carminativos, lenitivos, adstringentes, laxativos ou anódinos, neles eram utilizados vários produtos como a água, o farelo, o leite, o vinho ou os cozimentos de ervas. Já as purgas por via oral serviam para limpar o estômago dos ingurgitamentos que pudessem advir da má digestão. A frequência desta prática trazia não raras vezes inconvenientes, arruinando a digestão, tornando as vísceras mais fracas e gerando cólicas violentas[331].

Para Portugal dispomos de pouca informação relativa à utilização destes métodos no tratamento específico da tísica pulmonar. A menção mais fidedigna aos métodos purgativos surge nos relatórios anuais do Hospício D. Maria Amélia do Funchal. Nestes relatórios[332], o Dr. António da Luz Pitta menciona os produtos utilizados para proceder à evacuação das impurezas do organismo. Como vomitivos usava preferencialmente a ipecacuanha, como expetorantes o tártaro emético, o *kermel* mineral e a *scilla*. Como revulsivos empregava uma

[329] PORTER, 1996: 207.
[330] GUILLAUME, 1986: 53-54.
[331] LEBRUN, 1995: 65-67.
[332] PITTA, 1856: 129-132.

pomada estibiada (sulfureto de antimónio, o óleo de cróton (preparado a partir de semente da árvore *Croton tiglium*), as ventosas secas e sarjadas, isto é, sem ou com incisões na pele, os cáusticos, como vesicatório, e os fontículos[333]. Alguns médicos chegaram também a aplicar clisteres de vinho contra problemas gástricos da tísica pulmonar[334].

No tratamento da tuberculose pulmonar, o ar e o clima foram componentes presentes desde tempos recuados. Sabe-se que Hipócrates relacionava as doenças com as estações do ano, as regiões, as águas e os ares de cada local e os romanos Celso e Galeno recomendavam aos doentes a fixação em Alexandria ou perto do Vesúvio. Os templos gregos, que serviam de locais de assistência aos peregrinos e doentes, eram edificados em regiões montanhosas, onde se fazia uso do ar puro para tratar várias doenças. Em Roma, Plínio, o Antigo, e Celso recomendavam viagens por mar ao Egipto e Líbia ou passeios em florestas de árvores resinosas. Galeno recomendava aos doentes febris que vivessem em quartos bem arejados, frescos e cujo ar fosse embalsamado com rosas, pâmpanos de vinha, ramos de lentisco e espinheiro[335]. Durante o período Clássico delineiam-se as primeiras terapias pelo ar e clima que foram copiadas nos séculos posteriores. A utilização das propriedades do ar das montanhas, as viagens marítimas e a utilização do ar impregnado de fragrâncias e de compostos químicos no século XIX foi em certa medida um decalque e uma sistematização das ideias dos clássicos.

Nos séculos XVII e XVIII retomou-se a prática da aeroterapia, associada à higiene, ao exercício físico ou ao repouso conforme os autores. Zacuto Lusitano recomendava os ares dos pinhais de Palmela para os tísicos, Duarte Rebelo de Saldanha achava os ares do Campo Grande benéficos para os tísicos tal como os de Sintra e de Beja e Curvo Semedo comungava da opinião de que os ares de Beja, Évora e Algarve eram bastante aconselháveis para o tratamento dos tuberculosos, o que aliás foi corroborado por Thomas Beddoes[336]. Ar puro, ar impregnado de substâncias naturais e ar quente e seco eram as principais características dum ar tonificante e reparador para os tísicos. E com o advento da era industrial, vários autores preconizaram o ar puro isento de pó e fumo, especialmente fumo de carvão.

Um tratamento muito indicado para tísica pulmonar eram as viagens marítimas, associadas a climas quentes ou ao deslocamento de regiões frias para zonas mais amenas e temperadas e sobretudo com diferenças de temperatura pouco discrepantes. Mas em 1856, a Gazeta Médica de Lisboa publicou os resultados dum estudo encetado pelo médico Jules Rochard[337], cirurgião chefe da marinha do porto de Brest, no qual defendia que as viagens marítimas não se achavam recomendadas para todos os casos de tísica. Rochard acreditava

---

[333] Veja-se VIEIRA, 2011: 98 e quadro 2.

[334] *Clysteis de vinho no tratamento da chlorose…*, 1855: 76-77.

[335] MIRA, 1915c: 177-178.

[336] Cf. CARVALHO, 1934: 5 e 15-16; SEMEDO, 1741: 172; e BEDDOES, 1799: 23.

[337] *Da influência da navegação e dos paizes quentes na marcha da tisica pulmonar*, 1856: 234-235.

que as viagens por mar aceleravam a evolução da maior parte das tísicas e contrariamente ao que se dizia era uma doença comum nos marinheiros, por isso achava prudente proibir as viagens aos doentes de peito especialmente nas rotas dos países quentes.

As viagens só poderiam ser vantajosas no primeiro período da doença e em condições especiais de higiene dos navios, o que não era comum. Dois anos depois o mesmo periódico lisboeta publicou as conclusões do Dr. Garnier[338] apresentadas à Academia Imperial de Medicina de Paris, que corroboram o que Rochard havia dito. Considerava que a ação do mar sobre a tísica era muito variável, em função da constituição do doente e do estado da doença. Salientou que as estatísticas inglesas revelavam que eram poucos os marinheiros doentes com tísica, mas cremos que esse facto se devia à circunstância de os marinheiros serem criteriosamente inspecionados antes de embarcarem e impedidos de embarcar caso estivessem doentes.

Em 1885, António José Gonçalves[339] defendeu uma posição semelhante considerando os resultados das viagens marítimas duvidosos, fazendo alusão às estatísticas colhidas no Conselho de Saúde da Marinha, onde encontrou 195 referências de tísica pulmonar em marinheiros dos quais 103 sucumbiram vítimas da doença, como também às estatísticas do porto de Brest de meados do século, onde um em cada seis marinheiros perecia devido à tísica. Embora o ar marítimo não tivesse pó e germes como o das cidades, existia um conjunto de fatores que determinava o insucesso do empreendimento, nomeadamente as diferenças de temperatura do interior e exterior do navio, a humidade constante, os resfriamento causados pelos ventos e a atmosfera sobrecarregada dos camarotes acumulados com os marinheiros[340].

Além do contacto com o ar marítimo, eram reconhecidas outras vantagens das viagens em mar alto, nomeadamente a pureza da atmosfera no exterior do navio, isenta de pós, fumos e germes, o que contrastava com a atmosfera interior conotada com a má ventilação, a humidade e o confinamento dos espaços. Os enjoos decorrentes da viagem pela maresia e baloiçar do navio eram tidos como terapêuticos já que estimulavam os vómitos sem necessidade de recorrer a purgantes. Todavia, uma das maiores vantagens era a mudança do modo de vida. O tempo em que estavam embarcados permitia ao doente uma reflexão sobre a vida em sossego, alheado das paixões e do reboliço da vida quotidiana, o que permitia ter longas noites de sono, refeições regulares, vida em pleno ar e distrações para evitar o excesso de atividade intelectual[341]. Entre as vantagens e as desvantagens desta forma terapêutica a verdade é que o tratamento pelo ar marítimo e pelas viagens marítimas rapidamente decaiu devido ao aparecimento da altitudoterapia ou climatoterapia de montanha.

---

[338] *Influência do ar mar sobre a tísica*, 1858: 317-318.

[339] GONÇALVES, 1885.

[340] GONÇALVES, 1885: 20-21.

[341] GONÇALVES, 1885: 30.

O tratamento pelo ar não se limitava à atmosfera natural, em que o ar puro e o ar marítimo eram os mais apreciados. Determinados médicos consideravam o ar puro potencialmente perigoso, porque consideravam-no como veículo de sais provenientes de emanações cósmicas que uma vez entrados nos pulmões provocavam obstrução das vias aéreas, catarros e hemoptises[342]. Apareceram então vários defensores das atmosferas artificiais, isto é, uma atmosfera cujo ar fosse impregnado com vapores balsâmicos, aromáticos, sulfurosos ou arsenicais, etc., consideradas benéficas para o trabalho pulmonar dos tísicos. O médico Magalhães Coutinho[343] acreditava no benefício de várias substâncias como o vapor de alcatrão, o sargaço marinho, os vapores de creosote, o iodo, a cera de terebintina, as fumigações de éter com cicuta, cloro, iodo, cloreto de cal, alcatrão, folhas de beladona, meimendro, ópio, nitrato de prata[344], etc. Por fumigações entendia-se tudo o que tinha a ver com a inspiração de vapores, mas também o uso do tabaco, já que alguns médicos, como Sydenham e Sylvius[345], aconselhavam os tísicos a fumar plantas hipnóticas e sedativas, como cigarros de beladona, cigarros arsenicais ou canforados facilmente encontrados nas boticas da altura[346].

Com o desenvolvimento da química foi possível usar não só os produtos naturais e as fumigações como igualmente vários gases produzidos em laboratório. A produção de oxigénio, de hidrogénio, de azoto e gás carbónico, assim como a respiração dos gases dos estábulos e dos campos agrícolas revolvidos permitiram uma utilização terapêutica de elementos estimulantes ou sedativos, numa linha de pensamento *brownista*, ou como desinfetantes do ar de determinados compartimentos habitacionais. Estes métodos aeroterápicos decaíram lentamente a par de muitas outras terapêuticas, com o aparecimento da climatoterapia em contexto sanatorial, que fez uso do ar de montanha, puro e rarefeito para tratar inúmeras gerações de tuberculosos.

O tratamento da tuberculose ao longo dos tempos manteve-se quase inalterado e baseado na alimentação, nas depleções/purgas e na aeroterapia. Neste contexto, a terapia medicamentosa funcionava como coadjuvante dos outros tratamentos ou como paliativa. Os medicamentos utilizados eram na sua maioria herança dum passado distante que remontava aos gregos, romanos e árabes. Com Galeno afirmou-se a polifarmácia que consistia na administração concomitante de vários produtos de origem animal, vegetal e mineral e que de forma geral constituiu um tratamento muito presente até ao século XX.

No que concerne ao tratamento por meio de medicamentos entendemos que a sua utilização obedecia a dois propósitos distintos. Existiam tratamentos direcionados para a

---

[342] GUILLAUME, 1986: 62.

[343] Cf. COUTINHO, 1841: 152-166, 368-372, 8-15, 41-44, 169-172 e 228-231.

[344] TREUND, 1864: 182.

[345] MIRA, 1916a: 108.

[346] BERNARDEAU, 1854: 60.

tuberculose enquanto «consumpção geral» do organismo, entendida como um estado mórbido resultante da diminuição da força vital para os vitalistas, da excitação ou lassidão para os brownistas, da fermentação ou alcalinidade para os iatroquímicos, do tubérculo para os anatomoclínicos ou da célula para os citologistas. Cada corrente médica concebia a tuberculose pulmonar como uma doença provocada por uma alteração do estado normal da saúde e consequentemente prescrevia medicamentos em função das suas ideias e conceções. Por outro lado, o desconhecimento da etiopatologia da doença direcionou a medicina para a utilização da medicação no tratamento ou alívio dos sintomas como a anorexia, os suores, a febre, diarreias, tosse, vómitos e hemoptises, e frequentemente como paliativo com o propósito aliviar sintomas.

O tratamento medicamentoso da tuberculose encarada como uma patologia geral não tinha especificidade. Todas as substâncias, mesmo as mais bizarras, eram usadas com o intuito de obter uma cura milagrosa, mesmo não tendo nenhuma relação específica com a tuberculose, como por exemplo o musgo da Islândia. Qualquer terapia que parecesse efetiva contra outras doenças era experimentada contra a tísica, como o mercúrio ou a digitális[347]. O iatroquimicismo introduziu na terapêutica da tísica os ácidos e alcalinos para regular a acrimónia ácida ou alcalina do sangue. Só assim se entende o grande leque de substâncias usadas sobretudo na primeira metade do século XIX. Magalhães Coutinho mencionou um vasto número de produtos de origem química como o ácido fórmico, o ácido hidrociânico, o ácido acético, o ácido prússico ou cianídrico, o ácido pirolenhoso, o sulfato de quina, o iodo, o amoníaco, o nitrato de prata, o acetato de chumbo, o carbonato de potassa, o sulfato de cobre, o hidrocianato de ouro ou em preparações conjuntamente com outras substâncias, como por exemplo: preparação de mirra, carbonato potassa, hortelã-pimenta, sulfato de ferro e xarope de alteia; mirra com carbonato potassa, sulfato ferro, hortelã e água açucarada; ácido prússico com licor de hidriodato de potassa, xarope de alteia e água de alface; sulfato de cobre com ipecacuanha e xarope açúcar; ou ainda funcho aquático com potassa[348]. A maior parte destas substâncias ou composições eram designadas para o tratamento da tísica tuberculosa, tísica escrofulosa ou tísica pituitosa, assim designada porque a sua etiologia devia-se à pituíta, um humor branco e viscoso segregado por diversos órgãos entre os quais o nariz e brônquios.

A leitura de alguns periódicos médicos portugueses revela alguns medicamentos e teorias usadas no tratamento do estado geral. Em 1857, a Gazeta Médica de Lisboa aconselhava a utilização do fósforo, porque segundo a teoria do Dr. Churchill a tuberculose diminuía o fósforo no organismo, sendo por isso necessário administrar preparados para repor o fósforo. Em 1864, a mesma gazeta recomendava a administração de fosfito de cal e soda e ácido fosfítico pela influência alcalina, tal como preconizou Payne Cotton. Mais tarde foram reco-

[347] SHRYOCK, 1977: 7.

[348] COUTINHO, 1841: 152-166, 368-372, 8-15, 41-44, 169-172 e 228-231.

mendados o ácido fénico inalado, o nitrato de prata também inalado e o creosote que atuava sobre o estado geral e sobre o tubérculo[349].

Por volta da década de 1840 surgiu o óleo de fígado de bacalhau, popularizado por Blasius Williams, médico no Brompton Hospital, difundindo-se rapidamente por ser barato, inofensivo e rico em vitaminas A e D. O óleo de fígado de bacalhau já era conhecido antes do século XIX, mas foi a sua integração e utilização pelo sistema terapêutico do Brompton Hospital que o «santificou» no uso na tuberculose. A maioria dos países adotou-o como o primeiro fortificante para a tuberculose, mantendo-se durante mais de uma centena de anos no receituário médico para as diversas formas de tuberculose[350]. Em Portugal, a notícia do sucesso do óleo de fígado de bacalhau fez sensação por intermédio dum artigo onde um tal de Dr. Pereira, médico em Bordéus, diagnosticou 362 casos de tísica pulmonar sobre 9000 doentes que passaram no seu serviço em 1838. Desses, 110 morreram, 245 tiveram alta e 7 permaneceram internados. Segundo o médico, metade saíram em condições muito satisfatórias após o tratamento tónico com o óleo de fígado de bacalhau. Trousseau confirmou estes resultados na sua prática clínica, tal como alguns médicos portugueses como Simas e Lima Leitão[351]. Na Madeira, António da Luz Pitta, médico do Hospício para tuberculosos, não só fez uso do óleo de fígado de bacalhau, como o considerava o melhor medicamento disponível para esta doença:

> *De todos os medicamentos de que temos noticia, e que temos empregado, ainda considerâmos o oleo de figado de bacalhau, como o mais poderoso para combater a tisica pulmonar, e as bronchites chronicas; delle se tem tirado os melhores resultados no maior numero de casos, já para tornar estas molestias estacionarias, já para as curar quando são susceptiveis de cura*[352].

O professor Tiago de Almeida também considerava o óleo de fígado de bacalhau como um dos remédios específicos mais credível e eficaz no tratamento das moléstias de peito: «(…) o óleo de fígado de bacalhau que tem sido e continuará sendo o grande benemérito dos tísicos»[353]. O tratamento da tuberculose por este método após a descoberta do BK foi um dos casos raros, uma vez que, a partir daí, se afirmou definitivamente o tratamento higieno-dietético e a procura de tratamentos bactericidas.

À parte dos medicamentos utilizados para combater o estado geral, a polifarmácia servia para o tratamento dos sintomas como a tosse, as hemoptises, os vómitos, a diarreia, os suores e as febres. Quando as doenças eram consideradas incuráveis, o médico tinha

---

[349] Veja-se REMÉDIO: 1857: 335; WOILEZ, 1863: 291-297; TREUND, 1864: 182; COTTON, 1864: 212-213; ÁCIDO, 1871: 138; e LOPES, 1878: 52-53.

[350] DORMANDY, 2000: 45 e nota 6.

[351] SIMAS, 1844: 17-22.

[352] PITTA, 1855: 71-72.

[353] ALMEIDA, 1902: 153.

como dever prolongar a vida do doente e mitigar os sintomas, por isso a medicação tinha muitas vezes um objetivo essencialmente paliativo. Contra a tríade da tosse, vómitos e hemoptises, que quase sempre andavam associadas, especialmente a tosse-vómitos e tosse--hemoptises, os medicamentos eram variados. Para combater a tosse eram usados o tártaro emético, o felândrio, a seiva de pinheiro marítimo, o tanino, o guaiacol, a terebintina, preparados de ópio, beladona, brometos, meimendro, clorofórmio, água de loureiro-cerejeira, cicuta, cloral e os revulsivos com o objetivo de acalmar a tosse ou de minimizar o sofrimento dos doentes.

Os vómitos eram considerados como provenientes de dois tipos de problemas digestivos: a dispepsia e a gastrite. No caso da dispepsia acreditava-se que os vómitos andavam ligados à tosse e esta à alimentação: os alimentos chegados ao estômago provocavam a tosse e a tosse repetida provocava os vómitos, o que segundo Potain se devia a alteração neuromotrizes[354]. Contra os vómitos prescrevia-se o arseniato de estricnina só ou com quassina, o tártaro emético, água iodo-formada com gelo, a cocaína, o láudano, o clorofórmio, o ácido clorídrico ou láctico, poções efervescentes, gelo, creosote, tintura de iodo, etc.[355]. Mas se a origem dos vómitos fosse a gastrite tratava-se o doente com leite alcalinizado com lentículas de pancretina ou morfina. Usava-se também o *koumys*, criado por médicos russos e vulgarizado pelos franceses, que consistia num produto lácteo que por ação duma fermentação especial adquiria novos elementos: o álcool, o ácido carbónico e o ácido lácteo[356], que atuavam sobre a tosse e consequentemente refreava o regurgitamento. A tosse associava-se também às tão temidas hemoptises, as expetorações sanguinolentas decorrentes de hemorragias da árvore respiratória e que eram uma imagem associada à tuberculose pulmonar, funcionando como radiografia do estado interior dos pulmões[357]. O doente hemoptóico era um tuberculoso de segundo ou terceiro grau, com lesões bronco-pulmonares em estado avançado decorrente da ulceração dos pulmões ou das cavernas produzidas pela existência de colónias de bacilos. Contra as hemoptises era usado o felândrio, a seiva de pinheiro marítimo, os calomelanos, a dedaleira, água de loureiro-cerejeira, suco de urtigas, xarope de marmelos, limonadas, laranjadas ou água de Rabel[358]. Mastigar e comer gelo era também uma prática bastante comum para este tipo de problemas.

No tratamento dos suores usavam-se o agárico branco, o acetato de chumbo, beladona, tanino, atropina, o felândrio, sulfonol, álcool fórmico, óleo canforado, tártaro emético entre outros. Contra a febre empregavam-se a quinina, o acónito, a água de loureiro--cerejeira, o ácido salicílico, o tártaro emético, o guaiacol, o tanino, a dedaleira, o ópio, o

---

[354] CASTRO, 1894: 94.
[355] MIRA, 1916: 166.
[356] LOPES, 1878: 52.
[357] FERREIRA, 2005: 22.
[358] MIRA, 1916b: 165.

creosote e o cacodilato de soda e o gelo. Alguns produtos tinham propriedades antipiréticas mas outros não tinham qualquer relação com o sintoma, sendo usado por uma questão de moda e de autoridade do médico que o aconselhava[359]. A presença de diarreia nos tísicos era muitas vezes sinal do estado terminal do doente, especialmente se o médico diagnosticasse uma diarreia coliquativa, caracterizada pela abundância das excreções e a tendência para a emaciação do convalescente, o que podia significar a presença de lesões intestinais ou mesmo tuberculose intestinal. Nesse caso a terapêutica tinha de servir três objetivos: tonificar o aparelho gastrointestinal, facilitar a digestão e diminuir as dejeções[360]. Para isso procuravam-se processos adstringentes usando a quassina, pancretina e dietas lácteas, o ácido taninico, a morfina e o creosote em clisteres mas também a cré, carbonato de potássio, bismuto ou o nitrato de prata[361].

No tratamento dos grandes sintomas da tuberculose pulmonar, o tratamento medicamentoso ia de encontro às teorias da época, nomeadamente as *brownistas*, percetível através dos produtos provenientes do ópio, usados para acalmar os fenómenos sintomáticos. A influência da iatroquímica manifestou-se na utilização de produtos alcalinos e ácidos e a utilização de produtos lácteos deixava adivinhar a filiação à teoria da inflamação de Broussais. A filiação às doutrinas já mencionadas mostra o quanto a terapêutica estava enraizada e pouco se modificava na sua essência. A emergência de um novo produto provocava, por vezes, a euforia dos médicos, ansiosos por descobrir uma substancia realmente eficaz, mas o seu princípio manteve-se quase invariável: ácidos ou alcalinos, estimulante ou calmantes, fortificantes ou relaxantes.

3.2.2. Climatoterapia e regime sanatorial

A evolução da medicina operada ao longo do século XIX fez nascer novas formas de tratar a tuberculose. Aos tratamentos baseados na alimentação, nas purgas e sangrias, nas substâncias medicamentosas e na aeroterapia, juntaram-se, na segunda metade da centúria de Oitocentos, a climatoterapia e o regime sanatorial. Contudo, foi o tratamento sanatorial que se impôs sobre todos os outros, primeiro porque englobava uma rede de cuidados que incluía a altitudoterapia, a superalimentação, o repouso, o exercício físico e a disciplina, segundo porque englobava um esquema terapêutico racional e cientificamente fundamentado e depois porque foi um tratamento institucionalizado, em muitos casos com intervenção estatal, e por isso foi mais duradouro.

As tentativas de curar tuberculosos pela mudança de clima não constituíam uma novidade no século XIX, uma vez que a mudança de ares e os climas quentes eram recomendados pelo menos desde os gregos antigos. Os climas tuberculoterápicos, isto é, aque-

[359] DUBOS & DUBOS, 1996: 135-136.
[360] CASTRO, 1894: 60.
[361] Cf. CASTRO, 1894: 60 e MIRA, 1916b: 166.

les que tinham uma ação mais ou menos benéfica sobre a tuberculose, eram sobretudo três: o clima campestre, o clima marítimo e o clima montanhoso. Quanto ao clima campestre não nos deteremos sobre ele, uma vez que raramente era usado e quando tal funcionava como clima de adaptação para o de montanha. Por clima campestre entendia-se o conjunto de condições climatéricas, extremamente variado na constituição física e na constituição meteorológica, de regiões rurais afastadas dos aglomerados urbanos, mas cuja constituição não tinha nada de específico para o tratamento da tuberculose[362]. Pelo contrário o clima marítimo e clima montanhoso foram amplamente usados no tratamento dos doentes tuberculosos: primeiro o clima marítimo até meados de Oitocentos, para depois ser substituído pelo clima montanhoso, tornando-se a base a altitudoterapia praticada nos sanatórios.

Relativamente ao clima marítimo, já dissemos que os médicos antigos enviavam doentes para certos pontos do litoral do mar Mediterrâneo onde se encontrava, na primeira metade do século XIX, uma boa parte das estações climatéricas para o tratamento da tuberculose, especialmente em Cannes, Nice, Menton, Castellemare ou Nápoles[363]. Fazer um doente mudar de ares era uma prática considerada salutar, especialmente se fosse para um clima considerado benéfico. Até meados da centúria de Oitocentos, os climas marítimos eram tidos como os melhores no tratamento da pulmotuberculose por serem geralmente melhor tolerados e pela amenidade dos fatores climatéricos que ajudavam na cura. Não se tratava, como pensavam no século XVIII, de mudar de um clima frio para um clima quente, já que o calor excessivo, o agravamento de sintomas, como a febre e hemoptises, a par das doenças parasitárias tornavam-se aceleradores de um desfecho trágico. A ideia de que a mudança de um clima frio para um clima temperado mais a sul era benéfica impôs-se graças a intervenções de médicos reputados como Virchow, que observou que os habitantes da Núbia, quando migravam para o Egipto (a norte), contraiam mais facilmente a doença, apesar de ser uma estância climatoterápica. Os animais do Egipto, especialmente macacos, quando trazidos para a Europa também morriam de tuberculose. Similarmente, August Hirsch enfatizava que as pessoas que se deslocavam das baixas latitudes para as regiões mais frias ficavam escrofulosas. Porém, apesar dos factos apontados por Virchow e Hirsch estarem corretos, a sua interpretação era errónea. De facto, neste período, as zonas tropicais não conheciam a tuberculose e por isso os seus nativos não tinham resistência imunológica à doença, pelo que, quando migravam para regiões onde esta endemia estava presente, mais facilmente eram vitimados[364].

A maior parte das teses das escolas médicas portuguesas que focaram o tratamento pelo clima marítimo enfatizaram as propriedades do clima e os seus efeitos fisiológicos e

---

[362] GUIMARÃES, 1887: 45-49.

[363] Ver a propósito disto GUILLAUME, 1986: 64 e GUIMARÃES, 1887: xiii.

[364] DUBOS & DUBOS, 1996: 144.

terapêuticos [365]. Quanto às propriedades do clima, os médicos acreditavam que a atmosfera marítima proporcionava aos tuberculosos um ar puro quase isento de microrganismos pela intensidade luminosa e pelas substâncias iodo-bromadas cuja ação antisséptica dificultava a vida microbiana. O ar era rico em oxigénio e cloreto de sódio e continham também ozono, cloretos, iodetos e brometos. A pressão atmosférica era máxima, ao contrário do que acontecia com o clima de montanha, o ar húmido, a temperatura ordinariamente elevada e uniforme, ventos constantes e de intensidade variável. A atmosfera asséptica, o ar «medicamentoso» e a uniformidade térmica tornavam este clima fortificante, sendo atributos suficientes para tratar sintomas ou mesmo curar os doentes.

Entre os principais efeitos fisiológicos no organismo doente contavam-se a diminuição dos movimentos respiratórios, uma maior absorção de oxigénio e, como consequência disto, o doente ganhava apetite, que conduzia a uma melhor alimentação que, por sua vez, aumentava o peso[366]. Os efeitos terapêuticos eram tanto locais, diminuindo a flegmasia dos órgãos respiratórios, como gerais, com o fortalecimento do organismo ou a diminuição da hipotrofia. A estes efeitos benéficos Augusto Serra[367], citando Calvé, acrescentou o aumento das hemácias e da diurese, o aumento das trocas azotadas, diminuição ou paragem da desmineralização, melhor utilização do fósforo alimentar e o aumento do consumo de albuminoides, ao que acresce o efeito sedativo da pressão atmosférica e dos ventos. Por vezes verificava-se ainda a diminuição da febre sob ação do ar marinho, o aumento do apetite e a diminuição das hemoptises[368].

Convencidos dos benefícios do ar marítimo para o tratamento da tuberculose, os médicos aconselhavam diferentes estações climatoterapêuticas. Uma das mais famosas em toda a Europa era a ilha da Madeira pelas suas características únicas. Situada ao largo da costa ocidental de África no Oceano Atlântico, a Madeira apresentava condições muito vantajosas para os «doentes do peito», pela combinação harmoniosa do ambiente marítimo com a altitude, uma vegetação frondosa e luxuriante com a exposição solar e com temperaturas amenas durante todo o ano[369], o que a tornou um centro muito procurado por estrangeiros, sobretudo ingleses, não só por motivos de saúde, mas também por motivos políticos e económicos.

As vicissitudes económicas e políticas da história contemporânea fizeram da Madeira um importante ponto comercial do Atlântico. A neutralidade peninsular face à guerra entre Inglaterra e França não durou muito tempo. Depois da Guerra do Rossilhão, a Espanha negociou bilateralmente com a França deixando Portugal, tradicional aliado dos ingleses,

---

[365] Neste domínio veja-se GUIMARÃES, 1887; ALMEIDA, 1903; DIAS, 1920; SILVA, 1920; SERRA, 1927.
[366] GUIMARÃES, 1887: 44-45.
[367] SERRA, 1927: 42.
[368] ALMEIDA, 1903: 103-104.
[369] ALMEIDA, 2007: 21.

numa posição débil no contexto ibérico e continental, já que a França queria forçar Portugal a fechar os seus portos aos ingleses. O golpe do 18 do Brumário que catapultou Napoleão ao poder, após a campanha do Egipto, permitiu retomar o projeto da invasão de Portugal. Todavia, foi preciso esperar até 1807 para que as tropas de Junot invadissem o território português. Nesta conjuntura, Portugal negociou com Inglaterra a convenção que levou à fuga da família real para o Brasil e a invasão da ilha da Madeira[370], transformando-a numa plataforma onde portugueses e ingleses puderam planear as intervenções militares no continente.

A presença de ingleses na ilha gerou relações comerciais duradouras entre a Madeira e Inglaterra, baseadas, entre outras mercadorias, no comércio do vinho. Por outro lado, o Bloqueio Continental ao fechar os portos europeus aos ingleses impossibilitou aos doentes o acesso aos principais centros de tratamento localizados na Riviera francesa e na Itália. A Madeira tornou-se no principal centro de tratamento climático ao dispor dos ingleses, que aí passaram a afluir em grande número. Mesmo depois da saída das tropas britânicas da ilha, da capitulação de Napoleão em 1815 e da mudança do quadro político internacional, o número de ingleses não diminuiu significativamente, não só para beneficiar do clima, mas porque as próprias viagens marítimas eram consideradas terapêuticas.

As relações comerciais, acarretando a fixação de mercadores e homens de negócios britânicos, permitiram a difusão dos benefícios do clima da Madeira para o tratamento dos *poitrinaires*. As primeiras notícias acerca dos benefícios do clima madeirense são-nos dadas por médicos ingleses que visitaram a ilha[371], embora tenham existido médicos portugueses que também escreveram acerca do clima madeirense e da sua influência no tratamento da tísica pulmonar. O primeiro a fazê-lo foi Nicolau Pita em «Account of Madeira» (1812), sendo essencialmente uma narração descritiva sobre o clima, geografia física, política e administrativa. Depois surgiu um conjunto de teses de doutoramento em universidades francesas, mas de autores portugueses, que tocou neste assunto. O primeiro a fazê-lo foi Francisco de Assis e Sousa Vaz na tese apresentada em Paris «De l'influence salutaire du climat de Madère (île portugaise) dans le traitement de la phthisie pulmonaire et de la supériorité de cette influence sur celle des climats du sud de la France et de l'Italie» (1832), onde comparou os climas da França e Itália com o da Madeira, defendendo a vantagem deste último. Também P. J. Vieira e César Augusto Mourão Pita defenderam em Montpellier as teses «Études médicales sur le climat de Madère» (1852) e «Du climat de Madère et de son influence thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques en général et en parti-

[370] ARAÚJO, 1993: 19-25.

[371] Francisco António Barral e Silva Carvalho referem as seguintes: FOTHERGILL – *On consumption medical observations* (1775); ADAMS, J. – *A guide to Madeira with an account to the climate* (1801); GOURLAY – *Observations on the natural History, climate and diseases of Madeira during a period of eighteen years* (1811); HEINEKEN, Carlos – *Rembles in Madeira* e *Of Madeira, its visitors, its climate and its diseases* (1821); MASSON, J. A. – *A Treatise on the Climate and Meteorology of Madeira* (1850); LUND, George – *The climate of the Island of Madeira* (1854). Cf. BARRAL, 1854: 12-14 e CARVALHO, 1934: 20-21.

culier de la thisie pulmonaire» (1859) respetivamente. Francisco António Barral publicou em 1854 a «Notícia sobre o clima do Funchal e sua influência no tratamento da tísica pulmonar», onde analisou as características da ilha e do seu aproveitamento terapêutico, destacando a análise da geologia e meteorologia, pressão barométrica, temperatura, meteorologia, fauna e flora.

A Madeira oferecia simultaneamente um clima montanhoso e marítimo, congregando baixas pressões atmosféricas e ar puro, uma flora rica e variada, uma insolação abundante e temperaturas amenas com poucas variações ao longo do ano. A temperatura média anual rondava os 20ºC, descendo nos meses mais frios, de dezembro a março, até aos 17ºC e nos meses de estio não se elevava além dos 23ºC. As temperaturas eram bastante amenas durante todo o ano, com pequenas variações durante o dia, entre o dia e a noite e entre os dias sucessivos, meses e estações[372]. Quanto à higiene e salubridade pública, apesar de existirem ruas estreitas e tortuosas, a existência de várias praças, jardins e a baixa altura das casas facilitava a ventilação e a insolação por grandes períodos de tempo ao longo do ano. As ruas eram limpas porque as pessoas não despejavam as imundices e resíduos diretamente na via pública e existia um sistema de esgotos subterrâneo que encaminhava os detritos diretamente das casas para o mar. As casas existentes na cidade são descritas como tendo sistema de água canalizada nas várias divisões da habitação e casas de banho, o que facilitava a higiene e asseio pessoal. No Funchal não existiam pântanos nem águas estagnadas, o que era uma mais-valia na prevenção de doenças epidémicas transmitidas através das águas como o paludismo, tifo ou cólera. As casas das classes trabalhadoras eram igualmente salubres e bem ventiladas, com janelas nas diversas divisões. Somente as casas dos mais pobres e dos camponeses apresentavam más condições. A cidade era provida ainda de um mercado, de um matadouro com boas condições higiénicas e de algumas pequenas fábricas de velas de cera, refinação de açúcar, curtumes, destilação de aguardente, fornos de cal e estufas de vinho[373].

Na ótica de Barral, a Madeira tinha para oferecer muito mais do que um clima ameno e quente durante todo o ano, mas também boas condições para que os doentes forasteiros a pudessem habitar durante o tempo necessário. O clima era propício à cura das moléstias do foro pulmonar, contando também com os outros fatores apontados, nomeadamente a boa insolação e ventilação das ruas, a vegetação abundante, as razoáveis condições habitacionais e a limpeza geral, inusual em grande parte das grandes cidades como o Porto ou Lisboa.

As boas condições climatéricas da ilha e os benefícios tão elogiados por médicos de renome internacional conduziram à Madeira um grande número de portugueses e estrangeiros entre 1848-1852: 1601 ingleses, 51 portugueses, 32 americanos, 31 alemães, 7 russos,

---

[372] BARRAL, 1854: 43-57.

[373] BARRAL, 1854: 142-143 e 152-154.

4 franceses e 2 italianos[374]. Dentre estes destacaram-se os ingleses, que chegavam em maior número devido em parte à existência duma comunidade inglesa fixada na ilha e pelas boas relações políticas e comerciais que os britânicos mantinham com a Madeira.

Porém, a descrença nos benefícios do clima madeirense fez-se sentir por parte de alguns médicos. Era vulgar alguns médicos depreciarem os climas tuberculoterápicos com o argumento de que não existiam climas específicos para o tratamento da tuberculose, o que em parte era certo. Para Pierre Guillaume[375], o ceticismo dos médicos quanto à existência de climas benéficos levava à procura dos sítios mais agradáveis em detrimento dos mais saudáveis. Por isso os médicos enfatizavam a amenidade térmica, os ventos pouco agrestes e a estabilidade geral dos fatores meteorológicos, mais do que os fatores que supostamente seriam medicinais e que permitiriam a cura, como podemos verificar num excerto de 1852:

> *Nós, que não habitamos a ilha, e que só della temos vivas lembranças e recordações sensiveis pela amenidade do clima, e pelas maneiras sympaticas com que fomos recebidos por nossos amigos e pelas pessoas que a habitam, sentimos por extremo o silencio dos seus medicos a esse respeito.*
>
> *E para que seja insuspeito o nosso juizo sobre o clima da Madeira transcrevemos aqui uma nota feita por Mr. Andral a tal respeito.*
>
> *Não é porque a Madeira offerece o ar do mar á respiração d'aquelles que a habitam, mas é porque o seu clima é doce, temperado e uniforme, que a habitação nesta ilha tem sido desde longo tempo recommendada e o é ainda aos individuos ameaçados de doença de peito*[376].

Mas a partir de meados do século XIX, o aproveitamento do clima marítimo no tratamento dos tuberculosos foi decaindo e dando lugar ao clima de montanha, popularizado pelos trabalhos dos médicos alemães Brehmer e Detweiller que iniciaram o aproveitamento de climas de altitude para tratar os tuberculosos. As suas ideias rapidamente se expandiram na Europa e América e os climas marítimos cederam o lugar aos climas de altitude no tratamento da tuberculose pulmonar. Mais tarde vieram a recuperar o seu estatuto, mas associados à prevenção e tratamento do escrofulismo e das tuberculoses cirúrgicas, como o Mal de Pott, a TB osteoarticular e a TB cutânea que requeriam o complemento da talassoterapia e da helioterapia.

Nos dois últimos quartéis do século XIX, o tratamento da tuberculose pulmonar por meio da climatoterapia sofreu modificações de fundo. A ineficácia do tratamento pelo clima marítimo e as investigações de vários médicos, especialmente de Jourdanet[377] e Coindet para o México, de Lombard para os Alpes suíços[378] e de Guilbert para a Bolívia vieram

---

[374] BARRAL, 1854: 223 e 226-229.

[375] GUILLAUME, 1986: 71.

[376] P., O. R., 1852: 665.

[377] A propósito do estudo climatérico e especialmente do estudo dos climas de altitude veja-se a obra emblemática de JOURDANET, 1875.

[378] Veja-se para a descrição dos Alpes a obra de Saussure: SAUSSURE, 1803.

demonstrar que os lugares elevados funcionavam como inibidores da tuberculose. Conscientes desta nova realidade, os médicos passaram a valorizar os climas montanhosos em detrimento dos marítimos. Jourdanet criou o mito da imunidade das zonas alpinas ao formular uma lei que dizia «a immunidade começa sempre – na semidistancia da altura vertical, que separa o nível do mar da base das neves perpetuas»[379]. A interpretação dessa imunidade variava, no entanto, segundo os pontos de vista. Hirsch acreditava que a imunidade se devia à fixidez e uniformidade da temperatura, Brehmer dizia que se devia à ação excitante do ar rarefeito sobre o coração e Hirtz acreditava que a habitação nas montanhas solicitava uma exosmose gasosa e líquida que desembaraçava o sangue dos seus produtos de eliminação, impedindo a formação de matérias caseosas, a degeneração das células e a conversão da inflamação em neoplasias. Jourdanet tinha uma perspetiva diferente, que décadas mais tarde serviu como teoria base à terapêutica por meio de pneumotórax artificial, explicando a imunidade por uma dieta respiratória imposta aos pulmões pelo ar rarefeito das montanhas, que afrouxava as combustões orgânicas obstando o desenvolvimento da tuberculose quando a sua pressão começava a ser fisiologicamente insuficiente.

Contudo, em meados do século XIX foi a teoria elaborada por Brehmer que vingou. Fundamentada nas investigações anatomopatológicas de Rokitansky, de Louis e de Bizot que mostraram que o coração de alguns tuberculosos eram menores do que os não tuberculosos, Brehmer centrou os seus esforços em conceber uma terapêutica que aumentasse a atividade e energia do coração para este não atrofiar[380] e assim conseguir bombear sangue suficiente ao organismo evitando a acumulação de tubérculos no corpo dos doentes[381]. Brehmer, que na sua dissertação de doutoramento, «The Laws concerning the beginning and progress of tuberculosis of the lungs», defendeu a curabilidade da tísica e o facto dos corações pequenos e fracos poderem beneficiar da ação das baixas pressões atmosféricas e rarefação do ar dos lugares elevados. As baixas pressões atmosféricas e a rarefação do ar obrigavam o coração a trabalhar energicamente para irrigar o organismo e melhorar o metabolismo. A influência da altitude desenvolvia o pulmão, trazendo o sangue à periferia do organismo, como acontecia com as depleções. As ideias de Brehmer foram reforçadas pelo estímulo do seu mestre, Lukas Schönlein, e pelo explorador Alexander von Humboldt que lhe assegurou que nas regiões montanhosas não existiam tuberculosos, reforçando o mito da imunidade dos lugares montanhosos.

Inspirado por estas ideias, Brehmer fundou o primeiro sanatório para a cura de tuberculosos em 1854 na localidade de Göbersdorf a 600m de altitude, nas montanhas da Silésia, com a ajuda de amigos influentes dos círculos médicos e académicos. Nos primeiros anos, o sanatório de Göbersdorf funcionou em chalés de madeira provisórios. O regime de tra-

[379] FIGUEIREDO, 1881: 79.
[380] FIGUEIREDO, 1881: 81-82.
[381] DORMANDY, 2001: 150.

tamentos planificado por Brehmer incluía passeios nas florestas, períodos de repouso em galerias de ar e uma dieta simples mas nutritiva e com águas minerais da região[382]. Este médico acreditava que a tísica pulmonar tinha menos a ver com a patologia em si e mais com a indisciplina dos pacientes e com o desinteresse dos médicos, pelo que criou um regime de tratamento severo, caracterizado pela disciplina em todas as ações diárias, distinto dos tratamentos sanatoriais ulteriores. Efetivamente, o regime sanatorial assente no repouso e na cura ao ar livre fez mais pelos tísicos do que as sangrias, as drogas e as purgas nos séculos anteriores, catapultando o sanatório para uma dimensão totalmente diferente dos hospitais e dos hospícios existentes para a cura deste tipo de moléstias.

As características dos climas alpinos ou montanhosos eram opostas aos dos climas marítimos: ar puro com défice de oxigénio e rico em ozono, temperatura baixa, pressões atmosféricas baixas pela rarefação do ar, ar seco, luz intensa e ventos de direção fixa e pouco intensos[383]. A desoxigenação barométrica, no dizer de François Dagognet[384], tinha como principais efeitos fisiológicos a maior frequência e amplitude dos movimentos respiratórios, um aumento do afluxo sanguíneo à periferia do corpo pela dilatação passiva dos capilares e a ativação do apetite, atuando como tónico. Localmente, os efeitos terapêuticos manifestavam-se na maior amplitude da caixa torácica permitindo o trabalho de todo o pulmão, especialmente dos vértices. As características climáticas tinham um efeito estimulante geral ao nível muscular e respiratório conduzindo à atenuação dum grande conjunto de sintomas como a insónia ou as hemoptises[385].

François Dagognet defendeu que a climatoterapia de altitude propunha mais do que uma nova variedade de oxigeno-terapia, acarretando toda uma problemática psicológica e antropológica. Durante mais de um século, de meados do século XIX até ao fim da II Guerra Mundial, doentes e médicos buscavam nas montanhas e lugares elevados a saúde e a cura para a tuberculose, o que segundo este autor se ligava à «religião da montanha»[386] presente em todas as mitologias desde o Olimpo dos gregos, a montanha Qaf dos muçulmano, o Potala dos Tibetano ou a Montanha Branca dos Celtas. Desde tempos remotos que a subida da montanha era simbolicamente um renascimento, uma purificação natural e uma forma de espiritualidade espontânea[387], que no século XIX se revestiu duma cientificidade capaz de justificar clínica e socialmente a valorização da montanha como lugar de saúde e paz interior por ser simbolicamente lugar de comunhão com o sagrado. Mas o retiro espiritual confundia-se muitas vezes com a necessidade da fuga do social, das preocupações corriqueiras, das inquietudes da alma, para com o abandono da miséria humana

[382] DORMANDY, 2001: 151.
[383] GUIMARÃES, 1887: 49.
[384] DAGOGNET, 1997: 145.
[385] GUIMARÃES, 1887: 24-32.
[386] DAGOGNET, 1997: 128-129.
[387] BENOIST, 1999: 52-53.

se pudesse encontrar a liberdade e a elevação do espírito. Dagognet fala mesmo de uma «solitudo-terapia», uma terapia pela hibernação afetiva, pela regressão ao silêncio natural e por uma «áudio-terapia» através dos sons da natureza, da chuva, do vento, dos animais[388].

Estes «lugares à parte», como lhe chamou Thomas Daniel[389], foram o palco da célebre obra premiada com o Nobel da Literatura «A Montanha Mágica»[390] onde Thomas Mann visitou a sua esposa convalescente num sanatório de Davos. O que «A Montanha Mágica» nos transmite é uma visão metafórica e crítica da vida das cidades e as vantagens dum mundo à parte das regiões remotas onde os tuberculosos eram tratados. É curioso notar que a procura da cura para a tuberculose implicava o distanciamento do social e o retorno à natureza, à montanha, ao espaço elevado de contemplação do cosmo e do divino. Nos Estados Unidos, à semelhança da Europa, os tuberculosos inválidos transformavam-se em «health seekers» que, individualmente ou em grupo, procuravam a cura nos planaltos do Sudoeste, nas montanhas e deserto do Colorado, Novo México, Arizona e Califórnia, em movimentos migratórios que tornavam os pioneiros, os exploradores e os doentes numa massa populacional intermutável:

> *Popular fantasies joined with medical precepts to attribute to the West therapeutic powers. The region exerted its hold on the imagination not only in dreams of personal wealth (finding gold) but also in desires for physical renewal (finding health). The climate itself, its pure air and wholesome atmosphere, was restorative, as testified to both by traveller's account and by physicians who organized a climatological association. But even more health giving was the western way of life. Taking its inspiration from the trapper and the Indian, the cure became hunting, camping, fishing, and hiking*[391].

Sheila Rothman mostra-nos neste excerto que a cura era uma espécie de retorno às origens, à vida natural consubstanciada na caça, na pesca, nas caminhadas ao ar livre, à semelhança do que defendia Rosseau, cujos desejos naturais do homem eram a alimentação, a atividade sexual e o repouso[392]. As asserções médicas misturavam-se com o desejo de afastamento do social, privilegiando o regresso à vida simples e ao essencial da sobrevivência[393].

---

[388] DAGOGNET, 1997: 129, 138-140.

[389] DANIEL, 1999: 178.

[390] «A Montanha Mágica» é uma obra premiada com o Prémio Nobel da Literatura de 1929 que descreve as peripécias e a estada de Hans Castorp, o protagonista, num dos famosos sanatórios de Davos na Suíça onde permaneceu sete anos embrenhado na vida sanatorial e nas suas atividades socioculturais desse mundo muito próprio. *Vide* MANN, 2009.

[391] ROTHMAN, 1995: 5.

[392] ROSSEAU, 1754: 58.

[393] Emídio Navarro enfatizou os aspetos de vida rústica na descrição que fez da vida, hábitos e habitação de César Henriques, paciente de Sousa Martins, o primeiro tuberculoso a instalar-se na Serra da Estrela. Em relação a isto veja-se especialmente os capítulos VII, VIII e IX e imagens anexas da obra deste autor: NAVARRO, 1884.

O estudo da climatoterapia de altitude para o território nacional não se iniciou antes de 1881, quando a Sociedade de Geografia de Lisboa enviou uma expedição científica à Serra da Estrela composta, na sua secção médica por Sousa Martins, Serrano, Jacinto Augusto Medina e ainda o auxiliar de hidrologia Leão da Costa e o oftalmologista Lourenço da Fonseca, da qual resultou a edificação dum observatório meteorológico. Dois anos mais tarde uma nova expedição foi conduzida por Sousa Martins, Carlos Tavares e o futuro Ministro das Obras Públicas Emídio Navarro, que publicou as crónicas da expedição em 1884, obra prefaciada por Sousa Martins onde abordou a questão do tratamento pelo clima montanhoso, da edificação de um observatório meteorológico e da necessidade de um sanatório de montanha. No prefácio Sousa Martins não se limitou a aludir aos estudos estrangeiros e aos resultados do sanatório de Davos-Platz na Suíça. Pela primeira vez fez referência à Serra da Estrela como um lugar aproveitável para o tratamento de tuberculosos, dando o exemplo do tratamento pioneiro de César Henriques, o primeiro tuberculoso português a experimentar a serra como local terapêutico[394].

Em 1889, o professor Augusto Rocha de Coimbra publicou dois artigos com o tema da climatoterapia, para chamar a atenção da necessidade de recolha de informação sobre os tratamentos que estavam a ser conduzidos na Serra. No ano seguinte Sousa Martins publicou o relatório das expedições à Serra, com uma comparação da climatologia da Serra com a de Davos. Mas a insuficiência de dados relativos à Serra e a visível falta de incentivo da parte dos poderes públicos levaram ao abandono do projeto da Serra, saldando-se os logros na construção de um observatório meteorológico. No Congresso Nacional de Tuberculose em 1895 o tema central não era a Serra, mas sim a cidade da Guarda. A cidade da Guarda, possuindo uma rede de comunicação, transporte e serviços e as infraestruturas habitacionais viu canalizarem-se os interesses para a sua área em detrimento da Serra da Estrela. Em poucos anos os doentes afluíram a esta cidade alojando-se em quartos de hotel ou casas alugadas terminando definitivamente com o projeto dum sanatório na serra[395].

Ao nível académico muito pouco foi dito sobre a climatoterapia portuguesa havendo uma nítida falta de estudos nesta área. A maior parte das teses inaugurais que se centraram neste tema repetiram invariavelmente os mesmos conteúdos apontando as características dos climas montanhosos e os seus efeitos fisiológicos e terapêuticos. Dum conjunto de vinte e cinco teses das três escolas médicas, para os finais do século XIX, só três delas afloram questões ligadas ao clima da Serra da Estrela[396]. A primeira tese, datada de 1887 versava sobre «O tratamento climatérico da tuberculose pulmonar e a Serra da Estrela», onde o autor descreveu os três grupos de climas terapêuticos (alpinos, marítimos e campestres) e

[394] NAVARRO, 1884: 26-27.

[395] A propósito disto veja os artigos ROCHA, 1889a: 97-100; ROCHA, 1889c: 113-114; MARTINS, 1890: 258-298; ALMEIDA, 1895: 122-123.

[396] As dissertações referenciadas são: GUIMARÃES, 1887; PIMENTA, 1890; SILVA, 1898.

defendeu o clima montanhoso como o mais vantajoso para os pulmotuberculosos. Apresentou dados climatológicos sobre a Serra recolhidos por si, defendendo a tese de que a Serra da Estrela era climatericamente mais vantajosa do que muitas cadeias montanhosas da Europa onde se haviam edificado sanatórios de altitude.

Em 1890, José Alberto Pimenta também da Escola do Porto escreveu «A phtisica, a Serra da Estrela e o específico do Dr. Koch» onde categorizou as formas da tísica pulmonar em «erethica» e tórpida[397] e descreveu a geografia e a climatologia da Serra da Estrela e arredores. Considerou existirem três regiões aproveitáveis do ponto de vista médico: a Serra, a Guarda e a Covilhã, apontando os principais benefícios de tratamento nessas zonas. Na parte final abordou o tratamento específico criado por Koch, falamos da tuberculina, inventada precisamente nesse mesmo ano, acreditando o autor que o tratamento pelo clima, higiene e boa alimentação continuava a ser o melhor tratamento da doença. A terceira tese, defendida em Coimbra no ano de 1898, não trouxe novidades em relação às demais, abordando somente as características dos climas de altitude e apresentando dados inéditos sobre a temperatura da Serra e da Guarda. Tratou ainda dos efeitos fisiológicos do clima e indicações e contraindicações do mesmo nos doentes.

Na linha do tratamento climatoterapêutico encontrava-se o tratamento sanatorial, que embora fizesse uso dos climas de montanha revestia-se de maior complexidade. De um modo geral, o tratamento no *sanatorium*[398] era diferente do tratamento hospitalar. Antes dos sanatórios já existiam nosocómios dedicados ao tratamento das doenças pulmonares, como por exemplo o Royal Chest Hospital em Londres, o Brompton Hospital for Consumption ou, entre nós, o Hospício D. Maria Amélia do Funchal, como também algumas enfermarias dos hospitais gerais[399]. Na primeira metade do século XIX os médicos começaram a duvidar de que o sistema convencional de tratamento em quartos fechados de hospital e dietas restritas fossem benéficos. Com o despertar do movimento sanitário, que enfatizava a salubridade enquanto base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível, desenvolveram-se técnicas de controlo e modificação dos elementos materiais[400],

[397] O autor considerava que a tísica «erethica» sucedia nos indivíduos de temperamento sanguíneo-nervoso, com hiperexcitabilidade e reação exagerada às reações orgânicas ou medicamentosas e a forma «tórpida» afetava sobretudo os indivíduos debilitados por doenças consumptivas como os escrofulosos, linfáticos e anémicos. No entanto, o autor teve dificuldade em definir estas duas categorias, misturando o conceito de tísica com o de tuberculose: «A forma erethica representa a agudeza phtisiogene na chronicidade tuberculosa; e a forma tórpida representa a chronicidade phtisiogene na chronicidade tuberculosa». Cf. PIMENTA, 1890: 20 e 23.

[398] Nos finais do século XIX começou-se a empregar a palavra *sanitarium* (de *sanitas*, saúde) como designativo dos locais de cura, embora os médicos duma maneira geral preferissem *sanatorium* (de *sanare*, curar), não só porque *sanatorium* significava «curar» ou «ser curado», o que implicava a existência duma doença, mas também porque implicava uma intervenção terapêutica positiva e não só o mero aproveitamento dos efeitos benéficos duma vida num ambiente saudável. Cf. SANATORIUM, 1889: 223 e DUBOS & DUBOS, 1996: 261, nota 1.

[399] A propósito disto veja-se as descrições feitas acerca dos hospitais franceses, especialmente o Hotel Dieu de Paris: GALMICHE, 1999: 75-88.

[400] FOUCAULT, 2009: 93.

como o meio ambiente, os estilos de vida e incluso a biologia humana[401], com a pretensão de maximizar a saúde e evitar a doença. Neste contexto, por volta de 1840 levantaram-se vozes de médicos como George Bodington que acreditavam que a cura da tuberculose podia fazer-se através de medidas higiénicas recorrendo ao ar puro, às caminhadas e cavalgadas, ao que juntava refeições abundantes, bom vinho e ópio para ajudar a dormir[402].

As ideias de Bodington passaram despercebidas no seu tempo e foi uma década mais tarde, através do trabalho doutoral de Hermann Brehmer, que o tratamento da tuberculose sofreu uma modificação de fundo. O sanatório e o regímen sanatorial surgiram antes dos grandes avanços terapêuticos e científicos no domínio bacteriológico, tornando-se rapidamente um ícone da luta contra a tuberculose por mais de um século, sobrevivendo bem para além da descoberta do bacilo de Koch e das duas guerras mundiais. Como já dissemos o tratamento sanatorial fundamentava-se na necessidade de recorrer a climas de altitude, com baixas pressões atmosféricas, para forçar os pequenos corações dos tísicos a trabalhar e a dilatarem-se. Mas Brehmer acreditava também que o insucesso dos tratamentos da tuberculose se devia à indisciplina dos pacientes e à complacência dos médicos. Por isso instituiu um sistema de disciplina em todas as facetas da vida do tuberculoso, onde a vida ao ar livre e a boa alimentação se tornaram o tratamento oficial. Quase duas décadas após a fundação do primeiro sanatório, outro alemão colega e antigo paciente de Brehmer, Peter Detweiller fundou o segundo sanatório em 1876 contribuindo para a codificação das práticas sanatoriais que passaram a ser a norma em toda a Europa. Desde logo substituiu a cura pelo ar deambulatória, preconizada por Brehmer, pelo repouso em galerias ao ar livre, mas não expostas ao sol. Advogava ainda uma superalimentação composta de seis refeições diárias, rica em matérias gordas, uma higiene estrita dos pacientes e das infraestruturas do sanatório e uma disciplina rigorosa[403]. Assim, o regímen higieno-dietético, também conhecido como tratamento higiénico, consistia essencialmente na vida ao ar livre, no repouso e na alimentação abundante.

O primeiro elemento do tratamento higiénico era precisamente o ar puro. Inicialmente enfatizava-se o ar da montanha para o tratamento da tuberculose pela baixa pressão atmosférica e rarefação de oxigénio, segundo os preceitos de Brehmer, mas para Detweiller a altitude e a rarefação assumiram menos importância do que a sua pureza. A crença de que o ar puro era o ideal para os doentes tornou a vida ao ar livre um paradigma higiénico em todos os sanatórios. A cura do ar era realizada em qualquer parte do sanatório, desde as galerias de ar aos quartos dos doentes, e a qualquer hora, já que as janelas eram mantidas abertas noite e dia, de verão ou de inverno. O frio não constituía um problema nos sanatórios porque além de permitirem uma certa uniformidade térmica constante, quer no inte-

[401] Veja-se acerca do conceito histórico de saúde o artigo de SCLIAR, 2007: 29-41.
[402] Cf. BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 62 e DUBOS & DUBOS, 1996: 174-175.
[403] GUILLAUME, 1986: 218-219, 230 e 235.

rior como no exterior, estimulava o apetite e a regularização da digestão, a vitalidade dos órgãos e aumentava a ventilação dos pulmões[404].

De dia o doente devia permanecer ao ar livre estendido numa *chaise-longue* «estofada convenientemente para que não o magoe a posição em que durante tanto tempo deve permanecer»[405] e enrolado em mantas para não apanhar frio. A cura fazia-se em períodos regulamentados nas galerias expostas a sul e a sudeste, por vezes envidraçadas e com cortinas para proteger os doentes dos ventos e da luz solar. Existem menções à cura de ares realizada através de passeios ao ar livre e em florestas onde os doentes descansavam em redes instaladas entre as árvores[406]. Durante a noite o arejamento contínuo dos quartos permitia aos doentes fazer o tratamento pelo ar mesmo durante o sono, se bem que muitos doentes fossem reticentes à prática das janelas abertas pelo medo dos resfriados e constipações.

Associado à cura de ar estava o segundo elemento do tratamento higiénico: o repouso. O repouso era tido como um elemento preponderante na recuperação da doença e por isso existiam períodos específicos para o tuberculoso estar em repouso absoluto ou realizar atividades intelectuais moderadas por curtos períodos de tempo[407]. Tiago de Almeida, professor e tisiologista da EMCP, defendeu que o repouso era superior à alimentação e ao ar puro, pois sem ele todo o resto era ineficaz: «Recordemos que um tuberculoso é um consumptivo, queima muito, e não accumula o sufficiente; d'isto resulta que, toda a fadiga lhe é nociva; ao contrário o repouso é-lhe necessário todas as vezes, que há consumpção, e deve ser tanto mais severo quanto mais ela é acentuada»[408].

Sem o repouso as perturbações digestivas não se regularizavam, o apetite não voltava, o sistema cardíaco não desempenhava a sua tarefa, o sistema nervoso não retemperava e as próprias lesões pulmonares e febre não desapareciam. Os médicos tinham uma preocupação constante com a febre, pois esta testemunhava a atividade das lesões pulmonares. Quando o estado pirético do doente se confirmava, devia ser colocado em repouso absoluto na cama, o chamado «repouso de cadáver», não devendo ser interrompido sob nenhum pretexto[409] pois o repouso atuava como um regularizador térmico. Inicialmente o repouso compreendia a abstenção total de todo o trabalho físico ou intelectual e mesmo a atividade

---

[404] DIAS, 1920: 73.

[405] GIÃO, 1899: 44.

[406] GIÃO, 1899: 45.

[407] MONTERROSO, 1902: 27.

[408] DIAS, 1920: 64.

[409] A obra de Thomas Mann ilustra cabalmente a preocupação com a temperatura e o repouso. São numerosas as passagens da obra onde o narrador enfatiza a minúcia e obsessão dos doentes com a medição da temperatura seis vezes por dia. A importância que assumia o termómetro na vida quotidiana dos pacientes e o verdadeiro ritual do repouso nas varandas do sanatório de Davos desde o sentar até ao minucioso método de se cobrir com as mantas, primeiro puxando o cobertor até às axilas, depois cobrir os pés para depois ser repetido com o número de mantas disponíveis. Veja-se estas descrições em MANN, 2009: 121, 185 e *passim*.

sexual. Este repouso moral pretendia desviar a atenção do doente para tudo o que o podia fatigar: os negócios, a família, os amores… Sendo a tuberculose considerada uma doença social, era também uma doença da sociabilidade exagerada, da febre das almas como lhe chamavam os Românticos. O tempo passado no sanatório servia para o descanso da atividade social, das interações sociais, era um alheamento dos sentimentos conturbados, das grandes paixões. O repouso era tanto intelectual como emocional, devendo o doente concentrar-se exclusivamente na cura da doença.

Paulatinamente, o preceito de repouso absoluto de Detweiller foi sendo modificado. Em finais do século encontramos referência ao repouso parcial alternado com atividades ligeiras doseadas em função da extensão das lesões. A ginástica pulmonar através de expirações profundas, os passeios a pé ou em veículos, a leitura e alguns jogos complementavam o repouso parcial. Os passeios a pé não deviam exceder uma hora nem duas se fossem de carro. As leituras também eram restringidas a uma hora diária, não devendo ser romances ou leituras leves, para não emocionar ou indispor os doentes, sendo preferíveis os livros de ciência. Os efeitos benéficos da leitura eram tanto psicológicos como físicos, já que os doentes tossiam menos ou mesmo nada, repousavam as cordas vocais, o corpo e, em última análise, educavam-se[410].

Já entrados no século XX, os médicos defendiam os benefícios do trabalho ao ar livre. Embora a ergoterapia existisse desde o início do século XX, só foi implementada seriamente depois da I Guerra Mundial[411]. O Dr. Dumarest do Sanatório Maugini de Hauteville preconizava já em 1909[412] a ergoterapia, isto é, o trabalho como terapia ativa, alegando que o trabalho promovia a circulação sanguínea e linfática junto dos focos purulentos, espalhando no organismo as toxinas tuberculosas e provocando uma espécie de autoinfeção que funcionava como vacina imunizadora. O trabalho metódico pelo exercício era dividido em cinco graus, cada um com uma duração de três semanas. O primeiro grau consistia em transportar oitenta vezes por dia, em distâncias de 50 metros, um cesto carregado com 6 kg, 9 kg e 12 kg respetivamente na primeira, segunda e terceira semanas. Nos outros quatro graus o trabalho do doente consistia em carregar porções de terra com uma pá, que ia variando em tamanho e finalmente trabalhava com uma picareta ou transportando terra num carro de mão.

A utilização do trabalho gradativo foi uma das mais importantes características do tratamento nos sanatórios ingleses dos anos 20, se bem que as primeiras constatações dos seus benefícios fossem anteriores. Marcus Paterson, médico chefe do *Frimley Sanatorium*, acreditava que os pacientes podiam melhorar a sua condição física e evitar a preguiça induzida pelo sistema de tratamento sanatorial convencional, reabilitando-os para a vida ativa

---

[410] DUARTE, 1920: 46-47.

[411] GUILLAUME, 1986: 236.

[412] *Auto-Immunização pelo trabalho e tratamento da tuberculose*, 1909: 408-409.

pós-sanatório. O regime de trabalho preconizado por Paterson iniciava pela caminhada. Quando o doente conseguia caminhar dez milhas sem sentir efeitos negativos era-lhe dada uma cesta para transportar húmus para os relvados. Depois de três ou quatro semanas eram-lhe confiadas outras tarefas como cavar com pás de diferentes pesos e por períodos de cinco minutos intervalados por cinco minutos de descanso[413]. Contudo, este regime nunca se conseguiu impor como um modelo geral de tratamento sendo apenas experiências circunscritas a algumas instituições.

Em Portugal, o Sanatório Sousa Martins desenvolveu esta forma de terapia através do Centro Educacional e Recuperador de Internados para ocupação dos tempos livres e recuperação de doentes. O CERISSM estava repartido em várias secções como a do teatro, cinema, cantina, escola masculina e feminina, telescola e oficinas. O maior número de pedidos destinava-se à integração nas oficinas, especialmente na encadernação, marcenaria/carpintaria, serralharia e fundição, torneio mecânico, pintura, estofador, eletrónica, tecelagem e malhas. Em menor número haviam pedidos relativos à fotografia, pintura e desenho, relojoaria, electrometalurgia, eletrotecnia, latoaria e funilaria, auxiliar de radiologia. Um grupo numericamente pouco significativo dizia respeito à integração ocupacional com o desempenho de atividades como pastor, pedreiro, jardineiro, barbeiro, engraxador e sacristão[414]. Mas foi pela atividade radiofónica que mais se destacou o CERISSM, sendo a Rádio Altitude uma verdadeira escola de rádio e jornalismo, tendo muito doentes seguido carreira nesses domínios após o término do internamento. Os doentes dedicavam-se a diversas atividades nessa área como a manutenção técnica dos equipamentos de emissão ou de estúdio, apoio administrativo ou arquivo da discografia. Os pacientes garantiram ainda o funcionamento da biblioteca e cinema do sanatório como também dum jornal próprio, o jornal «Bola de Neve»[415].

O terceiro elemento de cura sanatorial, associado ao ar puro e repouso, era a dieta alimentar. A dieta era considerada por muitos como o elemento principal do tratamento. Como diziam os médicos «la cuisine d'un sanatorium en est la pharmacie»[416] porque a nutrição era um dos principais elementos do tratamento.

Segundo Grancher, o tuberculoso necessitava duma ração de sustento e uma de cura, ao que se juntava uma de crescimento nos mais jovens[417]. O tuberculoso não precisava da alimentação somente para colmatar os gastos calóricos da vida quotidiana, precisava também de tornar a ganhar as calorias que o organismo debilitado perdeu. Por isso, a dieta dos sanatórios era uma dieta especial caracterizada pelo excesso, quer em quantidade quer em

[413] BRYDER, 1988: 55-56.
[414] SEQUEIRA, 1999: 18-20.
[415] SEQUEIRA, 2003: 69-84.
[416] MONTERROSO, 1902: 23.
[417] SILVA, 1899: 75-76.

frequência, sendo conhecida como hiperalimentação ou superalimentação. Uma vez que a tuberculose era considerada uma doença de miséria e de carência material[418] e o tuberculoso caracterizado durante séculos como o tísico (o magro) ou o consumptivo (o consumido) justificava-se a ênfase posta na dieta rica em calorias como forma de atenuar o primeiro dos males: a anorexia e subnutrição. As refeições nos sanatórios eram verdadeiras refeições de Gargântua composta por ovos, lacticínios, carne, peixe, gorduras, vegetais e por vezes vinhos e cerveja, difíceis de encontrar no mundo exterior, sobretudo para os mais desfavorecidos:

> *O almoço era não só de uma confecção magistral como também de uma abundância copiosa. Contando com uma sopa nutritiva, era composto por nada menos do que seis pratos. Ao peixe seguiu-se um substancial prato de carne com acompanhamento, mais tarde foi servida uma requintada travessa de legumes seguida de um prato de aves no forno, depois veio a sobremesa que não ficava atrás da da véspera em sabor, por fim foi a vez do queijo e da fruta. Cada travessa passava duas vezes pelas sete mesas – e não debalde. Os hóspedes enchiam os pratos e devoravam-nos – naquela sala abobadada reinava uma fome de lobo, um apetite voraz, que teria dado um imenso gozo observar, não fosse uma certa impressão de estranheza e até de repulsa que ao mesmo tempo suscitava*[419].

> *A título de curiosidade damos um dos menus usados nos sanatórios actualmente:*
>
> *PRIMEIRO ALMOÇO – ovos, leite e café, e de vez em quando carne fria substituindo os ovos.*
>
> *ALMOÇO DO MEIO DIA – ovos ou peixe, um ou dous pratos de carne, legumes, e para sobremesa queijo ou fructas frescas.*
>
> *JANTAR – sopa, carne, legumes feculentos e um prato de meio.*
>
> *No intervallo d'esta alimentação o doente póde ainda tomar copos de leite, ou ovos mornos, cousas que nos sanatórios são sempre aconselhadas.*
>
> *Como coadjuvantes d'esta alimentação é preciso não esquecer os alimentos de poupança, digamos assim, como o café, a kola, algumas vezes mesmo o álcool, em pequenas doses, visto que sendo a dissimilação tão accentuada nos tuberculosos, convém oppôr-lhe uma barreira*[420].

Estes excertos de natureza distinta, o primeiro literário e o segundo médico, testemunham a mesma realidade, a da superalimentação como método instituído de tratar a tuberculose nos sanatórios. Mas a superalimentação não era só comer de forma nutritiva. A superalimentação consistia essencialmente em obrigar o doente a comer além do possível, como que para obrigá-lo a fazer um exorbitante *stock* de substâncias nutritivas. Quando não era possível o doente comer ou quando não manifestasse vontade de comer recorria-se à gavagem pelo depósito forçado de comida no estômago através de uma sonda.

---

[418] GUILLAUME, 1986: 220.

[419] MANN, 2009: 93.

[420] MONTERROSO, 1902: 26-27.

Porém, o médico devia prestar atenção ao tipo de doente, destrinçando aqueles a quem a cura de ar e repouso estimulava o apetite e que digeriam bem e os que padecessem do estômago, os apépticos rebeldes cujas funções digestivas se executam mal. Para os primeiros a alimentação devia-se limitar a ser substancial e abundante, sendo os alimentos mais utilizados a carne, o leite, as gorduras e o óleo de fígado de bacalhau. Para os doentes com problemas digestivos preceituavam-se alimentos mais digeríveis como a carne crua conjuntamente com frutas e legumes acompanhada de rum ou vinho do Porto ou pó de carne dissolvida em leite.

Pode-se dizer que a superalimentação era mais do que comer em demasia, pois obedecia a regras claras: em primeiro lugar a ração alimentar devia ser proporcional às possibilidades orgânicas do doente; em segundo lugar a alimentação devia ser em qualidade e quantidade suficientes para equilibrar as muitas perdas energéticas; por último, a alimentação visava colmatar os défices do organismo, tanto calóricos como minerais ou outros[421].

O tratamento pela superalimentação representou uma modificação da lógica dietética pela passagem duma subalimentação para uma alimentação de abundância, o que traduz o abandono tácito das doutrinas da inflamação herdadas do século XIX que preceituava dietas à base de produtos lácteos e farináceos. No entanto, a superalimentação inseria-se ainda na lógica e na continuidade do tratamento dos sintomas que era muitas vezes confundido com a luta contra a causa da doença. A superalimentação acarretava também vários problemas ao nível intestinal e gástrico, exemplo disso são a atonia gástrica nos dispépticos, diarreia abundante, colites, como também problemas renais e dérmicos, dispneia, bronquite, rutura vascular e arteriosclerose[422].

O tratamento higiénico completava-se com uma série de obrigações dos doentes como escarrar sempre em escarradores, proceder à sua higiene pessoal diária tomando banho ou duche diário, escovar os dentes de manhã e à noite e aparar o bigode e barbas no caso dos homens. A higiene fazia-se sentir em todas as facetas da vida no sanatório desde o levantar ao deitar, desde a entrada até à saída do doente, que levava consigo uma educação higiénica que se pretendia alargada a toda a sociedade.

3.2.3. Novas formas de tratar o «incurável»

O ano da descoberta do BK foi um ano em que se impôs uma nova conceção etiopatológica da tuberculose, mas também marcou a procura de novas abordagens terapêuticas. Ao nível terapêutico persistiram durante várias décadas os tratamentos vindos de trás, nomeadamente a polifarmácia, as dietas específicas e o aproveitamento dos climas. Mas a descoberta do BK estimulou o mundo médico a pesquisar um agente terapêutico específico para destruir a bactéria. Num primeiro momento, os médicos ensaiaram soros, como já o

[421] DIAS, 1920: 70-73.

[422] MONISSET, 1906: 379-382.

haviam feito com outras doenças infetocontagiosa, e a tuberculina. Estes esforços malogrados foram concomitantes ao desenvolvimento de técnicas e práticas cirúrgicas e instrumentais que constituíram o primeiro tratamento racional contra a doença, embora fossem práticas tanto arriscadas como mutiladoras. Só com o fim da II Guerra Mundial apareceram os primeiros antibióticos e quimioterápicos que conseguiram controlar pela primeira vez a tuberculose e provar a curabilidade duma patologia que permaneceu durante séculos como incurável.

Como dissemos, a tuberculina e os soros representaram uma primeira tentativa de engendrar um tratamento específico da tuberculose. Oito anos após a descoberta do BK, Robert Koch apresentou-se no X Congresso Internacional de Medicina de Berlim com a notícia da descoberta duma linfa capaz de tornar os porquinhos-da-índia refratários à inoculação da tuberculose e até de suspender a doença em alguns deles. Este anúncio teve ecos na comunidade médica, o que forçou Koch a fazer uma segunda comunicação ainda em 1890 para acalmar os ânimos. A ideia de Koch era de inocular a tuberculina, composta de bacilos mortos ou atenuados, para proporcionar ao organismo recetor uma proteção contra a marcha da doença ou mesmo curá-la. Segundo Koch as soluções muito diluídas determinavam processos infeciosos pouco intensos sem perigo para as cobaias, observando-se pouco depois melhoras significativas no estado geral e cicatrização das úlceras devidas à inoculação. Mais tarde, Koch conseguiu extrair dos bacilos a substância ativa por meio duma solução de glicerina de 40% a 50% a que chamaram linfa, embora Koch reafirmasse que era somente um extrato glicerinado de culturas puras do BK, que denominou de tuberculina[423].

Tuberculina era a designação para os diversos produtos de secreção e endotoxinas bacilares que pretendiam conferir ao organismo indemne ou infetado uma imunidade ativa. Já a tuberculinoterapia era o método terapêutico de tratar as doenças produzidas pelo bacilo de Koch empregando extratos tuberculosos modificados previamente[424]. Existem registos de trabalhos anteriores com a mesma lógica seguida por Koch, embora se deva a este o emprego e observação metódica dos efeitos da tuberculina em cobaias. É importante reconhecer que o método empregue por Koch se enquadra num conjunto de experiências alargadas às diversas patologias designado por isopatia, isto é, o modo de combater uma doença com produtos da mesma ou com secreções e excreções do organismo acometido por uma determinada patologia. Pasteur fê-lo com a raiva, outros inventaram o *syphillinium* contra a sífilis, o *modorrhinum* contra a blenorragia, a *pertussina* contra a coqueluche, a *malleina* contra o cancro, a *diphterotoxina* para as bronquites crónicas, etc.[425]

Neste sentido a tuberculina tinha a função de ajudar o organismo a produzir anticor-

[423] NOVAES, 1891: 76-77.
[424] SILVA, 1916: 22.
[425] SILVA, 1916: 22-24.

pos, mas sem ocasionar reações inflamatórias graves que pudessem obstar à sua ação neutralizante ante a toxina tuberculosa. A novidade introduzida por Koch foi considerar a tuberculina como a cura específica da tuberculose, não sendo mais do que produtos de concentração de culturas esterilizadas do BK, também conhecida pela designação de «antiga tuberculina de Koch». Posteriormente foi criada uma «nova tuberculina de Koch» ou tuberculina TR e outras tuberculinas provenientes de aves e animais diversos. Os primeiros resultados do professor de Berlim foram descritos duma forma entusiasmante com a indicação de casos em que o sucesso era evidente.

> *A acção do liquido nos phtisicos era tal que os acessos da tosse e as expectorações, depois de augmentarem ao principio após as primeiras injecções, foram em seguida diminuindo, decrescendo cada vez mais, para desapparecerem completamente, pelo menos nos casos em que a marcha foi mais favoravel. Ao mesmo tempo as expectorações, até alli purulentas tornaram-se mucosas. O numero dos bacillos não começava geralmente a diminuir senão quando a expectoração tomava um aspecto mucoso […] Os bacillos então desappareciam completamente por algum tempo, mas reappareciam de novo, de quando em quando, até que a expectoração cesava completamente. Ao mesmo tempo eram supprimidos os suores nocturnos, melhorava o aspecto geral e augmentava o peso dos doentes. Os doentes tratados no periodo inicial da phtisica ficaram todos livres, no espaço de quatro a seis semanas, da totalidade dos symptomas da doença, de sorte que podem ser considerados como curados. Os doentes com cavernas não muito grandes melhoraram consideravelmente e ficaram quasi curados. Só nos phtisicos, cujos pulmões continham cavernas numerosas e vastas é que não se observou melhora alguma objectiva, apezar de se notar uma diminuição manifesta nos escarros, acompanhadas de melhoras subjectivas. Em consequencia d'estas experiencias devo admitir que uma phtisica em princípio deve ser curada certamente com o auxilio d'este remedio*[426].

Em Portugal, as notícias da descoberta da tuberculina de Koch geraram uma certa agitação nos meios científicos, desde logo na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Sousa Martins propôs na sessão de 15 de novembro de 1890 a criação duma comissão de cinco membros para proceder ao estudo da tuberculina para provar a sua eficácia. Eis que chega o Dr. Mouton de Berlim com uma amostra de tuberculina que pôs à disposição de Sousa Martins, tendo-se encetado experiências com pacientes do Hospital de S. José. Na sessão de 13 de dezembro Mouton relatou as impressões da sua incursão a Paris e Berlim onde pôde verificar as experiências levadas a cabo nas diversas clínicas e constatar a inexistência de curas confirmadas. Relatou ainda o caso duma criança de três anos que viu agravado o seu estado, manifestando congestões pulmonares depois de ser inoculado e duma mulher de trinta e sete anos que permaneceu mais de vinte e quatro horas em estado de quase asfixia. Na sessão de 17 de janeiro, Sousa Martins apresentou os resultados de onze pacientes ino-

[426] KOCH, 1890: 365.

culados no Hospital de São José, cujos resultados foram reações febris e locais e processos inflamatórios[427]. A descrença em relação ao poder curativo da tuberculina motivou o abandono progressivo deste método, convertendo-se num meio de diagnóstico onde teve uma eficácia comprovada como dissemos anteriormente.

A utilização dos soros no tratamento da tuberculose emergiu com o desenvolvimento da bacteriologia e com a perceção da vida celular e microbiológica. Vários estudos foram identificando os mecanismos de defesa celulares e humorais que travavam combates contra as bactérias dentro do organismo. Roux descobriu que as bactérias segregavam toxinas contra as quais o organismo se protegia com a produção de antitoxinas. Estas antitoxinas podiam ser recolhidas no sangue de animais infetados e ser usados para proteger os doentes através da soroterapia[428]. A soroterapia consistia por conseguinte em injetar num individuo saudável (com finalidade preventiva) ou já doente (com finalidade curativa) uma dose apropriada proveniente dum animal com a doença, transmitindo ao individuo inoculado as propriedades imunizantes. Os primeiros ensaios de soroterapia da tuberculose foram praticados em 1888 por Charles Richet e Héricourt, que injetaram num coelho sangue dum cão tuberculizado e logo a seguir dum cão normal, refratário à tuberculose, verificando uma demora na tuberculização do coelho[429].

Mas foram os trabalhos de Behring e Kitasato que estabeleceram o poder antitóxico específico do soro de animais imunizados, não contra as culturas microbianas, mas contra as toxinas isoladas destas culturas. Os soros mais utilizados foram o de Marmorek, de Marigliano, de Lannelongue, de Arloing e de Dumarest. A aplicação destes soros era feita sobretudo na tuberculose pulmonar na sua forma febril em evolução e nas formas rápidas galopantes, isto é, quer nas tuberculoses progressivas e crónicas quer nas tuberculoses onde a septicémia fosse rápida[430]. O professor Tiago de Almeida, embora partidário do emprego do soro, não o trocava pelo tratamento higiénico. Também Augusto Rocha de Coimbra se mostrou reticente quanto a este método, pela dificuldade de todos os outros em obter curas verdadeiras. Nicolau Bettencourt escreveu um extenso artigo sobre a terapêutica específica da tuberculose pela soroterapia, aludindo a conferências e artigos de numerosos médicos que tinham utilizado os soros mas sem resultados sérios e regulares, para além de que muitas das experiências mencionadas realizavam-se exclusivamente em animais e de várias causas de erro como diagnósticos mal estabelecidos ou observações pouco prolon-

---

[427] *Vide* a propósito desta discussão as Atas da Academia das Ciências Médicas de Lisboa: ACTA, 1891a: 112-113; ACTA, 1891b: 241-246; ACTA, 1891c: 301-307.

[428] A diferença entre os soros e as vacinas estava na ação passiva ou ativa. Enquanto as vacinas conferiam ao organismo uma imunidade ativa por estimular o organismo à produção dos seus próprios anticorpos contra o antigénio injetado, os soros asseguravam uma imunidade passiva pela introdução no organismo humano do soro dum animal que contraiu a doença e que já tinha desenvolvido anticorpos. Cf. SOURNIA, 1995: 291 e TUBIANA, 2000: 225.

[429] SILVA, 1916: 36.

[430] SOUSA, 1919: 117-118.

gadas, não hesitando em falar de fracasso quanto à soroterapia, agravado por efeitos secundários indesejados[431]. Assim, os métodos de tratamento pela tuberculina e pelos soros não tiveram as repercussões desejadas. Mal avaliados quanto às suas potencialidades, no entanto acabaram por se tornar importantes coadjuvantes no processo diagnóstico, sobretudo a tuberculina.

Depois do insucesso da tuberculina e dos soros, os médicos voltaram a sua atenção para os procedimentos cirúrgicos e instrumentais. Apesar destes novos meios terapêuticos parecerem de algum modo opostos aos existentes e particularmente ao regímen sanatorial, a verdade é que o tratamento cirúrgico da tuberculose se desenvolveu sobretudo nos sanatórios e por médicos/cirurgiões que trabalhavam nos sanatórios. Sob este ponto de vista, o sanatório aparece não só como um centro de climatoterapia, mas igualmente como um hospital onde se desenvolvia uma especialidade médica e onde se desenvolviam pesquisas de vários tipos, entre as quais pesquisas sobre o tratamento cirúrgico. Quer as colapsoterapias iniciadas nos finais do século XIX, quer as toracoplastias e ressecções pulmonares dos inícios do século XX tornaram-se procedimentos cada vez mais habituais nos sanatórios.

O tratamento da tuberculose pela colapsoterapia do pulmão iniciou-se pela mão do italiano Carlo Forlanini que defendeu a técnica do pneumotórax artificial como vantajosa para o tratamento dos pulmotuberculosos. Inicialmente, os médicos consideravam que a existência dum pneumotórax espontâneo em tuberculosos era uma sentença de morte, mas as observações metódicas de Carson em 1822 permitiram compreender que eram os movimentos respiratórios que determinavam a extensão das lesões e uma lenta cicatrização, pelo que bastava sujeitar o pulmão a um colapso para que os movimentos se suprimissem, permitindo o processo cicatricial e a cura. No Congresso Médico de Alger (1881) Herard, famoso tisiologista francês, defendeu que no primeiro e segundo grau da doença a compressão do pulmão pela injeção de ar na cavidade pleural, além de suprimir a atividade funcional do órgão também retardava ou detinha o desenvolvimento da tuberculose. No terceiro grau as cavidades diminuíam, as secreções paravam e as paredes das cavernas acabavam por cicatrizar[432].

Apesar de numerosas referências a este método, foi Carlo Forlanini, professor da Universidade de Pavia, que conjuntamente com o seu irmão Enrico Forlanini (engenheiro) construíram um dispositivo que permitia insuflar no espaço intrapleural uma determinada quantidade de ar por meio de seringas, obtendo assim a imobilização do pulmão por meio do seu colapso[433]. A colapsoterapia pelo pneumotórax artificial só produziu resultados favoráveis na década de 1890, tendo o seu inventor comunicado ao Congresso Internacional de Medicina de 1894 os resultados da terapia ao homem. A partir dos inícios do século XX

[431] Cf. ALMEIDA, 1896: 283-285; ROCHA, 1897: 19-20; e BETTENCOURT, 1909: 24-36.

[432] Cf. CARVALHO, 1917: 3-4 e MAIA, 1913: 13-14.

[433] Cf. SCHREIBER & MATHYS, 1987: 189 e FEDERSPIL & BERTI, 1999: 211.

a técnica generalizou-se com trabalhos de Brauer de Marbourg, Spengler e Newmann do Sanatório Schatzalp em Davos e com os numerosos casos bem-sucedidos reportados por Forlanini no Congresso de Milão em 1907[434]. Em Portugal os cultores deste método foram, em primeiro lugar, Costa Nery, Cassiano Neves, Simões Ferreira, Eugénio Mac-Bride e Lopo de Carvalho.

O princípio sobre o qual assentava a colapsoterapia era simples: todo o organismo deprimido e doente, quando introduzido num meio onde faltasse a quietação e o sossego agravava o seu estado, por outras palavras, necessitava de repouso e não de dispensar energia necessária para o organismo reagir e lutar contra o mal. O repouso era a peça fundamental do tratamento das tuberculoses, pulmonar ou cirúrgicas, assim como de quase todas as doenças. O repouso e a compressão pulmonar inibiam os tubérculos de germinar no parênquima e de evoluir para o estado de supuração. Foi com base nestas ideias que Forlanini utilizou o pneumotórax artificial para deter a marcha bacilar e inativar a lesão permitindo ao organismo canalizar as suas forças para combater o BK.

O colapso do pulmão era feito com o auxílio dum aparelho constituído por dois frascos de vidro graduados comunicantes entre si e um manómetro de água com uma torneira de três tubuladuras e as agulhas por onde se injetava o ar. O gás mais usado era o azoto por ser mais dificilmente reabsorvido pela pleura. A intervenção cirúrgica passava por desinfetar e anestesiar o local, geralmente a região axilar entre o 4.º e o 6.º espaço intercostal por as aderências pleurais serem mais raras. A injeção de gás levava à retração espontânea devido à força elástica do pulmão[435].

O pneumotórax intrapleural tinha vários inconvenientes, desde logo as aderências pleurais, mas também os casos de hemorragias graves, infeções, perfurações pulmonares, fístulas parietais e choque operatório. Foi ainda tentado o pneumotórax extrapleural insuflando ar fora da pleura, mas a sua prática não vingou.

Outros métodos cirúrgicos como a frenicectomia e a escalenotomia desenvolveram-se desde 1912, consistindo o primeiro método na ressecção parcial do nervo frénico ao nível do pescoço que tinham como efeito inativar os movimentos diafragmáticos, complementado por vezes com a escalenotomia, uma intervenção destinada a seccionar os músculos escalenos anteriores e posteriores para obter a imobilização dum hemitórax[436].

Nos finais do século XIX, Heinrich Quincke propôs a extirpação das costelas sobre o foco para permitir a retração da parede torácica, o que Spengler chamou anos mais tarde de toracoplastia extrapleural. Posteriormente, os alemães Brauer e Friesrich procederam ao desossamento total da segunda à décima costela, mas este método teve pouca aceitação pela elevada mortalidade daí decorrente. Pela mesma altura, cerca de 1910, Sauerbruch propôs

---

[434] CARVALHO, 1917: 8.
[435] MAC-BRIDE, 1929: 4-5.
[436] GUILLAUME, 1917: 246.

substituir a toracoplastia subescapular de Brauer pela toracoplastia paravertebral total, com ressecção dos segmentos paravertebrais das onze primeiras costelas[437].

Mais tarde, a partir da noção de que a caverna tuberculosa era o ponto de partida da progressão da moléstia limitou-se a ressecção à zona enferma, definindo-se este tipo de ablação como toracoplastia seletiva, geralmente limitada às primeiras costelas por cima do lobo superior e vértice. A toracoplastia era uma intervenção cirúrgica mutiladora e temível para os doentes, que muitas vezes eram apenas anestesiados localmente, passando pelo tormento de serem desossados vivos e conscientes dos procedimentos cirúrgicos. Robert de Traz deixou um importante testemunho pormenorizado do procedimento da toracoplastia na sua obra «Les Heurs de Silence» (1934) que vale a pena transcrever:

> *Réveil à sept heurs. A neuf heures et demie, entrée dans la salle. Je me sentais calme, décidé, avec une légère pointe d'orgueil. On me couche sur le "billard", sur le côté droit, les jambes pliées. On descend le lustre qui éclaire mon dos. Lumière violente: tous les assistants sont rouge brique.*
>
> *Un docteur me tient le pouls droit et un autre le poignet gauche. Derrière moi, un assistant, deux sœurs, le chirurgien et cinq ou six confrères ranges contre le mur et qui regardent de loin. Première sensation – froid brusque – par l'iode et l'alcool qu'on m'applique sur le dos. J'ai encore le temps de me dire: «Si je voulais renoncer, ce serait le dernier moment». Puis anesthésie locale au moyen de cocaïne ou de novocaïne, je ne sais: les injections se font le long de la colonne vertébrale et de l'omoplate. Ensuite, la sœur, masquée et désinfectée, me recouvre lentement de grands draps aseptiques, sauf la partie du corps où va travailler le chirurgien. Soudain, pas très douloureux, le coup de bistouri. Voix de l'opérateur: «Pinces… compresses… écarteurs moyens.» Le travail dans les muscles dure quinze minutes environs et la douleur est supportable; je vois l'heure à la montre-bracelet du personnage qui me tient le pouls droit et qui, de temps à autre, me fera boire du cognac avec une paille. Je trouve tout même, pars moments, que l'aiguille des secondes fait du «sur place».*
>
> *Puis, de nouveau, la voix: «Ciseaux à résection courts et gros, coupant bien.» On me confirme que la section de la cote va commencer. Je songe que la peau et les muscles se recousent mais que l'os enlevé ne repousse pas… Sensation que la cage thoracique est écrasée: l'ossature est contractée par l'effort, jusqu'au sternum. Enfin, un bruit sec et la cote est rompue; douleur en pointe aiguë au sternum quand l'os dans le dos a cédé.*
>
> *Maintenant commence le décollement de la plèvre. Cela se fait au doigt. Je sais que c'est le moment dangereux, la rupture de la plèvre pouvant être mortelle. Comme l'anesthésie n'agit pas sur la plèvre, la douleur est aiguë. Dix minutes environs. Puis arrêt: on tempère la paraffine, j'entends un bruit de casseroles. Ensuite, «plombage» et recommencement de la douleur. J'ai l'impression que la plèvre est tendue à l'excès, qu'on a mis beaucoup trop de paraffine.*
>
> *C'est fini. On recoud, en plusieurs fois, et alors je m'irrite que ce ne soit pas tout à fait fini. On m'assied pour me mettre le pansement, j'ai la tête libre, je reconnais les gens, je leur parle, et ma voix me semble forte et claire*[438].

---

[437] SAMPAIO, 1960: 10-13.

[438] TRAZ, 1934: 77-81.

Outros médicos levaram a cabo cirurgias onde utilizavam diversos materiais para colocar entre a parede torácica e o pulmão com o fim de o colapsar, sem ter de remover costelas ou deformar a parede torácica. Era o método da *plombagem* ou pneumólise extrapleural que consistia em separar a pleura da parede torácica introduzindo parafina esterilizada, gordura e tecido muscular e mesmo bolas de lucite ou blocos de polietileno[439].

Se os anos 30 foram dominados pelas toracoplastias, na década de 40 desenvolveram-se cirurgias incidindo sobre o próprio pulmão com a abertura das cavernas (espeleotomia) ou a exérese pura e simples das partes afetadas (lobectomia). O tratamento cirúrgico da tuberculose surgiu como uma terapia arriscada e mutiladora nunca isenta de perigos. Primeiro a colapsoterapia por pneumotórax artificial, depois a toracoplastias e finalmente a exérese pulmonar testemunharam a evolução e a vulgarização do tratamento cirúrgico, que foi sendo abandonado com o aparecimento dos primeiros antibióticos.

Todavia, nos inícios dos anos 60, os tratamentos cirúrgicos ainda não tinham desaparecido completamente. Ao longo da década de 1950, a colapsoterapia era o procedimento médico que mais contribuía para o número de intervenções cirúrgicas. As decorticações pulmonares, pleuro-pneumotomias e toracoplastias eram frequentes, embora a intervenção só se justificava quando os pulmões estavam parcialmente destruídos por um processo tuberculoso ainda ativo ou quando se pretendia extrair um nódulo tuberculoso[440]. Isto significa que o aparecimento dos meios químicos e antibióticos não significou o abandono total e imediato da cirurgia. Só gradualmente estes procedimentos foram sendo abandonados, pela percentagem de eficácia e pelos riscos que implicava para a saúde dos doentes.

Finalmente, em 1945 surgiu o primeiro antibiótico[441] eficaz contra o BK. As «magic bullets»[442] revolucionaram os métodos terapêuticos usados até então. O método de tratamento da tuberculose pela quimioterapia nos inícios do século XX era definido pelo emprego de substâncias «parasitótropas» com poder de destruir ou anular a capacidade de reprodução do bacilo sem lesar as células orgânicas. A base deste novo tratamento filiava-se nas investigações de Paul Ehrlich e Wassermann, para a sífilis e para o cancro respetivamente. Nos primórdios da quimioterapia da tuberculose eram usadas substâncias como o azul-de-metileno, o cloreto de cobre e o cianeto de ouro[443]. As duas primeiras foram postas de parte quase no início das experiências pela ineficácia e efeitos secundários. O cianeto de

---

[439] Cf. SAMPAIO, 1960: 14-15; GUILLAUME, 1986: 246; e DANIEL, 1999: 202.

[440] SAUVAGE, 1962: 12-18.

[441] Os antibióticos são substâncias quimicamente definidas que se opõem ao crescimento de microrganismo, podendo mesmo destruí-los, e cuja produção é garantida por outros microrganismos (fungos, bactérias, actinomicetas, etc.). Cf. CHAST, 1999: 214.

[442] A expressão significa intrinsecamente que a substância destruía o micróbio como se de uma bala se tratasse, mas não afetando o resto do organismo. Cf. DANIEL, 1999: 203-222.

[443] SILVA, 1916: 43-44.

ouro e a combinação deste com potassa foram usados nos doentes durante algumas décadas como específicos. Mas também estes produtos revelaram a sua ineficácia[444].

Ao contrário da maioria das terapias relacionadas com a tuberculose que foram concebidas na Europa, a quimioterapia anti-tuberculose atingiu os primeiros sucessos efetivos nos Estados Unidos da América. Em 1943, Selman Waksman, conjuntamente com os seus alunos Albert Schatz e Elizabeth Bugie, identificaram um microrganismo denominado *Streptomyces griseus*, um actinomicete (bactéria) do solo. A partir daí conseguiram isolar um novo antibiótico denominado de estreptomicina. Em quatro meses compararam o novo antibiótico com outros já conhecidos contra vinte e duas bactérias incluindo o BK[445], verificando que era uma droga de baixa toxicidade e efetiva contra infeções em animais. O interesse de dois médicos, William H. Feldman e H. Corwin Hinshaw da *Mayo Clinic*, levou Waksman a ceder algumas amostras para estudos experimentais em cobaias. Em 1945, trinta e três pacientes foram tratados com estreptomicina na dita clínica tendo-se verificado o retrocesso das lesões. As vantagens da estreptomicina foram averiguadas no ano seguinte por médicos da *Cornell Medical Center* confirmando a versão da *Mayo Clinic* no encontro anual da *National Tuberculosis Association* com estas palavras: «Our streptomycin studies reported at National Tuberculosis Association here fully confirmed … establishing this as first effective chemotherapeutic remedy for tuberculosis. Hearty congratulations»[446].

A estreptomicina tornou-se o primeiro agente quimioterápico com capacidade para controlar o avanço da tuberculose, embora Waksman tenha realçado o problema da toxicidade e da resistência do bacilo ao medicamento. O uso da estreptomicina multiplicou-se rapidamente desde a sua comercialização em 1946 e com a vulgarização do seu uso, o que obrigou as farmacêuticas a aumentar a produção e baixar o preço, decaindo o preço do grama de 25 dólares em 1946 para 25 cêntimos em 1954[447].

Os problemas decorrentes da resistência do BK à ação bactericida da estreptomicina, bem como os efeitos secundários, determinaram novas pesquisas. No início dos anos 40, F. Bernheim descobriu que os ácidos benzoico e salicílico promoviam o desenvolvimento do BK e alegou que outros derivados podiam ter o efeito inverso, o que se confirmou com as experiências do sueco J. Lehmann que encontrou nas propriedades dum desses derivados, o ácido para-aminosalicílico (PAS), um inibidor do crescimento e multiplicação do bacilo de Koch. A sua popularização só se efetivou nos anos 50, primeiro isoladamente e depois associado à estreptomicina. Em 1952, surgiu o terceiro bactericida, a isoniazida (hidrazida do ácido isonicotínico), que podendo ser tomada por via oral como o PAS, veio colmatar as deficiências dos outros medicamentos, sendo muito eficaz no combate ao BK. Com estes

[444] Cf. FARIA, 1917; FARIA, 1927: 220-222; FRANCO, 1937: 215.

[445] DANIEL, 1999: 209.

[446] Selman Waksman citado a partir de SHRYOCK, 1977: 299.

[447] Cf. SHRYOCK, 1977: 299-300; e GUILLAUME, 1986: 312.

químicos «a vida hospitalar foi inteiramente transformada»[448]. Assim, nos inícios da década de 1960 a quimioterapia estandardizada consistia na administração da estreptomicina durante três meses seguida da isoniazida e do PAS nos dezoito a vinte e quatro meses seguintes. O longo período de tratamentos tinha como consequência a desistência de muitos pacientes, pelo que as investigações tenderam a criar *cocktails* medicamentosos para reduzir o tempo de tratamento. Na década de 70, os tratamentos passaram a ter uma duração de oito meses e depois reduzida para seis, com um tratamento de estreptomicina – isoniazida – rifampicina – pirazinamida, nos dois primeiros meses e os outros dois com tiacetazona e isoniazida[449].

Contudo, a utilização dos antibióticos não determinou de imediato o final do regime sanatorial. O tratamento higiénico baseado no repouso, na cura de ar e superalimentação, a par do tratamento cirúrgico, perdurou mais algumas décadas até que a quimioterapia se tornou consistente o suficiente para que o tratamento ambulatório substituísse o tratamento em regime de internamento. De resto, a quimioterapia da tuberculose foi mais rapidamente aceite nos hospitais do que nos sanatórios[450] onde por arreigamento a práticas solidificadas e reificadas e motivações de ordem economicista prevaleciam por vezes acima do interesse dos pacientes.

[448] CHAST, 1999: 231.
[449] TANSEY, 2005: xix.
[450] GUILLAUME, 1986: 312.

CAPÍTULO 4
TOMAR CONSCIÊNCIA DE UM PROBLEMA MÉDICO E SOCIAL

4.1. Tuberculose, uma doença social

Uma doença tão difundida como a tuberculose é simultaneamente um fenómeno social e biológico. Isto torna-se particularmente verdade quando a expansão da doença é influenciada pelas condições socioeconómicas e pelo «estado» da sociedade[451]. A noção da tuberculose como doença social impôs-se sobretudo nas últimas décadas do século XIX, quando se afirmou uma nova sensibilidade para com a sorte dos pobres e dos humildes que esteve na génese da correlação entre condições de vida e tuberculose[452].

Durante uma boa parte do século XIX a tuberculose esteve associada à criatividade, ao génio e à sensibilidade da alma. Os sintomas da doença (palidez, emaciação e febres) ajudavam a construir o fascínio pelos estados sentimentais da alma e pela atmosfera melancólica em que viviam os tísicos. A doutrina da hereditariedade da tuberculose também ajudou a construir uma atitude fatalista perante a doença, porque se era uma doença hereditária pouco havia a fazer. A tuberculose, produzindo simultaneamente euforia, apetite e um desejo sexual exacerbado era por muitos imaginados como um afrodisíaco que conferia poderes especiais de sedução e encanto. Por isso os escritores românticos estetizaram a tuberculose, transformaram-na numa doença de desmaterialização, atribuindo aos doentes uma aura de excecionalidade e um sentimentalismo profundo[453]. Por outro lado, a tísica não era uma doença que produzia lesões visíveis nem desfigurava os doentes como a lepra ou a varíola. Não repudiando as pessoas, o tísico despertava um sentimento de curiosidade e de compaixão tanto nos escritores como nos médicos:

> *Com effeito, mais do que qualquer outra doença, a phthisica excita no mais subido grau a sympathia e compaixão dos parentes e amigos do paciente. Certas affecções occultam-se porque são objecto de desgosto; outras pela impureza da sua origem, acarretam sobre si o estigma da vergonha: as perturbações da intelligencia, o naufrágio da razão humana inspiram-nos antes horror que sympathia; mas a phthisica não altera as feições, não afecta as faculdades intellectuaes: pelo contrário parece desenvolver as qualidades moraes do doente, exalta-lhe os sentimentos e as affeições, inspira emfim, ás suas victimas uma tocante melancolia que excita, o mais possível, a nossa ternura e piedade*[454].

A descoberta do BK permitiu construir uma nova conceção da tuberculose e uma nova forma de ver o tuberculoso do ponto de vista social. O doente deixou de ser o tísico, imbuído duma aura de excecionalidade, própria dos artistas e escritores convencionados pelo Romantismo. A tuberculose tornou-se uma doença da pobreza e depravação dos costumes, simbolizada pelos corpos magros, pelas más habitações, pela alimentação inade-

---

[451] SHRYOCK, 1977: 30.

[452] GUILLAUME, 1988: 162.

[453] Cf. PÔRTO, 2007: 44 e SONTAG, 2002: 13 e 20.

[454] FERRARI, 1874: 16.

quada e pela falta de higiene. Por outro lado, o tuberculoso transformou-se no hospedeiro dum parasita microscópico responsável por um sétimo das mortes na Europa. Os tuberculosos passaram a ser encarados como agentes de contaminação e um perigo para a saúde pública, sobre o qual era preciso agir medicalizando os pobres e os trabalhadores[455]. Em Inglaterra, onde o desenvolvimento do proletariado foi acelerado pela intensa industrialização, apareceu uma nova forma de medicina social exemplificada pela *Lei dos pobres* e pelo sistema de *health service*. Desenvolveu-se uma intensa legislação que comportava um controlo médico do pobre e também um sistema de assistência que pretendia controlar a saúde e o corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes ricas[456].

A compreensão da tuberculose como doença social passa por perceber que a transmissão da tuberculose, mais do que à atividade bacilar, está ligada às atitudes e comportamentos dos indivíduos e à organização social nos mais diversos domínios. Raul Faria entendia que todos os fatores sociais da vida humana ocupavam um lugar de relevo na propagação e desenvolvimento da tuberculose, especialmente as condições higiénicas, alimentares e habitacionais[457]. A deturpação destes elementos debilitava os indivíduos, facilitava a expansão do bacilo e, por consequência, ampliava as situações de contágio, dando à tuberculose o sentido de doença social.

Em quase todas as sociedades europeias surgiram denúncias dum sistema social viciado e vicioso responsável pela pobreza das classes trabalhadoras. Os sindicatos e os partidos de esquerda começaram a denunciar a exploração capitalista como causa do mal, mas as vozes mais sonantes vieram de membros destacados da classe médica, que enfatizavam não só as condições de vida como também a irresponsabilidade dos trabalhadores, das suas atitudes e comportamentos no local de trabalho, nas habitações e na vida em geral: o «operario que, na sua maioria, é ignorante e sem educação, e por isso mesmo porco e sem cuidados nenhuns de hygine»[458]. Villermé disse em 1828 que «c'est par la possession ou la privation des choses nécessaires à la vie, par bien-être ou le mal-être, en un mot par toutes les circonstances dans lesquelles elles nous placent, que l'aisance de fortune conserve notre vie, et que la misère l'abrège»[459]. Mais tarde não hesitou em acusar os trabalhadores pela sua irresponsabilidade e causadores dos seus próprios problemas, como o alcoolismo, a imprevidência, o descuido com o futuro e a libertinagem própria dos meios pobres:

> *On peut affirmer, en thèse générale, que les ouvriers des manufactures songent peu au lendemain, surtout dans les villes; que plus ils gagnent, plus ils dépensent, et que beaucoup sont éga-*

[455] FOUCAULT, 2009: 79-80 e 94-95.
[456] Cf. FOUCAULT, 2009: 95-97 e GEORGES, 2004: 20-21.
[457] FARIA, 1936: 161.
[458] NOVAES, 1890: 82.
[459] Citado por GUILLAUME, 1986: 134.

lement pauvres au bout de l'anné, quelle que soit la différence de leurs gains et de leurs charges. Travailler mais jouir, semble être la divise de la plupart d'entre eux, excepté dans les campagnes[460].

Esta visão social da tuberculose correspondeu a uma tentativa de legitimação do higienismo, que impôs um conjunto coerente de atitudes e comportamentos que respeitavam cada vez menos o campo da vida privada[461], vendo na educação das classes populares a possibilidade de melhorar os hábitos da população mas sem sublevações que alterassem a ordem social[462].

Em Portugal, apesar dos seus fracos recursos e da industrialização incipiente nos inícios do século XX, também houve a preocupação com a chamada «questão social», iniludivelmente ligada ao desenvolvimento industrial e às preocupações com as condições de vida das classes trabalhadoras. Quando D. Manuel II subiu ao poder a «legislação social» era pouca e não contemplava as condições sanitárias do local de trabalho, o salário mínimo, os horários e descansos laborais, acidentes ou pensões de reforma[463]. Consciente das debilidades do país, D. Manuel II contratou o sociólogo Léon Poinsard para estudar as condições do nosso país e dar indicações sobre as medidas necessárias à promoção e fomento nacional. Poinsard disse que o trabalho e a administração local se deviam organizar para desencadear uma reforma política e social[464]. Considerava também que no Portugal do século XIX as classes superiores viviam obcecadas com a política, deixando as atividades económicas vegetarem, a agricultura e indústria estagnada e o comércio nas mãos dos estrangeiros. O povo «vegetava numa pobreza sombria, ao passo que a classe superior, pouco culta, paralysada nos seus preconceitos ridículos, vivia numa ociosidade muitas vezes corrupta, ou passava o tempo a disputar favores ou empregos»[465] esquecendo-se das questões urgentes da sociedade. Também Manuel de Arriaga fez a denúncia da exploração do homem pelo homem e a apologia duma nova justiça social, dizendo que «a questão da fome, da sede e do frio, entre os homens, não é da responsabilidade dos agentes da Natureza (…) a questão é substancialmente humana e social»[466]. Por outras palavras, a questão da pobreza, da miséria e da exploração das camadas populares radicava no fator humano, na organização social e na falta de moral das classes ricas. A inconsciência, a ignorância, o egoísmo e o privilégio contribuíam para o agravamento do estado do país.

Contudo, deve dizer-se que vários fatores contribuíram para que a «questão social» assumisse maior visibilidade. Como é sabido a maior parte dos trabalhadores portugueses

---

[460] VILLERMÉ, 1840: 34.
[461] GUILLAUME, 1986: 162.
[462] GUILLAUME, 1986: 134.
[463] PROENÇA, 2006: 92-93.
[464] PROENÇA, 2006: 93-94.
[465] POINSARD, 1912: 36.
[466] ARRIAGA, 1907: 185.

estavam no campo empregados na agricultura. Não eram trabalhadores indiferenciados, já que muitos eram especialistas em utilizar determinados instrumentos ou em cuidar de determinadas plantas, embora o peso da pequena cultura, essa «senhora absoluta da terra»[467], dos métodos e meios rudimentares condicionassem a produção e a produtividade e consequentemente a pobreza destes trabalhadores. Há que ter em conta que na viragem do século, quando se fala na «questão social», os políticos não se referiam às condições dos camponeses, mas apenas às dos trabalhadores empregados nas fábricas e ofícios urbanos, sobretudo em Lisboa e no Porto[468]. Apesar do pessimismo de Poinsard, Rui Ramos defende que a vida dos trabalhadores agrícolas não era tão má como se dizia. Por exemplo, no Alentejo a expansão da cearicultura aumentou o emprego e melhorou os salários e no Norte do país os camponeses dispunham das divisas dos familiares emigrados para a América ou o trabalho sazonal noutras províncias[469].

Assim, a «questão social» centrava-se sobretudo nos trabalhadores fabris. A maior parte pertencia a associações profissionais ou de socorros mútuos. Existiam, desde meados do século XIX, periódicos defensores dos operários e associações político-laborais[470]. O Partido Socialista e o Partido Republicano, que tinham um ideário socialista, deram uma maior visibilidade aos problemas dos trabalhadores nas cidades. A preocupação com a «legislação social», inicialmente leis reguladoras das condições de trabalho e dos rendimentos, testemunha a forma como os políticos liberais se preocupavam com as classes trabalhadoras. Só mais tarde na década de 1890 surgiu paulatinamente a discussão em torno do trabalho da mulher e dos menores, a segurança no emprego, as condições sanitárias no local de trabalho, a fixação de salário mínimo, o descanso dominical, etc.[471], temas estes que foram discutidos nos Congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose.

Não foram só os políticos e os sociólogos que atribuíam a elevada morbilidade e mortalidade aos problemas socioeconómicos do país. Os médicos também concebiam o problema da tuberculose como uma questão económica e social. Aliás, os médicos atribuíam às más condições económicas e sociais das classes trabalhadoras a responsabilidade de várias doenças ditas sociais[472]. Nas escolas médicas do Porto e Lisboa surgiram nos princípios do século XX várias dissertações que abordavam a questão da tuberculose como

---

[467] POINSARD, 1912: 36.

[468] RAMOS, 1994: 240.

[469] RAMOS, 1994: 240.

[470] Os primeiros periódicos foram *O Ecco dos Operarios* (Lisboa, 1850-1851), *Jornal do Centro Promotor dos Melhoramentos das Classes Laboriosas* (Lisboa, 1853-1854), *A Tribuna do Operario* (Lisboa, 1855). Entre as associações político-laboriosas contam-se o Núcleo Internacional de Lisboa da Associação Internacional dos Trabalhadores (1871), Associação Protectora do Trabalho (1871), Centro Promotor dos Melhoramentos das Classes Laboriosas (1871), Associação Fraternidade Operária (1872) e a Associação dos Trabalhadores da Região Portuguesa (1873) entre outras. *Vide* MARQUES, 2004: 238.

[471] RAMOS, 1994: 241.

[472] Veja-se, por exemplo, o caso da malária, que era atribuída igualmente aos problemas socioeconómicos, à miséria e à fome do povo. Cf. SAAVEDRA, 2010: 125.

doença social. Uma tese paradigmática é a de António de Almeida Garrett[473], onde o autor trata do problema da tuberculose em Portugal enfatizando os problemas socioeconómicos da população, que predispunham à contração da população e referindo os meios profiláticos e educativos para debelar a endemia. Almeida Garrett concebe um conjunto de causas económicas, sociais, higiénicas e mentais para o problema da tuberculose em Portugal. Segundo ele, a tuberculose era uma doença dos miseráveis, não só pela escassez de dinheiro, mas também pela pobreza fisiológica, pela falta duma vida sã e natural. O povo, de uma maneira geral, vivia mal pelas longas horas de trabalho, pela escassez alimentar, pela dieta com pouca carne e alimentos falsificados e pelo alcoolismo. As casas dos trabalhadores eram «casebres escuros, sórdidos, sem ar»[474] onde existia uma pseudo-limpeza e pouco banho. Nas casas dos burgueses cometiam-se os mesmos erros, não se abriam as janelas com receio das correntes de ar, corriam-se os reposteiros para não passar sol, etc. Antes dele, também António Borges Rodrigues considerava os problemas da habitação, da alimentação, do alcoolismo, da profissão causas predisponentes à contração da tuberculose[475].

A estes problemas juntavam-se a miséria moral, a perversão dos gostos, a desorientação de sentimentos e sobretudo uma ignorância a diversos níveis, que gerava o desprezo pelas normas higiénicas e pela saúde. Era nestes meios físicos e psiquicamente deprimidos que a tuberculose proliferava. Dentre os vários fatores apontados como facilitadores da expansão da tuberculose, os problemas urbanos e habitacionais, a alimentação e a higiene de espaços como a escola e as instalações militares foram os mais destacados pelos médicos. É sobre estes fatores que nos debruçaremos seguidamente.

4.2. A expansão das cidades e os problemas habitacionais

No século XIX verificou-se uma explosão demográfica mundial, sendo o continente europeu o que registou o crescimento populacional mais importante, passando de cerca de 190 milhões de habitantes em 1800 para 400 milhões no final do século. A Europa representava um quinto da humanidade, sendo provavelmente a área mais povoada do mundo com uma densidade de dezanove habitantes por quilómetro quadrado enquanto na Ásia rondava os catorze e na África e América cerca de cinco[476]. No século XIX, o desenvolvimento económico e os progressos das comunicações aumentaram a concentração da população nas cidades. A chamada Revolução Industrial, associada aos novos paradigmas demográficos, sobretudo devido à diminuição das taxas de mortalidade, às alterações agrícolas e ao desenvolvimento dos transportes e comunicações, teve como consequência o cresci-

[473] GARRETT, 1906.
[474] GARRETT, 1906: 24.
[475] RODRIGUES, 1895: 37-40.
[476] SOLAR & VILLALBA, 2007: 13.

mento das cidades, que contou com o desenvolvimento das infraestruturas urbanas e com a instalação duma nova população proveniente dos meios rurais. O aumento da população citadina acarretou mudanças nas características morfológicas, funcionais e estruturais das cidades, que foi forçada a redefinir-se e crescer para acomodar os novos habitantes, muitas vezes com uma nítida falta de controlo político e social[477].

Em Portugal também se verificou um aumento populacional ao longo dos séculos XIX e XX, embora tenha sido inferior ao do conjunto da Europa, sobretudo na primeira metade da centúria, por fatores de instabilidade ligados aos acontecimentos político-militares e ao aumento do fluxo emigratório (maioritariamente para o Brasil)[478]. A partir de meados do século XIX, o crescimento populacional e o modo de ocupação do território aparecem ligados às migrações, ao desenvolvimento económico e à industrialização. Com o acréscimo demográfico aumentou a pressão em certas zonas rurais, secularmente estruturadas mediante um regime de transmissão de propriedade que dificultava a sobrevivência económica dos filhos segundos. Os baixos rendimentos do trabalho agrícola, o aparecimento de novas atividades e o desejo de libertação dos mais novos do contexto familiar e comunitário fortemente hierarquizado estimularam a procura da cidade como local de fixação, de alternativas e de independência económica e familiar[479].

A política da Regeneração também ajudou a impulsionar as atividades económicas e o desenvolvimento das comunicações, acarretando diversas consequências na distribuição da população no espaço. A implantação industrial de meados de Oitocentos atuou como catalisadora da demografia regional e estimulou a prática da migração individual. O aumento da população privilegiou sobretudo as áreas urbanas na maioria dos distritos. Toda a vitalidade se concentrou nas cidades em detrimento dos espaços rurais e vilas[480]. Até ao final da centúria um quarto da população vivia em apenas três distritos: Porto, Lisboa e Viseu. De acordo com os dados censitários de 1900 só no distrito de Lisboa e do Porto viviam 26,1% dos portugueses, o que se explica pela intensidade do aumento demográfico, sobretudo nas cidades que lhe deram o nome, sendo que metade da população vivia apenas em seis distritos: Lisboa, Porto, Viseu, Braga, Coimbra e Aveiro[481]. Apesar do crescimento gradual de várias cidades Lisboa e Porto destacaram-se pelo aumento exponencial da sua população urbana. Lisboa passou de 164.731 habitantes em 1801 para 357.000 em 1900, crescendo mais do dobro, e o Porto passou de 44.218 habitantes em 1801 para 172.421 em 1900, quase quadruplicando a sua população num século. Até certo ponto a criação local de indústrias funcionou como causa do desenvolvimento urbano, o que explica a bipolari-

[477] FERREIRA, 1970: 534
[478] CASCÃO, 1993: 425.
[479] RODRIGUES, 2008: 345.
[480] RODRIGUES, 2008: 345.
[481] VEIGA, 2004: 22-26.

zação em torno de Lisboa e Porto e a acentuação progressiva da dicotomia litoral/interior. As duas grandes cidades portuguesas eram indubitavelmente Lisboa e Porto. Apesar das vicissitudes ocorridas nos primeiros decénios do século XIX, que penalizaram a dinâmica demográfica, na segunda metade do século a população continuou a aumentar, ganhando importância percentual no distrito onde se situavam. Atuando como polos de atração foram responsáveis em grande medida pelo êxodo rural de zonas distantes, embora Lisboa manifestasse maior capacidade atrativa do que o Porto[482].

Em Lisboa e Porto concentrava-se o grosso do operariado do país. Alguns cálculos apontam para cerca de 150.000 operários para a capital e 40.000 na «Invicta» em 1917, aumentando para 230.000 proletários em Lisboa e 70.000 para o Porto em 1924 e cerca de 280.000 em Lisboa e 90.000 operários no Porto em 1930[483]. No entanto, não se deve esquecer dos pequenos focos industriais como a Covilhã, a Marinha Grande, Tomar e parte do Algarve que tiveram um papel relevante ao nível regional. A pobreza, o sobrepovoamento rural e a progressiva industrialização contribuíram para a fuga dos campos e para o rápido aumento da população operária e trabalhadora nas cidades. Por sua vez, o crescimento da população industrial continuou a aumentar ao longo da primeira metade do século XX, sobretudo à custa de gente fugida à vida difícil dos campos. Contudo, as infraestruturas urbanas das cidades estavam longe de poder responder ao acréscimo populacional, o que levou a uma progressiva degradação das condições de habitação[484].

Não se pense que esta era uma questão nacional. Desde a década de 1840 que se assistiu na Europa, especialmente em Inglaterra e França, a uma preocupação com as condições de vida do operariado. Em 1842, Chadwick chamou à atenção para a miséria popular no seu «*Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population*», seguindo-se Engels com «A Situação da Classe Laboriosa na Inglaterra». Outras publicações fotográficas como o «*Pictorial Times*» ou «*The Illustrated London News*» mostravam a miséria dos interiores operários e a podridão das ruas populares[485]. Em França, a denúncia destes meios foi amplamente difundida por filantropos e médicos, que evidenciavam a deterioração física da raça. O recurso à antropologia física permitiu evidenciar diferenças de altura de 12 cm entre alunos das «*industrial schools*», maioritariamente crianças pobres e abandonadas, e os colegiais ricos das «*public schools*» de meados da época vitoriana. Em 1850, na cidade de Lyon também os recrutas das classes operárias mediam em média menos 10 cm do que os filhos dos negociantes[486], o que mostrava uma certa influência das condições materiais no crescimento, saúde e vitalidade dos indivíduos.

---

[482] RODRIGUES, 2008: 350 e 353-354.

[483] MARQUES, 1991: 206-207.

[484] *Vide* MATOS, 1994: 677-678.

[485] Para o caso português existem a «Illustração Portugueza», o «Mundo Gráfico», «O Occidente» ou «A Illustração: periódico universal».

[486] LÉON, 1982: 272-274.

A industrialização trouxe, além do crescimento económico, as questões sociais. Quando se fala de pauperismo no espaço social não nos referimos somente aos grupos marginais, mal fixados e integrados, conhecidos como indigentes. Os necessitados de Paris em meados do século XIX eram, por exemplo, os pequenos operários, os artífices e os lojistas. Como disse Émile Laurent «A era industrial inicia-se, e o pauperismo nasce»[487]. Associados ao pauperismo estavam as doenças como a tuberculose: «Donnez-moi une grande ville, avec son hygiène dépravée, et je vous rendrai une population de tuberculeux»[488]. A industrialização e a economia capitalista implicaram uma nova arrumação social entre os ricos, detentores do capital, e os pobres, detentores da força de trabalho. Se é verdade que Karl Marx explorou ao máximo esta ideia no seu «Manifesto Comunista», antes dele já Adam Smith, David Ricardo e Malthus anunciavam os problemas sociais decorrentes dos fenómenos económicos[489].

Um dos problemas mais salientes foi a questão da habitação no espaço urbano: «Ao lado da alimentação, da hygiene, da educação, o problema da habitação constitue um dos aspectos salientes da questão social»[490]. O espaço urbano adquiriu uma disposição própria, com o centro como espaço da burguesia (nele estavam as sedes sociais, os bancos, os grandes armazéns, as bolsas de comércio e de valores) ao lado do poder político em edifícios governamentais ou administrativos. À medida que a burguesia foi deixando o centro da urbe para se instalar nos subúrbios, foi deixando espaço para habitação das classes trabalhadoras. Depressa se amontoaram em habitações lúgubres e de pequenas dimensões, aumentando a insalubridade e a degradação. Mas os bairros antigos rapidamente se tornaram insuficientes para absorver o volume dos recém-chegados. Começou-se então a construir habitações para o operariado com perspetivas de lucro económico e sem qualquer preocupação com a salubridade ou conforto[491].

Em Portugal, o problema da habitação foi recorrente nas grandes cidades como Porto e Lisboa, devido à acumulação das classes trabalhadoras em bairros sobrepovoados onde faltava a luz, a ventilação, a água potável e os esgotos. No Porto, as estratégias de alojamento das classes trabalhadoras passaram, primeiro, pela ocupação dos velhos edifícios e seguidamente pela construção de novas habitações de baixo custo, chamadas «ilhas», e em Lisboa denominados de «páteos». Entre 1864 e 1900, 65,5% da habitação construída no Porto foi deste tipo[492], chegando-se a um número de 1048 «ilhas» no ano de 1899, num total de 11.129 habitações para 50.000 habitantes[493]. Em Lisboa, apesar da situação não ser tão grave

[487] Émile Laurent citado em LÉON, 1982: 275.
[488] Prof. Pierre citado in *A tuberculose em Lisboa*: 1902: 1.
[489] LÉON, 1982: 275.
[490] MATTA, 1909: x-xi.
[491] LÉON, 1982: 329-331.
[492] TEIXEIRA, 1992: 69.
[493] JORGE, 1899: 153.

registaram-se 233 «páteos» em 1905, com um total de 2278 habitações para alojar 10.487 pessoas[494]. Isto significa que embora o Porto tivesse menos de metade da população de Lisboa, tinha quase cinco vezes mais pessoas a residir neste tipo de habitações.

As «ilhas» não tinham qualquer relação formal com os anteriores tipos de habitação, quer rural quer urbana. Eram uma forma de habitação específica, desenvolvida para satisfazer a procura de habitação barata por parte das classes trabalhadoras. As «ilhas» consistiam em filas de pequenas casas dum único piso, não ultrapassando as vinte casas por «ilha». Estas tinham geralmente áreas que não ultrapassavam os 16m^2 descendo por vezes a 9m^2, construídas nos quintais das antigas habitações burguesas em lotes de terreno longos e estreitos[495]. No tipo mais comum de «ilhas», a frente era de apenas 4m com uma porta e uma janela. Interiormente a habitação era compartimentada numa sala de 4m x 2,5m, que servia também de quarto, um pequeno quarto ou alcova e uma cozinha de 1,5m x 1,5m. Casas com mais de três divisões eram raras, improvisando-se por vezes um pequeno quarto no vão do telhado. As casas eram muito baixas e o volume não chagava por vezes a 30m^3 [496]. Uma boa parte das «ilhas» não tinha abastecimento de água e os sanitários eram comuns a todos os habitantes. Estas condições eram agravadas pela falta de ventilação cruzada, a iluminação fazia-se por pequenas janelas ou por telhas de vidro. Os tetos das habitações eram a maior parte das vezes telha de vã enegrecida pelo fumo e sem qualquer forro. A divisão interna fazia-se por cortinas, a construção era geralmente de má qualidade. O clima húmido do Porto levava à degradação das casas em poucos anos[497].

Ricardo Jorge no final do século XIX chamou à atenção para as péssimas condições de habitabilidade nas «ilhas» do Porto, considerando-as como a «toca lôbrega d'um troglodita»[498]. Almeida Garrett, professor da Faculdade de Medina do Porto, ao relacionar a tuberculose com a habitação portuense considerava que as «ilhas» do Porto eram viveiros da tuberculose:

> *A Ilha da Pedreira consta de duas fiadas de casa, separadas uma da outra por uma rua mal empedrada, que começa com uma largura aproximada de 4 metros acaba por pouco mais de 2 metros, subindo em acentuado e quase uniforme declive.*
>
> *As casas não são bem iguais variando a largura de cada chão, de 2 metros e meio a cerca de 3 metros e meio. Tem 2 pavimentos, cada um dos quais é alugado separadamente. Dentro da ilha vem a haver assim 75 habitações.*
>
> *(…) As casas do começo da viela, que são as maiores, tem todo o rez-do-chão ocupado por*

---

494 TEIXEIRA, 1992: 69.

495 TEIXEIRA, 1994: 566 e TEIXEIRA, 1992: 67.

496 Num inquérito realizado no Porto verificou-se a existência de 1048 casas, compreendendo 11.129 fogos, onde viviam cerca de 50.000 pessoas o que dava uma cubagem de seis metros quadrados. Veja-se MATTA, 1909: 82.

497 TEIXEIRA, 1994: 566-567.

498 JORGE, 1899: 152-153.

uma sala de cerca de 3m,2 de largura e 5 metros de fundo, que á frente é depreciada pela escada que dá passagem para o andar e que lhe rouba cerca de 2 metros de fundo, por 1 metro de largo. O pé-direito é de 2 metros.

Uma porta a quase toda a largura, e com 1 metro de largo, dá entrada para esta sala, que não tem janelas, sendo toda a iluminação natural feita por essa porta, quando está aberta. O chão é de soalho já velho, e o tecto de vigas de madeira que sustentam, sem cobertura alguma, o taboado do pavimento do andar. As paredes são de pedra rebocada. Dentro desta sala os inquilinos, em número de 2, na casa inspeccionada, cosinham e habitam. O estado de limpeza é precário, não só pelo desleixo dos inquilinos, como por que o cisco do andar cái pelas frinchas do soalho para o rez--do-chão.

(…) As habitações são pois comuns a todos os usos domésticos; não há mesmo chaminé de tiragem para os fogões de cosinha.

(…) Para os inquilinos da ilha há, ocupando um rez-do-chão, uma latrina com pavimento de cimento e caixa de madeira, sem bacia, assente sôbre a fossa onde os dejectos caém directamente. Ao lado fica uma fossa semelhante, mas sôbre a qual não assenta armação alguma, ficando a larga abertura livre para o lixo ser aí lançado.

(…) O que mais fere como factor de insalubridade nestas miseráveis habitações é a falta de iluminação. Fechada a porta as casas do rez-do-chão ficam em completa obscuridade. Os andares têm apenas a luz que entra pelos poucos vidros e telhas, e pela pequena janela aberta na frontaria, quando o tempo permite que esteja aberta na frontaria, quando o tempo permite que esteja aberta a portada de madeira. Luz directa, só durante uma pequena parte do dia.

A cubagem é pequena, sem que uma ventilação regular corrija a deficiência, avultada nos seus efeitos pela ausência de chaminé que dê saída aos gazes das combustões; a falta de separação entre os locais de habitação e os destinados aos diversos usos domésticos, junto ao desleixo habitual em inquilinos de tão sumárias habitações, dá uma conspurcação permanente da atmosfera.

A salubridade geral da ilha corresponde bem á situação sanitária das habitações. No solo mal empedrado empoça a água suja de variados detritos; não há protecção alguma contra a invasão dos fedores das latrinas[499].

Foto 1 – Ilha da Pedreira (Fontainhas, Porto). **Fonte**: GARRETT, António de Almeida (1915) – *Tuberculose e habitação no Pôrto*. «Anais Scientíficos da Faculdade de Medicina do Pôrto (1913-1914)». Porto: Typ. a vapor da «Enciclopédia Portuguesa», p. 305.

[499] GARRETT, 1915: 304-307.

Em 1907, Alfredo de Magalhães publicou uma estatística de mortalidade por tuberculose no Porto, onde sobressaíam as freguesias da Sé, Victória, S. Nicolau e Massarelos pelas elevadas taxas obituárias devidas à doença. Em cada mil habitantes sucumbiam devido à tuberculose uma média de 5,3 na Sé, 4,7 na Victória, 4,6 em S. Nicolau e 4,2 em Massarelos. Note-se que estas eram as freguesias da parte velha da cidade, com toda a debilidade sanitária que lhe estava associada, ao que se juntava a acumulação populacional, que forneciam um maior contingente à mortalidade. Em Paranhos e Ramalde, ambos com 3,9 óbitos por 1000 habitantes, ficava-se a dever em parte à migração dos tuberculosos de outras freguesias que aí procuravam melhores ares[500]. Alfredo de Magalhães apontou como problemas principais a insalubridade e falta de higiene, a deficiente iluminação natural e falta de água canalizada, deficiência de saneamento básico e uma rede de esgotos defeituosa ou inexistente e o excesso de acumulação de indivíduos na mesma casa, que tornava as condições de vida dos habitantes «peores que as de vários reptis hibernantes no seio da terra»[501]. Às péssimas condições higiénicas juntava-se uma alimentação deficiente e falsificada, o analfabetismo e desprezo pelos preceitos higiénicos elementares, a promiscuidade e depravação de costumes.

Aos graves problemas das «ilhas» e das casas antigas[502] do Porto juntavam-se as características existenciais da população nestes verdadeiro «cemitério dos vivos»[503] como lhe chamou o jornalista Adelino Mendes. Numa cobertura especial para o jornal «O Século», Adelino Mendes falou do problema da habitação e da vivência do operariado portuense nas «ilhas». Na série de artigos publicados entre outubro e novembro de 1930, o autor chamou à atenção para todo o tipo de problemas e questões de saúde pública. O problema sanitário não se resumia só aos problemas físicos das casas. O sobrepovoamento das ilhas gerava fenómenos de promiscuidade plena pela coabitação simultânea de raparigas púberes, de rapazes em plena mocidade, de crianças, de velhos e de adultos sem qualquer tipo de pudor. Aí reinavam as doenças e a morte perante a resignação dos habitantes e o desprezo dos proprietários e dos poderes municipais. O lixo, os dejetos, os cadáveres de animais, os detritos de peixe, o cheiro nauseabundo, enfim uma verdadeira cloaca de resíduos onde os humanos habitavam:

> *As "ilhas" são a pústula gangrenada, que chega para empestar, moralmente o País inteiro. São o foco da infecção, onde se intoxicam e se depravam e se corrompem, no corpo e na alma, mais de cinquenta mil criaturas humanas! São o campo maravilhoso, onde, por entre fedores, que*

---

[500] MAGALHÃES, 1907: 10-17.

[501] MAGALHÃES, 1907: 13.

[502] Além das «ilhas», as «casas de malta» – espaços confinados onde se alugavam camas e um prego para pendurar a roupa – onde habitavam/dormiam os indivíduos que trabalhavam na cidade durante a semana ou homens sós, eram igualmente espaços onde o contágio eram pontenciado pelas condições materiais e acumulação de pessoas. Veja-se a propósito das condições de vida nas «ilhas» e «casas de malta»: PEREIRA, 1995: 63-69.

[503] MENDES, 1930: 1-2.

jamais se apagam e imundices, que nunca secam, germinam todas as doenças, todos os vícios, toda a crápula que pode chagar, por dentro e por fora, o meu semelhante[504].

Almeida Garrett, conduzindo um inquérito às habitações mais atacadas pela tuberculose, concluiu que era nos locais onde se amontoavam as velhas casas alugadas nas ruelas do burgo antigo e nas «ilhas», concentradas sobretudo nas zonas mais industrializadas, que existia um avultado obituário por tuberculose (anexo n.º 1). Segundo ele as freguesias que registaram maior mortalidade entre 1903 e 1912 foram o Bonfim (1303 óbitos), Cedofeita (1133 óbitos), S. Ildefonso (1125 óbitos), Sé (722 óbitos) e Paranhos (620 óbitos). Abaixo do meio milhar encontravam-se Campanhã (466 óbitos), Victória (357 óbitos), Massarelos (341 óbitos), Miragaia (322 óbitos), Ramalde (328 óbitos), Lordelo (272 óbitos), S. Nicolau (244 óbitos) e Foz (221 óbitos). As freguesias menos afetadas eram Aldoar (42 óbitos) e Nevogilde (31 óbitos)[505]. Os números são bastante elucidativos do problema da mortalidade nas freguesias com maior acumulação populacional, sobretudo das classes trabalhadoras. As condições em que viviam as famílias também comprometiam a saúde dos indivíduos. Os salários dos trabalhadores eram bastante baixos[506], consequência do fraco desenvolvimento do sector industrial, e nesta situação os trabalhadores apenas podiam ter acesso a formas de habitação de baixa qualidade e baixo custo. Embora os trabalhadores industriais e artesãos constituíssem a maioria da população das «ilhas», existia gente empregada no comércio e serviços como os caixeiros, polícias, militares de baixa patente, bombeiros, lavadeiras, vendedores ambulantes, carregadores, serralheiros e carpinteiros.

Em 1936, a situação das «ilhas» do Porto pouco tinha melhorado. Numa conferência[507] proferida por uma aluna do 6.º Ano do então Liceu Central Feminino Carolina Michaelis, D. Maria Augusta de Matos Ferreira, à Liga Portuguesa de Profilaxia Social deixou-nos um testemunho do atavismo e continuidade do passado, agravado pela situação difícil do país. Da descrição feita saltam à vista os problemas já apontados da sujidade, insalubridade, falta de higiene, associados à pobreza material, casas com pouco mobiliário, sem adornos, as crianças sem alimentos. Associada à pobreza material estava a falta de moral, que predispunha as crianças e os jovens ao desequilíbrio, à indisciplina e ao crime[508].

As casas dos bairros antigos também não tinham condições higiénicas para o alojamento. O núcleo antigo da cidade, especialmente o burgo medieval, caracterizava-se pela degradação dos edifícios, pelas ruas e ruelas estreitas e tortuosas, com pouca ou nenhuma insolação, que se abrem em longos corredores estreitos com detritos de toda a natureza

[504] MENDES, 1930: 1-2.
[505] GARRETT, 1915: 234-248.
[506] ROSAS, 1994: 94-96.
[507] FERREIRA, 1947.
[508] FERREIRA, 1917: 339-342.

espalhados pelo chão[509]. Os proprietários na ânsia de maximização do lucro subdividiam as casas em pequenos habitáculos onde se amontoavam famílias de cinco e seis pessoas. Nos quartos, de poucos metros cúbicos, faziam-se todas as atividades: cozinhava-se, comia-se, dormia-se, etc.: «É ahi também que os nossos tuberculosos tossem, escarram, emagrecem e morrem, cercados pelos seus, que ignorantes dos mais elementares preceitos hygienicos, se tornam preciosos instrumentos de contágio»[510]. As condições miseráveis das casas eram degradantes ao ponto de serem verdadeiros viveiros de doenças, como a tuberculose, que dependia tanto da atividade do bacilo, como das condições do meio ambiente. As «ilhas» e as casas envelhecidas não representavam somente um perigo para os moradores considerados individualmente, como também para a própria salubridade municipal. Como disse Charles Picot, o problema da habitação era o nó da questão social[511], pela pequenez, sujidade, falta de ar e falta de luminosidade.

Em Lisboa, apesar das semelhanças com o Porto existiam alguns fatores atenuantes. O maior desenvolvimento industrial e um nível de salários mais elevado na capital levaram à estruturação de um mercado de habitação operária mais sofisticado. As classes trabalhadoras ocuparam velhos edifícios nos bairros populares da cidade, próximos das implantações industriais. Próximo destas zonas estabeleceram-se velhas formas de habitação de origem rural que serviram de modelo aos «páteos». À semelhança das «ilhas», os «páteos» de Lisboa eram um tipo de habitação adequada às capacidades de investimento dos seus promotores, geralmente pequenos comerciantes que faziam investimentos seguros e lucrativos. Mas, enquanto no Porto as «ilhas» foram até ao início do século XX a forma dominante de habitação popular, os «páteos» evoluíram e foram substituídos por outras formas de habitação. Os salários mais altos das classes trabalhadoras da capital permitiam o acesso a habitações de melhor qualidade, originando uma oferta mais diversificada[512]. Os «páteos» lisboetas tinham sistemas de esgotos canalizados, nomeadamente ligação entre o sifão e as pias ao esgoto, bem como água canalizada[513].

Analisando a questão da habitação em Lisboa, Correia Guedes refere que dos duzentos e trinta e três «páteos» inspecionados em Lisboa só sessenta e três estavam em bom estado e oitenta e oito em condições razoáveis de habitação se fossem feitas reparações[514]. As casas dos restantes oitenta e dois «páteos» encontravam-se em condições higiénicas deploráveis com os interiores degradados, um espaço diminuto, insuficiente entrada de luz e ar e uma cubagem diminuta[515]. O entorno destas habitações, nomeadamente as ruas estreitas, a exis-

[509] BARBOSA, 1906: 53.
[510] BARBOSA, 1906: 54.
[511] COELHO, 1901: 319-320.
[512] TEIXEIRA, 1994: 70.
[513] *Inquerito aos Pateos de Lisboa*, 1903: 6.
[514] Veja-se os inquéritos realizados em: *Inquerito aos Pateos de Lisboa*, 1903 e *Inquerito aos Pateos de Lisboa, 2.ª parte*, 1905.
[515] Cf. GUEDES, 1908: 24-26 e MATTA, 1909: 82-83.

tência de pias dentro das casas ou debaixo de escadas, o lixo e a falta de escoantes para os líquidos tornava o meio ambiente mais nefasto, sem no entanto deixar de render proventos chorudos aos seus proprietários[516]. Duma forma geral, a estrutura e morfologia dos «páteos» eram bastante semelhantes às «ilhas», com os mesmos problemas:

> *Num páteo há 18 casas construídas com madeiras velhas, cheias de fendas; o seu pavimento é térreo e muito húmido; vivem ali 72 pessoas, correspondendo apenas à capacidade de 4 metros a cada pessoa.*
>
> *Outro páteo abre por um compartimento de entrada comum a todos os moradores, que ali fazem a comida, lavagens e os despejos em duas pias. Há em volta dêste compartimento 5 lojas subterrâneas com 14 moradores, apenas arejados e iluminados por intermédio do referido compartimento de entrada comum, único onde entra luz e ar pela porta da rua.*
>
> *Um terceiro páteo começa por um longo corredor, que tem no princípio a única porta de rua, com comunicação directa com o exterior. Ao longo dêste corredor há 5 lojas subterrâneas que só recebem luz e ar pela mencionada porta, são inteiramente escuras, cobertas com abóboda e as paredes ressumam água por toda a superfície*[517].

A edificação de casas em terrenos pouco enxutos, os lugares escuros e pouco ventilados, a má utilização das pias, retretes e sifões, os canos e fossas não estanques e a permanência de matérias impuras, tanto sólidas como líquidas, no espaço da habitação constituíam os maiores perigos para a preservação da saúde[518]. Alfama era apontado como um dos bairros mais problemáticos ao nível higiénico. Miguel Bombarda[519] denunciava nos inícios do século XX as deficientes condições habitacionais, a privação de luz e ar, e a acumulação de imundícies. As condições essenciais que os higienistas consideravam necessárias para a salubridade de habitação, terreno sólido e enxuto, boa ventilação e iluminação solar eram aí totalmente desprezadas. Mais de vinte anos depois e após várias modificações na política habitacional, António de Azevedo[520] chamou à atenção para os bairros insalubres de Lisboa, verdadeiros atentados de lesa-higiene, que continuavam a trazer problemas ao nível da disseminação de algumas patologias como a tuberculose. Para Cassiano Neves o acréscimo da mortalidade em Lisboa, nos anos a seguir à I Guerra Mundial, devia-se essencialmente à decadência da higiene citadina, ao êxodo rural e sobretudo à «crise da habitação»[521].

---

[516] O Conselho dos Melhoramentos Sanitários calculou rendimentos acima dos 1000$000 réis para «páteos» como o da *Castelhana* em S. Cristóvão e ainda o *D. Gloria* e *Garcia* em Arroios. Cf. *Inquerito aos Pateos de Lisboa, 1.ª parte*, 1903: 6.

[517] GUEDES, 1926: 19-20.

[518] Em 1902 lia-se na «Guerra à tuberculose»: «Lisboa, cidade que assenta n'um solo conspurcado pelas immundices que a todo o momento se esvaseiam da rede de exgottos e em que uma grande parte da população, viciosamente alimentada e esfalfada pelo trabalho, vive amontoada em bairros onde as casas sem ar e sem luz empilham em estreitas viellas». Cf. *A tuberculose em Lisboa*, 1902: 1 e MONTENEGRO, 1901: 25.

[519] BOMBARDA, 1903: 69-70.

[520] AZEVEDO, 1927: 217-220.

[521] NEVES, 1926: 78.

Neste contexto, a habitação tornou-se uma questão política premente no final do século XIX e inícios do XX, quando as taxas de mortalidade alarmantes e a prevalência de doenças epidémicas e endémicas forçaram as autoridades municipais a reconhecer abertamente os graves problemas habitacionais. Silva Carvalho fez uma comparação da mortalidade por tuberculose nas diferentes freguesias de Lisboa entre 1891 e 1903, época em que se construíram novos bairros e alargaram-se ruas para melhorar o arejamento e a iluminação. Chegou-se à conclusão que na freguesia de S. Vicente a mortalidade por mil habitantes diminuiu de 7,1 em 1891 para 3 em 1902 e em S. Nicolau passou de 5,2 para 1,7. Com estes dados, argumentou que a mortalidade por tuberculose era proporcional à densidade da população e inversamente proporcional à cubagem e à luminosidade das habitações[522]. O obituário da tuberculose funcionava como um aferidor da salubridade das habitações. Quando o estado sanitário duma cidade ou país piorava, aumentava a mortalidade por tuberculose e vice-versa[523]. A preocupação com a luz solar era evidente não só pelo aspeto higiénico, mas porque os bacilos de Koch morriam quando expostos ao sol durante algum tempo.

No II Congresso Nacional de Tuberculose (Viana do Castelo, 1902) foi discutida a comunicação do professor Daniel de Matos e do engenheiro João Ramos acerca do rasgamento dos bairros acumulados[524]. Nela advogaram a necessidade de abrir ruas nos bairros acumulados, melhorar a rede e o sistema de esgotos e o saneamento do subsolo, atender à orientação das novas ruas, à sua largura e altura. Aconselhavam ainda a construção de escolas, ginásios ao ar livre, balneários públicos, latrinas e urinóis. As casas sem higiene, localizadas em ruas estreitas ou becos, deviam ser expropriadas e demolidas. João Ramos defendia mesmo que o único sistema radical de saneamento dos bairros acumulados era o seu arrasamento e subsequente reconstrução.

As Câmaras Municipais de Lisboa e Porto tomaram medidas tendentes a corrigir as condições sanitárias. O município do Porto adotou várias posturas destinadas a regulamentar o licenciamento, construção de casas e infraestruturas sanitárias e sua fiscalização[525]. Medidas semelhantes foram tomadas no concelho de Lisboa e pelo poder central. Em 1903, o ministério presidido por Hintze Ribeiro fez aprovar um regulamento de salubridade das edificações urbanas, primeiro sinal de preocupação do governo central nestas matérias. Por este decreto[526] ficaram estabelecidas as normas para a construção de novos

---

[522] GUEDES, 1926: 16-17.

[523] O número calculado de morte por tuberculose nas freguesias de Lisboa mostrara que na Madalena, onde não existiam pátios, variava de 25 a 30 por 10.000 habitantes, na freguesia do Socorro, onde se situava a Mouraria e cinco pátios, variava de 60 a 70 óbitos por 10.000 habitantes e nas freguesias de S. Miguel e Santo Estevão, onde se localizava o bairro de Alfama e oito pátios, o número de óbitos subia a 85. Cf. MATTA, 1909: 88 e 94.

[524] Cf. MATTOS, 1902: 352-353 e RAMOS, 1902: 353-354.

[525] TEIXEIRA, 1992: 73.

[526] *Decreto do Governo n.º 53/1903* (09-03-1903).

edifícios de habitação que impedia em primeiro lugar a construção de prédios em terrenos alagadiços ou húmidos. Definiram-se dimensões para a altura das fachadas, que deviam ser proporcionais à largura das ruas, por exemplo quando as ruas tivessem uma largura inferior a 7 metros a altura da fachada não podia exceder os 8 metros. Cada andar da casa deveria ter uma altura mínima: 3,25m para o rés-do-chão e primeiro andar, 3m para o segundo andar e 2,75m para os subsequentes. Os quartos de dormir deviam ter uma capacidade mínima de 25m^3 e com janela voltadas para o exterior. Existiu ainda uma grande preocupação com a evacuação dos dejetos, com a ventilação e luminosidade das casas, determinando-se a existência de latrinas, sifões, urinóis, tubos de ventilação, etc. Atendendo à situação especial das cidades de Lisboa e Porto, o regulamento proibia toda e qualquer construção de prédios, bairros ou grupos de casas, ainda que dentro de propriedades particulares, e reconstruções ou modificações dos prédios sem licença camarária com parecer prévio dos conselhos de melhoramento sanitário. A própria habitação/arrendamento de casas novas ou reconstruídas carecia de licença da Câmara Municipal. Pela sua natureza, este regulamento pretendia atenuar o problema das habitações insalubres embora não tenha conseguido conter a construção ilegal, que prosseguiu nos anos seguintes.

Apesar da regulamentação acerca da construção de habitações, a construção ilegal de «ilhas» do Porto não cessou, sobretudo devido à falta de alternativas. Segundo os cálculos de Ricardo Jorge existiam 1048 «ilhas» em 1899 e trinta anos mais tarde existiam 1301 com 14.676 casas. Em Lisboa, os construtores conceberam novos modelos de habitação seguindo a nova legislação, incentivados por propostas de isenção fiscal para a construção de edifícios residenciais até um determinado valor, facilidade no acesso a terrenos urbanizados, a materiais de construção e a créditos bonificados[527].

A intensificação da industrialização conduziu a uma cada vez maior carência de habitações, que foi solucionada por uma nova modalidade de alojamento que tomara o nome de «vilas». As «vilas» eram conjuntos de edificações destinadas a uma ou mais moradias construídas em recintos com comunicação direta ou indireta com a via pública por meio de serventia. Mas o conceito recobria outra realidade, que era o essencial da «vila»: «edificação multifamiliar intensiva, construída pela iniciativa privada e destinada a famílias de baixos rendimentos»[528]. Mais tarde iniciaram-se a construção de bairros de habitações em bloco multifamiliares, integradas nas zonas centrais da cidade. Apesar do seu carácter especializado para as camadas de baixos rendimentos, do ponto de vista social recobriam realidades muito diferentes.

A preocupante insalubridade das habitações como fator da expansão da tuberculose constituía objeto de estudo um pouco por toda a Europa. Os higienistas insistiam nas con-

[527] TEIXEIRA, 1992: 74.

[528] PEREIRA, 1994: 512-513.

dições higiénicas da habitação como meio de profilaxia contra a «peste branca»[529]. Em 1914, os Ministros das Finanças e do Fomento apresentaram uma proposta de lei para regulamentar a construção e gestão de casas económicas que incluíam numerosos benefícios fiscais para construtores e compradores, nomeadamente a isenção de contribuição predial nos primeiros vinte anos, isenção de imposto de selo nos trâmites legais, isenção de imposto de transmissão nos primeiros vinte anos, etc. Mas, a preocupação não era somente a de atrair investidores e potenciais compradores. Passava igualmente pela construção de casas que seguissem um conjunto de regras de salubridade e higiene e por isso pretendiam a constituição de comissões de estudo e salubridade, onde se incluíam professores de medicina e arquitetos camarários no caso do Porto[530], a fim de se seguirem planos de construção de acordo com regras higiénicas estritas que enfatizavam a ausência de humidade, a intensa exposição aos raios solares, uma cubagem adequada, ventilação contínua, limpeza e desinfeção fáceis[531].

Segundo Nuno Teotónio Pereira, nas décadas de 1920-1930 diminuiu o investimento particular em habitações do tipo «vilas» para se proceder à construção de bairros sociais[532]. Entretanto, o deflagrar dos problemas político-militares na Europa, que conduziram à II Guerra Mundial, tiveram um efeito positivo na economia portuguesa, sobretudo pela exportação de volfrâmio, pela subida dos preços dos produtos coloniais nos mercados internacionais e pelo aumento do investimento estrangeiro em Portugal. Parte desse investimento foi canalizado para a indústria da construção. Em 1933, o governo do Estado Novo com o apoio dos municípios, corpos administrativos e organismos corporativas, criou um programa habitacional de casas económicas[533] com o objetivo de melhorar as condições de habitação da população, sobretudo dos trabalhadores afetos ao regime, como os membros do sindicato nacional, funcionários públicos e operários de quadros permanentes dos serviços do Estado ou dos municípios[534]. Por aqui se entende que a política habitacional do Estado Novo era principalmente dirigido à classe média[535], radicando na profunda convicção da proteção à família. A habitação própria era, por isso, política e ideologicamente comprometida:

> *A intimidade da vida familiar – disse Salazar – reclama aconchêgo, pede isolamento, numa palavra, exige a casa, a casa independente, a casa própria, a nossa casa.*

---

[529] *Vide As questões económicas e o parlamento: bairros para as classes laboriosas*, 1908: 28-44; e MURALHA, 1908: 24-27.

[530] Cf. CABREIRA & GONÇALVES, 1914: 17-24.

[531] *Que condições devem possuir os locaes destinados á habitação dos tuberculosos?*, 1917: 42-47.

[532] PEREIRA, 1994: 523.

[533] *Decreto n.º 23052/1933*. D. do G. 217 (23-09-1933).

[534] *Casas económicas* (Secretariado da Propaganda Nacional), [s.d.]: 18.

[535] TEIXEIRA, 1992: 79.

(…) É naturalmente mais económica, mais estável, mais bem constituída a família que se abriga sob o teto próprio.

Eis por que não nos interessa os grandes falanstérios, as colossais construções para habitação operária, com os seus restaurantes anexos e a sua mesa comum. Tudo isso serve para os encontros casuais da vida, para as populações já semi-nómadas da alta civilização actual; para o nosso feitio independente e em benefício da nossa simplicidade morigerada nós desejamos antes a casa pequena, independente, habitada em plena propriedade pela família[536].

O incentivo à aquisição da casa própria pretendia reforçar a ideologia do Estado Novo da proteção da família, de fortalecimento material e moral da família e consequentemente da sociedade, mas sem descurar os aspetos de salubridade e higiene. Ao fim de vinte e cinco anos a casa passava a ser posse da família nela estabelecida, depois do pagamento de prestações definidas em harmonia com os rendimentos familiares. Definiram-se duas classes de casas: as de «Classe A», destinadas a famílias cujos salários em conjunto fosse inferior a vinte escudos, e as de «Classe B», moradias destinadas a famílias em que o total do salário fosse inferior a quarenta e cinco escudos. Quanto às tipologias foram definidas três de acordo com a especificidade da família. O primeiro tipo de casas era dirigido a casais sem filhos, o segundo tipo destinava-se a casais com número de filhos pouco numerosos e de um só sexo e o terceiro tipo dirigia-se a casais com filhos de ambos os sexos ou número alargado de filhos.

Na construção destas casas eram respeitadas as características regionais das habitações e, por isso, usados sistemas construtivos e materiais de construção das diferentes regiões do país. As casas eram compostas pelos quartos de dormir, uma cozinha, uma sala de estar ou sala comum e uma casa de banho. As casas económicas eram agrupadas por classe em pequenos bairros, sem exceder as cem casas de «Classe A» ou as cinquenta de «Classe B», situados em locais de fácil acesso e servidos por meios de transporte económico[537]. No Porto construíram-se entre 1935 e 1950 doze destes bairros nas freguesias da periferia exterior da cidade, num total de 1662 alojamentos embora a um ritmo irregular[538]. No decorrer dos anos 40 intensificou-se a construção de casas pelo Estado, muito embora a carência de habitações se fizesse sentir especialmente para os mais pobres. No Porto foram construídas mil e noventa e quatro habitações novas e melhoradas duzentas e oitenta e cinco ilhas entre 1940 e 1956, ficando muito aquém das necessidades previstas. Localizavam-se na periferia da cidade, de acordo com as diretrizes de segregação da habitação social impostas pelo Estado Novo, mas contrariamente à posição defendida pelos técnicos camarários[539]. Apesar de tudo, o esforço financeiro do Estado na construção de habitações económicas não ultrapassou os

[536] *Casas económicas* (Secretariado da Propaganda Nacional), [s.d.]: 16.
[537] *Casas económicas* (Secretariado da Propaganda Nacional), [s.d.]: 17.
[538] MATOS, 1994: 687-688.
[539] MATOS, 1994: 693.

12.669 contos para o período de 1928-29 e 1945, um pouco menos do que custou o Estádio Nacional no Jamor (12.800 contos)[540]. A partir de 1956 foi posto em marcha um Plano de Melhoramentos, definido pelo Decreto-lei n.º 40616 de 28 de maio de 1956, que pretendia eliminar as ilhas e substitui-las por alojamentos dignos. Como resultado disso multiplicaram-se os bairros clandestinos e de barracas nas décadas subsequentes até aos anos 70, tendo-se apontado como solução para o problema a aquisição de habitação própria[541].

4.3. A alimentação do povo português

A alimentação foi desde sempre uma questão central na vida dos Homens. Prover o sustento e a alimentação da família constituiu desde sempre uma necessidade presente no dia-a-dia dos povos. No período de estudo considerado, a questão da alimentação, designadamente as dietas alimentares do povo português, em termos de quantidade e qualidade dos alimentos, a facilidade ou dificuldade ao seu acesso constituem um aferidor da expansão da tuberculose no nosso país. A situação de pobreza dos portugueses entre os finais do século XIX e inícios do XX, especialmente das classes trabalhadoras, era alarmante, sendo as questões habitacionais e alimentares destes grupos sociais provas disso.

Em 1874, Ramalho Ortigão dizia que «Lisboa não tem que comer. O maior dos seus males secretos, constantes, permanentes, é a fome crónica»[542]. Acerca de um século atrás, um tal de Dr. Félix[543] dizia também que «não seria preciso mais nada para avaliar o estado de mizeria d'este povo do que ver como elle se alimenta».

A miséria material e moral era certamente a principal causa da tuberculização precoce ou pelo menos um predisponente à contração da doença. Em 1906, o iminente tisiologista Landouzy advogava que a falta de alimentos e de higiene na sua preparação era uma das causas da tuberculose[544]. Segundo Landouzy a alimentação racional comportava uma ração de conservação, indispensável à vida humana no seu aspeto biológico, e uma ração de trabalho que fornecesse energia complementar para as atividades laborais. Assim o regime alimentar tinha que atender a três necessidades fundamentais: 1.º) reforçar os tecidos orgânicos; 2.º) produzir o calor necessário à manutenção da temperatura corporal; 3.º) produzir a energia necessária aos trabalhos musculares[545]. Ora, a escassez ou a deficiência alimentar dos trabalhadores dos sectores mais exigentes do ponto de vista energético trazia consigo a astenia física e psicológica, debilitando o «terreno» e facilitando o contágio ou a manifestação duma tuberculose latente.

---

[540] CASCÃO, 2011: 53.
[541] Cf. PEREIRA, 1983: 737-741 e TEIXEIRA, 1992: 83.
[542] ORTIGÃO, 1943: 16.
[543] FÉLIX, 1910: 602.
[544] *A alimentação racional* [I]: 29.
[545] *A alimentação Racional* [II]: 18-19.

Isto não quer dizer que as classes privilegiadas, nobreza, alta burguesia e clero, não tivessem problemas de outra ordem. Segundo Isabel Drumond Braga a alimentação conventual não nos sugeria nenhuma frugalidade, pois os monges dispunham de variadíssimas opções alimentícias quer em quantidade quer em qualidade: carne, peixe, ovos, legumes, frutas, lacticínios. Todos estes géneros compunham a dieta alimentar dos eclesiásticos, muitas vezes em excesso trazendo doenças de outra natureza. Os regimes alimentares das classes abastadas também eram abundantes, mas com um predomínio dos cereais e das carnes[546], e sempre de feição muito internacional imitando a gastronomia francesa ou inglesa.

A contrastar com esta realidade estavam as mesas dos grupos mais desfavorecidos, caracterizadas pela pobreza e monotonia alimentares. O povo sobrevivia à base de produtos agrícolas como o pão (trigo, milho ou centeio conforme a região), as hortaliças, legumes verdes ou secos comidos nas sopas e por vezes diminutas rações de carne ou peixe[547], se bem que a carne fosse essencialmente para dias festivos e o peixe (particularmente a sardinha e o bacalhau) fosse por vezes comido em mau estado de conservação. Na primeira metade de Oitocentos em Espadaneira (Coimbra) a maior parte dos trabalhadores rurais comia quotidianamente pão de milho, por vezes legumes, sardinhas e bacalhau ou carne de porco. Nos Hospitais Civis de Lisboa, as refeições eram constituídas por pão, caldo de azeite com cebola, feijão e hortaliça, por vezes arroz com bacalhau. Pela mesma altura em Silves, os alimentos mais comuns da gente pobre eram papas de milho, pão, figos e alguns legumes[548].

No último quartel do século, Maria Rattazzi, aquando da sua passagem por Lisboa, deixou um testemunho que corroborava a caracterização descrita da alimentação dos lisboetas deste período:

> *Os elementos principais da alimentação das famílias constavam de peixe, arroz e chá. Às nove horas da manhã, chá com leite e pão torrado coberto de uma camada de manteiga salgada, impossível! Às três horas, sopa, em que se deita um pedaço de carne acompanhado de couves e nabos; sardinha ou bacalhau salgado e arroz. Às nove horas da noite, chá, uma segunda edição de pão torrado com unto rançoso.*
>
> *O povo alimenta-se exclusivamente de sardinhas e bacalhau; de resto, as sardinhas são, como todo o peixe de Lisboa, deliciosas e muito baratas. Come-se em Lisboa uma quantidade prodigiosa de sardinhas e expedem-se todos os milheiros para o resto do país*[549].

Quando falamos da alimentação em Portugal nos finais do século XIX e no decurso do século XX, para o qual existem mais referências e estudos, temos que atender a duas questões fundamentais. Em primeiro lugar, o tipo de alimentação era condicionada pelas

---

[546] Para ver a composição das dietas alimentares dos grupos privilegiados mais detalhadamente *vide* BRAGA, 2000: 71-78.
[547] SANTOS, 2004: 181.
[548] BRAGA, 2000: 78-79 e OLIVEIRA, 1992: 52 e 58.
[549] RATTAZZI, 1997: 286-287.

circunstâncias do meio e, em segundo lugar, aquilo que se comia, e quando se comia, dependia do nível dos preços dos alimentos.

As circunstâncias do meio eram um fator determinante tanto na produção de alimentos como no seu consumo. A esta lógica só escapavam as classes abastadas cujo poder económico permitia a aquisição de uma maior diversidade de géneros, por vezes com um carácter internacional. Mas a esmagadora maioria do povo era dependente de uma alimentação «regionalizada», dependente do que se produzia na sua região ou regiões próximas. O exemplo mais flagrante era o do pão e suas variedades. O pão consumido em determinada região estava diretamente ligado ao tipo de cereal predominante. No Minho, Douro Litoral, Beira Alta e nalguns locais de Trás-os-Montes, Estremadura e Algarve consumia-se fundamentalmente pão de milho, enquanto o pão de centeio era consumido sobretudo na Beira Baixa, parte de Trás-os-Montes e em menor escala no Minho e Alentejo. Já o pão de trigo era predominante nas regiões do Ribatejo, Estremadura e Alentejo[550].

Quanto ao consumo de peixe era mais intenso no litoral e junto aos rios, predominando a sardinha, o carapau e o bacalhau salgado ou seco e por vezes fresco. A carne mais usada pelo povo, de norte a sul, era a de porco, geralmente salgada, em forma de enchidos, banha ou toucinho. Nos meios rurais a população dispunha de outras variedades como os caprinos, aves de criação ou caça e nas cidades comia-se carne de vaca, vitela e carneiro. Os ovos e o leite eram produtos usados um pouco por todo o país, embora fossem mais consumidos nos grandes centros ou nas regiões onde houvesse rebanhos ou manadas de animais leiteiros. Outros géneros como as batatas, leguminosas, especialmente o feijão, hortaliças e arroz estavam, na primeira metade do século XX, generalizados por todo o país, a maior parte das vezes consumidos sob forma de sopas, caldos e açordas. Todavia, não devemos esquecer que os produtos regionais, como queijos, figos, castanhas, batata-doce, inhame e os vinhos, eram bastante representativos na alimentação das populações um pouco por todo o território[551].

O segundo aspeto relativo à alimentação diz respeito ao custo dos alimentos. A alimentação nos séculos XIX e até meados do XX pesava muito no orçamento familiar, especialmente nas duas maiores cidades do país. Arantes Pereira publicou um trabalho intitulado «A ração alimentar do operariado portuense»[552] onde constatou que o salário dos operários dificilmente chegava para cobrir as despesas com a alimentação, ainda que defi-

---

[550] RIBEIRO, 1998: 184-185 e CORREIA, 1938: 134.

[551] CORREIA, 1938: 134-135.

[552] O inquérito aos trabalhadores demonstrou que a alimentação absorvia na maior parte das vezes todo o salário. Dá o exemplo dum pedreiro de cinquenta e nove anos que ganhava 420 réis diários para alimentar uma família de três pessoas que lhe absorvia 450 réis, sendo o défice coberto com trabalhos extraordinários; o segundo era um pintor de doze anos que ganhava 120 réis/dia e cuja alimentação lhe custava 140 réis/dia, sendo o défice coberto pelos pais; outro caso era dum carpinteiro de quarenta anos que auferia dum salário de 440 réis/dia e tinha uma despesa de 320 réis/dia com a alimentação. *Vide* PEREIRA, 1909: 1-6.

ciente e insuficiente para as tarefas laborais que alguns desempenhavam. Pela mesma altura Correia Guedes denunciava a situação das classes populares asseverando que os elevados preços dos víveres essenciais e a má qualidade eram uma questão social por resolver em Portugal, responsabilizando as leis protecionistas pelo custo elevado dos produtos e pelas dificuldades dos pobres se alimentarem: «Os impostos, monopólios, leis proteccionistas impedem com singular violência sobre a vida do pobre (…) O proteccionismo a uma parte da agricultura pariu esse monstro que se chama a lei dos cereaes, e que tanto entrava a vida dos pobres»[553]. No ano da queda da monarquia, «A Illustração Portugueza» publicou uma crítica mordaz à má alimentação do povo português e dos lisboetas, roçando os aspetos da má qualidade e do elevado preço dos alimentos, que vale a pena citar:

> *Sob nenhum aspecto pode considerar-se bem tratado o estômago do portuguez.*
>
> *A alimentação d'este povo é má e sobretudo cara. Só existe para elle uma categoria de alimento, o ordinário. A alimentação de luxo ainda não apareceu, a alimentação barata é desconhecida; não póde havel-a. Se um alimento mau custa um preço alto, a alimentação compatível com as exigências da magra bolsa e do estômago não é para os portuguezes.*
>
> *Alimentar-se com sufficiencia, embora de maus productos, só o pode o abastado*[554].

Durante as décadas de 1940 e 1950 nas cidades do Porto e Lisboa, os gastos com a alimentação absorviam a maior trancha do orçamento familiar. A alimentação em Lisboa representava 52,6% dos gastos, a habitação 11,1%, o vestuário e calçado 10,5%, combustíveis e eletricidade 4,2%, higiene 1,5% e diversos 20,1%. No Porto a realidade era semelhante com a alimentação a absorver 62,6% dos gastos, a habitação representava 9,2%, vestuário e calçado 8,1%, combustíveis e eletricidade 5,8%, higiene 1,9% e despesas diversas 12,4%[555]. Estas percentagens elucidam-nos bem acerca dos elevados gastos com a alimentação, o que muitas vezes não tinha uma correlação com a qualidade.

Os preços elevados afetavam quase todos os géneros alimentares, mesmo os básicos como o pão e a carne. O pão era o alimento por excelência e um medidor da conjuntura pelo custo, pelos níveis de consumo, pela qualidade e pela tranquilidade social que proporcionava. Em Portugal comia-se pão com tudo e em tudo: na açorda ou em migas, seco, com queijo, com linguiça ou com azeitonas[556]. Era igualmente um barómetro das condições de saúde do povo como afirmou Correia Guedes. Este fez menção a um estudo para Inglaterra, entre 1838 e 1900, onde se verificou que a diminuição dos óbitos por tuberculose acompanhou a baixa de preços dos cereais[557]. O mesmo autor criticou a excessiva tributação sobre

---

[553] GUEDES, 1908: 83.
[554] FÉLIX, 1910: 601.
[555] CASCÃO, 2011: 59.
[556] LIMAS, 1947: 6.
[557] *Vide* tabela apresentada pelo autor: GUEDES, 1908: 86-87.

os cereais e sobre a venda de produtos panificados, chegando-se a pagar 40% a 50% mais caro do que no estrangeiro[558].

O pão consumido no território português tinha uma geografia própria como já dissemos. Mas o consumo de pão traduzia também diferenças socioeconómicas dos consumidores, sendo o pão de menor qualidade, o pão «negro», o mais consumido pela população, e o pão «branco», com melhor aspeto e paladar, era consumido sobretudo pelas classes abastadas. Em 1940, o pão de trigo era comido por metade da população nacional, enquanto o de milho era consumido por 37% e o de centeio 13%. Depois da II Guerra Mundial o consumo de pão de trigo[559] generalizou-se, acarretando alterações nos hábitos alimentares passando o pão, o leite e o açúcar a figurar como parte integrante da dieta alimentar dos portugueses. Como dizia um deputado à Assembleia Nacional em 1948[560] «Da generalização do consumo de pão de trigo (…) tem resultado notória perturbação dos hábitos alimentares daquelas populações, as quais vão substituindo o tradicional caldo (…) pelo leite, quer estreme, quer misturado com café». Na mesma sessão, Antunes Guimarães disse que muitos produtos tradicionais como o caldo, o bacalhau, as sardinhas, o toucinho, o salpicão, começaram a ser preteridos em função de ementas mais comuns nas cidades da qual fazia parte a carne de vaca. A mudança de hábitos e provavelmente uma maior diversidade de produtos conduziu à diminuição de consumo de pão de 600g a 700g em meados do século XIX para cerca de 384g em 1946[561].

Se o pão era caro, o mesmo se pode dizer da carne. O elevado preço da carne de que muitos médicos se queixam nos inícios do século XX tinha como consequência imediata o baixo consumo da mesma. Em 1900, preocupada com o diminuto consumo de carne na capital, a Liga Nacional contra a Tuberculose enviou uma representação ao parlamento[562] pedindo a diminuição dos direitos pautais sobre o seu consumo, por considerar um alimento indispensável à prevenção da tuberculose. As estatísticas não eram encorajadoras já que houve um retrocesso do consumo de cerca de seis quilogramas em dez anos: em 1888 o consumo anual por habitante era calculado em 37,1kg e em 1898 ficava-se por 30,9kg, enquanto em Paris era de 84kg[563]. Um ano mais tarde a LNCT dirigiu um ofício à Câmara Municipal de Lisboa a pedir o barateamento dos produtos alimentares, sobretudo da carne[564].

---

[558] GUEDES, 1908: 89 e veja-se também o trabalho de Jaime Reis: REIS, 1998.

[559] Algumas estimativas de Pedro Lains demonstram que a produção de trigo aumentou gradualmente desde meados do século XIX até 1909, muito embora nunca tenha ultrapassado o do milho neste período. Cf. LAINS & SOUSA, 1998: 955-957.

[560] Intervenção parlamentar de Antunes Guimarães in *Diário das sessões da Assembleia Nacional*, sessão de 3 de fevereiro de 1948.

[561] CASCÃO, 2011: 65.

[562] *Vide Diário das sessões da Câmara dos Senhores Deputados*, sessão de 4 de junho de 1900.

[563] Cf. *A carne em Lisboa*, 1900: 46-47 e *O consumo de carne em Lisboa*, 1900: 106-114.

[564] *Trabalhos da Liga: A carne de Lisboa*, 1902: 13-14.

No 2.º Congresso da Liga Nacional contra a Tuberculose em Viana do Castelo (1902) duas personalidades de peso trataram da questão da «Economia social e imposto sobre os alimentos», o médico Silva Carvalho e o conselheiro Augusto Fuschini. No relatório apresentado, Silva Carvalho defendia que o imposto do consumo e as contribuições municipais incidentes sobre os géneros alimentares deviam ser reduzidos em geral e, muito particularmente, o imposto sobre a carne, o peixe miúdo não destinado à conserva, o atum e o bacalhau e também o pão pela modificação das leis que regiam a importação dos cereais, a moagem e a panificação. Augusto Fuschini defendeu também a criação de um sistema de tributação mais justo para resolução dos problemas decorrentes da miséria popular[565].

Correia Guedes afirmou que o consumo da carne em Lisboa decaiu em trinta anos cerca de 50%. Em 1908, quando escreveu a sua tese inaugural referiu um consumo médio de carne na ordem dos 56kg/habitante em Inglaterra e de 35kg/habitante em França contra apenas 20kg em Portugal[566], ficando apenas acima da Itália onde o consumo médio era de 11kg/habitante. Os produtos de origem animal como o leite e a manteiga eram caros e muitas vezes de qualidade duvidosa, o que afetava tanto as camadas populares com baixos recursos como as instituições de assistência e caridade que se viam forçadas a mudar a composição das refeições que distribuíam.

A questão do consumo da carne relacionada com a incidência da tuberculose nas populações não era uma teoria defendida apenas pelos médicos nacionais. Alguns estudos no estrangeiro provaram que a diminuição do consumo de carne numa população estava diretamente relacionada com o aumento do número de tuberculosos. René e Jean Dubos referiram o caso paradigmático do aumento da mortalidade por tuberculose na Dinamarca durante o período da I Guerra Mundial (especialmente 1915-17), apesar de não ter sido ocupada durante o conflito, não ter participado e de não ter sofrido distúrbios sociais aparentes. Contudo, sabe-se que muitos produtos de origem animal, entre eles grandes quantidades de carne, eram exportados massivamente para a Grã-Bretanha caindo abruptamente o consumo *per capita* na Dinamarca. Finda a Grande Guerra os valores obituários voltaram aos valores anteriores. Factos semelhantes ocorreram em França e Inglaterra, onde a diminuição do consumo de proteínas animais esteve correlacionada com o agravamento da incidência da tuberculose[567]. Em Portugal também foi possível verificar essa realidade, embora nenhum autor o tenha ainda explicitado cabalmente. Atendendo aos dados fornecidos por Fernando da Silva Correia, no «Portugal Sanitário», vemos que a média de óbitos por tuberculose passou de 6533, no período de 1902 a 1910, para 9024, entre 1916 e 1925. O ponto de viragem coincidiu justamente com o ano de entrada do Portugal na I Guerra Mundial e com a carestia alimentar que ocorreu neste período. Seguiu-se poste-

[565] Cf. CARVALHO, 1902: 354 e FUSCHINI, 1902: 354-355.

[566] Os estudos de Pedro Lains mostram justamente esta realidade. *Vide* LAINS, 1990: 15-17.

[567] DUBOS & DUBOS, 1996: 141 e 234-235.

riormente a Gripe Pneumónica de 1918 e uma catadupa de acontecimentos políticos que desorganizaram a vida nacional e que perpetuaram a situação até 1930, data apontada como o maior pico de mortalidade no país (13.013 óbitos registados), para depois decrescer nos anos seguintes[568].

Assim, podemos supor que entre os finais século XIX e parte do XX, o fraco poder de compra da população portuguesa patente nos baixos salários repercutiu-se na escolha duma alimentação pobre em proteínas animais, pobre em gorduras e a maior parte das vezes deficitária em calorias. O estado de subalimentação a que as classes mais pobres estavam votadas traduzia-se no depauperamento orgânico, na insuficiente resistência imunológica, predispondo a população mais desfavorecida à contração de doenças como a tuberculose[569].

As questões de higiene alimentar eram outro problema ligado aos princípios da boa nutrição. Para além de alimentos caros e alguns de má qualidade, a maior parte das vezes existiam problemas de higiene na produção e consumo dos víveres. O desleixo, o peso dos hábitos, o baixo nível de instrução e educação impediam a mudança de comportamentos e práticas tanto no campo alimentar como na higiene. Os locais de venda de alimentos e a comida confecionada e vendida nas tabernas, tascas, armazéns de bebidas e casas de pasto eram de qualidade duvidosa como registaram alguns escritores famosos como Almeida Garrett ou Júlio Dantas:

> *Matava-nos a sede; mas a água é beber quartãs. O vinho era atroz. Limonada? Não há limões nem açúcar. – Mandou-se um próprio à tenda no fim da vila. Vieram três limões que me pareceram de uns que pendiam, quando eu vinha de férias, à porta do famoso botequim de Leiria*[570].

> *Para alguns estrangeiros os estabelecimentos destinados a servir refeições suscitavam críticas diversificadas. Marianne Baillie, ao referir-se a uma casa de pasto, situada na estrada entre Lisboa e Sintra, considerou que a mesma era repugnante, com uma cozinha escura e suja e pessoal menos do que sofrível: mal vestido, mal cheiroso, sujo e negligente*[571].

Tomemos o exemplo do pão, do leite, da carne e do peixe. Diz-nos Ramalho Ortigão que o pão de Lisboa era adulterado pela adição de substâncias como o sulfato de zinco. Nas suas palavras «o pão que geralmente se fabrica em Lisboa (…) como alimento não presta»[572]. A inexistência de processos mecânicos determinava que o pão fosse amassado à mão, muitas vezes com o suor do padeiro e em amassadeiras de cobre ou latão, que passa-

---

[568] *Vide* os dados apresentados por CORREIA, 1938: 264-265.
[569] CORRÊA, 1951: 19 e CAMPOS, 1977: 31-32.
[570] GARRETT, 1999: 30.
[571] DANTAS, 1969: 139.
[572] ORTIGÃO, 1943: 22.

vam elementos nocivos para a massa. No século XX, o processo manteve-se semelhante, tal como o desprezo pelas regras de higiene quer no fabrico quer na distribuição:

> *O processo é primitivo.*
>
> *A fabricação mechanica que o limite de padarias nos prometteu, continua sendo um modernismo lá de fora, incapaz de aclimatar-se. O lisboeta continua esperando o dia em que a machina o ha de livrar de comer o pão amassado com o suor do rosto do padeiro, adubado com tudo quanto elle possa tirar do nariz, e preparado em casas que podem confundir-se com estrumeiras.*
>
> *E depois de cozido até chegar á nossa, póde passar por mão de sarnento, de tuberculoso, de syphilitico, trambolhar pelo chão, rolar nas calçadas sobre o excremento, tornar-se em summa n'um repositório de immundicie e agentes pathogenicos*[573].

A carne sofria de males semelhantes. Os matadouros eram antiquados e sem higiene, a carne era transportada em carroças ao ar livre, os talhos eram sujos e não dispunham de frigoríficos, sendo a carne exposta na rua ao calor, à ação dos elementos naturais e dos insetos, vendida muitas vezes em estado de deterioração (anexo n.º 2). Isto para não falar na carne de animais tuberculosos que era vendida sem a devida fiscalização e esterilização, podendo transmitir o bacilo da tuberculose bovina ao homem[574] e que o Ministério da Saúde da Inglaterra e País de Gales responsabilizava por cerca de mil mortes anuais em crianças abaixo dos quinze anos[575].

O leite era um alimento de qualidade duvidosa sujeito a falsificações e sem controlo apertado sobre os produtores. Pires de Lima afirmava que o leite do Porto era impróprio para consumo pela falta de higiene, acarretando graves problemas de saúde pública, incluindo as elevadas taxas de mortalidade infantil[576]. Comportava da mesma forma que a carne o problema da transmissão da tuberculose ao homem já que era prática comum existir a vaca ou a cabra ambulante que era mungida na rua (anexo n.º 3) conforme os pedidos da clientela[577]. Há que referir, como chamou à atenção Jorge Cid, que o leite era responsável por elevados casos de mortalidade infantil pela afeção do tubo digestivo, que provocava nas crianças diarreias e enterites como também tuberculose por via intestinal[578]. O peixe também não merecia cuidados especiais, sendo amanhado e vendido sem cuidados elementares, chegando muitas vezes ao consumidor já deteriorado.

---

[573] FÉLIX, 1910: 603-604.

[574] Além da tuberculose, o leite era considerado um veículo transmissor de diversas doenças como a febre aftosa, carbúnculo, mastite séptica, diarreia aguda, febre tifoide, difteria, cólera, etc. Cf. LIMA, 1911: 5-27.

[575] BRYDER, 1988: 133.

[576] LIMA, 1940: 348-350.

[577] *Vide* FÉLIX, 1910: 601, 604-605.

[578] CID, 1906: 33-38.

4.3.1. Breve caracterização das dietas alimentares em Portugal

Além da preocupação manifestada com as questões relativas à higiene e qualidade dos alimentos e da alimentação em geral, os médicos mostram-se atentos ao problema das dietas alimentares seguidas pelas classes trabalhadoras. A emergência do conceito de tuberculose como doença social surgiu, entre outros fatores, pelo desenvolvimento de uma nova sensibilidade para com as condições de existência dos mais desfavorecidos. Uma das maiores preocupações era o tipo e composição da dieta alimentar consumida pelas classes trabalhadoras, a maior parte das vezes repetitiva e desequilibrada.

Grandes estudos acerca da alimentação do povo português como o de Pedro Dória Nazareth, António de Almeida Garrett, Arantes Pereira ou Fernando Rocha Faria concatenam grande parte da informação existente para a reconstituição das dietas alimentares do povo sobretudo para a primeira metade do século XX. A maioria das informações coligidas por estes investigadores diz respeito à alimentação nos meios rurais, sendo em menor número as informações disponíveis para a população citadina e por isso daremos apenas uma ideia geral acerca da alimentação deste grupo social.

O primeiro grande estudo realizado em Portugal acerca da alimentação das classes trabalhadoras foi executado por Pedro Dória Nazareth[579], entre 1906 e 1910, onde traçou as principais características da alimentação do povo português tendo por base essencialmente a alimentação do jornaleiro agrícola do continente (ver anexos n.º 4 e 5). Pelos elementos colhidos e sistematizados nos anexos 3 e 4 é possível detetar a existência duma geografia do pão, de que já falamos. O pão de milho (broa) era mais consumido nos concelhos do litoral Atlântico, o pão de trigo predominava no Alentejo e Algarve e o de centeio sobretudo no Norte Interior. O consumo mínimo de pão observado neste estudo é de 500g, sendo o máximo de 1500g por dia, com uma média de 1020g para as quinze capitais de distrito apuradas (Porto e Lisboa não fazem parte deste estudo). O pão era a base da alimentação e a principal fonte de hidratos de carbono, sendo o consumo de peixe e de carne muito menores. O peixe salgado (sardinha e bacalhau) predominava sobre o peixe fresco que na maior parte dos casos só se tornava possível nos concelhos do litoral. Quanto à carne, predominava a carne de porco e seus derivados, especialmente toucinho e chouriça. Outras variedades eram consumidas conforme a produção regional, designadamente as carnes verdes, o carneiro e o cabrito. Se considerarmos o preço das rações verificamos que elas são mais caras no interior do país estando à cabeça Bragança (340 réis), Coimbra (250 réis), Évora e Beja (240 réis).

A partir da descrição de Dória Nazareth podemos ainda reconstruir as diferentes tipologias de refeições nas capitais de distrito (anexo n.º 5). Como dissemos, o pão era omnipresente e a principal fonte de hidratos de carbono juntamente com a batata e leguminosas,

[579] O estudo de Pedro Dória Nazareth foi publicado ao longo de cinco anos, encontrando-se disperso por vários números do Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos. *Vide* NAZARETH, 1906/1907/1908/1910.

especialmente o feijão. As sardinhas, o bacalhau e a carne de porco eram a principal fonte de proteínas e também estavam presentes nas refeições de norte a sul do país. Entre as gorduras predominava o azeite e nalgumas regiões o unto ou banha de porco. As refeições eram completadas com legumes, hortaliças e fruta de acordo com as disponibilidades regionais. Muitos destes alimentos eram comidos mesclados em caldos, sopas ou açordas, estando dum modo geral presente na maior parte das refeições dos portugueses. Dois tipos de conclusões se podem retirar destas dietas em termos nutricionais: primeiro o predomínio dos hidratos de carbono pelo excesso de pão e batata e segundo o fraco recurso às proteínas através de peixe ou carne salgada. A fruta e os lacticínios nesta altura não eram acessíveis a todos e eram muitas vezes considerados um luxo[580].

Em 1909, Arantes Pereira[581] publicou um artigo onde analisou a ração alimentar do operariado portuense, verificando que era bastante deficitária e cara. O caldo e o pão faziam parte do quotidiano, tal como as sardinhas, bacalhau e batata. Contudo, é possível assinalar algumas diferenças quanto à maior utilização do pão e café com leite especialmente na primeira refeição do dia. Em 1936, Almeida Garrett[582] procedeu a um estudo de referência dos hábitos alimentares do norte de Portugal, onde comparou o tipo de alimentação praticado por quatro grupos: trabalhadores agrícolas, operários citadinos, classe média e gente abastada.

Da análise geral deste quadro percebe-se que a complexidade e variedade alimentar aumentam à medida que se progride na escala social, especialmente nas refeições principais, que tinham desde quatro elementos nos trabalhadores agrícolas e operários até ascender a oito elementos nas classes abastadas. Há semelhanças entre os grupos intermédios e superiores no que concerne ao pequeno-almoço[583]. Nos grupos inferiores podemos ainda notar a já falada repetição ou monotonia alimentar entre o jantar e a ceia.

Garrett publicou outro estudo aquando duma conferência inserida na celebração do Congresso do Mundo Português em 1940[584], onde refere algumas informações complementares ao estudo de 1936. A alimentação da população dedicada à agricultura baseava-se no consumo de poucos géneros: pão, batata, legumes, azeite, toucinho, por vezes arroz, carne, bacalhau, sardinha, leite e frutas da estação. O uso diário do vinho não era frequente senão em algumas zonas como a Estremadura e Alentejo, mas o consumo de aguardente era generalizado. Verificou também que o consumo de carne e peixe era maior a sul do país e o consumo de queijo era habitual nas beiras. A alimentação do lavrador era monótona e deficitária em prótidos animais. O trabalhador da cidade tinha uma alimentação mais variada,

---

580 CASCÃO, 2011: 62.
581 PEREIRA, 1909: 1-6.
582 GARRETT, 1936: 427-437.
583 Cf. CASCÃO, 2011: 82.
584 GARRETT, 1940: 340-346.

consumindo mais géneros de mercearia, carne, peixe e algum leite. A alimentação da classe média e gente abastada era mais variada, mas em contrapartida mais desajustada do conceito de alimentação racional, pelos excessos cometidos face às necessidades calóricas, pela abundância de gorduras e pobreza de vegetais.

Em meados do século XX, a alimentação continuava a ser uma questão premente da sociedade portuguesa. Fernando Rocha Faria[585] dizia que a alimentação dos trabalhadores rurais dependia dos usos e costumes de cada localidade, das disponibilidades monetárias e dos recursos disponíveis. As carências nutricionais e a falta de higiene alimentar constituíam um problema difícil de resolver entre a população, afetando sobretudo as crianças no seu crescimento e causando patologias do foro gastrointestinal, que era a primeira causa de morte de crianças até aos dois anos.

A alimentação nas regiões nortenhas era baseada em grandes quantidades de pão de milho, com um emprego reduzido de proteínas animais e de fruta, o que conduzia a desequilíbrios nutritivos e avitaminoses. A somar a estes factos, a alimentação em Portugal era bastante cara, quando comparada com outros países europeus. Constituía a primeira despesa das famílias portuguesas, rondando em média 70% do orçamento familiar segundo cálculos de Lima Bastos, ficando acima das percentagens mais altas da Europa, a Finlândia (60%) e a Polónia (65%). Na conclusão do seu estudo Fernando Faria considerava que a alimentação (e o seu custo) dependia da exploração agropecuária nacional, do clima e das condições económicas. E apesar da suficiência calórica para o desempenho das diversas atividades profissionais, existiam desequilíbrios nutricionais provocados pelo excesso de hidratos de carbono e proteínas de origem vegetal e uma deficiência de proteínas animal, gorduras, sais de cálcio e vitamina D. A preparação dos alimentos era em parte responsável por desapropriar os alimentos das suas substâncias nutritivas, daí a necessidade de educar a população do ponto de vista da confeção alimentar[586].

Jorge Alarcão também evidenciou um agravamento das condições alimentares do operariado entre 1918 e 1944 pela diminuição do poder de compra entre as duas datas. Esta diminuição do poder de compra estava relacionada com a diminuição do rendimento real da família operária portuguesa e com o aumento das despesas não alimentares que obrigaram à contração das despesas alimentares. Ao contrário dos autores médicos, Jorge Alarcão defende que esta alimentação, ainda que monótona e com deficiências, era, em termos calóricos, adequada ao trabalho do operário português[587]. Em contrapartida nada diz sobre a qualidade e higiene alimentar.

---

[585] FARIA, 1942a: 337-338.

[586] Cf. FARIA, 1942d: 391 e FARIA, 1942e: 410.

[587] ALARCÃO, Jorge (1947) – *Estimativa do nível de vida da população operária portuguesa.* «Revista de Economia». Vol. 1, Fasc. 1. citado a partir de CORRÊA, 1951: 160-161.

Quadro 3 – Alimentação praticada no Norte de Portugal por grupos sociais de referência.

Grupo Social	Almoço	Jantar	Ceia
Trabalhador rural (Porto)	Caldo de unto, feijão, couve e broa	Caldo de unto, feijão e couve, broa, sardinha assada e vinho	Caldo de azeite, feijão e couve, broa e cebola
Trabalhador rural (Vila Real)	Broa, figos, aguardente	Caldo de azeite, feijão e couve, batatas, toucinho e broa	Caldo de azeite, feijão, couve, batata e broa
Trabalhador rural (Braga)	Sardinha e broa	Caldo verde, bacalhau ensopado com batatas e broa	Caldo de azeite, feijão e couve, broa e vinho
Operário da cidade (Porto)	Café de cevada, leite e pão	Caldo verde, carne com batatas, broa, vinho	Iscas de bacalhau, azeitonas, pão e vinho
Operário das aldeias vizinhas do Porto (I)	Café de cevada, pão	Caldo de azeite, feijão e couve, sardinhas, batatas, broa e vinho	Caldo verde, arroz de bacalhau, broa, vinho
Operário das aldeias vizinhas do Porto (II)	Café de cevada, pão	Sopa de carne, couve, pão, bacalhau com batatas, broa, vinho	Caldo verde, arroz de carne, broa, vinho
Empregado público (Porto)	Café, leite, pão com manteiga	Sopa de carne com massa, macarrão com carne, fruta, pão, vinho	Caldo verde, bolos de bacalhau, salada de vagem, queijo, pão, vinho
Negociante (Porto)	Café, leite, pão com manteiga	Caldo verde, broa, peixe frito, batatas, pão, vinho	Sopa de azeite, couve, massa, arroz de carne, marmelada, pão, vinho
Pequeno proprietário transmontano	Café, pão	Cozido, arroz, fruta seca, pão, vinho	Sopa de carne, couve, massa, pastelão de ovos com chouriço, fruta, pão, chá
Gente abastada (I)	Café, leite, pão com manteiga	Pescada cozida com ovos, batata e legumes. Arroz de carne, bife, ovos. Queijo, fruta, vinho e café	Sem menção
Gente abastada (II)	Café, leite, pão com manteiga	Sardinha, salada. Pastéis de carne, arroz, costeletas, puré. Fruta, vinho, café	Sopa de massa. Pescada, couve-flor. Bolinhos com salada. Carne assada com batatas. Doce, pão, vinho
Gente abastada (III)	Café, leite, pão com manteiga	Omeleta com marisco. Ensopado de carne com batatas. Bife com batatas. Queijo, doce, pão, vinho, café	Sopa de puré de feijão. Pescada frita, salada. Arroz de frango. Filetes de carne, puré. Fruta. Pão, vinho

Fonte: GARRETT, Almeida (1936) – *Hábitos alimentares do Norte de Portugal.* «Portugal Médico», vol. 20, n.º 10, p. 427-437.

4.4. Aspetos de higiene escolar e militar

Um outro ponto importante da questão da tuberculose como doença social tem a ver com a vida escolar e a vida militar. Apesar de considerarmos que os fatores habitacionais e alimentares são os mais importantes na predisposição para a contração ou «ativação» duma tuberculose latente, achamos relevantes os aspetos da vida escolar e da vida militar como meios privilegiados de tuberculização pela concentração de pessoas em espaços confinados como as salas de aulas ou as casernas militares.

Ainda que possamos considerar que a higiene escolar e a higiene do ensino, relacionada com aspetos como a fadiga, o elevado número de alunos por turma, o excesso de trabalho intelectual, a falta de exercício físico e as condições estruturais, materiais e higiénicas, tiveram um papel assinalável na procura e aperfeiçoamento da higiene nas escolas, a verdade é que não podemos desprezar o papel das doenças, particularmente das infetocontagiosas, como impulsionadoras de ações propagandistas e reformistas. A partir do século XX, a medicina passou a prestar mais atenção às patologias do meio escolar. A preocupação com a saúde do aluno levou à diagnose de todo o tipo de problemas físicos desde os desvios da coluna vertebral (pelas posturas, transporte de cargas, etc.), os defeitos de visão (hipermetropia, estigmatismo, etc.), problemas de audição, cáries dentárias, afeções cardíacas e respiratórias entre outros. Neste contexto, a Liga Portuguesa de Profilaxia Social, inaugurada no Porto nos anos 20, teve um papel digno de menção por iniciar o que hoje apelidamos de medicina escolar[588].

No meio escolar, a recetividade e a frequência das doenças contagiosas aumentava exponencialmente pelas condições higiénicas, pela concentração de crianças num mesmo espaço e por práticas e costumes contrários aos elementares princípios higiénicos, como eram o desdém pela higiene corporal e do vestuário, a utilização dos mesmos objetos por muitas crianças, o tossir e espirrar voltado para os outros ou o cumprimento com beijo. Por aqui se depreende que o contágio por doenças agudas ou crónicas era frequente. Enfim, como afirmou Costa Sacadura «a falta de hygiene escolar traduz-se no definhamento da raça portugueza»[589].

Entre as enfermidades consideradas agudas, pelo seu aparecimento súbito, contava-se a difteria, a meningite cerebrospinal aguda, a gripe, a coqueluche (tosse convulsa), a poliomielite anterior aguda, o sarampo, a papeira, a rubéola, a escarlatina ou a varicela entre muitas outras[590]. Por outro lado, prefiguravam-se as doenças infeciosas de evolução lenta, ditas crónicas, à cabeça das quais estavam as diversas formas de tuberculose. No meio esco-

[588] As primeiras iniciativas diziam respeito à assistência médica aos alunos da Escola Infantil N.º 1, situada na Praça da Alegria. Um conjunto de médicos especialistas afetos à causa da LPPS criou uma Caderneta de Inspeção Médica onde eram registadas todas as indicações indispensáveis ao controlo da saúde dos alunos, resultantes dos exames aos olhos, ouvidos, garganta e dentes. Cf. LIGA, 1999: 25-26.

[589] SACADURA, 1906: 49.

[590] BURGERSTEIN, 1934: 90-94.

lar o contágio era facilitado pelo avultado número de alunos e pelas práticas infantis, que por hábito e inconsciência das crianças, aceleravam o processo. Espirrar e tossir voltados uns para os outros, beijar, arrastarem-se pelo chão sujo ou usarem os mesmos objetos contribuía significativamente para o contágio. A tuberculose «aberta» não era frequente nas primeiras idades escolares, existindo sobretudo tuberculoses latentes. Só a partir dos quinze anos a tuberculose começava a produzir as suas vítimas. No entanto, se a forma pulmonar nas idades precoces não era relevante, eram-nas outras formas da doença onde se destacavam inúmeros casos de escrofulose, de lúpus e de Mal de Pott[591].

Em Portugal, como no estrangeiro, a questão da higiene escolar tornou-se premente no quadro da luta contra as doenças, ultrapassando-se o que até aí se fizera e que consistia na aplicação aos alunos dos princípios de higiene geral. Neste contexto surgiu legislação que pretendia firmar uma política de higiene nas escolas, desde logo com a apresentação obrigatória no ato de inscrição de um atestado médico comprovando que não padeciam de nenhuma doença contagiosa e estavam vacinados[592]. Posteriormente foi criada a Inspecção Sanitária Escolar em 1901, junto da Direcção Geral de Instrução Pública[593], que estruturou um plano de higiene escolar organizado e direcionado numa primeira fase para o ensino primário[594]. A regulamentação do funcionamento da Inspecção Sanitária Escolar pelo Decreto n.º 4 de 19 de setembro de 1902 procurou desenvolver a promoção de saúde com ações tão diversas como a observação dos alunos, a organização dum boletim antropométrico e a realização de conferências escolares, inspeção de edifícios e instalações no que concernia à cubagem, asseio e ventilação.

Ao longo da primeira década do século XX assistiu-se a um interesse médico crescente pela escola e pela sua higienização, não só por ações particulares, mas igualmente pelo despertar dos problemas da higiene escolar no plano internacional, cuja expressão máxima foi atingida nos Congressos Internacionais de Higiene Escolar de Nuremberga (1904), Londres (1907) e Paris (1910)[595]. O estudo da higiene escolar, pela diversidade e abrangência de conteúdos possibilitavam abordagens em torno dos assuntos prementes da época, à cabeça do qual estava o da profilaxia da tuberculose. Os congressos nacionais promovidos pela Liga Nacional contra a Tuberculose (ver capítulo 5), particularmente o terceiro e o quarto demonstraram uma preocupação explícita em promover a higiene escolar nos mais diversos domínios e simultaneamente fazer da escola o centro da propaganda antituberculose, assumindo a educação popular um enorme relevo neste domínio.

As várias normas estudadas por Carlos Manique da Silva permitem destacar as principais ideias preconizadas em torno da escola. No geral os médicos insistiam nos aspetos

---

591 BURGERSTEIN, 1934: 94-95.

592 *Portaria de 29 de Setembro de 1892*, D. do G. n.º 222 (01-10-1892).

593 *Decreto n.º 8 de 24 de Dezembro de 1901*. D. do G. n.º 294 (28-12-1901).

594 SILVA, 2002: 105-106.

595 SILVA, 2002: 105-106.

que temos vindo a abordar anteriormente, com destaque para a alimentação higiénica e racional dos alunos, a questão do arejamento e iluminação solar no edifício, conjuntamente com a desinfeção e limpeza dos objetos e espaços[596]. Como descreveu o médico Manuel Castro as escolas eram lugares pouco higiénicos, um pouco à semelhança das habitações populares:

> *Os edifícios escolares devem ser alegres e, pelo seu mobiliário, obedecer a regras hygienicas.*
>
> *No nosso paiz, há-os, que são verdadeiros antros, sem asseio, ser ar, sem luz; há-os que demoram ao pé de tascos, de cemitérios…; há-os com entradas por córtes onde gallinhas, cães, porcos, ovelhas vivem em conjunto.*
>
> *Que, enfim, os senhores legisladores não mandam construir edifícios apropriados, – sabe-se*[597].

> *O insigne médico escolar, Costa Sacadura, um dos médicos que mais se dedicou às questões da higiene escolar também descreveu as escolas como lugares com poucas condições, lugares propensos à contração de todo o tipo de doenças, em particular da tuberculose.*
>
> *A casa que o estado destina á escola, excepcionalmente construída para esse fim, é sombria, triste; pavimento sujo, paredes com papel roto ou despintadas; bancos incommodos, a maioria sem encosto, mesas demasiadamente altas, ou muito baixas, só por acaso adaptadas á altura do alumno; raras vezes um jardim onde as creanças passem os intervallos dos exercícios escolares.*
>
> *Quanto a acceio não há na escola nem banhos, nem lavatórios, nem sabão, nem toalhas, e as creanças comem os seus lanches sem previamente lavarem as mãos.*
>
> *(…) E assim a prophylaxia anti-tuberculosa escolar, que mais de perto quero agora considerar, alliviaria os dispensários e sanatórios da Assistencia Nacional aos Tuberculosos, as consultas e enfermarias dos hospitaes e outros estabelecimentos de beneficiencia quer officiaes quer particulares.*
>
> *(…) Locaes insalubres são uma grande parte das nossas escolas, e impróprias para o fim a que se destinam são quasi todas*[598].

O IV Congresso da Liga Nacional contra a Tuberculose foi um momento de referência nas questões correlacionadas da tuberculose e da higiene escolar, não somente pelas reputadas figuras intervenientes como também pela amplitude concedida à temática escolar. Este congresso não se fixando unicamente às questões diretamente relacionadas com a tuberculose, ampliou a sua abordagem a temáticas tão diversificadas como a otorrinolaringologia, a oftalmologia, os horários escolares, os passeios de estudo, a sedentariedade na escola, a antropometria, os livros e bibliotecas escolares, o regime alimentar, os jogos ao ar livre, etc. (ver capítulo 5).

---

[596] SILVA, 2002: 123-124.

[597] CASTRO, 1909: 91.

[598] SACADURA, 1906: 50-52.

As escolas em Portugal eram locais com diversas lacunas ao nível higiénico, desde logo pela deficiência de iluminação e arejamento, e por todas as outras condições de espaço, aquecimento e condições sanitárias. Não querendo aqui fazer um estudo sistemático da realidade escolar para todo o século XIX e XX, escolhemos o período de inícios de Novecentos para retratar os problemas higiénicos mais salientes.

Também a vida militar constituía um risco acrescido para a contração da tuberculose pelo avultado número de mancebos aquartelados. Mas esta é uma questão dupla, pois a infeção e contágio podia surgir tanto do exterior, pelos novos soldados já infetados que transmitiam a doença aos demais, como do interior, sendo os novos soldados infetados pelos soldados tuberculizados mais antigos. Um dos primeiros trabalhos estatísticos acerca da mortalidade pela tísica no exército foi elaborada por J. A. Marques[599] em 1861, onde verificou que a mortalidade pelas doenças de peito na guarnição de Lisboa era não só a mais alta do país como uma das mais altas da Europa, morrendo em média 24,9 soldados em cada 1000, enquanto na Inglaterra era variava de 6,3 a 13,8 por 1000, dependendo da especialidade. Entre as doenças de peito mais frequentes destaca-se a «phlogose pulmonar» (pleuropneumonias, pleurisia, catarros, bronquites) e a tuberculose. Entre 1857 e 1860 foram diagnosticados 479 casos de tísica, entre os quais 223 ocorreram entre 1859-60, sendo a maior parte da guarnição de Lisboa e do depósito de recrutas de Mafra com cerca de 160 casos, enquanto na província do Minho (incluindo o Porto) só se verificaram 35 casos. O autor apontava como grande causa deste avultado número de casos o recrutamento de mancebos já tuberculizados ou com fraqueza constitucional, o que facilitava a tuberculização pela presença de outros recrutas[600]. Assim, o avultado número de tuberculosos no exército podia-se dever às condições de vida, mas também e sobretudo aos mancebos recrutados já padecentes da doença.

Não podemos esquecer a existência duma multiplicidade de fatores que concorriam para o agravamento do problema. A recruta e o serviço militar obrigavam muitos mancebos a deslocarem-se dos campos para as grandes cidades, onde às más condições higiénicas se associavam o abatimento moral que sofriam pelo desenraizamento do seu habitat e da sua comunidade, predispondo os soldados à tuberculose. A somar a isto estavam as condições de vida e alojamento, em casernas anti-higiénicas e de cubagem reduzida, que conduzia à viciação do ar pela utilização do mesmo espaço para os diferentes aspetos da vida (dormir, comer, conviver, etc.), a falta de latrinas e locais para banhos[601].

A guerra e as condições de vida dos soldados durante os conflitos tinham igualmente influência no número de tuberculosos. Em Portugal, esse facto é difícil de aferir porque na segunda metade do século XIX não participou em nenhuma guerra e na primeira do século

[599] MARQUES, 1861: 205-220.
[600] MARQUES, 1861: 218-219.
[601] OLIVEIRA, 1890: 16-19.

XX só participou em dois anos da Grande Guerra, seguindo-se a Gripe Pneumónica, dificultando os cálculos do número de indivíduos que contraíram a tuberculose nesse cenário. Por outro lado, existiam demasiadas contradições na vida militar que dificultavam a perceção deste problema. Se os fatores de aglomeração e falta de higiene concorriam para predispor à tuberculização, a vida ao ar livre, o exercício físico e as inspeções médicas regulares deveriam concorrer para evitar ou despistar a doença[602]. Sabemos que a tuberculose era uma doença existente nos exércitos portugueses pelos relatos existentes e pela criação de mecanismos de assistência aos militares tuberculosos, quer em hospitais sanatórios quer através de assistência domiciliária, embora seja difícil definir com rigor quais os fatores intervenientes e predisponentes à contração da doença, pois se identificarmos a falta de higiene como causa, em sentido lato, corremos o risco de ser redutores e de não corresponder à verdade.

4.5. Panorama da mortalidade por tuberculose em Portugal

Ao abordar o problema da tuberculose em Portugal não podemos deixar de mencionar a realidade evocada pelos números provenientes da estatística, pois corríamos o risco de deixar esta questão incompleta. Com o nascimento da bioestatística deu-se a passagem do qualitativo ao quantitativo, permitindo a quantificação da incerteza[603]. Permitiu também percecionar as doenças como fenómenos coletivos de curta duração (epidemias) ou longa duração (endemias) e não somente a doença como o caso clínico e sintomatológico individual. Para além das questões de legitimidade médicas, científicas e epidemiológicas que a estatística acarretou, devemos perceber que foi a partir da matematização da doença e do seu elemento quantificável, os doentes, que se estabeleceram os projetos de luta contra a tuberculose em Portugal, à semelhança do que se fez no estrangeiro.

Não há dúvida que ao longo do século XIX, e particularmente na segunda metade, que despontou uma nova sensibilidade para com as questões da vida e da saúde. Como refere Ana Leonor Pereira, nos alvores do século XX o «interesse pela vida ocupa uma posição singular. Fala-se e trata-se da vida dos corpos, da integridade física e mental dos indivíduos, da vida das raças, da vida psicológica, da vida das sociedades, da vida das civilizações»[604], o que desde logo trouxe preocupações acrescidas com a saúde pessoal e coletiva. Mesmo perante a inexorabilidade da morte, esta foi posta ao serviço da vida, tornando o mórbido e o mortal num instrumento útil para determinar a higidez e determinar o estabelecimento de políticas sanitárias que concorressem para otimizar os interesses existenciais das populações[605].

---

[602] FURTADO, 1917: 329.
[603] TUBIANA, 2000: 276 e 279.
[604] PEREIRA, 1991: 422.
[605] PEREIRA, 1991: 423.

A bioestatística contribuiu para perceber o estado sanitário das populações, o seu estado de saúde, conhecer o número dos seus novos membros e dos que definhavam e também os seus doentes, para justificar e legitimar a intervenção dos poderes públicos na composição de uma sociedade mais sã e economicamente mais produtiva pelo valor da sua força de trabalho. Quando aplicada estritamente à medicina, a aritmética probabilística permitiu a correção de incertezas no campo do diagnóstico e da terapêutica. Por exemplo, Pierre Louis ao calcular a eficácia estatística das sangrias concluiu logo pela sua ineficácia na terapêutica em geral. Em 1825, numa altura em que se discutia ainda sobre a hereditariedade ou o contágio da tuberculose, o mesmo clínico a partir dos seus trabalhos pioneiros mostrou que a tuberculose dita hereditária não fornecia mais do que 11% do total dos doentes[606], favorecendo a posição dos contagionistas, que apesar disso só vingaram com as provas irrefutáveis de Villemin (1865) acerca do contágio e de Koch (1882) com a apresentação formal do bacilo específico.

Foi este tipo de discurso que permitiu uma aproximação gradual da medicina aos problemas socioeconómicos, correlacionando questões prementes como a insalubridade dos habitats, o défice alimentar, o alcoolismo e os comportamentos de risco de um modo geral com a multiplicação do número de tuberculosos. Em Portugal, o começo da luta contra a tuberculose, simbolicamente marcada pelo relatório[607] de Sousa Martins dirigido ao governo, teve como fundamento as estatísticas elaboradas por esse médico para as cidades de Porto, Coimbra e Lisboa. A estatística sobre a mortalidade por tuberculose comparada com os demais países europeus e América do Norte, permitiu conhecer a posição de Portugal, tendo-se verificado que ficava abaixo de todos os países da Europa Ocidental e Estados Unidos e em termos de mortalidade por cidades só Coimbra, e por razões peculiares, se destacava neste relatório por estar ao nível de grandes capitais europeias como Copenhaga, Londres e Paris.

As pesquisas estatísticas desenvolvidas no último vinténio do século XIX permitiram aos higienistas proclamar a luta contra a tuberculose como uma grande causa nacional, ainda que os meios terapêuticos fossem ineficazes e existir uma dificuldade assinalável de inadaptação das mentalidades face à necessidade de mudar de hábitos. Apesar de a bioestatística proporcionar dados quantitativos à medicina e ao sanitarismo não quer dizer que não existissem entraves à apreciação rigorosa do problema. As dificuldades ao nível do diagnóstico limitavam o alcance da própria diagnose, que sendo geralmente imprecisa e pouco fiável dificultava a realização de estatísticas obituárias sérias. O avultado número de doenças com causas não especificadas, mal definidas ou simplesmente ignoradas patentes nas estatísticas obituárias desde os finais do século XIX e durante vários decénios do XX testemunham justamente esta debilidade.

---

[606] BIRABEN, 1988: 189.

[607] MARTINS, 1890: 258-298.

No caso da tuberculose as questões terminológicas dificultavam ainda mais a realização das estatísticas. Até ao momento em que a palavra «tuberculose» foi globalmente adotada para designar todas as doenças causadas pelo BK, o que só ocorreu na viragem do século XIX para o XX, eram usadas múltiplas designações lexicais e ortográficas para a mesma realidade etiopatológica. A forma pulmonar denominava-se ora *phtisica*, *phthisica*, tysica, tísica, tísica pulmonar, tubérculos, tuberculose pulmonar, héctica, febre héctica, doença do peito. Já as adenites tuberculosas eram denominadas de escrófulas ou alporcas, a tuberculose vertebral designava-se de espinhela caída ou Mal de Pott, a tuberculose osteoarticular de tumores brancos ou coxite, etc.

Associados às complicações nominais estavam as imprecisões conceptuais e patológicas. O que era a tísica? A palavra grega *phthisis,* traduzida por «magreza», podia compreender uma série inominável de patologias. Por exemplo, o que é hoje designado de anorexia e subnutrição ou um estado de caquexia orgânica seria no tempo classificado como tísica. De acordo com esta designação, um individuo obeso infetado com o BK e manifestando todos os sintomas de tuberculose não seria considerado tísico (magro). No campo patológico era igualmente difícil distinguir uma tuberculose pulmonar de outras doenças do peito como pneumonias, pleurisias, bronquites crónicas ou cancro do pulmão que podiam ser diagnosticados como pulmotuberculoses se atendessem somente aos meios de diagnósticos limitados como eram o diagnóstico sintomatológico e a auscultação[608].

Às dificuldades já mencionadas, o grande número de causas indeterminadas pela confusão do diagnóstico e dificuldades terminológicas, somam-se outros problemas que dificultavam a elaboração das estatísticas obituárias. Um grande número de doentes não ia aos médicos e alguns destes não usaram a certidão de óbito até um período tardio, o que contribuiu para deixar de fora um número assinalável de casos. O não cumprimento da declaração obrigatória da tuberculose contribuiu naturalmente para disfarçar a doença. Desde a confirmação formal da contagiosidade da doença, a tísica que até então era considerada hereditária, tornou-se um fator de medo pelo estigma que provocava no doente e na família. José António Hidalgo fala mesmo de casos de suborno para registar como causas de óbito outras patologias que nada tinham a ver com a tuberculose[609]. A doença que até aí espiritualizava o ser e estetizava o corpo tornou-se símbolo da degenerescência do indivíduo e da raça e um fator de desordem social contrário aos ideais de uma sociedade burguesa em afirmação[610]. Para evitarem o estigma social das clientelas burguesas, os médicos evocavam frequentemente o segredo profissional para se escusarem da declaração obrigatória da doença ou optavam por declarar morte por causa natural[611].

---

[608] *Vide* a propósito da camuflagem da doença GRELLET & KRUSE, 1983: 50-52.

[609] MARADONA HIDALGO, 2009: 50.

[610] PÔRTO, 2007: 45.

[611] Cf. GRELLET & KRUSE, 1983: 165 e BIRABEN, 1988: 193.

Em Portugal, a questão da declaração obrigatória da tuberculose em caso de doença ou de morte remontava a 1894, instituída pelo Decreto de 12 de abril de 1894[612], não sendo mais do que uma cópia do modelo francês instituído um ano antes. Mas a declaração obrigatória nunca funcionou por forte oposição dos médicos que alegavam, além do vexame que era ser rotulado como tuberculoso, uma violação do direito de segredo profissional e a incapacidade dos poderes públicos combaterem eficazmente a doença após a declaração[613]. O incumprimento desta normativa conduziu à criação de um novo regulamento, o Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose de 30 de agosto de 1902, e um ano mais tarde surgiu mais um Decreto[614] para reforçar a notificação obrigatória de casos de tuberculose sob pena de desobediência.

Como nunca esta medida foi acatada, pelo menos pela maioria dos médicos, a legislação relativa à reorganização dos serviços de saúde pública reafirmou a obrigatoriedade da declaração, recebendo o médico 2$50 por cada declaração e no caso de incumprimento seria castigado com multa de cem mil escudos[615]. Mas a impopularidade da disposição regulamentar não foi suficiente para demover as convicções médicas, pois em 1937 no importante trabalho de referência de Fernando da Silva Correia, «Portugal Sanitário», a tuberculose não figurava como doença de declaração obrigatória, como também não estava presente na listagem de vinte e sete doenças infetocontagiosas de notificação obrigatória consideradas pela Direção Geral de Saúde em 1950[616]. A impraticabilidade da notificação obrigatória da tuberculose em Portugal foi um revés não só para a tomada de medidas profiláticas, mas igualmente para os serviços de estatística que viu diminuídos os seus números reais, além de não se poder fazer uma reconstrução das taxas de morbilidade por esta doença. De qualquer modo estas limitações não impedem o conhecimento das grandes causas de morte através dos números disponíveis.

Uma vez que a estatística obituária de Lisboa e Porto só se desenvolveu na década de 1880 e 1890 respetivamente, partiremos de alguns números disponíveis pelas estatísticas hospitalares e pela iniciativa avulsa de alguns médicos. Partimos por isso de alguns dados publicados por Maria Antónia Lopes[617] para Coimbra referente à morbilidade declarada em diversos hospitais da cidade, para ter uma ideia dos problemas mais comuns, destacando todavia as doenças pulmonares:

---

[612] *L'assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal*, 1905: x.

[613] Cf. MAIA, 1897: 19-21 e CRUZ, 1906: 53-56.

[614] *Decreto de 30 de agosto de 1903*.

[615] AZEVEDO, 1927: 1 e nota 1.

[616] Cf. CORREIA, 1938 e 1950: 197-199.

[617] Trata-se de números referentes à morbilidade por doenças declaradas por mulheres e homens suplicantes em Hospitais da cidade de Coimbra para o período anterior a 1850. *Vide*: LOPES, 2000: 243-245.

O reumatismo e a tuberculose (são muitas as doentes de peito que esclarecem que deitam sangue pela boca) que parece crescer ao longo dos anos em apreço, representam conjuntamente 27% da série. São, afinal, consequências imediatas das deficientíssimas condições de vida a que estavam sujeitas estas mulheres: alimentação imprópria ou mesmo subnutrição, trabalho duro e esgotante, frio provocado pela [sic] condições de alojamento, pela falta de combustível e pelo parco vestuário e calçado[618].

Quadro 4 – Morbilidade declarada por homens (H) e mulheres (M) em números absolutos nos hospitais caritativos de Coimbra (1813-1817-1843).

Doenças	Números absolutos								
	1813		1817		1843		Total		Total geral
	H	M	H	M	H	M	H	M	
Paralisia, tolhimento, aleijão	12	28	3	19	18	28	33	75	108
Cegueira ou perda parcial da visão	12	18	4	10	12	24	28	52	80
Doença de peito	5	14	1	9	3	14	9	37	46
Reumatismo	1	17	2	6	3	12	6	35	41
Sezões	1	11	0	0	2	0	3	11	14
Lepra	4	5	0	1	0	1	4	7	11
"Bicho"	1	1	0	0	0	3	1	4	5
Alporcas	1	1	0	2	0	1	1	4	5
Cancro	0	3	0	0	0	0	0	3	3
Herpes	0	1	0	0	0	2	0	3	3
Hidropisia	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Obstrução	0	3	0	0	0	0	0	3	3
Surdez	0	2	0	1	0	0	0	3	3
Asma	0	1	0	1	0	0	0	2	2
Loucura	2	1	1	0	0	1	3	2	5
Erisipela	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tinha	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Total	39	106	11	51	38	86	88	243	331

Fonte: LOPES, Maria Antónia (2000) – *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*, vol. 2. Viseu: Palimage Editores, p. 244-245.

Como é possível observar as doenças de peito, designação ambígua, mas onde se encontrava a tuberculose, ocupavam a terceira posição no cômputo geral depois de problemas decorrentes de acidentes de trabalho e da cegueira. Se quisermos juntar o número das doenças de peito (46) ao das alporcas (escrófulas) distancia-se ainda mais do reumatismo que constituía a quarta causa pela qual os doentes recorriam aos hospitais. O facto de existirem menos casos nos homens do que nas mulheres deve-se ao facto de serem aquelas as que mais pediam ajuda e não pelo facto de os homens adoecerem menos.

[618] LOPES, 2000: 245.

Os dados obituários coligidos por António Maria Barbosa no maior hospital do país para meados do século XIX, o Hospital de S. José, permite-nos também ter uma ideia das principais doenças diagnosticadas e das doenças producentes de maiores defunções (ver anexo n.º 6). Atendendo aos dados coligidos no anexo 6 constatamos que a tuberculose, aqui designada por tubérculos pulmonares, foi a segunda causa de morte e a segunda que motivou internamento no Hospital de S. José. Se quisermos equacionar por hipótese o facto de muitos casos declarados como pleurites, pulmonites e bronquites encobrirem casos de tubérculos pulmonares, como já mencionamos, e se somássemos esses números camuflados aos da tuberculose pulmonar e escrófulas poderíamos ter a doença causada pelo BK como a primeira causa de morte neste hospital.

Ainda antes da criação da estatística oficial para a cidade de Lisboa, em 1881, existem alguns dados de valor que foram sendo publicados em «O Correio Médico de Lisboa» entre 1873 e 1879 que permitem uma apreciação já mais completa do problema (ver anexo n.º 7). A partir de uma sistematização dos dados recolhidos presentes no anexo n.º 7 elaboramos uma estatística muito simplificada resumindo a três grandes grupos de causas da mortalidade: a tuberculose, outras doenças infetocontagiosas e outras causas de morte. Assim podemos destacar dois factos que se tornaram evidentes no decorrer dos decénios seguintes: primeiro, a tuberculose como doença infetocontagiosa predominava nitidamente sobre quaisquer outras doenças da mesma natureza e em segundo lugar a tendência da mortalidade foi para o aumento com o decorrer do tempo. Se atentarmos às percentagens relativas à mortalidade geral, a tuberculose foi responsável por 16% de todos os óbitos na cidade de Lisboa, contra apenas 5% de todas as outras doenças infetocontagiosas juntas. Para tal contribuíram seguramente as más condições de vida das populações, assunto de que já tratamos, mas não podemos descorar a facilidade com que a doença se disseminava entre a população a que não será alheio o modo de transmissão do BK, nomeadamente por via aérea e pela alimentação contaminada com bacilos.

Para o Porto e Coimbra também existem alguns dados avulsos que mostram no geral a mesma realidade. Para o Porto, Maximiano Lemos publicou em 1884 e 1885 no «Annuario dos Progressos da Medicina em Portugal»[619] dados relativos a 1883-1884, onde se podia verificar que no cômputo geral a tuberculose pulmonar provocava 12% dos óbitos e as outras tuberculoses (escrófulas, meningite, mesentérica, intestinal e miliar) 5%, o que perfaz 17% do total de óbitos no Porto. As doenças infetocontagiosas (varíola, sarampo, escarlatina, difteria, febre tifoide, tétano, cólera e tifo exantemático) eram responsáveis por 10% das mortes, enquanto as restantes doenças somavam 40%, sendo as mais letais as doenças respiratórias como bronquite e pneumonias, as cardiopatias e doenças gastrointestinais. Mas deve-se destacar a elevada percentagem de causas indeterminadas ou indefinidas que

[619] LEMOS JÚNIOR, 1884 e LEMOS JÚNIOR, 1885.

totalizavam 33% de mortes, isto é, um terço da mortalidade geral. É muito provável que estivessem camuflados neste valor vários casos de tuberculose.

Para Coimbra, existem alguns dados disponíveis na revista «Coimbra Médica» embora incompletos pelo modo como foram recolhidos. Em 1881, a redação da revista deixou um repto aos médicos para enviarem para a revista os números dos óbitos que verificaram na sua prática para se fazer uma estatística. Pedia ainda para serem escrupulosos na hora de classificar as doenças de modo a evitar as incorreções e permitir uma apreciação correta das causas de morte. Também aqui a tuberculose em todas as suas formas representava 13% das causas de morte, enquanto o conjunto de todas as outras causas de morte representavam 8%. Apesar do alerta, as mortes por causas indeterminadas ainda representavam 13% do obituário geral (anexo n.º 8). A indeterminação das causas de morte foi desde sempre um problema na elaboração de estatísticas. A limitação dos meios de diagnóstico não era o único facto a contribuir para tal.

Em 1902, José Cid na sua tese inaugural[620] referiu que os falecidos no domicílio escapavam ao diagnóstico, como também era frequente os hospitais enviarem os defuntos para o cemitério sem que os acompanhasse a causa de morte. Para realizar a estatística era necessário cruzar a informação proveniente do cemitério com os do arquivo hospitalar, o que seguramente dificultou a tarefa. José Cid no estudo da mortalidade que realizou para o período compreendido entre 1886 e 1900 verificou que na base do obituário coimbrão estavam as doenças infetocontagiosas e epidémicas, que representavam um terço do total de mortes. Segundo ele, a tuberculose «vem na cabeça do rol, cabe-lhe no obituário a parte do leão»[621], produzindo nesta categoria de doenças 54,6% das defunções e responsável por um quinto da mortalidade geral. Os dois outros grupos de doenças mais letais eram o das doenças próprias de cada estação, salientando-se as enterites e diarreias, pneumonias e broncopneumonias e as afeções orgânicas como as lesões do coração e as congestões pulmonares. Percentualmente por cada 100 óbitos 17,2 deviam-se à tuberculose, 13,1 a outras doenças infeciosas, 26,7 a infeções estacionais, 17,6 a afeções orgânicas, 26,6 a doenças constitucionais e 2,8 a doenças nervosas e mortes violentas, o que significa que a tuberculose só por si era a principal causa de morte em Coimbra, já que as cifras de 26,7 e 26,6 diziam respeito a designações que englobavam várias doenças[622].

A análise da mortalidade em Lisboa entre 1881 e 1886 (anexo n.º 9) permite concluir que a tuberculose foi predominante se comparada com as demais doenças infeciosas, que de devia à deficiente organização sanitária e à falta de higiene pessoal e coletiva[623]. Em relação à mortalidade geral, o número de óbitos pela tuberculose rondava um pouco mais de

[620] CID, 1902: 27.
[621] CID, 1902: 29.
[622] CID, 1902: 33-37.
[623] Cf. BENTO, 1916: 309 e BOMBARDA, 1900: 31.

mil casos anuais, representando cerca de um sexto ou um sétimo das mortes, o que representou 29.645 mortes entre 1881 e 1900[624]. Também aqui acreditamos que muitos casos de tuberculose pulmonar fossem mal diagnosticados e por isso fosse engrossar o número de doenças do trato respiratório. Isso devia-se a dois problemas: em primeiro lugar a questão da utilização de diversas nomenclaturas usadas para definir a mesma patologia e em segundo lugar o facto de ser possível ao regedor passar a certidão de óbito em vez do médico, de acordo com o artigo 249.º do código civil, o que acontecia com alguma regularidade nos meios rurais[625].

A partir de 1887, os dados recolhidos no periódico «A Medicina Contemporânea» (ver anexo n.º 10), traduzem-se numa realidade semelhante às do período anterior, destacando-se, no entanto, as doenças indeterminadas que compunham uma faixa volumosa de doenças que não eram rotuladas, o que por sua vez encobriam possíveis casos de tuberculose sob as mais diversas formas. Podemos observar um crescendo dos óbitos por tuberculose até 1896, altura em que esta questão já estava a ser intensamente debatida na sociedade portuguesa. Porém não podemos afirmar que a diminuição nos anos subsequentes esteja relacionada com qualquer tipo de ações organizadas, uma vez que até aqui só se havia realizado o Congresso Nacional de Tuberculose em 1895. Todas as ações de profilaxia social e assistência ao nível nacional só se iniciaram concretamente a partir de 1899 e mesmo estas não foram decisivas nos anos imediatamente seguintes. Com a composição do gráfico do anexo n.º 10 queremos ainda destacar visualmente a diferença entre os óbitos por tuberculose e os óbitos pelas demais doenças contagiosas. Apesar de tudo as ameaças de surtos de peste ou cólera constituíam para os poderes públicos dos finais de Oitocentos motivo de maior preocupação e moviam muitos mais recursos do que a endemia, sempre presente da tuberculose. Miguel Bombarda havia destacado este facto na sessão da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa de 27 de novembro de 1897 quando argumentou:

> *No nosso paiz, em que rios de dinheiro se gastam n'um systema quarentenario que do paiz afasta rios de dinheiro tambem, apenas pelo medo do flagello que poderia dizimar as populações, não é muito que o estado attenda mais e melhor áquelle que na verdade está produzindo mais estragos que as temidas epidemias exoticas*[626].

Esta apatia política e social perante a expansão da tuberculose relaciona-se intimamente com a tuberculose enquanto endemia. As epidemias como a cólera ou a peste bubónica tinham por si só um grande poder mobilizador por serem ocorrências pontuais mas de grande poder destrutivo. Consequentemente exigiam medidas especiais e rápidas para

---

[624] *A tuberculose em Lisboa*, 1902: 2.

[625] BENTO, 1916: 308-309.

[626] Intervenção de Miguel Bombarda in ACTA, 1897: 406-409.

evitar a morte imediata. Mas a tuberculose era uma doença endémica e que provocava a morte de uma forma lenta e por isso era vista como inerente à natureza das coisas. A persistência da doutrina da hereditariedade também contribuiu para manter uma certa atmosfera fatalista em torno da doença, instigando uma certa resignação e complacência para com as pessoas fracas. Segundo Richard Shryock o medo de uma doença advinha de determinados fatores, em que a mortalidade nem sempre era o mais relevante. Para Shryock mais importante do que o número de mortes, uma doença conseguia instigar o medo pelo ataque repentino e violento, pelo grau de sofrimento que provocava, pela repulsa dos sintomas e pelas lesões e desfiguração que produzia[627]. Pelas suas características clínicas e sociais, a tuberculose foi uma doença sempre presente que tinha um começo insidioso e não produzia lesões visíveis. Por outro lado, a doença não atacava a mente. As vítimas mantinham-se alerta, otimistas e muitas vezes pareciam estimuladas a desenvolverem uma atividade mental inusual[628]. Tais características puseram a tuberculose num plano secundário no que concerne ao investimento para a sua erradicação. Só com a afirmação plena da doutrina do contágio e com o fortalecimento do poder médico/higienista é que foi dada uma atenção especial a esta doença.

Quadro 5 – Mortalidade geral na cidade do Porto (1893-1900).

	Porto									
Causas de morte	**1893**	**1894**	**1895**	**1896**	**1897**	**1898**	**1899**	**1900**	**Total**	**%**
Tuberculose a)	721	705	628	696	668	603	859	810	5690	14,9%
Doenças infetocontagiosas b)	358	408	190	254	381	450	725	191	2957	7,7%
Diarreias e gastroenterites	459	443	516	546	655	695	786	663	4763	12,5%
Doenças indeterminadas	565	567	515	742	615	623	693	596	4916	12,9%
Outras doenças c)	2750	2609	2191	2770	2315	2307	2560	2364	19866	52%
Total	4853	4732	4040	5008	4634	4678	5623	4624	38192	100%

Fonte: «Boletim mensal de estatística sanitária (Porto)» (1893-1900).

a) Agrupa tuberculose pulmonar, escrofulose e outras tuberculoses sem designação de sede.

b) Agrupa a febre tifoide, varíola, sarampo, escarlatina, coqueluche, difteria, garrotilho e «outras moléstias» epidémicas.

c) Agrupa 24 campos: cancro, meningite, apoplexia e amolecimento cerebral, eclampsia não puerperal, doenças do sistema nervoso, lesões do coração, doenças do aparelho circulatório, bronquite aguda, bronquite crónica, pneumonia e broncopneumonia, outras doenças do aparelho respiratório, moléstias do estômago, hérnias e obstruções intestinais, outras doenças do aparelho digestivo, cirrose do fígado, outras moléstias do fígado, nefrite e Mal de Bright, outras doenças do aparelho urinário, doenças dos órgãos genitais, septicemia puerperal, outras doenças puerperais, debilidade congénita e vícios de conformação, debilidade senil, suicídio, mortes violentas.

[627] SHRYOCK, 1977: 39.

[628] Acerca da psicologia dos tuberculosos veja-se PEREIRA, 1946; PATRÍCIO, 1937; NEVES, 1940: 8-19.

À semelhança da capital, o Porto sofreu com a «peste branca» de um modo próprio. Se atentarmos aos valores absolutos e percentuais do quadro 5 constatamos de imediato que a tuberculose é a primeira causa de morte no período entre 1893 e 1900, justamente quando surge pela mão de Ricardo Jorge a primeira estatística oficial para a cidade, publicada no «Boletim mensal de estatística sanitária». Este considerava que no Porto o agravamento progressivo do problema da tuberculose se devia às péssimas condições sanitárias como temos vindo a referir: «A tuberculose não dá mostras de abrandar e fere mais vítimas do que em Lisboa; mais uma má nota a pesar sôbre a insanidade característica da capital do norte, onde o cemitério trabalha incomportavelmente»[629].

Os valores percentuais atribuídos à tuberculose representavam quase o dobro dos que correspondiam às mortes provocadas pelo grupo das doenças infetocontagiosas. Por comparação com as diarreias e gastroenterites, que eram quase sempre apontadas como as primeiras causas de morte em Portugal, no Porto a tuberculose ultrapassava em 2,4% o número de mortes devido a afeções gastrointestinais. Consegue ainda ficar à frente das causas indeterminadas por 2%, o que por si representa a amplitude desta doença.

Nos alvores do século XX, a tuberculose era considerada a mais temida das doenças sociais, pela sua natureza contagiosa e pelo avultado número de defunções que produzia anualmente. A partir dos primeiros anos do século XX, com a intensa propaganda higiénica orquestrada pela Liga Nacional contra a Tuberculose e pela Assistência Nacional aos Tuberculosos, a par de iniciativas de instituições e personalidades particulares de âmbito mais restrito, despertaram-se algumas consciências que até aí estavam alheadas do problema. O poder político central, que até então pouco fizera no campo da luta contra a tuberculose, começou a empreender ações legislativas para combater o mal, colmatando a falta de leis que eram necessárias para combater a praga: «A lei precisa de reflectir esse movimento médico-social; imprime-lhe a sancsão do poder e constitue a seu turno uma acção efficaz de propaganda. O costume faz a lei e a lei faz o costume»[630].

O «Regulamento dos serviços da prophylaxia da tuberculose» aprovado por Hintze Ribeiro a 30 de agosto de 1902[631] tinha como preocupação expressa fazer o balanço dos estragos que a tuberculose fazia, sendo indispensável elaborar uma estatística obituária fidedigna para todo o país. O Art. 12.º desse regulamento encarregava a Inspecção Geral dos Serviços Sanitários de proceder ao censo dos tuberculosos existentes no continente e ilhas adjacentes à data de 1 de janeiro de 1903, determinando que o preenchimento dos boletins fosse feito pelos clínicos e diretores dos hospitais, sanatórios, dispensários e casas de saúde.

Desta disposição resultou o «Censo dos Tuberculosos do Reino» realizado pela Inspec-

[629] JORGE, 1914: 205.

[630] *Regulamento da prophylaxia da tuberculose de 30 de Agosto de 1902.* D. do G. n.º 198 de 4 de Setembro.

[631] *Regulamento da prophylaxia da tuberculose de 30 de Agosto de 1902.* D. do G. n.º 198 de 4 de Setembro.

ção Geral dos Serviços Sanitários do Reino sob a égide de Ricardo Jorge. Foram distribuídos doze mil boletins individuais para as várias delegações dos distritos do continente e ilhas e pelos clínicos, devendo os subdelegados de saúde proceder ao preenchimento relativo aos pobres e indigentes sem assistência[632]. Esta diretriz inovadora na Europa visava não só conhecer o número de tuberculosos, como indagar acerca das áreas de maior distribuição, sobre as classes etárias, profissionais e sociais mais afetadas no sentido de melhor organizar a assistência pública. Dos doze mil boletins distribuídos foram rececionados pelos serviços competentes apenas 3379, número que Ricardo Jorge considerou bastante escasso por efeito do desleixo de muitos médicos ou por imprecisão dos diagnósticos[633].

O problema do diagnóstico era certamente um atenuador das taxas obituárias. Lopo de Carvalho afirmou em 1934 que o elevado número de doenças não especificadas escondia parcelas significativas de morte por tuberculose. Mas a mortalidade por estas doenças, centrando-se nas faixas etárias dos 15 aos 40 anos de idade, altura da vida mais ativa e propensa ao desenvolvimento duma tuberculose, permitem desconfiar dos numerosos casos encobertos[634].

O censo vale mais pela impressão geral que nos dá acerca de fatores como a morbilidade por distrito, por causas, por sexo, por idade e por profissão do que pela fiabilidade dos números. Sendo o primeiro arrolamento deste género e apesar das lacunas dá-nos uma ideia geral sobre a distribuição da tuberculosidade em Portugal.

A distribuição distrital (anexo n.º 11) permite constatar que os distritos de Lisboa e Porto eram os mais atingidos, sobretudo por aí se localizarem as duas cidades mais importantes do país. O Funchal também era muito atingido, mas não devemos esquecer que desde os finais do século XVIII funcionou como uma estância climática bastante procurada por tuberculosos nacionais e estrangeiros (ver capítulo 6). Existem casos interessantes de distritos como Aveiro, Coimbra, Guarda e Santarém que ultrapassam centena e meia de casos registados, o que segundo Ricardo Jorge se ficava a dever à migração que as populações faziam das grandes cidades para os seus distritos/localidades de origem[635].

Pela correlação entre tuberculose e profissões verifica-se que são as donas de casa e trabalhadoras domésticas o grupo mais afetado com 677 casos registados, logo seguido dos agricultores e trabalhadores rurais com 466 casos. Estes dois casos merecem algumas considerações. O predomínio de donas de casa e trabalhadoras domésticas deve-se, sem dúvida, aos fatores habitação e alimentação de que já falamos atrás. As mulheres desenvolviam trabalhos domésticos nos seus habitáculos confinados, sem luminosidade e ventilação suficiente, muitas vezes com humidade e pouca limpeza. Quanto ao avultado número dos

---

[632] CENSO, 1905: vi-vii.

[633] *Censo dos tuberculosos do reino em 1 de janeiro de 1903*, 1905: ix.

[634] CARVALHO, 1936: 7-8.

[635] *Censo dos tuberculosos do reino em 1 de janeiro de 1903*, 1905: xiii.

agricultores e trabalhadores rurais é um dado novo. O peso da agricultura na economia nacional e o elevado número de trabalhadores no sector primário teve certamente um peso na hora deste balanço. Outra hipótese a considerar era o contágio se fazer por meio dos produtos de animais tuberculosos ou pelo regresso à terra dos mancebos infetados nos quarteis militares ou dos trabalhadores das cidades. Em número menor, mas ainda na casa dos três dígitos encontramos em terceiro lugar os alfaiates e costureiras com 184 casos, criados e criadas de servir com 147 casos, proprietários e capitalistas com 120 casos, caixeiros, empregados de comércio e de escritório com 110 casos e já na casa dos dois dígitos tem mais expressão os negociantes e industriais com 75 casos e os sapateiros em número igual. Entendemos que algumas destas profissões eram propensas à tuberculização dos profissionais pelos ambientes confinados, pela carga horária e falta de higiene no local de trabalho ou pelo necessário contacto com o público. O avultado número de proprietários, capitalistas, negociantes e industriais devia-se certamente ao contacto com os trabalhadores tuberculosos que deles dependiam, como os criados de servir, os trabalhadores das oficinas, etc. Era espectável que estes grupos, considerados ricos, manifestassem uma superioridade física e condições de vida melhores, mas a tuberculose não poupava ninguém incluindo os ricos. Como disse António de Lancastre «a tuberculose dos ricos se acha indissociavelmente ligada á tuberculose dos pobres»[636].

Em relação às causas o censo considerava as seguintes:

Quadro 6 – Tuberculosidade segundo as causas.

Causa	Homens	Mulheres	Total
Contágio	630	680	1310
Alimentação	517	392	909
Habitação	418	399	817
Profissão	339	297	636
Varíola	330	232	562
Hereditariedade	245	286	531
Escrofulose	210	306	516
Alcoolismo	338	24	362
Sífilis	108	17	125

Fonte: CENSO dos tuberculosos do reino em 1 de janeiro de 1903 (1905). Coimbra: Imprensa da Universidade/ Inspecção Geral dos Serviços Sanitários, p. 51.

A conceção de um quadro de tuberculosidade segundo as causas é um dos aspetos menos positivos do censo, provando a existência duma mentalidade retrógrada em relação à etiologia da tuberculose, apesar da intensa campanha higiénica e social. Nesta altura a etiologia da doença era mais do que sabida, sendo irrefutável que só existia na presença do

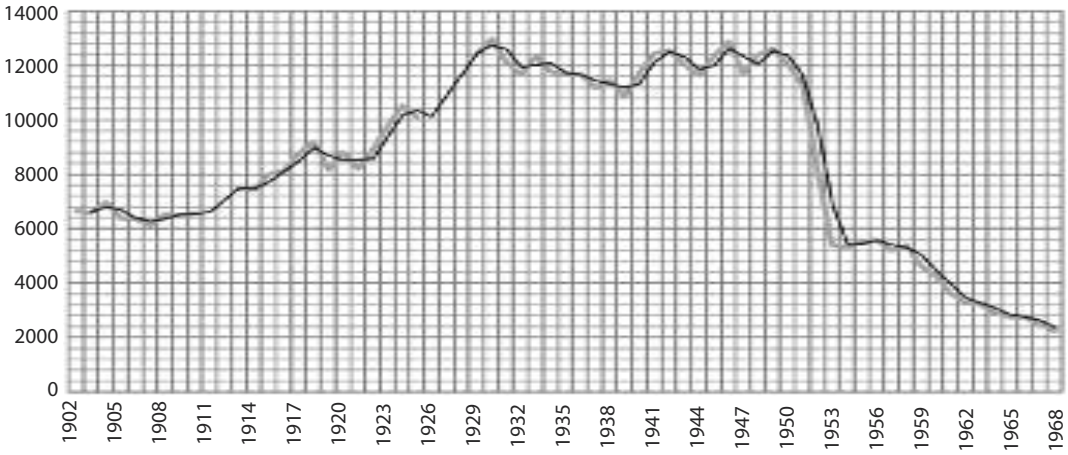
[636] LANCASTRE, 1907: 14.

BK. Não obstante, o quadro 6 mostra que os médicos portugueses em 1903 ainda consideravam a hereditariedade e doenças como a varíola, a escrofulose ou a sífilis como causas da tuberculose apesar da bacteriologia ter arredado a hipótese da hereditariedade constituir uma causa da tuberculose.

Quanto à alimentação, habitação, profissão, alcoolismo podemos considerar como predisponentes à contração da doença. O facto de outras doenças figurarem como causas ou predisponentes como a sífilis, provocada pelo *Treponema Pallidum*, ou a varíola, provocada pelo *Orthopoxvirus*, prova a ignorância de muitos médicos. Mais gravoso era considerar a escrofulose como causa da tuberculose, já que as escrófulas eram em si tuberculose ganglionar provocada pelo BK. Perante esta realidade é possível dizer que não era só nas camadas populares que residiam os mitos acerca da doença e da forma de transmissão. Nos alvores do século XX, depois dos trabalhos de Pasteur, Villemin e Koch e de campanhas internacionais, a tuberculose continuava envolta em mitos e teorias antigas. Não admira pois que durante quase toda a primeira parte do século XX a campanha contra a tuberculose em Portugal insistisse na educação popular e na vulgarização da noção de contágio.

Para o panorama nacional só a partir de 1902 temos dados disponíveis para aferir a evolução da mortalidade pela doença. O estabelecimento duma estatística organizada e contínua a partir do século XX permite-nos ver o comportamento da mortalidade por tuberculose desde 1902 até 1968, uma vez que no ano seguinte a estatística demográfica realizada pelo INE deixa de referir os óbitos por causa de morte.

Gráfico 7: Evolução da mortalidade por tuberculose em Portugal (1902-1968).



Fontes: CORREIA, 1938: 264 (1902-1912); Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal (1913-1925); Anuário Demográfico (1929-1966); Estatísticas Demográficas (1967-1968).

NOTA: Não foi possível reunir dados para o biénio de 1911-1912 e para o triénio de 1926-1928 por inexistência de dados quer em monografias quer nas publicações do Instituto Central de Higiene e Direcção Geral de Estatística ou ainda nos dados do INE.

O gráfico 7 mostra-nos a evolução da mortalidade por tuberculose entre 1902 e 1968, referente ao período de maior expressão da doença na sociedade portuguesa. Até ao final do primeiro decénio a mortalidade não foi muito além dos seis milhares por ano, nunca atingindo os sete milhares. Acreditamos que isto se deve à deficiência das estatísticas deste período pelas razões já explanadas. No entanto, estes valores estavam muito abaixo das vinte mil mortes anuais referidas por Sousa Martins[637] duas décadas antes. Esses eram sobretudo números propagandísticos que serviram para impulsionar a organização da assistência aos tuberculosos no final do século XIX. Em 1910, as estatísticas foram interrompidas por efeito da desorganização da vida pública devido à mudança de regime político. Segundo Ferreira de Mira esta data encerrou o primeiro período de grande atividade portuguesa de luta médica e social contra a tuberculose[638]. A preocupação com assuntos políticos e de outra índole distanciaram num primeiro momento as consciências da luta contra a tuberculose. O último congresso da Liga Nacional contra a Tuberculose foi o de 1907, e o afastamento por motivações políticas e posteriormente o assassinato do seu principal mentor, Miguel Bombarda, foi um importante revés nos trabalhos dessa instituição. A Assistência Nacional aos Tuberculosos, impulsionada pela rainha D. Amélia, que tinha realizado uma obra importante no campo da profilaxia e assistência, com a mudança de regime conheceu também problemas próprios.

A inexistência de dados estatísticos para a mortalidade por tuberculose para o biénio de 1911-1912 não impede de intuir um acréscimo que se patenteia nos anos seguintes atingindo um pico em 1918, outro em 1924 e o pico mais alto em 1930. Podemos dizer que o período entre a instauração da República e a constituição do Estado Novo, no início da década de 1930, foi, no que concerne à tuberculose, o mais difícil e gravoso. Embora com a implantação da República se tivesse procedido a uma larga e profusa legislação sanitária, a mudança de regime e a crise económica, agravada pela I Guerra Mundial, acarretou dificuldades financeiras para a ANT e assim a luta contra a tuberculose entrou numa fase de letargia[639]. A obra da ANT, que conheceu alguma instabilidade pela reorganização que sofreu e pela substituição das chefias, ficou seriamente comprometida pela insuficiência de fundos e pela crise internacional, que afetou a assistência médica aos doentes. O sanatório da Guarda viu-se a braços com um pedido de rescisão do contrato para o fornecimento de carnes verdes e passou a cobrar pela alimentação aos doentes aí internados. A situação agravou-se durante a Grande Guerra pela dificuldade de obter determinadas substâncias químicas, o que levou a restrições na prescrição de terapêuticas, assim como conduziu à redução de pessoal médico e auxiliar[640].

---

[637] Cf. MARTINS, 1890: 274-273.

[638] MIRA, 1947: 472.

[639] ROSA, 1979: 43.

[640] ROSA, 1979: 54-56.

No plano local, as instituições de assistência não conseguiam melhorar os meios de auxílio aos tuberculosos. No Porto, iniciou-se a construção do Hospital-sanatório de Rodrigues Semide pela Santa Casa da Misericórdia do Porto em 1915, mas não ficou concluído antes de 1926, devido às implicações da guerra e à instabilidade financeira que se sucedeu. No relatório dos mesários Manuel Gonçalves de Araújo e Joaquim da Silveira Azevedo e Castro podia ler-se: «(…) continuamos aguardando o fim da guerra para proceder à aquisição de todo o material para os serviços de cozinha, aquecimento, iluminação, esgotos e saneamentos»[641]. Num outro relatório de 1919, o mesário Manuel Araújo referiu-se às dificuldades para obter água no local e fez votos «para que com a assinatura do tratado de Paz venha o embaratecimento e facilidades na aquisição de todos os materiais que se necessitam para todas as secções deste novo estabelecimento»[642]. Mas a tão almejada paz não trouxe o equilíbrio. O encarecimento dos materiais obrigou à suspensão dos trabalhos até 1924. O sanatório só recebeu os seus primeiros doentes em 1926.

António de Araújo, clínico do Hospital-sanatório de Rodrigues Semide, dizia em 1934 que Portugal era um dos países com mais baixa capacidade de defesa contra a tuberculose, não só pela exiguidade de verbas mas sobretudo por falta de um plano geral de ataque que era limitado em parte pela legislação[643]. Veja-se por exemplo a questão da declaração obrigatória a que já aludimos. A privação de instrumentos de luta e a indisciplina das ações tornaram o processo de prevenção e assistência lento, o que agravou a morbilidade e mortalidade ao longo dos anos. O caso do Porto foi um paradigma de lentidão das ações antituberculose. Em 1886 surgiu, por legado deixado à Misericórdia da cidade, a primeira enfermaria de isolamento de tuberculosos do país, no Hospital Geral de Santo António, sendo o único local específico para tratamento de tuberculosos até à abertura do Sanatório de Rodrigues Semide em 1926, quarenta anos depois. O número de camas para doentes tuberculosos também era insuficiente[644], se atendermos à opinião de Hermann Biggs que preconizava um mínimo de camas igual à metade do número de mortes anuais por tuberculose. Atendendo a esse raciocínio no Porto a situação era grave:

> *Neste momento, as nossas possibilidades de internamento de tuberculosos circunscrevem-se às 120 camas do Sanatório Semide. Estabelecendo a proporção com o número anual de falecimentos temos uma cama por cada 7,8 morte por tuberculose; mas se entrarmos em linha de conta com os índices de morbidade, tomando como bom o coeficiente 12, o que permite avaliar em 11.800 o total de tuberculosos do Porto, e relacionarmos o número de doentes com a quantidade de camas de que dispomos depara-se-nos a angustiosa situação de termos 98,3 doentes pretendendo a mesma cama*[645].

---

[641] S., S., 1934: 89.
[642] S., S., 1934: 89.
[643] ARAÚJO, 1934: 37-38.
[644] A mesma constatação foi feita em 1949 pelo Professor Pulido Valente, que denunciava a falta de 15 mil camas para os doentes tuberculosos. Cf. COSTA, 2009: 102.
[645] ARAÚJO, 1934: 46.

O final da I Guerra Mundial coincidiu com o surto de Gripe Pneumónica de 1918, que atingiu Portugal por duas levas. Olhando para o gráfico 7 observamos que em 1918 existiu um acréscimo de mortalidade por tuberculose, quando nada faria supor tal, já que a gripe foi a principal causa de morte nesse ano. A explicação reside no aumento da mortalidade geral nesse ano devido a um número de patologias muito variável. A mortalidade geral em 1917 foi de 134.082 óbitos e em 1918 de 248.978 óbitos registados. Se à mortalidade geral subtrairmos os óbitos devidos à gripe, 55.780 óbitos declarados, obtemos o valor de 193.198. Assim, comparativamente ao ano de 1917 houve um acréscimo de 59.114 óbitos na mortalidade geral[646]. Apesar da elevada mortalidade pela gripe o número de mortos por tuberculose não parece ter-se alterado significativamente. Relativamente à mortalidade por tuberculose, João Frada[647] concluiu no seu estudo que dos dez concelhos com maiores taxas, apenas quatro se situaram entre os dez municípios mais flagelados pela gripe de 1918. Desses quatro, nenhum deles se colocou entre os três primeiros concelhos mais fustigados pela gripe.

Os problemas decorrentes da mudança de regime político e consequente desarticulação da luta contra a tuberculose tiveram como efeitos um desleixo na assistência e campanhas de educação. Todavia, os problemas sanitários das populações citadinas ao nível da habitação, do trabalho e da alimentação desempenharam um papel relevante no agravamento da situação das camadas populares, repercutindo-se numa maior predisposição para a contração da doença ou a ativação de tuberculoses latentes. Os médicos foram incansáveis ao chamar à atenção para a salubridade das habitações, para o trabalho extenuante e anti-higiénico, para os baixos salários e poder de compra do operariado e para alimentação monótona e desproporcional às necessidades de trabalho[648]. A súmula de todos estes fatores contribuiu para que no ano de 1930 se atingisse o maior registo oficial de mortes por tuberculose em todo o século XX, ao todo 13.013 óbitos declarados.

Até aos finais da década de 1940 não houve grandes alterações a destacar. A média de óbitos na década de 1930 foi de 11.666 mortes anuais e na década de 40 aumentou para uma média de 12.278 mortes por ano. Ou seja, a diminuição abrupta de mortes por tuberculose não se fez antes da década de 50. Nos EUA, por exemplo, o decréscimo da mortalidade por tuberculose deu-se antes da descoberta dos antibióticos, por volta dos anos 30. A explicação reside sobretudo na melhoria das condições e nível de vida, nas melhorias das habitações, nos regulamentos do trabalho fabril e nas várias medidas de controlo sanitário implementadas[649]. Na Inglaterra, País de Gales e Escócia o declínio da mortalidade vinha de meados do século XIX e, apesar dum ligeiro aumento durante os anos 20, rapidamente, e

[646] *Vide* ESTATÍSTICA, 1922:100-101.

[647] FRADA, 2005: 175.

[648] *Vide* a propósito disto BARROSA, 1926: 258-275.

[649] SHRYOCK, 1977: 35-36.

por força das políticas sanitárias e educativas, voltou a baixar nas décadas seguintes[650]. O mesmo não se pode dizer relativamente a Portugal. A desorganização da luta antituberculose e os problemas socioeconómicos já referidos tiveram as suas repercussões no decréscimo tardio da mortalidade.

A descoberta e a aplicação da estreptomicina no tratamento da tuberculose em 1945 não teve um efeito imediato na atenuação da mortalidade em Portugal. A tendência para a queda da mortalidade verifica-se após 1951. Em 1952, o número desceu para cerca de oito mil mortes e em 1953 para cerca de cinco mil. No início da década de 60 a mortalidade desceu para cerca de dois mil óbitos anuais. Esta tendência para o abaixamento progressivo da mortalidade foi generalizada no mundo ocidental[651]. Na França a diminuição dos óbitos sentiu-se desde o fim da II Guerra Mundial e no Brasil a queda abrupta verificou-se no início dos anos 50[652]. Este declínio esteve ligado às melhorias das condições de vida das populações e especialmente à introdução dos primeiros fármacos verdadeiramente eficazes. Apesar da estreptomicina ser eficaz na atenuação dos efeitos da doença, foi com a introdução dos químicos como o PAS, a isoniazida, a rifampicina, o etambutol e a pirazinamida, entre as décadas de 1950 e 1960, que se conseguiu um controlo mais eficaz pela primeira vez na história da tuberculose[653]. De facto, entre 1970 e o ano 2000, a quebra de mortalidade foi de tal forma abrupta que diminui quatro vezes o seu valor (excluindo os casos associados à SIDA), muito devido aos efeitos positivos da extensão de cuidados de saúde à população[654].

---

[650] Veja-se o capítulo 5 do livro de BRYDER, 1988: 130-156.

[651] Alguns países como Inglaterra, País de Gales, Holanda, Noruega, Austrália, Suíça e Estados Unidos já tinham verificado um abaixamento progressivo do número de mortes desde a década de 1920-1930, não pelas melhorias terapêuticas, mas sobretudo por pôrem em marcha junto da população programas de educação sanitária, vacinação pelo BCG, melhoramento do saneamento público, legislação rigorosa para práticas anti-higiénicas entre outras medidas. Há quem fale ainda na imunidade que os indivíduos foram adquirindo aos ataques bacilares. Veja-se a propósito disto: DAVIES, 1999: 25-29; DUBOS & DUBOS, 1996: 232-235; e DUFFIN, 2010: 184-185.

[652] Cf. GUILLAUME, 1986: 153; e ANTUNES & WALDMAN, 1999: 463-476.

[653] SOUZA & VASCONCELOS, 2005: 678-682.

[654] TELO, 2007: 343.

CAPÍTULO 5
COMBATER O INIMIGO PÚBLICO N.º 1: A PROFILAXIA E AS CAMPANHAS ANTITUBERCULOSE EM PORTUGAL

5.1. A profilaxia contra a tuberculose em Portugal

A saúde e a doença, enquanto evidências de grupo e fatores de dinâmica de uma população, foram intensamente problematizadas desde o século XVIII, a partir de múltiplas instâncias das quais se salientaram os Estados. Os governos foram tomando consciência do interesse estatal em velar pela saúde do povo, uma vez que a apreciação cada vez mais complexa das doenças deu azo a problemas políticos e económicos de monta, o que segundo Foucault justificou o estabelecimento duma «noso-política» de Estado[655]. A conceção e implementação da «noso-política», enquanto programa coletivo com o objetivo de erradicação das doenças e promoção da saúde, não foi obra dum único interveniente nem teve um sentido vertical. O Estado, as municipalidades, as associações de socorro e beneficência, as sociedades científicas, as academias e as sociedades de estatística concorreram simultaneamente para organizar um saber global e quantificável dos fenómenos mórbidos para melhor estruturar as políticas de saúde pública.

A «noso-política» emergente inscreveu a questão específica das doenças, sobretudo as doenças associadas à pobreza, no problema geral da saúde das populações, demarcando-se do contexto estrito dos socorros de caridade e evoluindo no sentido de uma polícia médica preocupada com a preservação, manutenção e conservação da saúde[656]. A preocupação com a saúde dos povos fez propagar o conceito de saúde pública, conduzindo os poderes públicos a elaborar estratégias sanitárias e a intervir cada vez mais na vida pessoal dos indivíduos. O conhecimento do estado de saúde da população só foi possível pela quantificação do mórbido e pelo estudo e reconhecimento dos fatores endógenos e exógenos responsáveis pelos estados patológicos, o que em grande medida se deveu aos estudos estatísticos e à investigação ambiental (meteorológica, telúrica, higrométrica, epidemiológica, etc.). De acordo com Ana Leonor Pereira «os estudos estatísticos da sociedade forneciam à higiene uma analítica das populações em termos sócio-profissionais e económicos, facultando-lhe meios para a determinação do seu estado sanitário»[657], o que permitiu correlacionar certas condições sanitárias com determinados estados patológicos para reprimir o mal físico de que padecia tanto o corpo individual como o corpo social.

Em Portugal, a preocupação com a saúde pública ficou patente na centúria de Setecentos desde logo pelo incontornável «Tratado da conservação da saúde dos povos» de Ribeiro Sanches e por trabalhos importantes no campo da profilaxia das epidemias de Sachetti Barbosa e Duarte Rebelo de Saldanha. Mas foi no século XIX que as preocupações com a higiene se intensificaram e de um modo quase obsessivo no último quartel do século pelas descobertas pasteurianas e estudos bacteriológicos ulteriores. O incremento da higienização da sociedade assumiu, nas últimas décadas de Oitocentos, um significado especial

---

[655] FOUCAULT, 2009: 194.

[656] FOUCAULT, 2009: 197-198.

[657] PEREIRA & PITA, 1993: 451.

pelas descobertas sucessivas da bacteriologia e pela afirmação de doenças sociais, à cabeça das quais se encontrava a tuberculose.

Segundo Mirko Grmek e Jean-Charles Sournia[658], a importância social duma doença depende da sua frequência, dos efeitos invalidantes e da sua letalidade, o que pela análise estatística da morbilidade e mortalidade permitia considerar a existência de doenças dominantes. Estes autores consideravam como «doenças dominantes» aquelas que pela sua frequência comportavam consequências graves para a situação demográfica e qualidade de vida da população em geral ou de um grupo determinado[659], marcando profundamente a vida política, social e cultural dos países. A tuberculose, doença de elevado alcance social pela sua ubiquidade, ajustava-se perfeitamente a este conceito pela marca indelével deixada na História Contemporânea.

Nos países ocidentais, as mudanças do modo de vida ligadas aos progressos da tecnologia, da industrialização e da urbanização transformaram profundamente, no decorrer do século XIX, a situação demográfica e tiveram um importante papel sobre a morbilidade e a mortalidade. Assim, as doenças dominantes apareceram irremediavelmente ligadas às condições do meio social. As descobertas bacteriológicas dos finais do século XIX, apesar de revolucionarem o conhecimento das doenças epidémicas agudas, centraram o seu interesse nas doenças endémicas crónicas que de um modo contínuo assolavam as populações. Se em meados dessa centúria a doença dos estudos epidemiológicos por excelência foi a cólera[660], nos finais do século esse lugar foi ocupado pela tuberculose, devido ao destaque que o meio social assumiu na saúde pública[661].

É no cruzamento entre a tuberculose, enquanto doença dominante, e a afirmação do higienismo que encontramos as coordenadas da ação tendente à correção, preservação e aperfeiçoamento do corpo individual e social contra esta doença. A higienização de todas as facetas da vida humana, que compreendia a higiene da casa, da alimentação, das águas, do vestuário, do repouso, do trabalho ou do casamento[662] tornou-se imprescindível ao poder político e à própria conceção de homem, como deixou patente Ricardo Jorge:

> *Estudar os males physicos da unidade social em si e nas suas causas, atalha-los e preveni-los, aguentar e revigorar o homem collectivo de modo a faze-lo alcançar a máxima felicidade physica, aqui está o objectivo da grande hygiene, tanto quanto é possível abrange-lo. Mas todo esse lemma*

---

[658] GRMEK & SOURNIA, 1999: 271-272.

[659] GRMEK & SOURNIA, 1999: 272.

[660] Veja-se por exemplo os trabalhos da conferência sanitária internacional, que foi quase inteiramente dedicada às questões científicas e preservativas da cólera: MARTINS, 1874.

[661] GRMEK & SOURNIA, 1999: 277.

[662] *Vide* a propósito disto, o artigo de José Lopes Dias onde enumera as noções de higiene geral contra a tuberculose, donde se destaca a higiene da habitação, dos alimentos, da roupa, das moscas, etc. Cf. DIAS, 1933: 4-6.

tem de descançar fundamentalmente sobre o conhecimento da estrutura e movimento da população. Importa saber a anatomia e a physiologia do aggregado, como elemento básico para a pathologia, prophylaxia e therapeutica sociaes[663].

Nesta época, Portugal acompanhou de perto as inovações científicas produzidas na Alemanha, na França e na Grã-Bretanha, como testemunham a intensa divulgação destes assuntos feita em periódicos médicos da altura, nas obras científicas publicadas e na fundação de laboratórios, do Instituto Central de Higiene, das ligas e associações científico-médicas, que serviram para cientificar a higiene, isto é, dar credibilidade à doutrina. A comunidade médica portuguesa participou igualmente nas reuniões e congressos internacionais sobre assuntos médico-sanitários, contribuindo para uma maior uniformidade da profilaxia a nível europeu[664].

Estimulados pelo sucesso dos empreendimentos no estrangeiro, os médicos nacionais organizaram o primeiro congresso médico em Portugal em 1895, justamente o Congresso Nacional da Tuberculose na cidade de Coimbra. Em 1898, realizou-se o primeiro Congresso Nacional de Medicina (Lisboa) e em 1906 organizou-se o XV Congresso Internacional de Medicina, também em Lisboa. Estes congressos foram momentos privilegiados de atualização de saberes médicos e de estabelecimento de contactos internacionais. O segundo e terceiro congressos nacionais só se realizaram em 1927 e 1928, três décadas depois do primeiro. A desorganização da vida política e social devido à mudança de regime político a par do envolvimento de Portugal na I Guerra Mundial e sucessivas consequências do pós-guerra acarretou uma letargia no dinamismo científico e médico, que se haviam conseguido desde finais do século XIX.

Ainda na primeira década do século XX realizaram-se quatro congressos nacionais sucessivos dedicados à tuberculose (Lisboa, Viana do Castelo, Coimbra e Porto), embora estes fossem apenas o pretexto para abordar assuntos de alcance higiénica e socialmente mais abrangentes. A par destes congressos nacionais foram promovidas numerosas conferências, dedicadas a temas como a vulgarização de noções sobre a transmissão da tuberculose pelo contágio e sobre os meios preventivos e defensivos contra o mal. O momento mais destacado das iniciativas preventivas da tuberculose deu-se com a realização da X Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose em Portugal em 1937, com um envolvimento do Estado, especialmente do Dr. Oliveira Salazar, cujas palavras na sessão inaugural mostram a importância da prevenção e higiene na altura:

O que mais importa não é que nos ensineis a curar o mal: seria que nos ensinásseis a evitá-lo. Ainda que geralmente os meios preventivos sejam mais caros, estamos diante de um problema

[663] JORGE, 1899: vi.
[664] MARTINS, 1874: 8.

cujo condicionamento nos leva a crer haver mais economia em prevenir o mal do que em curar a doença[665].

Mas apesar da eficácia da higiene científica e da consagração do seu poder, o historiador não se pode deixar iludir pelo otimismo exacerbado de alguns dos seus cultores, especialmente no caso da tuberculose[666]. A ubiquidade da «peste branca» denunciava os limites do poder higienista que, impotente face a um ser minúsculo como o BK, deitava por terra as pretensões de controlo da condição do corpo social e individual. A tuberculose «funcionava como a instância humanizadora do poder higienista»[667].

5.1.1. A vulgarização da noção de contágio e a declaração obrigatória

A ideia de contágio associada à tuberculose não nasceu no século XIX. Como já dissemos, a teoria da contagiosidade da tísica pulmonar remontava ao período do Renascimento. Apesar de não haver nenhuma prova da existência de seres microscópicos, os contagionistas acreditavam na possibilidade da transmissão de algumas doenças serem feitas por contágio através de «sementes», à semelhança do que acontecia no reino vegetal. Contra os partidários do contágio afirmaram-se os prosélitos da hereditariedade que, divulgando a sua doutrina sobretudo no norte da Europa, subsistiram quase até ao século XX. Só com os trabalhos de Villemin, que provou a transmissibilidade da doença em animais, e de Koch, pela confirmação formal da origem bacteriana da tuberculose, foi possível sedimentar a doutrina do contágio, embora não fosse suficiente para afastar os defensores da hereditariedade.

Na viragem do século XIX para o XX, a discussão em torno da tuberculose herdada ou da tuberculose contraída constituía ainda um pomo de discórdia entre os médicos. Ambas as doutrinas nasceram pela mesma altura e ambas subsistiram até ao século XX, altura em que a ciência tornou a doutrina do contágio inegável. A crença na tuberculose herdada subsistiu até tarde, não só pelo aspeto médico e científico, mas pelas questões sociais que acarretava. Considerar a tuberculose como uma doença estritamente contagiosa, num período em que ela era tão vulgar como a sua terapêutica ineficaz[668], podia gerar na população um sentimento de revolta, que comprometesse a ordem social. A impotência dos higienistas em travar a expansão da doença e em tratá-la eficazmente levou-os a refugiarem-se no seu único bastião de poder: a prevenção. Dizia Joaquim Borges Garcia de Campos a este propósito:

---

[665] *Palavras do Senhor Presidente do Conselho na sessão inaugural da X Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose*, 1943: 324.

[666] PEREIRA & PITA, 1993: 490.

[667] PEREIRA & PITA, 1993: 492.

[668] Veja-se a passagem eloquente, mas verídica de Manuel Brito Camacho na sua tese inaugural: «Ora acontece que a tuberculose é hoje uma doença vulgar, extraordinariamente vulgar, e a sua therapeutica muito rica, muito vistosa, vale um pouco mais do que nada, é pouco menos de nulla». Cf. CAMACHO, 1889: 22.

Se a Medicina não tem meios certos e seguros para dominar a diathese tuberculosa, depois da sua evolução, um dos seus ramos, a Hygiene, encerra em si elementos, que, oppurtunamente aproveitados, tem produzido óptimos benefícios, logrando sopear aquella manifestação diathesica.

Para que o tratamento prophylactico, escreve M. Louis, dê bons resultados, deve basear-se no conhecimento das causas predisponentes da pthysica; e, a este respeito, só se sabe de positivo que a herança e o temperamento lymphatico predispõem efficazmente para o desenvolvimento dos tubérculos.

Se a herança é uma das causas, que mais poderosamente concorre para a propagação da pthysica, é claro que devemos occupar-nos, embora muito perfunctoriamente, d'uma questão delicada, o casamento, ponto de partida de tantas doenças chronicas[669].

Este excerto sintetiza as questões mais importantes da teoria da hereditariedade da tuberculose na época. Apesar de se conhecer desde os finais do século XIX o germe responsável, os médicos teimavam em considerar a tuberculose como uma doença hereditária, chamando constantemente à atenção para a problemática do casamento. Uma vez que o casamento era a única forma socialmente aceitável de enquadrar a reprodução, tornou-se a origem do problema. O casamento, sobretudo o casamento impróprio, era «uma causa da degenerescência ethnica (…) que condenava a um viver miserável e a uma morte prematura as gerações que vão vindo»[670]. Os casamentos impróprios eram todos aqueles que se celebravam fruto de paixões exacerbadas, por conveniências familiares, estimulados pelo desejo de fortuna, casamentos em idades tardias, casamentos entre nubentes com idades muito desiguais, casamentos consanguíneos e casamentos entre um nubente são e um doente ou os dois doentes.

A idade aconselhada pelos médicos para o casamento era entre os 22 e os 45 anos para homens e entre os 17 e os 35 anos para as mulheres[671]. A partir destas faixas etárias considerava-se que o líquido espermático dos homens estava viciado, pela velhice, e os óvulos e o corpo da mulher impróprios para serem fecundados e transportar uma nova vida. Como consequência, os filhos dessas uniões nasciam com debilidade constitucional. Como Hipócrates defendia: de um tuberculoso nasce outro tuberculoso. Com a descoberta do BK, o conceito de indivíduos diatésicos foi substituído pelo de indivíduos «tuberculizáveis». Os médicos deixaram de poder afirmar que a tuberculose era hereditária por si só e por isso reconfiguraram as suas teorias. O principal problema do casamento passou a ser o chamado «heredo-contágio» e a «herança do terreno».

Os defensores do «heredo-contágio» advogavam que um ou os dois progenitores doentes podiam transmitir o BK ao bebé. No caso da influência mórbida ser por via paterna, considerava-se que o BK era transmitido pelo espermatozoide que fecundava o

[669] CAMPOS, 1871: 33-34.
[670] CAMACHO, 1889: 6-7.
[671] CAMPOS, 1871: 34.

óvulo. Existiam outros que se opunham a esta possibilidade não só porque seria estatisticamente improvável que entre milhões de espermatozoides o que fecundava o ovo fosse justamente o infetado, mas porque sabiam que o próprio acto da conceção e da fecundação excluía os espermatozoides mais fracos de serem bem-sucedidos. A teoria mais sólida era a que defendia que o esperma era bacilífero sobretudo em doentes terminais ou que sofressem de tuberculose testicular. Nesse caso podiam ter grande parte do esperma infetado[672].

Se a influência mórbida fosse do lado materno considerava-se duas possibilidades: infeção pelo óvulo ou infeção no período fetal. Os partidários da infeção pelo óvulo acreditavam que este podia ser bacilizado durante a sua migração pela trompa ou já no útero caso a mãe fosse portadora de tuberculose genital. Outros achavam que a tuberculização acontecia no período fetal, sendo o feto infetado pelo líquido amniótico ou diretamente pela corrente sanguínea através do cordão umbilical[673].

A insuficiência de provas concludentes das teorias do «heredo-contágio» desviou a atenção dos higienistas para a teoria da «herança do terreno», mais plausível do ponto de vista empírico. Para os médicos, herança do terreno significava que os filhos herdavam características constitucionais dos pais que os tornavam propensos à tuberculização. Ter predisposição para a tuberculose era «ter as condições diversas que o bacillo exige para poder viver»[674] e, nas palavras de Augusto Filipe Simões, manifestar uma certa «indigência orgânica»[675]. Doravante, considerava-se que «não se nasce tuberculoso mas sim tuberculizável»[676] como afirmou José Leão Ferreira da Silva.

Nesta conceção entravam outros fatores causais que não só os casamentos em idade tardia ou casamentos entre doentes e sadios. Acreditava-se que doenças como a sífilis, a escrofulose e o alcoolismo eram responsáveis pela diátese tuberculosa. Contudo, o despertar da consciência das más condições de vida dos pobres canalizou as atenções do higienismo para os problemas da má alimentação, do modo de vida desregrado, da má educação e ignorância de preceitos de higiene como fatores preponderantes para predispor os organismos enfraquecidos à contração da tuberculose.

Impossibilitados de negar a etiologia microbiana pelas provas bacteriológicas, os médicos fizeram das condições de vida perniciosas o fulcro da questão causal da tuberculose e o ponto de partida da intervenção profilática.

> *A tuberculose, como doença infecciosa, é função d'um agente vivo, sem elle impossível de se produzir a doença, e agora, como n'outros tempos, mort la bête, mort le venin.*

---

[672] Cf. FELIZ, 1906: 19-22 e MARQUES, 1901: 47.
[673] Cf. FELIZ, 1906: 15-19 e GUERRA, 1908: 34-36.
[674] CAMACHO, 1889: 21.
[675] SIMÕES, 1879: 31.
[676] SILVA, 1899: 50.

A grande maioria dos que nasce em Portugal é pobre. Vivendo da miséria materna durante nove mezes, vêm continuar a viver por largos annos da miséria que os cerca. E tuberculisam-se então em consequência da fome, da habitação má, do vestuário péssimo, etc.

Nascer d'uma gravidez mal conduzida é já uma habilitação à decadência orgânica que é propícia à tuberculose futura[677].

Partindo desta conceção de tuberculose como fruto da herança é possível determinar as principais medidas sugeridas pelos higienistas para travar a expansão do problema. Uma vez que o casamento estava na base social da reprodução de potenciais doentes as primeiras recomendações profiláticas foram no sentido de proibir a contração de matrimónio aos tuberculosos. Um cônjuge infetava o outro e ambos produziriam, à luz das ideias higienistas, uma descendência de tarados, inúteis e infelizes. Aqui o médico devia ter um papel ativo na obstaculisação dos casamentos perigosos[678]. Como defendia Egas Moniz, o processo matrimonial devia acompanhar-se de atestados médicos[679].

Outros foram mais longe ao considerar que se devia praticar no Homem uma espécie de zootecnia semelhante à seleção realizada pelos criadores de gado para aperfeiçoar a raça[680]. Mas geralmente as indicações médicas iam no sentido das mulheres grávidas evitarem a doença ou a sua marcha. Eram sugeridos exercícios suaves, passeios, uso de vestidos cómodos e reforço da alimentação. As tuberculosas não deveriam amamentar, sendo preferível que o fizesse uma ama saudável. Nas classes pobres a má alimentação, o trabalho excessivo e a falta de resguardo perante as situações climatéricas poderiam afetar o desenvolvimento do feto e a sua constituição. Nas classes ricas andar em jantares, teatros e bailes durante a gravidez era tanto perigoso como indesejável porque além da hereditariedade e do contágio havia quem supusesse uma «etiologia moral» da tuberculose. Viver desregradamente, ser alcoólico, ser prostituta ou frequentador de prostituição era meio caminho para ser candidato à tuberculose[681].

É verdade que a partir de 1882 muitos médicos se esforçaram para vulgarizar nos círculos médicos, políticos e sociais as noções de contágio, transmissibilidade, prevenção da tuberculose. Nesta demanda participaram médicos de renome como Sousa Martins, Miguel Bombarda, Augusto Rocha, Ricardo Jorge, Tiago de Almeida, Almeida Garrett, Lopo de Carvalho, entre outros. Mas as reservas quanto à notificação obrigatória mantiveram-se.

As instituições que encabeçaram a luta contra a tuberculose em Portugal, como a Liga Nacional contra a Tuberculose e a Assistência Nacional aos Tuberculosos, esforçaram-se

---

[677] REBELLO, 1882: 39-40.

[678] Da medicina para o teatro veja-se alguns excertos da peça de Antero Figueiredo onde se foca a questão dos casamentos perigosos de pessoas sãs com outras doentes e fracos de constituição. FIGUEIREDO, 1902: 27-32.

[679] Egas Moniz *in* «A vida sexual», citado por CASTRO, 1909: 123.

[680] SIMÕES, 1879: 48.

[681] BARNES, 1995: 76.

para chamar à atenção para a necessidade de evitar a doença por meio da higiene pessoal e coletiva, quer através das campanhas de divulgação, quer através das suas publicações. Na abertura do primeiro número da revista «Guerra à tuberculose», os redatores acentuaram claramente a contagiosidade da doença destacando os aforismos «A Tuberculose é uma doença evitável» e «A Tuberculose é uma doença curável»[682]. Todavia, a falta de esclarecimento da população, as práticas contrárias aos preceitos higiénicos e a pobreza eram consideradas como os principais obstáculos à profilaxia individual e coletiva. A necessidade de educar a população levou a LNCT a publicar um «Catecismo contra a tuberculose»[683] onde as dúvidas mais importantes acerca da natureza da doença, das suas causas, dos modos de transmissão, das idades mais suscetíveis à contração, das práticas não recomendáveis e dos modos de prevenção foram explanados num estilo e linguagem simples através de narrativas. Mas o que era aparentemente simples de explicar não seria fácil de ensinar a uma população maioritariamente analfabeta e afeta a crendices populares. Como referiu Ladislau Patrício «O problema da tuberculose é, no fundo, um problema de educação e cultura – um problema pedagógico. A luta contra a tuberculose confunde-se pois com a luta contra a ignorância»[684]. Também H. Roquete[685] dizia que a luta contra a tuberculose em Portugal era diminuta e surda porque a população interessada nos panfletos e conferências era residual.

O triunfo da doutrina do contágio fez renascer a questão da importância da declaração obrigatória para os casos de tuberculose. Se bem que a declaração obrigatória já tivesse sido regulamentada para Espanha e para algumas cidades-estado italianas no século XVIII, a que já fizemos menção num capítulo anterior, a questão voltou a ser falada nos finais do século XIX. A declaração obrigatória, isto é, a obrigação legal dos médicos reportarem casos de tuberculose às autoridades, representava para muitos a derradeira forma de controlo da doença. Se fosse bem aplicada e se existissem meios de isolamento ou tratamento eficazes teria sido uma arma extraordinária contra a doença. Mas se as autoridades sanitárias, com a conivência de alguns médicos, se esforçaram por impor a medida, esta gerou uma enorme controvérsia entre os médicos por atacar um dos princípios sagrados da medicina, a confidencialidade médico-paciente[686]. Por exemplo, em França um referendo promovido pelo «*Journal des Praticiens*» mostrou que 98,4% dos médicos era contra a declaração obrigatória[687], negando-se a notificar às autoridades sanitárias os casos de infeção nos seus pacientes.

---

[682] GUERRA, 1900: 1-3.

[683] O catecismo publicado na «Guerra à tuberculose» era uma adaptação do catecismo editado pela liga contra a tuberculose da Bélgica. Cf. *Catecismo contra a tuberculose*, 1902: 40-44.

[684] PATRÍCIO, 1931: 360.

[685] ROQUETE, 1911: 298.

[686] BARNES, 1995: 104.

[687] CASTANHEIRA, 1919: 21.

A declaração obrigatória gerou polémica e críticas de vária ordem à legislação que a enquadrava. Francisco António Martins no estudo para a sua tese de doutoramento[688] analisou os prós e contras da declaração obrigatória para o caso francês, que espelhava igualmente as preocupações dos médicos portugueses. Em primeiro lugar levantava-se o problema do estigma social pela rotulação dos indivíduos tuberculosos. Em segundo lugar, os médicos alegavam ser uma violação do segredo profissional e, em terceiro lugar, não existia um enquadramento assistencial suficiente para todos os tuberculosos, o que retirava qualquer utilidade decorrente da declaração. Existiam ainda outras questões pertinentes como a separação de pais e de filhos menores, as pesadas exigências financeiras para a eventualidade duma intervenção estatal no sentido do isolamento compulsivo e ainda as dificuldades impostas pelos meios tecnológicos de diagnóstico que poderiam levar a declarar tuberculoso um indivíduo afetado por outra doença. No essencial, a declaração obrigatória atacava não só o sigilo médico como a limitação das liberdades individuais. Somava-se a isto as pretensões de alguns higienistas em isolar os doentes e houve mesmo quem defendesse a criação de «tuberculosarias» à semelhança das leprosarias medievais, para proteger os sadios[689].

A legislação portuguesa em torno da declaração obrigatória da doença também não era muito evidente quanto à finalidade. Vejamos o que se estabeleceu como mais importante ao nível legislativo. Até ao final do século XIX conhecem-se três disposições legais nesse sentido. O primeiro é o Decreto de Lei n.º 284 de 3 de dezembro de 1868[690] que organizou o serviço superior de saúde pública, onde se pode ler no artigo 44.º «Todo o facultativo clínico, que observar qualquer caso de moléstia contagiosa, epidémica ou suspeita, dará parte do facto ao respectivo administrador do concelho, e em Lisboa e Porto aos commissarios de polícia civil». Contudo, devemos chamar à atenção para o facto de não prever nenhuma ação depois da notificação e em segundo lugar ela era desadequada no caso da tuberculose, uma vez que nesta data não era considerada uma doença contagiosa.

Em 1894, publica-se novo decreto[691], por influência de um decreto francês semelhante promulgado um ano antes, visando a declaração de doenças contagiosas e evitáveis, com a finalidade de se proceder à desinfeção de habitações e objetos pertencentes aos defuntos por moléstias contagiosas. Apesar das boas intenções, o alcance desta medida pós-morte era limitada por não contemplar uma prevenção em vida do doente nem em contexto familiar, para proteção dos familiares do doente. Decorrente destas iniciativas publicou-se

---

[688] MARTINS, 1920: 17.

[689] David Barnes considera que a ideia de criação de «tuberculosarias» em França servia os propósitos da burguesia para com essa medida defender os indivíduos sãos, que representavam uma mais-valia enquanto força de trabalho. Daí insistir que os principais defensores da declaração obrigatória e do isolamento fossem higienistas não médicos. Cf. BARNES, 1995: 104-108.

[690] *Decreto n.º 284/1868.* D. de L. 284 (14-12-1868).

[691] *Decreto n.º 83/1894.* D. do G. 284 (14-04-1894).

em 1897 o «Regulamento de profilaxia contra o contágio da tuberculose»[692] no concelho da Guarda, que obrigava os proprietários de hotéis, hospedarias e casas de habitação a participar ao comissário de polícia civil a chegada de hóspedes, bem como ao comissário de polícia a matrícula de todos os doentes tuberculosos que se estabelecessem no concelho em busca de tratamento.

O «Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública»[693] de 1901 introduziu a obrigatoriedade da declaração de doenças contagiosa incluindo a tuberculose sob pena de desobediência (Art. 60.º) com a finalidade de acionar os meios profiláticos adequados, entre os quais a desinfeção de habitações e bens e o isolamento de doentes (Art. 60.º, §1.º). A necessidade de fazer refletir a preocupação com o alastramento da doença e o movimento médico-social organizado para tentar debelá-la levou à criação de regulamentação específica para a profilaxia da tuberculose, que se corporizou no «Regulamento dos serviços de profilaxia da tuberculose» aprovado a 30 de agosto de 1902[694]. Assim, em 1902 surgiu a primeira legislação específica ao nível nacional sobre a profilaxia da tuberculose em Portugal impulsionado pelo «Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública» de 1901. No concernente à declaração obrigatória, os clínicos ficavam obrigados a participar os casos e os óbitos devidos à tuberculose de que tivessem conhecimento, independentemente da sede da doença, à delegação de saúde em Lisboa, ao diretor do serviço de moléstias infeciosas no Porto ou às subdelegações de saúde no resto do país. Sempre que o diagnóstico indicasse que a tuberculose era aberta (ativa e com atividade bacilífera) o diagnóstico devia ser acompanhado das medidas profiláticas para doentes e respetiva família.

As disposições dos dois regulamentos referidos tiveram como consequência a crítica da classe médica nacional, de forma semelhante ao que aconteceu em França. Na opinião médica a declaração obrigatória para os casos de tuberculose tinha mais inconvenientes do que benefícios. Os benefícios eram apenas o contributo para a realização de estatísticas de morbilidade e mortalidade mais fiáveis e de proteção à família do doente. Mas de forma geral, os médicos consideravam a declaração obrigatória inútil e socialmente perigosa enquanto não houvesse condições para tratar os doentes. Como caso típico de sucesso, os médicos reportavam-se à Inglaterra onde a declaração obrigatória funcionava bem porque tinham montado um dispositivo de prevenção e assistência que compreendia preventórios para os filhos dos doentes, dispensários para diagnóstico e triagem, sanatórios populares para tratamento dos doentes no primeiro e segundo período da doença e hospitais de isolamento para os enfermos no último grau. Na Alemanha, o governo montou uma organi-

[692] *Regulamento de prophylacia contra o contagio da tuberculose*, 1897: 193-195 e *Novo regulamento dos tuberculosos da Guarda*, 1897: 413-417.

[693] *Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública*. D. do G. 292 (26-12-1901).

[694] *Regulamento dos serviços de prophylaxia da tuberculose*. D. do G. 198 (04-09-1902).

zação semelhante à de Inglaterra a par do seguro contra acidentes e velhice, que permitia uma assistência mais rápida e menos onerosa para o Estado.

As reticências dos médicos em relação à notificação compulsiva prendiam-se com a estigmatização que os doentes e famílias poderiam sofrer e também com a quebra do sigilo profissional por terem de fazer a declaração nas delegações e subdelegações de saúde. No que diz respeito à estigmatização social dos doentes e suas famílias era uma questão delicada. Divulgar um diagnóstico poderia equivaler à morte social dum doente, representando uma responsabilidade que nenhum médico queria assumir. Estudos interrompidos, carreiras destruídas, casamentos suspensos, laços sociais desfeitos eram algumas das consequências imediatas da declaração, relegando o tuberculoso à condição de pária, isolado, inutilizado que tinha de morrer longe dos seus[695]. Como afirmou Ângela Pôrto «O horror diante da tuberculose acaba por fazer dela um tabu, um objecto de interdição e seu sintoma externo é a estigmatização do doente e seu consequente isolamento»[696]. A morte por tuberculose numa família era estigmatizante, porque a moléstia estava associada a um defeito hereditário e à pobreza. O indivíduo via-se desqualificado para o casamento, para o exercício de determinadas atividades profissionais ou para firmar um seguro de vida para si ou para a família[697]. Era mais uma condenação à morte moral do que à morte física. No livro de Cardoso do Carmo, intitulado «Contra a tuberculose»[698], que era sobretudo um manual de divulgação de conceitos sobre a doença, o autor dedica um capítulo à «tuberculofobia», onde evidencia o receio de muitas pessoas face aos tuberculosos, um pouco como hoje em relação aos portadores do HIV/SIDA.

Quanto ao sigilo médico existia uma enorme resistência dos clínicos à notificação pública da tuberculose dos seus pacientes. Isto liga-se à questão da estigmatização dos doentes, porque os médicos zelosos da sua deontologia própria e com uma clientela essencialmente burguesa não arriscavam a inscrever os seus pacientes/clientes na «lista negra». Deve dizer-se que os médicos não levantaram problemas em relação à declaração de doenças como o tifo, a cólera ou a varíola, doenças epidémicas que provocavam a morte numa questão de dias. Em relação a isto já dissemos que as doenças que atacavam repentinamente, que provocavam um elevado grau de sofrimento individual e coletivo e com sintomas repudiantes, obtinham o consenso médico quanto à declaração desses males. A tuberculose como patologia crónica e de esgotamento físico lento podia demorar anos a declarar-se ou mesmo manter-se latente durante o período vital do afetado, pelo que alertar a sociedade para a existência dum tuberculoso no seu seio equivaleria a condená-lo à mácula até ao final da vida. O mais curioso da oposição à declaração obrigatória era a per-

[695] GRELLET & KRUSE, 1983: 166-167.
[696] PÔRTO, 2007: 46.
[697] PÔRTO, 2007: 46.
[698] CARMO, 1927.

manência de velhos mitos como o da hereditariedade. Como afirmaram Isabelle Grellet e Caroline Kruse a descoberta da contagiosidade não dissipou a tese da hereditariedade na opinião pública, associando-a a uma tara familiar[699], e por isso os médicos protegiam o segredo das famílias, tornando a tísica num assunto privado e tabu.

Em 1926, com a reorganização dos serviços de saúde pública as penalidades que recaiam sobre os clínicos que não cumprissem a notificação obrigatória era maior, indo duma multa de cem a mil escudos da primeira vez até a pena de desobediência qualificada para o caso de reincidência. O novo regulamento previa ainda um estímulo pecuniário de 2$50 para cada declaração feita pelo médico[700].

Na opinião de António de Azevedo, o problema da declaração obrigatória em Portugal estava na falta de uma adequada organização sanitária que desse resposta a este problema social. Este acreditava que existiam várias consequências que obstaculizavam a declaração obrigatória: a impreparação da opinião pública, que teria como consequência a menor procura dos médicos assistentes pelas famílias e a procura de charlatães, a quebra do sigilo profissional, a imposição de uma tara ao doente para toda a vida, a responsabilização do médico em caso de erro de diagnóstico e a impossibilidade, por consequência do elevado número de tuberculosos, de praticar a desinfeção e outras providências, sem as quais a lei não tinha razão de existir[701].

Apesar dos estímulos e das sanções, esta questão arrastou-se durante décadas sem solução. Em 1950, num artigo da autoria de Augusto da Silva Travassos, então Diretor Geral de Saúde, dizia que a DGS se congratulava de ter os meios necessários para facilitar aos médicos a declaração obrigatória de doenças infeciosas. Esses meios, que eram somente o uso dos impressos e subscritos próprios da DGS e a isenção de franquia postal, resolviam uma velha aspiração da classe médica de fazer a declaração em estreito sigilo diretamente à DGS sem intermédio de delegações ou subdelegações de saúde[702]. Estava assim possibilitada uma colaboração mais estrita entre os médicos e os serviços centrais de saúde representados pela DGS. No entanto, as Portarias n.º 10169/1942 e n.º 13031/1950[703] que listavam as doenças infeciosas de notificação obrigatória não contemplavam a tuberculose entre as vinte e sete patologias consideradas. Segundo Álvaro Barros Rosa o assunto ficou definiti-

---

[699] GRELLET & KRUSE, 1983: 165.

[700] AZEVEDO, 1927: 1.

[701] AZEVEDO, 1927: 5.

[702] TRAVASSOS, 1950: 197.

[703] *Portaria n.º 10169/1931*. D. do G. n.º 106 (22-08-1942), p. 521 e *Portaria n.º 13031/1950*. D. do G. n.º 4 (05-01-1950). As patologias consideradas por esta portaria eram: ancilostomíase, bilharziose, brucelose, carbúnculo, cólera, difteria, disenterias bacilar e amebiana, encefalite letárgica, escarlatina, espiroquetose íctero-hemorrágica, febre-amarela, febres correntes, febres tifoides e paratifoides, hepatite epidémica, *kala-azar*, lepra, meningite cerebrospinal, peste, poliomielite, psitacose humana, sezonismo, sodocu, tifo exantemático e outras rickettsioses, tosse convulsa, tracoma, varíola e alastrim, doenças venéreas em período de contágio (sífilis, blenorragia, cancro mole, linfo-granuloma). *Vide* também DIRECÇÃO, 1950: 227.

vamente resolvido em 1961 quando foi estabelecida a declaração obrigatória. No entanto desconhece-se o seu alcance e resultados práticos.

5.1.2. Guerra ao bacilo

Como dissemos, a falta de cultura e sensibilidade para com o perigo da tuberculose e da sua natureza infeciosa impediam o sucesso da luta contra a doença. Um aspeto visível desse problema foi a questão da declaração obrigatória que acabamos de destacar. No entanto, a propaganda contra a tuberculose não se limitou à discussão em torno da obrigatoriedade da notificação e das questões daí advindas. Portugal e a comunidade médica portuguesa foram seguidores atentos das discussões geradas em torno deste problema social e por isso vemos refletidas estas questões nas discussões científicas, nas teses médicas e nas publicações periódicas. Até ao aparecimento dos antibióticos e químicos capazes de vencer a doença, a profilaxia dominou a questão da luta contra a tuberculose.

O combate contra a tuberculose foi essencialmente um combate ao bacilo e como tal a aplicação da profilaxia procurava obstaculizar a progressão da doença pela tomada de medidas em determinados campos de saúde pública. Temas como a higiene alimentar, especialmente da carne e do leite de animais tuberculosos, a desinfeção de habitações e objetos, a campanha contra o escarro, a promoção de modos de vida mais saudáveis, sobretudo nas crianças, e a vacinação pelo BCG constituíram os pontos de maior interesse médico e higiénico e por isso os higienistas fizeram destes temas o fulcro da profilaxia da tuberculose.

O isolamento laboratorial do BK teve repercussões imediatas no campo da prevenção e controlo das fontes de contágio. A doença do peito e dos magros passou a corporizar-se num ser minúsculo chamado bacilo de Koch. De dimensões microscópicas e de elevada resistência frente aos bactericidas conhecidos, o BK era capaz de infectar as pessoas, os animais e os produtos/objetos em que tocava. A luta contra a tuberculose passou a ter como inimigo público n.º 1 o bacilo de Koch. Como resultado desta identificação, a propaganda antituberculose focou a sua atenção na prevenção do contacto direto com o bacilo ou no contacto indireto por meio de produtos/materiais infetados como a carne, o leite e os escarros secos. Emergiu então uma verdadeira guerra médica e social contra o bacilo da tuberculose.

As experiências de Villemin em 1865 tinham mostrado que a tuberculose era contagiosa e inoculável entre animais da mesma espécie. No seu estudo defendeu que a tuberculose era contagiosa tal como outras doenças conhecidas e que o gado bovino era particularmente afetado pela doença:

> *La tuberculose se développe et se propage donc selon un ensemble de conditions analogues à celles des maladies zymotiques. Et pour ces raisons comme pour d'autres que nous verrons plus tard, nous pensons que sa cause réside dans un agent spécifique, qui se multiplie et se transmet dans les circonstances que nous venons de rapporter.*

(…) «Parmi les grands ruminants, l'espèce bovine jouit aussi d'une disposition très-marquée à la tuberculisation. La pommelière de la vache est si bien connue et si fréquemment observée qu'elle ne peut être l'objecte d'aucun doute[704].

O mesmo facto foi investigado por outros investigadores que chegaram à mesma conclusão de Villemin: a tuberculose era transmissível entre animais e os produtos como o sangue, a carne e o leite eram veículos do bacilo[705]. Porém, não era certo que os bacilos da tuberculose bovina infetavam o homem e só estudos bacteriológicos aprofundados permitiram confirmar isso.

Uma vez que a tuberculose causada pelo bacilo bovino nunca atingiu as proporções da tuberculose pulmonar, não lhe foi atribuída muita importância até se terem empreendido estudos consistentes sobre a transmissibilidade da doença do animal ao homem e sobre a infecciosidade dos produtos de origem animal como a carne e o leite. O *Mycobacterium bovis* entrava no corpo humano por diversas vias como a inalação, a inoculação e a alimentação, sendo esta última a mais frequente. A inalação de poeiras contendo os bacilos bovinos ou gotículas bacilíferas provenientes da respiração ou tosse do animal era possível, a par da inoculação possibilitada pela vacinação com produtos de bovinos tuberculosos, mas era sobretudo pela ingestão de alimentos contaminados que se efetuava o contágio por via intestinal.

A ingestão de carne, sangue ou leite contaminado era perigoso sobretudo para as crianças que devido à menor resistência ao ataque bacilar ficavam sujeitas à tuberculização por via intestinal. A infeção por via animal era responsável pelas tuberculoses intestinais, também designadas por peritonites tuberculosas, que podiam provocar obstruções intestinais agudas que requeriam intervenções cirúrgicas num curto espaço de tempo. Os médicos consideravam o bacilo bovino como o responsável por quase metade de todos os casos de meningite tuberculose, a forma mais rápida e letal da doença, estando também associado à tuberculose osteoarticular, ganglionar e cutânea. Segundo dados do Ministério da Saúde da Grã-Bretanha, em 1930 cerca de 28% das mortes por tuberculose não pulmonar e 2% de tuberculose pulmonar nos humanos eram de origem bovina[706], o que mostra o perigo associado aos alimentos contaminados.

Em Portugal podemos fazer recuar a preocupação com a saúde do gado e com a prevenção da tuberculose bovina a 1862. O Decreto de 12 de março de 1862[707] veio dar poderes aos intendentes de pecuária para vigiar a sanidade do gado e prevenir epizootias e enzootias pelo combate à transmissão da doença. Cerca de duas décadas depois foi publicada a Por-

[704] VILLEMIN, 1868: 407 e 485.

[705] *Da transmissibilidade da tuberculose por meio da carne e do leite de vaccas phthisicas*: 1881: 52.

[706] Cf. DORMANDY, 2000: 329, nota 2; e BRYDER, 1988: 133.

[707] *Regulamento das funcções dos veterinários.* D. de L. n.º 86 (16-04-1862).

taria de 29 de outubro de 1886[708] que pretendia combater as doenças das espécies pecuárias transmissíveis à espécie humana pelo aumento da fiscalização das vacarias nas capitais de distrito e determinar os meios de fiscalização sanitária de carácter permanente a pôr em prática de modo a atenuar a transmissão da tuberculose[709]. O problema da infeção por alimentos de origem bovina foi de tal modo encarado seriamente pelos médicos e veterinários que nos anos subsequentes gerou-se uma importante discussão científica acerca das medidas preventivas da tuberculose bovina.

A portaria de 1886, estabelecendo uma relação entre tuberculose humana e bovina, destinava-se a implementar medidas para a esterilização do leite de vaca. Em Portugal era prática corrente beber-se o leite acabado de mungir, encontrando-se nas ruas das cidades vendedores ambulantes que traziam atrás de si o animal, servindo o cliente em plena via pública (anexo n.º 3). Existia também uma velha crença espalhada pelas províncias portuguesas de que o leite de vaca podia restituir a saúde aos tísicos e sob esse pretexto consumia-se o leite diretamente do úbere da vaca correndo o «risco de beber a morte no licor a que vão pedir a vida»[710]. Os médicos e veterinários insistiam nos cuidados a tomar com o leite, na sua esterilização pela fervura, na rejeição do leite de vacas envelhecidas, magras e suspeitas de estarem tuberculosas, bem como na inspeção dos estábulos e sua desinfeção regular para evitar o contágio de outros animais.

Guilherme Ennes propôs ao Conselho Geral de Saúde e Higiene algumas medidas para atenuar o problema. Partindo dos inquéritos às vacarias de Lisboa e Porto pela Direção Geral de Agricultura averiguou que 33% das vacas ao serviço nestas vacarias estavam tuberculizadas. Considerou que a matrícula das vacas e a sua inspeção periódica eram meios importantes para diminuir os casos de tuberculose entre os animais, bem como a criação dos animais fora das cidades, exclusivamente no meio rural[711]. Também se preconizava o teste aos animais por meio da prova da tuberculina para despistagem, seguindo-se a separação do gado saudável do doente em estábulos especialmente desinfetados, separação das crias dos progenitores tuberculizados e exames periódicos aos animais[712].

As relações da tuberculose animal com a tuberculose humana foram um dos temas centrais do Congresso Nacional da Tuberculose em 1895. Na conferência proferida por João Viegas Paula Nogueira[713], que desempenhava então o cargo de delegado do Instituto de Agronomia e Veterinária, o autor chamava à atenção para a necessidade de vigiar os animais e cumprir escrupulosas medidas de desinfeção e esterilização dos produtos bovinos. Simi-

---

[708] *Portaria de 29 de Outubro*. D. do G. n.º 247 (29-10-1886).
[709] ROCHA, 1886: 337-339.
[710] NOGUEIRA, 1895b: 251.
[711] CARVALHO, 1888: 223-225.
[712] *Prophylaxia da tuberculose bovina*, 1900: 45.
[713] NOGUEIRA, 1895a/b: 201-209 e 249-257.

larmente ao homem, a tuberculose era um problema grave dos animais, uma verdadeira «panzootia universal»[714].

Impedir a expansão da tuberculose bovina e a sua transmissão ao homem implicava depurar as fontes de contágio como o leite, carne e sangue das rezes. A forma de pasteurização do leite pela ebulição era considerada o método mais eficaz. A pasteurização podia ser baixa, implicando aquecer o leite durante cerca de 30 minutos a temperaturas entre os 63-65ºC e arrefecê-lo rapidamente até aos 12ºC, ou alta aquecendo leite um ou dois minutos a mais de 85ºC e arrefecê-lo bruscamente[715]. Ao nível da zooprofilaxia, os médicos e veterinários insistiam na melhoria das condições higiénicas dos estábulos (iluminação, ventilação, remoção de imundices), na melhoria da alimentação dos animais[716] e na utilização exclusiva de carnes estampilhadas ou carimbadas por um inspetor[717].

Quanto à carne e ao sangue, igualmente virulentos para o homem, eram produtos de consumo corrente que podiam infetar grande número de pessoas. No caso da carne a esterilização pelo calor parecia ser o modo mais indicado, embora a profilaxia passasse também pela melhoria da higiene dos matadouros onde a contaminação se fazia por contacto das carnes com outras bacilizadas, pelo contacto com mesas, facas e chão impregnado de bacilos[718]. Todavia, implementar medidas profiláticas no campo da pecuária era difícil porque, além de ser um alimento importante e dificilmente desperdiçado, os interesses económicos dos negociantes esbarravam contra os ditames higiénicos. Embora o discurso de médicos e veterinários fosse no sentido de rejeitar carnes visivelmente tuberculizadas, total ou parcialmente, este era um assunto melindroso pela ingerência nos negócios dos criadores de gado[719]. Duma forma geral as análises aos produtos alimentares tinham consequências diretas na economia portuguesa. Tocar na reputação de alguns produtos como o vinho do Porto ou na aguardente, no azeite ou no leite equivalia a avultados prejuízos, pelo que existia alguma cautela ao falar sobre o assunto. Assegurar um controlo eficaz neste domínio não seria fácil nem pacífico embora os laboratórios em atividade nos inícios do século XX dedicassem cerca de 70% da sua atividade à análise aos alimentos[720]. Ainda assim, os médicos consideravam não existir perigo da utilização de carne proveniente de animais atingidos por tuberculose localizada. Somente quando se verificassem tubérculos nos músculos e gânglios intramusculares, quando houvesse generalização por erupções miliares e lesões nos órgãos torácicos ou abdominais os clínicos exprimiam maior resistência à sua utilização[721].

---

[714] NOGUEIRA, 1895b: 205.
[715] BENDA & FRANCHEL, 1952: 1004.
[716] SILVESTRE, 1937: 88-106.
[717] CASTRO, 1909: 56.
[718] Cf. SANTOS, 1908: 39-45; e *As carnes tuberculosas na difusão da tuberculose*, 1910: 133.
[719] NOGUEIRA, 1895b: 256-257.
[720] PEREIRA & PITA, 2006: 25.
[721] CASTRO, 1909: 55-56.

Outra questão ligada à disseminação do bacilo e muito focada pelos médicos foi o hábito de escarrar. Nos inícios do século XX, com a questão da poluição microbiana no auge, a grande preocupação dos higienistas centrou-se na expetoração dos tuberculosos, em particular nos escarros. Era comum as pessoas escarrarem no chão, nas paredes, nos móveis, nos lenços ou na roupa. Escarrar era um hábito cultural em Portugal como os médicos deixaram registado:

> *A disseminação do bacilo faz-se principalmente pelos escarros.*
>
> *Em Portugal escarra-se em toda a parte (escarra-se até na cabeça do visinho); o escarro secca, e esta perigosa poeira, carregada de micróbios e de toxinas tuberculosas, espalha-se por toda a parte*[722].
>
> *A expectoração do tísico, que contem bacilos e se difunde por toda a parte, é o grande meio de propagação.*
>
> *O escarro que em Portugal é lançado negligentemente para a rua, para a escada, para a praça pública, leva em si muitas vezes o gérmen das grandes calamidades!*[723].

Escarrar era um hábito perigoso que comportava um perigo eminente para os demais, já que a tuberculose era responsável por cerca de um sétimo da mortalidade geral[724]. Robert Koch tinha descoberto que os escarros secos eram mais perigosos do que os húmidos, porque nestes os germes mantinham-se aglutinados. O escarro projetado no chão depois de seco ia para a atmosfera sob a forma de poeira, posto em movimento pelo vento, pelas vassouradas, pela sacudidela de tapetes ou pela limpeza dos móveis[725]. Os processos de transmissão dos bacilos eram numerosos, desde a saliva para colar selos, aos bilhetes de cinema folheados com a ajuda de um dedo molhado em saliva, as canetas mordiscadas pelas empregadas de escritório ou o recém-nascido israelita contaminado pelo rabino tuberculoso que sugava o sangue do pénis do bebé depois da circuncisão[726].

Contra esta forma de contaminação invisível a única solução era a prevenção. Para combater a nocividade dos escarros os higienistas defenderam duas formas de ação: existência de legislação que proibisse o escarro projetado diretamente no chão e a utilização de recetáculos (escarradores) que pudessem isolar e neutralizar a virulência do BK. Estes dois modos de ação não eram separáveis, na medida que a proibição de expetorar no chão implicava como alternativa a utilização de escarradores contendo substâncias antissépticas. Guilherme Ennes defendia que a ação profilática devia convergir para a esterilização dos escarros e para o asseio dos tuberculosos, porque tudo o resto era secundário[727]. A proteção da família e da sociedade

---

[722] SÁ, 1901: 48.
[723] MORA, 1931: 325.
[724] DARMON, 1997: 249.
[725] CARMO, 1927: 23-24.
[726] DARMON, 1997: 250.
[727] ENNES, 1901: 167-168.

face ao tuberculoso passava em grande medida pela assepsia, pelo asseio absoluto dos tuberculosos, pela supressão das poeiras e pelo uso dos escarradores públicos e portáteis.

A legislação portuguesa em torno deste assunto nunca foi muito prolixa e é difícil dizer se foi eficaz. Os primeiros regulamentos que proibiram a projeção de escarros no chão e exigiram a utilização de escarradores fixos ou portáteis foram promulgados na cidade da Guarda em 1897[728]. Em 1901, António de Lancastre, que era então secretário-geral da ANT, escreveu um ofício ao governador civil de Lisboa, chamando à atenção para o problema do escarro como meio de transmissão da tuberculose. Nele diz que apesar do mau princípio de escarrar na via pública, se esta fosse bem iluminada os bacilos eram neutralizados pela luz solar, sendo pior a expetoração em veículos de transporte público e casas de espetáculo onde o BK podia manter a sua virulência durante semanas. Um ano mais tarde o Governo Civil de Lisboa promulgou um edital[729] onde proibia escarrar e cuspir nos transportes públicos e em locais públicos como templos, escolas, colégios, asilos, fábricas, hotéis, cafés, casas de espetáculos, hospitais, etc., devendo esses locais estarem apetrechados com escarradores. Cuspir fora deles era interdito e a violação do regulamento acarretava multas para os prevaricadores entre 500 réis e 1$000.

Contudo, a dificuldade de pôr em prática a regulamentação higiénica e a fiscalização dos comportamentos levou os médicos a apostar na divulgação de preceitos higiénicos através da imprensa escrita, de conferências, de editais ou através das homilias dos párocos, que eram instruídos nos seminários acerca das regras preventivas contra o terrível «flagelo branco»[730]. Num dos principais meios de propaganda escrita da região centro do país, o jornal «A Saúde», podia ler-se em 1932: «Escarrar no chão é um crime. Escarrar no chão é atentar contra a vida do seu similhante. No escarro está o principal meio da propagação da tuberculose»[731]. Neste domínio assumiu particular atenção a sensibilização para não escarrar no chão, mas fazer uso de escarradores. Os escarradores eram recipientes onde os indivíduos, sendo ou não tuberculosos, deviam cuspir. Podiam ser escarradores fixos e de grandes dimensões para serem colocados em locais públicos (anexo n.º 12) ou escarradores portáteis de bolso, onde os seus portadores podiam usar em qualquer local e em qualquer altura. A escolha do antisséptico dos escarradores era uma questão importante porque o BK tinha uma grande resistência aos desinfetantes. Por regra os médicos aconselhavam a escolha de líquidos bactericidas como soluções alcalinas de formol, lisol, ácido fénico, creolina, ácido pirolenhoso. Na impossibilidade de usar ou aceder a estes produtos aconselhava-se a usar água para impedir o escarro de secar[732].

---

[728] Cf. *Regulamento de prophylacia contra o contagio da tuberculose*, 1897: 193-195; e *Novo regulamento dos tuberculosos da Guarda*, 1897: 413-417.

[729] *Edital de 14 de março de 1902.*

[730] MORA, 1931: 325.

[731] *À Lareira*, 1932: 3.

[732] Cf. ENNES, 1898: 318-319; GIÃO, 1899: 77; CARMO, 1927: 26.

Foto 2 – Escarrador portátil pertencente à campanha «Proibido escarrar e cuspir no chão» da Liga Portuguesa de Profilaxia Social.
Fonte: Espólio museológico da LPPS. Fotografia de Ismael Vieira.

No entanto a preocupação em economizar dinheiro fazia com que os escarradores fixos fossem enchidos com areia, serradura ou cinzas, o que permitia a secagem dos escarros e os tornava perigosos. Além disso, mesmo os escarradores contendo desinfetantes podiam provocar tosse e espirros e consequente disseminação de bacilos. Na utilização dos escarradores fixos havia regras para o seu uso, designadamente estarem fixos e elevados a pelo menos um 1m do solo, ter tampa e não ser fraturável. Os utilizadores deviam ser educados para saber cuspir, não projetando, mas deixar cair a saliva, para evitar cair fora do recipiente. Quanto ao escarrador de bolso devia ser em metal (ver foto 1) e não em porcelana. O tuberculoso devia ter o cuidado de desinfetá-lo com água fervente todos os dias ou com soluções de creolina e ácido fénico. O conteúdo devia ser também escaldado para destruir quaisquer bacilos existentes[733]. A preocupação com os bacilos levou também à criação de novos instrumentos como o humecedor de selos para não usar a saliva (anexo n.º 13). Paralelamente à preocupação com os produtos da expetoração dos tuberculosos, os higienistas recomendavam alguns cuidados especiais como a desinfeção da boca, a desinfeção das mãos, a desinfeção dos excrementos e matérias fecais, a desinfeção de brinquedos, mobílias, vidros, roupas de vestir e de cama de forma a proteger o maior número de pessoas da doença[734].

Pela mesma altura foi fundada no Porto a Liga Portuguesa de Profilaxia Social destinada a combater os flagelos sociais e problemas de saúde pública como a sífilis, o tétano, a lepra, a tuberculose, o alcoolismo e a prostituição infantil na sociedade portuense. A intervenção médico-social da LPPS levou à consecução de várias campanhas e intervenções pro-

[733] MORA, 1931: 326.
[734] Cf. *Serviço de desinfecção de Cascaes*, 1899: 236-237 e ENNES, 1898: 167-168.

filáticas. Em 1929, a LPPS iniciou a campanha contra o hábito de escarrar e cuspir na via pública porque na cidade do Porto vagueavam inúmeros tuberculosos que poluíam a via pública com os seus escarros[735]. Em 1933, a LPPS conseguiu intensificar a luta contra o escarro, pelo interesse que o assunto suscitou, quer do ponto de vista higiénico e profilático, quer pelo lado antiestético e de inferiorização perante os turistas estrangeiros. Nesta demanda contou sobretudo com o auxílio da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal (ATNP) e do Conselho Nacional do Turismo que apoiaram esta causa em detrimento da mesma iniciativa em Lisboa. Em 1934, os diretores da LPPS dirigiram-se ao Conselho Nacional de Turismo no sentido de alargar a campanha contra o escarro a todo o país. Mas os reflexos desta iniciativa só se concretizaram anos mais tarde. Em 1935, o Conselho Nacional de Turismo oficiou aos diversos ministérios para que junto dos organismos deles dependentes se fizesse o esforço para terminar com tal prática. Os Ministérios, Governos Civis, o Patriarcado e outras associações e empresas auxiliaram e apoiaram esta resolução. A DGS não tardou a promover a aprovação de posturas pelos municípios proibindo cuspir na via pública, nos estabelecimentos oficiais e particulares e nos meios de transporte. Os primeiros concelhos a aderir foram Aveiro e Arouca, secundados por Lisboa[736].

No Porto só em 1937 a Câmara Municipal tomou a resolução de proibir o hábito de escarrar e cuspir em lugares públicos ou aplicar saliva sobre dinheiro, papéis ou outros objetos, estipulando-se coimas para os infratores[737]. A LPPS, não se contentando com o que já conseguira ao nível legislativo e regulamentar, encetou campanhas educativas da população e por isso entrou em contacto com o episcopado, com os comandantes das regiões militares e com os diretores dos distritos escolares para, numa ação concertada, lutar contra este mau hábito. Não obstante, mudar os hábitos foi uma tarefa difícil e morosa, cujos resultados são difíceis de percecionar.

Associada à questão da disseminação dos bacilos da tuberculose pelo descuido com os materiais da expetoração estava a desinfeção. Já mencionamos a necessidade de usar desinfetantes nos escarradores e sua desinfeção após a utilização diária. Contudo, a desinfeção na tuberculose aplicava-se a um conjunto de casos mais latos. A desinfeção estendia-se ao domicílio dos doentes, ao mobiliário e aos seus pertences. Com o Decreto de 28 de abril de 1894[738], a tuberculose entrou no rol de doenças contagiosas nas quais era necessário proceder à desinfeção obrigatória após a morte do doente. No ano seguinte um artigo[739] publicado no «Coimbra Médica» chamava à atenção da administração dos Hospitais da Universidade para a necessidade de proceder à desinfeção dos escarros e produtos tuberculosos, mas a falta de máquinas apropriadas impediu um serviço regular e correto.

---

[735] *Cronologia de 75 anos em prol do bem comum* (Liga Portuguesa de Profilaxia Social), 1999: 25-26.

[736] LIGA, 1944: 4-9.

[737] LIGA, 1944: 14-17.

[738] *Decreto de 28 de abril de 1894.*

[739] *A desinfecção dos productos tuberculosos nos Hospitaes da Universidade*, 1895: 459.

No decurso do primeiro congresso da LNCT em 1901, Guilherme Ennes apresentou duas comunicações[740] onde tratou da desinfeção domiciliária em caso de tuberculose, quando não houvesse desinfeção pública, e outro falando da desinfeção pública nas pequenas aglomerações. Da primeira comunicação já falamos, sendo que compilava medidas higiénicas que exortavam à desinfeção de todos os objetos manipulados pelo tísico e atenção especial com asseio pessoal. Na segunda comunicação defendeu a desinfeção obrigatória de roupas, artigos fúnebres, quartos, mobílias, esgotos e fossas, que devia estar ao cargo da administração. Isto exigia a criação de um posto de desinfeção em cada concelho, apetrechado de pelo menos dois desinfetadores e uma estufa de vapor sob pressão. Estas medidas apesar de importantes, eram ambiciosas, porque exigiam predisposição dos poderes públicos para gastar uma soma avultada na construção do centro de desinfeção e respetivo apetrechamento.

A legislação relativa à profilaxia da tuberculose de 1903 deu uma importância particular à questão da desinfeção[741]. Os domicílios ou divisão onde o tuberculoso residisse tinham de ser obrigatoriamente desinfetadas pelos serviços de desinfeção pública quando houvesse mudança de residência do doente ou em caso de óbito. A requisição devia ser feita pelo médico assistente, sob pena de desobediência, ou, na ausência deste, pelo chefe de família, familiar próximo ou enfermeiro. Todos aqueles que ocultassem objetos dum tuberculoso ou o tentassem vender ficavam sujeitos a punição segundo o código penal. Os donos dos hotéis e hospedarias ficavam igualmente obrigados a proceder à desinfeção de quartos e objetos usados por doentes.

Como dissemos, a tuberculose tornou-se um mal ubíquo na sociedade portuguesa em grande parte do século XX. Na classe médica, como na sociedade em geral, gerou-se uma verdadeira «bacilofobia». O medo do terrível «flagelo branco», como lhe chamou Mário Mora[742], despertou a consciência da necessidade de proteção face à doença, que na realidade era a necessidade de proteção face ao BK. Este germe omnipresente nos alimentos, nos escarros, na saliva, no chão, nas paredes dos quartos, na roupa e na pele desencadeou uma das maiores lutas do homem contra a doença de que há registo na História Contemporânea. Inicialmente foram adotadas medidas simples e possíveis para o conhecimento e tecnologia da altura. A insistência dos médicos na profilaxia mostra duas realidades distintas: em primeiro lugar a consciência da necessidade de evitar o contágio pela prevenção e desinfeção e em segundo lugar a completa impotência da medicina face a esta doença. Apesar dos primeiros tratamentos eficazes só aparecerem no final da II Guerra Mundial, algumas décadas antes emergiu uma outra resposta profilática de grande valor, que já havia sido aplicada a outras doenças: a vacinação.

---

[740] ENNES, 1901: 167-168 e ENNES, 1901: 120-121.

[741] *Decreto de 30 de agosto de 1903.*

[742] MORA, 1931: 325.

5.1.3. A vacina BCG

Ao longo da primeira metade do século XX, as atenções do corpo médico centraram-se na obtenção de meios eficazes de cura, se bem que tardaram a aparecer. Paralelamente às pesquisas no domínio do tratamento foram feitos numerosos esforços no sentido preventivo. Como já dissemos, existiu uma preocupação manifesta em combater as fontes de contágio, fosse a contaminação dos alimentos, fosse os hábitos anti-higiénicos. Apesar dos esforços profiláticos feitos pelos médicos, o combate contra o inimigo invisível colheu uma certa indiferença social e política. A procura dum elemento de cura específico remontava à descoberta da tuberculina e ao seu emprego no tratamento e posteriormente na prevenção. As experiencias malogradas não fizeram os médicos baixarem os braços e logo se desenvolveram novas pesquisas destinadas a conceber um meio de controlo eficaz pelo emprego duma vacina específica.

As primeiras vacinas concebidas especificamente para a tuberculose foram preparadas a partir de bacilos mortos, como foram as vacinas de Marigliano, Henri Vallé e Friedrich Löffler, ou de estirpes não humanas como a da tartaruga do mar usada por Friedrich Friedmann[743]. O fracasso destas primeiras experiências canalizou a atenção dos cientistas para a preparação duma vacina a partir de bacilos vivos de origem humana ou bovina, mas de virulência atenuada. Em 1902, Emil von Bering preparou a «*Bovo Vaccine*» a partir de bacilos vivos, mas quando era aplicada em bovinos mantinha a sua virulência e infetava os produtos de origem animal como o leite. Outra vacina, denominada de «*Taruman*», foi concebida na mesma altura por Robert Koch e Fred Neufeld partindo de uma mescla de bacilos humanos virulentos e bacilos bovinos atenuados[744]. Em 1920 o diretor clínico do famoso sanatório de Davos, Carl Spengler, também criou a sua vacina, a «*Immunkorper*» ou simplesmente «IK», que segundo ele retinha as toxinas segregadas pelo BK, embora nenhumas toxinas tivessem sido ainda identificadas[745].

Na mesma altura, dois investigadores do Instituto Pasteur em Lille, Albert Calmette e o seu ajudante Camille Guérin, fizeram a descoberta da vacina BCG. Ao cultivar bacilos virulentos em caldo de batata glicerinado contendo bílis de boi, para melhorar a emulsão, verificaram que os bacilos perdiam virulência em relação aos que eram cultivados sem bílis. No começo das investigações em 1906, a virulência era tal que a inoculação de 3mg provocava a morte dum bezerro entre 28 e 35 dias. Após setenta culturas do preparado, os animais conseguiam tolerar a inoculação até 100mg. Com a ocupação da França durante a I Guerra Mundial estes investigadores viram-se privados do gado vacum para as suas experiências, e por isso serviram-se duma grande quantidade de pombos para o mesmo efeito, que quase valeu a Calmette o fuzilamento pelos alemães por suspeição de espionagem. Em

[743] BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 93.
[744] BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 93.
[745] DORMANDY, 2000: 339.

1919 e após 231 subculturas, os bacilos obtidos deixaram de produzir a tuberculose nas cobaias. Em 1921, Calmette batizou a estirpe obtida de «Bacilos de Calmette-Guérin», internacionalmente conhecidos pela sigla BCG. Três anos mais tarde declarou que se tratava dum vírus fixo permanentemente estabilizado, o que lhe valeu sérias críticas nos anos subsequentes[746].

Em 1921, o pediatra Bernard Weill-Hallé tendo conhecimento da nova vacina decidiu aplicá-la pela primeira vez em humanos por via oral, mais propriamente num recém-nascido cuja mãe morrera de tuberculose. Entregue aos cuidados da família, onde existiam vários casos da doença, a criança não só sobreviveu como consegui manter-se imune. Tal facto animou Weill-Hallé e o seu colega Raymond Turpin a vacinar nos três anos seguintes mais 317 crianças da maternidade do Hospital da *Charité* com sucesso. Sete anos mais tarde o número de vacinados era de 116.000 e dois anos depois contavam-se 242.250 crianças vacinadas em França[747].

Em 1928, o Comité de Higiene da Sociedade das Nações organizou em Paris uma conferência internacional da vacina BCG onde os vários especialistas confirmaram a inocuidade e a produção dum certo grau de imunidade tanto no homem como nos bovinos. Na VII Conferência Internacional da Tuberculose de Oslo reiteraram as mesmas conclusões. Paulatinamente, o entusiasmo em torno da nova vacina cresceu e levou à criação de programas de vacinação em vários países. Apesar das controvérsias que envolviam a aplicação da vacina, alguns países como França, Bélgica, Espanha, Grécia, Holanda, Polónia, Itália, Canadá, Brasil, Argentina, Chile e Uruguai desenvolveram programas de vacinação com a vacina BCG.

A maior contrariedade à difusão da vacina BCG surgiu a partir dos anos 30 devido à tragédia de Lübeck que teve lugar entre fevereiro e abril de 1930. Na Alemanha desenvolveram-se vários programas de vacinação BCG, um dos quais no Hospital Municipal Infantil de Lübeck onde foi administrada por via oral a vacina BCG a 249 bebés nos primeiros dez dias de vida. Em meados de abril começaram a morrer várias crianças vacinadas em fevereiro e em junho já tinham morrido 67 bebés de tuberculose aguda. O governo alemão instaurou um rigoroso inquérito no sentido de apurar as causas deste desastre. A comissão encarregada do inquérito acabou por concluir que as mortes não tinham a ver com a vacina BCG em si. O Instituto Robert Koch tinha enviado para o hospital culturas com bacilos virulentos para fins de investigação. No entanto, as culturas foram preparadas nas mesmas incubadoras usadas para preparar as vacinas o que levou à contaminação destas. A falta de medidas de segurança no manuseamento do material de laboratório foi a causa da contaminação e da morte das crianças. Vários membros do hospital foram presos, mas a confiança na vacina regrediu na maioria dos países.

---

[746] BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 93.

[747] Cf. BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 93 e DORMANDY, 2000: 342.

No entanto, o incremento da tuberculose no período final da II Guerra Mundial obrigou os países da Europa à utilização massiva da BCG por ser o único meio fiável de prevenção. O movimento começou em 1947 na Dinamarca por um programa dirigido pela Cruz Vermelha que abarcou 290.000 pessoas. Suécia e Noruega também se juntaram a esta campanha antituberculosa conhecida como «Empresa Conjunta»[748]. Em 1948, organizou-se o primeiro Congresso Nacional de BCG em Paris para avaliar os resultados obtidos pela vacinação. O congresso concluiu que das mais de dez milhões de vacinações efetuadas no mundo inteiro no decurso de vinte e cinco anos confirmou-se a inocuidade da BCG para a espécie humana, sendo formalmente considerada como o meio mais eficaz de prevenção da tuberculose. O congresso fez votos para que todos os recém-nascidos fossem vacinados, bem como os adolescentes e adultos que dessem reações negativas à tuberculina e ainda os mais expostos ao contágio como o pessoal médico, paramédico, estudantes, reclusos, etc.[749]

Por esta altura iniciou-se uma campanha transnacional, inicialmente centrada na Europa e Ásia e depois extensível ao Médio Oriente e Norte de África, que teve como origem a Cruz Vermelha Dinamarquesa e as suas associadas escandinavas, com o auxílio material da Fundação Internacional de Socorro à Infância e o auxílio técnico da OMS[750]. Em 1949, estes organismos propuseram-se a testar cinquenta milhões de crianças com a tuberculina e a vacinar quinze milhões na Europa. Nesse ano, a Organização das Nações Unidas através da UNICEF uniu-se aos empreendimentos com a finalidade de alargar as campanhas de vacinação ao Terceiro Mundo. Nos finais de 1950 começaram as vacinações em quarenta e um países de África, Ásia e América do Sul, aplicando-se 350 milhões de provas tuberculinas e 130 milhões de vacinas.

Em Portugal os progressos na área da tisiologia foram acompanhados de perto pela comunidade médica e tal também aconteceu com a vacina BCG. No ano em que Calmette e Guérin iniciaram as suas pesquisas sobre a vacina antituberculose logo os periódicos médicos deram notícias acerca da vacinação por via oral das vitelas, adiantando também a hipótese de se estender a vacina aos humanos, especialmente crianças e adolescentes[751]. A literatura médica em Portugal seguiu atentamente os progressos científicos e técnicos neste domínio, assim como a discussão gerada entre as várias vacinas preconizadas ao longo dos primeiros decénios do século XX[752].

Não se pode dizer que a introdução da cultura e preparação da vacina BCG em Portugal foi feita por uma instituição como aconteceu em França. Pelo contrário, o estímulo à introdução da cultura da vacina em Portugal ficou-se a dever à LPPS e aos seus mentores

---

[748] BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 95-96.

[749] *O primeiro Congresso Internacional da B.C.G.*, 1948: 536.

[750] *Novas investigações sobre a tuberculose* (Organização Mundial de Saúde), 1949: 665.

[751] *Nova vaccina contra a tuberculose*, 1906: 159-160.

[752] *Vide* entre outros artigos os seguintes: *A lucta contra a tuberculose em Portugal*, 1926: 196-197; BRITO, 1927: 3-5; *Sobre a vaccina anti-tuberculosa*, 1928: 118; *Vacina contra a tuberculose*, 1929: 29.

Emílio de Magalhães, Gil da Costa e Veiga Pires. Seguindo as orientações acentuadamente profiláticas da medicina do tempo, a LPPS procurava combater a tuberculose por todos os meios. No primeiro quartel do século XX, o problema da tuberculose no Porto tinha-se tornado aflitivo pelas elevadas taxas de mortalidade, pois pereciam em média três pessoas por dia devido à tuberculose, e pelas más condições de vida da população. Por isso, a LPPS fez do combate contra a tuberculose a sua principal missão. Cumprindo a sua vocação preventiva empenhou-se em desenvolver meios para proteger a população portuense, neste caso específico pela introdução da vacina BCG. A 25 de maio de 1928, a LPPS dirigiu uma carta[753] ao Dr. Calmette, na altura diretor do Instituto Pasteur de Paris, a solicitar o envio duma amostra da vacina BCG e as instruções para proceder à cultura laboratorial. O objetivo era criar um serviço para fornecimento gratuito da vacina à população do Porto, que entre 1920-23 tinha vitimado 137 indivíduos em cada 1000 e entre 1921-23 a tuberculose sob todas as formas matava 3,16% das crianças até um ano de vida. A 31 de maio Calmette respondeu dizendo que havia enviado para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana uma amostra e as respetivas instruções de preparação. Aconselhou a LPPS a requerer junto do Instituto o fornecimento da vacina, embora se tenha prontificado a enviar gratuitamente uma amostra e instruções de preparação para o Laboratório Bacteriológico do Porto caso a resposta do Instituto Câmara Pestana não fosse satisfatória[754].

Pedidas as amostras a Lisboa, a resposta de Aníbal Bettencourt foi de que o Instituto Bacteriológico ainda não tinha em sua posse a vacina. O Dr. Caíres havia tratado do assunto diretamente com Calmette, mas a BCG ficou de vir por via diplomática o que atrasou a entrega[755]. A 28 de junho a LPPS convocou dezanove clínicos para uma reunião na sua sede com a finalidade de iniciar os trabalhos de vacinação, a maioria dos quais dedicados à causa da tuberculose. Mas só a 5 de janeiro de 1929 a Liga conseguiu organizar a comissão médica para a aplicação da vacina BCG, sob a direção dos Drs. Manuel Pinto, Freitas Veloso, Néry de Oliveira e Hernâni Barrosa. Aníbal Bettencourt depois de informado prontificou-se a preparar a vacina e dar instruções para a sua aplicação[756]. Pouco depois Hernâni Barrosa e Néry de Oliveira fizeram noticiar na imprensa que a LPPS tinha iniciado a vacinação pela BCG no Porto.

Porém, uma voz discordante reclamou o pioneirismo da introdução da BCG em Portugal. A 2 de dezembro de 1942, o tisiologista Elio de Vasconcelos Dias escreveu uma longa carta (anexo n.º 14) à direção da LPPS onde mostrava indignação pela forma como a Liga Portuguesa de Profilaxia Social se vangloriou da introdução da vacina BCG em Portugal, pois este médico do Dispensário de Viana do Castelo tinha sido o primeiro a importar e

[753] Liga Portuguesa de Profilaxia Social, 1928.
[754] CALMETTE, 1928.
[755] BETTENCOURT, 1928.
[756] BETTENCOURT, 1929.

administrar a vacina. Depois de contactado o Instituto Pasteur e o Instituto Câmara Pestana e sem sucesso na obtenção da vacina, Elio Vasconcelos foi realizar uma conferência médica a Tuy, na Galiza, onde o médico Alejo Diz o pôs em contacto com o doutor Varela Gil do Instituto de Biologia de Santiago de Compostela onde já se fabricavam as vacinas. O atraso da chegada da vacina ao Instituto Câmara Pestana forçou a sua procura no estrangeiro. O médico de Viana reporta-se ao atraso num artigo publicado a 21 de abril de 1928 no «Notícias de Viana» do seguinte modo:

> *O Dispensário de Viana que muito vianense, infelizmente ainda desconhece, lembrou-se de escrever a Calmette pedir-lhe, dadas as circunstâncias precárias de todas as casas de caridade portuguesas, se lhe fornecia esta vacina de graça. Calmette respondeu prontamente que da melhor vontade o fazia, mas como era preciso emulsionar as culturas que ele envia e conserva-l'as em estufas especiaes, etc., que enviaria ao Instituto Bacteriológico Camara Pestana de Lisboa as culturas necessárias não só para Viana, mas para todo o Paiz e absolutamente grátis.*
>
> *Apresou-se o Dispesário em escrever para Lisboa e dum dos assistentes desse Instituto, recebe a carta da qual recortamos o seguinte, "O assunto anda correndo a via-sacra das várias repartições, das variadas Direcções, dos variadíssimos Ministerios por onde se estadeia a nossa sabedoria. O Calmette espera um convite do Govêrno e daqui, julgo ter ido essa indicação para o Ministerio da Instrução, mas tem de ser ouvido o dos Negocios Estrangeiros e mais também o das Finanças por causa não sei que direitos. Nestas demarches andam os Ministérios".*
>
> *E como nota frisante: …"Naturalmente como a vacina levou 13 anos a preparar, os Ministérios levarão pelo menos o dobro! …"*
>
> *Em face disto o Dispensário lembrou-se de recorrer á Espanha – á Faculdade de Santiago de Compostela por intermédio dum distinto clínico de Tuy e só assim e por gentileza daquela consegue vacinar os filhos de Viana*[757].

Elio Vasconcelos pediu a 20 de março de 1928 ao instituto de Varela Gil uma dose da vacina para administrar ao filho recém-nascido dum paciente seu. Assim, o primeiro vacinado com a BCG foi presumivelmente Abel Figueiras Afonso do Alto Minho. Além de usar as vacinas no dispensário onde era assistente ainda forneceu alguns colegas de várias regiões do país. A 26 de maio forneceu a farmácia de Vítor Freitas e Paiva em Coimbra, a 29 e 31 de maio e 2 de junho foi vacinada em Braga por Jerónimo de Sousa Louro uma criança com a BCG enviada por Elio Vasconcelos, o que aconteceu também em Vila Viçosa a 2 de agosto, em Viana do Castelo a 3 de agosto e 18 de setembro, assim como enviou para Luís Raposo da Universidade de Coimbra a 25 de novembro. Pelas datas das publicações no periódico de Viana do Castelo podemos concluir que foi de facto este médico que introduziu a vacinação BGC em Portugal. A direção da LPPS apesar de procurar fazer o mesmo teve apenas o mérito de promover o programa de fabrico e vacinação para a população portuense. A

[757] SEMANA, 1928: 1.

própria LPPS reconheceu o pioneirismo de Elio Vasconcelos Dias na introdução da vacina BCG em Portugal e o mérito de realizar as primeiras vacinações, chamando a si um grande quinhão pela introdução no nosso país da própria cultura[758].

Quanto ao Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, onde funcionavam os serviços bacteriológicos da Assistência Nacional aos Tuberculosos, instalaram em janeiro de 1929 um serviço destinado a fornecer as vacinas ao público utilizando as culturas BCG enviadas por Calmette. O responsável pela conservação da BCG e pela preparação das vacinas era Alfredo de Magalhães, que aprendera diretamente de Calmette a técnica aquando da sua estada no Instituto Pasteur. As emulsões da vacina preparadas no instituto lisboeta eram fornecidas exclusivamente aos médicos, porque a vacina nesta altura ainda estava rodeada de muitas incertezas quanto à imunização que conferia, sendo aplicada na maior parte das vezes em crianças cujo entorno social era predisponente à contração da tuberculose. Desde o começo da produção da BCG até julho de 1930, o ano mais gravoso em termos da mortalidade em Portugal, tinham sido feitas apenas 153 requisições da vacina[759].

Quando surgiu a vacina BCG nos finais da década de 1920 e inícios da década de 1930, a luta contra a tuberculose na Europa e em Portugal conhecia uma tendência crescente. Em Portugal, os fatores que mais obstaram a uma correta e profusa profilaxia contra a tuberculose foram a falta de meios económicos para fazer face aos gastos com a propaganda e assistência. Persistia a ignorância da população, perpetuada pelos mitos em torno da doença, e falta de organização necessária para se proteger. A Junta de Província da Beira Litoral, presidida por Bissaya Barreto, foi uma das instituições que mais se empenhou na difusão da vacinação como meio preventivo, apelando às mães para vacinarem os filhos, como testemunha a propaganda do jornal «A Saúde» de 1932:

> *MÃES!*
> *Vacinai os vossos filhos contra a Tuberculose!*
> *Vacinai os vossos filhos com a vacina B.C.G.*
> *Assim iremos fazendo a profilaxia da Tuberculose.*
> *Assim iremos defendendo as gerações de amanhã.*
> *Assim cuidaremos do Futuro da Raça.*
> *Assim trabalharemos pelo Futuro de Portugal!*[760].

As crianças eram um elemento social bastante atingido e particularmente vulnerável à tuberculose, contra a qual existiam medidas profiláticas indiretas, como o isolamento dos tuberculosos adultos, e diretas, como as Obras de Grancher, mas que tinham um alcance limitado pela falta de recursos financeiros e económicos para implementá-los pro-

[758] *Sumário da actuação da Liga Portuguesa de Profilaxia Social quanto à vacina B.C.G*, [s.d.] (Liga Portuguesa de Profilaxia).
[759] KOPKE, 1930: 15-16.
[760] *Mães*, 1932: 2.

fusamente[761]. Neste contexto, a emergência de um novo meio económico como era a vacina BCG gerou uma nova esperança para os defensores da medicina preventiva. Recurso simples, inócuo, eficaz e sobretudo económico, a vacina BCG permitiria um maior controlo da endemia pela imunização de milhares de crianças, jovens e estudantes das áreas da saúde que eram os mais expostos à doença. Mas não foi fácil convencer a comunidade médica a modificar de opinião em relação à vacina, especialmente depois do desastre de Lübeck. O Instituto Pasteur em Paris endereçou uma nota aos médicos no sentido de convencer a comunidade médica da inocuidade da doença, explicando detalhadamente o modo de aplicação da vacina, a sua ação ao nível imunitário, a duração e técnicas de diagnóstico[762].

No decorrer da década de 1940 os progressos em termos práticos foram limitados. Os médicos reconheciam duma forma geral a importância da vacina BCG na premunição contra a tuberculose. Num artigo publicado pelo «Boletim da Assistência Social», Augusto Vaz Serra fez a apologia da utilização da vacina BCG, por ser inócua, por conferir um certo grau de imunidade e também porque existiam provas estatísticas da regressão dos infetados por tuberculose em determinados países europeus[763]. Contudo, as discussões em torno de potenciais efeitos nefastos da BCG dominaram este tema até meados do século XX. Em 1948 realizou-se o I Congresso Internacional da BCG em Paris, onde se destacou uma forte tendência para a implementação da vacina. As conclusões do congresso foram determinantes para que nos anos subsequentes se implementassem programas de vacinação ao nível nacional e internacional. Os propulsores do congresso alegaram que a inofensividade da vacina no homem tinha como suporte as cerca de dez milhões de vacinações sem registo de inconvenientes durante vinte e cinco anos. Reiterou igualmente a eficácia da vacina na criação de imunidade à tuberculose e salientou ainda uma preocupação especial pela vacinação de crianças, adolescentes em idade escolar, pessoal médico e paramédico[764]. No mesmo ano, Raul Ribeiro publicou um artigo sobre a prevenção pela BCG dizendo que em Portugal ainda não se tinham empreendido as ações profiláticas necessárias e que «fora da vacinação jenneriana, tudo têm sido tentativas receosas, passos hesitantes»[765].

Portugal só acertou o passo com a Europa a partir de 1950 com a Lei n.º 2044 de 20 de julho[766], que consagrou a tuberculose como uma doença social e como tal criou mecanismos de combate ao problema. Edificaram-se três centros de profilaxia e diagnóstico e regularam-se as atribuições dos dispensários. Foi também erigido um Laboratório Nacional de produção da vacina BCG, sob responsabilidade de um professor catedrático da

[761] PIRES, 1930.
[762] *Vide Aos senhores médicos* (Instituto Pasteur de Paris), 1933: 4-6.
[763] SERRA, 1943: 335.
[764] *O primeiro Congresso Internacional da B.C.G.*, 1948: 533-536.
[765] RIBEIRO, 1948: 505.
[766] *Lei n.º 2044/1950.* D. do G. n.º 142 (20-07-1950).

Faculdade de Medicina de Lisboa, sendo esta distribuída pelos três centros de profilaxia da tuberculose a quem estava incumbida a vacinação pelo BCG nas suas áreas de atuação. Foram ainda criadas brigadas móveis para radiorrastreio e vacinação nas povoações mais isoladas, nas fábricas, quartéis, escolas e colónias de férias[767]. Desde 1950 que o Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos noticiava a criação de um novo laboratório destinado à preparação e distribuição da BCG em Portugal e três centros de profilaxia e diagnóstico estabelecidos no Porto, Coimbra e Lisboa sob a direção do IANT[768]. Contudo, foi a partir de 1952 depois da recomendação da OMS na ampla utilização da BCG que o Estado português iniciou uma propaganda em larga escala para travar a tuberculose[769].

Nos dias 17, 18 e 19 de março de 1952, os ministros das Obras Públicas e do Interior inauguraram sucessivamente o Centro de Profilaxia e Diagnóstico de Lisboa, do Porto e de Coimbra. Com estas iniciativas as três principais cidades ficaram providas de dispensário, construídos de raiz segundo os mais modernos preceitos científicos e técnicos da época[770]. A criação destes centros ia de encontro a determinados objetivos e pretensões das autoridades políticas e de saúde. Tinha como principais funções organizar o cadastro microrradiográfico da população, administrar e orientar a vacinação BCG, a aplicação de outros meios de imunização e fazer propaganda profilática especialmente sobre a vacina BCG. Deviam ainda encaminhar os doentes tuberculizados para os dispensários antituberculosos da sua área e colaborar com os dispensários, brigadas móveis, serviços de saúde, assistência e previdência em todos os assuntos que dissessem respeito à luta antituberculose[771].

Finalmente em 1954, o IANT adotou normas oficiais[772] para a vacinação contra a tuberculose pela vacina BCG. A publicação de procedimentos oficiais permitiu normalizar a correta utilização da vacina BCG em todo o país. Segundo esta normativa, a BCG seria aplicada a todos os indivíduos não contagiados pelo BK, sendo para isso necessário submeter os indivíduos à prova tuberculina. Este documento compreendia também uma série de instruções para os testes com tuberculina e para vacinação. Os testes da tuberculina permitidos eram somente o Adesivo de *Moro*, usado em crianças até aos 8 anos, e a prova intradérmica de *Mantoux* com PPD ou TP. O emprego da vacina BCG podia-se fazer pelo método intradérmico de Wallgren ou pelo método das escarificações cutâneas de Nègre e Bretey. Este documento determinava ainda a forma de fornecimento das tuberculinas, vacina BCG, restante material e impressos. Deste modo, o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, por intermédio dos Centros de Profilaxia e Diagnóstico e dos seus Servi-

[767] BESSA, 1953: 620.

[768] ALVES, 1950: 853-858.

[769] LEITÃO, 1952: 249.

[770] *Luta contra a tuberculose no Porto e em Coimbra*, 1952: 699-701; e *Inaugurou-se em Lisboa um laboratório destinado à preparação da vacina BCG*, 1952: 701-702.

[771] BESSA, 1953: 620.

[772] *Normas oficiais para a vacinação contra a tuberculose* (Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1954: 114-125.

ços de Abastecimento fornecia as tuberculinas, vacina BCG, material e impressos aos estabelecimentos deles dependentes, tal como a todos os serviços sanitários e assistenciais com que colaboravam. As requisições de tuberculinas, material e impressos com registo de entrada nos centros até dia 10 de cada mês eram expedidos na segunda quinzena desse mês e a requisição da vacina BCG com registo até às segundas-feiras eram expedidas aos sábados. Munidos de impressos próprios, os médicos deviam dirigir-se ao Centro de Profilaxia e Diagnóstico da sua zona para fazer a requisição[773]. Os clínicos podiam também requisitar a tuberculina e vacina para uso em clínicas particulares devendo pagar 20$00 por cada ampola da vacina.

Apesar de todas as medidas e leis referentes à profilaxia até ao final de 1953 foram contabilizados apenas 70.000 radiorrastreios e vacinadas 33.000 pessoas numa população de 8,5 milhões de habitantes[774]. Para que o sistema profilático fosse eficaz os médicos calculavam que quer a vacinação quer o radiorrastreio deviam atingir cerca de 70% da população, o que tardou vários anos. Mas pouco a pouco os esforços do IANT e das autoridades sanitárias surtiram efeito, contando-se em 1956 com 732.632 microrradiografias e 148.960 vacinas BCG administradas pelos dispensários do IANT[775]. O aumento brusco de vacinações a partir de 1956 esteve diretamente ligado à entrada em ação das Brigadas Móveis, que permitiram estender a sua ação a um maior número de localidades e pessoas.

As brigadas móveis foram criadas pela já mencionada Lei 2044 de 20 de julho de 1950, competindo-lhes as mesmas funções que aos centros de profilaxia e diagnóstico nas áreas de atuação. Deveriam por isso organizar o cadastro microrradiográfico da população, proceder à vacinação pela BCG, aplicação de outros meios de imunização e fazer propaganda à profilaxia da tuberculose, em especial pela vacinação[776]. Em todas as zonas o número de vacinações pelas brigadas móveis excedeu o número de vacinas administradas diretamente nos centros e dispensários. Em 1956, o número de vacinados foi de 42.505 nos Centros de Profilaxia e Diagnóstico, 94.506 pelos dispensários e estabelecimentos colaboradores e 161.476 pelas brigadas móveis, o que prova que o incremento do número dos vacinados se ficou a dever à ação destas últimas[777]. É provável que o incremento dos meios profiláticos tivesse tido um efeito positivo no recuo da mortalidade como referimos (ver capítulo 4), embora seja difícil de determinar tal facto porque foi nos inícios dos anos 50 que se introduziram novas substâncias químicas para o tratamento da tuberculose.

---

[773] O Centro de Profilaxia e Diagnóstico da Zona Sul servia dos distritos de Lisboa, Santarém, Setúbal, Portalegre, Évora, Beja, Faro e ilhas adjacentes; o Centro da zona centro servia Coimbra, Aveiro, Viseu, Guarda, Castelo Branco e Leiria; o Centro da zona norte servia o Porto, Braga, Viana do Castelo, Vila Real e Bragança. Cf. *Normas oficiais para a vacinação contra a tuberculose* (Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1954: 123.

[774] HORTA, 1956: 121-126.

[775] *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 1957: 315.

[776] *Lei n.º 2044/1950…*, Base X: 45.

[777] Veja-se os dados apontados por Adelino Abreu: ABREU, 1959: 150-153, quadro I e gráfico II.

Foto 3 – Viaturas das Brigadas Móveis pertencentes ao Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos, utilizadas para o radiorrastreio da tuberculose e administração da vacina BCG.
Fonte: *O Médico* (1963), p. 112.

5.2. Campanhas e congressos antituberculose em Portugal

Nos finais do século XIX, Portugal era um país altamente fustigado pela tuberculose. As difíceis condições de vida em termos económicos dificultavam a melhoria das características alimentares, habitacionais e higiénicas da população trabalhadora. Como temos vindo a salientar ao longo de vários capítulos a tuberculose instalou-se na sociedade portuguesa de forma crónica, agravando-se nos momentos difíceis da vida nacional. Se a chamada de atenção para este grave problema de saúde pública ocorreu ao longo do último vinténio do século XIX, houve um agravamento da situação pelas vicissitudes das mudanças de regime político, pela participação na I Guerra Mundial e pelos problemas económicos generalizados, que só conheceu um equilíbrio paulatino após a implantação do Estado Novo.

No que diz respeito às campanhas antituberculose, podemos considerar dois períodos distintos. O primeiro decorreu entre os finais da centúria de Oitocentos até à implantação da República Portuguesa onde se privilegiaram a chamada de atenção para a questão do contágio, as vias e meios de infeção, condições de vida do operariado, higiene coletiva e individual. Depois dum período letárgico de cerca de vinte anos, onde o combate contra a tuberculose foi, na sua vertente prática, interrompido, o Estado Novo e as instituições ligadas ao problema da tuberculose retomaram a sua atividade de propaganda e luta. O segundo período iniciou-se nos anos 30 com a organização de ações profiláticas e implementação de meios práticos no terreno, sobretudo pela iniciativa privada uma vez que o Estado pouco fez até 1945, data da nacionalização da ANT.

No essencial as campanhas antituberculose devem-se às ações das instituições particulares ligadas à luta contra a tuberculose, com as orientações engendradas a partir das discussões nas conferências e congressos sobre o tema. No caso português podemos ver

que os temas das campanhas são em grande parte provenientes dos assuntos discutidos nos congressos médicos, tal como as questões de profilaxia a que já aludimos no decorrer deste capítulo.

5.2.1. O Congresso Nacional de Tuberculose de 1895

Antes da fundação de instituições destinadas à luta organizada contra a tuberculose, como foram a LNCT e a ANT, os médicos desejosos de tomar medidas concretas e concertar ideais comuns em relação à tuberculose promoveram momentos de discussão científica. Desses momentos destacou-se o Congresso Nacional de Tuberculose em 1895, que além de ser destinado à discussão de temas afetos à tuberculose foi também o primeiro congresso médico realizado em Portugal.

A ideia de realizar um congresso nacional sobre a tuberculose partiu dum grupo de estudantes da Faculdade de Medicina de Coimbra. Presenciando na cidade da Guarda a inauguração dum mausoléu erigido em tributo ao facultativo Francisco da Cruz Sobral decidiram em assembleia de estudantes realizar um congresso médico em torno da tuberculose. Por esta altura a Guarda era sobejamente falada entre os médicos como o local mais indicado para a erigir um sanatório de altitude. Depois das expedições de Sousa Martins à Serra da Estrela[778] e da tentativa malograda de construir um sanatório de montanha na serra, as atenções viraram-se para a cidade da Guarda que além do clima de altitude beneficiava dos acessos e comunicação inexistentes na serra. A assembleia-geral de estudantes, ciente da importância do local e do problema da tuberculose, decidiu em reunião proceder à realização dum congresso no dia 24 de março de 1895, data em que se comemorava o décimo terceiro aniversário da descoberta do bacilo de Koch. A comissão promotora constituiu-se com um presidente ligado à docência, o professor Augusto Rocha que então dirigia o prestigiado jornal «Coimbra Médica», e os alunos representantes dos vários anos do curso de medicina[779].

O congresso foi preparado com toda a minúcia, estabelecendo-se quatro classes de congressistas e respetivas quotizações: os ordinários (médicos, veterinários e farmacêuticos) que pagavam 5$000 réis, as senhoras de família dos congressistas que pagavam 1$000 réis, estudantes de medicina, veterinária e farmácia que pagavam 1$000 réis e congressistas extraordinários que por beneficência ou interesse científico quisessem aderir, pagando 2$5000 réis. A organização do certame conseguiu como incentivo à participação a redução em 50% dos bilhetes de comboio para todos os congressistas[780].

---

[778] *Vide* a propósito disto: SALVADO, 1995: 32-39.

[779] Estes eram António Baptista Leite de Faria e Virgílio Afonso da Silva Poiares pelo 5.º ano, Artur de Azevedo Leitão e João Serras e Silva pelo 4.º ano, António de Pádua e Victor José de Deus pelo 3.º ano, Augusto Cymbron Borges de Sousa e Luís dos Santos Viegas pelo 2.º ano e Ernesto Rodolfo Alves de Castro e João Evangelista Soares da Cunha e Costa pelo 1.º ano. Cf. *Congresso Nacional de tuberculose*, 1895a: 29-31.

[780] *Congresso Nacional de Tuberculose*, 1895b: 67-72.

Mas a realização do congresso suscitou várias dúvidas por parte de vozes discordantes e avessas à inovação, mas também por parte dos organizadores que questionavam o interesse que suscitaria no público a existência ou inexistência de estudos a apresentar, etc. Todavia, o impulso dado pelo professor Augusto Rocha foi decisivo para o sucesso do certame. Lembre-se que Augusto Rocha foi um dos pioneiros da introdução dos estudos bacteriológicos em Portugal, ensinando nas suas cadeiras a bacteriologia de acordo com os modelos em voga na Europa e dirigindo o Gabinete de Microbiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra que conseguira fundar em 1886[781]. Este negava o fatalismo a que alguns persistiam em votar o controlo da doença e pugnou pelo interesse do estudo da etiopatologia da tuberculose[782] como primeira medida para contextualizar o problema, seguindo-se as medidas práticas. Apesar das reticências o congresso acabou por ser bem-sucedido tendo o apoio de altas instâncias do Estado, como o Ministério do Reino, da Guerra e da Marinha, e outras instituições científicas e educativas como a Academia Real das Ciências, Faculdade de Medicina, Escolas Médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto, Instituto de Agronomia e Veterinária, Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, as secções médicas do Instituto de Coimbra e da Sociedade de Geografia de Lisboa, a Sociedade União Médica do Porto, a Sociedade Farmacêutica Lusitana, o Centro Farmacêutico Português, a Companhia Portuguesa de Higiene e as corporações clínicas hospitalares. Os meios periodistas mais destacados como o Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, o Correio Médico, a Coimbra Médica, a Dosimetria, a Revista de Medicina e Cirurgia, a Medicina Moderna, a Agricultura Nacional, a Agricultura Contemporânea, a Misericórdia de Coimbra, o Montepio Conimbricense Martins de Carvalho e a Sociedade de Beneficência Associação dos Artistas também marcaram presença para fazer a cobertura do evento[783].

Ao pedido da comissão promotora responderam muitos especialistas e alunos com a submissão das seguintes comunicações e palestras:

- João Viegas Paula Nogueira – *Profilaxia e polícia sanitária da tuberculose animal, principalmente da espécie bovina.*
- Lopo de Carvalho – *Profilaxia da tuberculose na Guarda.*
- Espina y Capo – *1.ª Diagnostico precoce da tuberculose; 2.ª Profilaxia da tuberculose nas grandes povoações; 3.ª Profilaxia individual da tuberculose.*
- Annes Baganha – *Defesa da saúde pública contra a tuberculose bovina (Apontamentos subsidiários).*
- Lopes Vieira – *Sobre as medidas adoptar no intuito de impedir a disseminação da tuberculose.*

[781] PEREIRA & PITA, 2006: 22-23.
[782] ROCHA, 1895:17 e 49-51.
[783] ROCHA, 1895: 161-163.

- *Augusto Rocha – 1.ª Processos comparativos da observação microscópica do bacillus tuberculi; 2.ª Sobre as tuberculoses intra-torácicas hemorrágicas; 3.ª Da mortalidade comparada entre a tuberculose e outras moléstias infecciosas em Lisboa.*
- *Zeferino Falcão – Um caso típico da tuberculose cutânea.*
- *Ulysses Braga – Tema indeterminado.*
- *Cesario d'Abreu – Patogénese da tuberculose: sua importância.*
- *José Maria Casqueiro – Tuberculose no gado bovino. Contágio e profilaxia.*
- *Costa e Almeida – Sobre a inconsistência dos sinais cavitários no diagnóstico da tuberculose.*
- *Cortes Menezes – A tolerância do carbonato de creosote pelos tuberculosos.*
- *Carlos Monteiro – Causas de decadência da estação climatérica da Madeira.*
- *Serras e Silva – Papel das toxinas na hereditariedade da tuberculose.*
- *Leite de Faria – 1.ª Explicação provável das frequências das tuberculoses e nomeadamente das tuberculoses locais em volta de Coimbra; 2.ª Necessidade de se sequestrar as toleradas tuberculosas; 3.ª A hereditariedade da tísica e o casamento dos tuberculosos; 4.ª Necessidade de criação de instalações hidroterápicas municipais para as classes menos favorecidas; 5.ª Da possível confusão de um acaso de doença de Basedow com a tuberculose incipiente de forma erética; 6.ª De necessidade da criação em todas as cidades do reino de gabinetes de análises para o uso dos médicos e veterinários de partido; 7.ª Vantagens das autópsias obrigatórias, ao menos nos hospitais; 8.ª Urgência de se fazer o estudo climatérico, fisiológico e terapêutico das localidades indicadas para sanatórios.*
- *Lúcio Gonçalves Nunes – O clima da Guarda sobre o ponto de vista tuberculoterapêutico.*
- *João Sabino de Sousa – Tema indeterminado.*

Das propostas de comunicação que chegaram à comissão promotora predominaram os temas ligados à profilaxia, às questões patológicas e à terapêutica. Falou-se da prevenção por medidas de higiene coletiva e individual e da rejeição de casamentos entre tuberculosos e sadios o que mostra o interesse dos comunicantes pelos assuntos do contágio, infeção, desinfeção e prevenção então em voga. Do programa constavam ainda quatro conferências. No dia 25 de março conferenciaram António Espina y Capa (Madrid) com o tema «Hospitalización de los tuberculosos» e Lopo de Carvalho (Guarda) com o tema «Os tuberculosos na Guarda». No dia seguinte foi a vez de João Viegas Paula Nogueira (Lisboa) com o estudo intitulado «A tuberculose animal nas suas relações com a tuberculose humana» e Augusto Rocha (Coimbra) com o trabalho «Evolução da doutrina da tuberculose»[784].

Uma vez que ao longo desta dissertação já fomos citando estes autores e respetivos trabalhos focar-nos-emos sumariamente nos assuntos tratados a fim de salientar as questões profiláticas. A conferência de Lopo de Carvalho centrou-se nas condições da cidade da Guarda para a terapia pelo clima de altitude, defendendo a construção dum sanatório. Para

[784] Ver ROCHA, 1895: 110.

além de centro de tratamento, o sanatório era um lugar de educação higiénica para todos os internados, que experienciavam regras escrupulosas que dificilmente acatariam nos seus ambientes de origem: ventilação constante, cuidados de higiene pessoal, refeições regulares e nutritivas, desinfeção dos produtos da expetoração, etc.

A comunicação de Paula Nogueira, a que já nos referimos neste capítulo aquando da profilaxia alimentar, versou sobre as relações entre a tuberculose humana e a animal, em especial a bovina. Sabia-se que o leite e a carne de animais tuberculosos eram transmissores do bacilo da tuberculose e que por via da ingestão infetavam o homem. Por isso destacou sobretudo a necessidade de controlar os animais, fazer a desinfeção das carnes e esterilização do leite.

Quanto à conferência de Augusto Rocha em torno da evolução da doutrina da tuberculose, a que já nos referimos, fez uma síntese das principais teorias etiológicas da doença ao longo dos tempos para se focar posteriormente na doutrina do contágio. A teoria do contágio não só era verdadeira como central na questão da profilaxia. Enquanto a tuberculose foi tida como hereditária pouco ou nada havia a fazer, mas quando ficou provada a natureza infetocontagiosa as medidas preventivas multiplicaram-se e ocuparam uma importância considerável na luta contra a tuberculose em todo o mundo.

Sendo este o primeiro congresso médico português dedicado à tuberculose, o encontro científico de Coimbra ficou marcado pelo interesse na profilaxia e tratamento da «peste branca». Este congresso foi um momento para insistir em teses prementes como o contágio pelo bacilo de Koch, a necessária profilaxia face à infeção, as questões patológicas, bacteriológicas e terapêuticas que se colocavam. Sendo o primeiro congresso da tuberculose impulsionou outros trabalhos idênticos que se desenrolaram na viragem do século, interrompidos posteriormente pelos problemas políticos e económicos que o país enfrentou até à década de 1930.

5.2.2. A criação da LNCT e as suas atividades

Nos finais do século XIX, os principais problemas levantados pela classe médica diziam respeito às questões da natureza da doença, do tratamento e do internamento dos tuberculosos em sanatórios. Existia por parte dos médicos uma preocupação flagrante com a quantidade de pessoas tuberculizadas que entravam nos hospitais, muitas das quais em fase adiantada da doença, e com os números obituários que chegavam a largos milhares. Por isso, as preocupações imediatas dos clínicos eram as de apartar os infetados dos sadios e de outros doentes não tuberculizados. A hospitalização dos tísicos foi um tema largamente focado nas teses de medicina das escolas médicas portuguesas no período de transição da centúria de Oitocentos para Novecentos, influência do movimento sanatorial que se vivia um pouco por toda a Europa e que pugnava pelo isolamento dos afetados, pela melhoria da sua saúde e pela educação higiénica.

Nos finais do século XIX, Miguel Bombarda chamou à atenção para a questão da pro-

filaxia da tuberculose e sobretudo para a necessidade de uma luta organizada no país. Parte da luta consistia na «ilustração» do povo, ensinando-lhe as noções de contágio, transmissão e prevenção da doença. Bombarda argumentava que a ignorância popular constituía um sério entrave à higienização da sociedade e tinha uma quota-parte de responsabilidade pela disseminação da doença nas famílias portuguesas. Por isso reclamava a criação de uma liga nacional destinada a educar e explicar que a tuberculose era contagiosa e por isso evitável.

> *No momento presente nenhum serviço se poderia prestar mais eminente á população do paiz do que a organisação de uma associação que por todos os modos procurasse combater contra a tuberculose (…) Uma Liga de propaganda contra a tuberculose antes constituirá um centro d'onde poderão emanar grandes ensinamentos para os povos e é evidente que uma tal propaganda de illustração não comportará nunca as grandes despezas exigidas pela construção dos sanatórios*[785].

Na sessão da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa de 27 de novembro de 1897[786], Miguel Bombarda declarou a sua intenção de criar uma comissão que estudasse a questão da hospitalização dos tuberculosos, chamando à atenção para duas questões base do problema: a elevada mortalidade e a contagiosidade. Considerava que o tratamento da doença só era possível aos ricos porque só eles podiam pagar os cuidados e o conforto necessários, assim como criticou as avultadas somas de dinheiro investidas no sistema quarentenário para doenças exóticas que não constituíam um perigo tão abrangente como a tuberculose. Deste modo, instigou a Sociedade de Ciências Médicas a estudar a criação de um sanatório popular na região de Lisboa para colmatar a inexistência de hospitais de isolamento. Estas ideias foram bem acolhidas pelos sócios que logo aprovaram a constituição de uma liga de defesa contra a tuberculose. A comissão para o estudo da hospitalização da tuberculose ficou composta unanimemente por Silva Amado, Eduardo Burnay e Câmara Pestana, que já integravam a comissão de higiene, e ainda por Alfredo da Costa, Miguel Bombarda, Bettencourt Raposo e de D. António de Lancastre. Criada a comissão, foram postos em marcha dois estudos: o da hospitalização dos tuberculosos e o da constituição de uma liga. Dos estudos realizados resultaram dois relatórios redigidos por Luís da Câmara Pestana e Miguel Bombarda, apresentados na SCML a 23 de maio de 1899.

O primeiro relatório[787] destinava-se a ser entregue ao governo português para dar seguimento aos trabalhos de construção dum sanatório. Câmara Pestana acreditava que a ciência e a sociedade estavam em condições de prevenir a doença, sendo necessária a vulgarização das noções científicas que envolviam o contágio e a adoção de novos hábitos higiénicos por parte da população. Neste contexto era preciso contemplar a assistência

[785] BOMBARDA, 1898: 265.

[786] *Hospitalisação de Tuberculosos (sessão de 27 de Novembro de 1897)* (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa), 1897: 406--409.

[787] PESTANA, 1899: 103-125.

materno-infantil, a proteção de menores, a regulamentação das condições de trabalho e das condições de vida do operariado, a higiene de espaços públicos, fábricas e habitações. Era preciso modificar o «terreno» para criar homens robustos capazes de resistir à infeção bacilar. Os discursos de Câmara Pestana e de Bombarda nos relatórios salientaram a ideia de isolamento dos doentes e fortalecimento dos sãos, o que estava de acordo com as ideias de uma nova medicina virada para as coletividades, que visava preservar e melhorar o bem-estar físico e moral da sociedade. Preocupam-se também com a higiene pública, a redução da mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida e a luta social contra as grandes epidemias. Câmara Pestana concluiu o seu relatório reafirmando a necessidade de se hospitalizarem isoladamente os tuberculosos incuráveis para não disseminarem a doença, tal como defendeu a criação de sanatórios para os tuberculosos em estado curável, isto é no primeiro período da doença. Insistiu na ideia de edificar um sanatório de altitude na Cabeça de Montachique, perto de Lisboa, e na construção de sanatórios marítimos para crianças escrofulosas.

O segundo relatório[788] apresentado à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa versava sobre a criação de uma liga contra a tuberculose. No relatório enfatizava que a tuberculose era uma doença de micróbio, transmissível e evitável. O contágio, longe de ser agora uma doutrina médica oposta à doutrina da hereditariedade, era um facto cientificamente testado e provado. Segundo Bombarda era imperativo promover a educação e esclarecimento das camadas populares e melhorar as difíceis condições de vida dos trabalhadores. A situação das classes proletárias era aflitiva de todos os pontos de vista, vivendo sempre na fronteira da pobreza e na iminência da degradação da sua situação material[789]. O trabalho extenuante e mal remunerado e a ausência de mecanismos de assistência social em caso de doença, acidente e velhice contribuíram para a degradação das suas condições materiais de existência. Era necessária uma higienização dos costumes e da moral, da alimentação, da habitação e a assistência aos desvalidos.

O desejo de Bombarda era replicar em Portugal o que de mais recente se fazia na Europa e nos Estados Unidos, cujos poderes públicos ou iniciativas privadas encetaram a criação de comissões, ligas e associações prolixas em atividades e ricas em recursos para prevenção e acompanhamento de doentes. Em Portugal também se organizou uma profusa campanha antituberculose que compreendeu a distribuição de informação acerca do modo de difusão da tuberculose e profilaxia a adotar, distribuição de folhetos com informação científica, realização de conferências, reuniões públicas e congressos, impulso à construção de sanatórios, intervenção na discussão política parlamentar e criação de filiais no território nacional. Ideias semelhantes presidiram à criação da liga portuguesa, destinada a intervir de todos os modos no combate a este flagelo social.

---

[788] BOMBARDA, 1899: 126-138.

[789] SANTOS, 2004: 180.

A acção da Liga tem de ser directa e ainda assim será enorme o campo do seu domínio. Por um lado preocupará fazer a vulgarização das noções adquiridas sobre o contágio da tuberculose e que são o amago mesmo da defeza individual. As conferencias publicas a realisar nas cidades e até fóra d'ellas constituem o primeiro elemento da propaganda. Depois vem as publicações a fazer na imprensa periodica, os folhetos destinados a uma larga publicidade, a educação a emprehender dos mestres-escola, etc.

Por outro lado, occupar-se-ha a Liga em interferir nos limites rasoaveis em serviços publicos que carecem de ser estendidos, como é uma organisação da hygiene official de acção mais efficaz de que póde ser o simulacro que hoje possuimos, como é ainda o alargamento da desinfecção dos domicilios, etc., e estudará esta outra questão, de solução pratica tão difficil, que é a declaração obrigatoria das doenças tuberculosas.

Finalmente a Liga terá de consagrar os seus esforços ao beneficio dos tuberculosos pobres. A organisação de dispensarios nas primeiras cidades, a fundação de pequenos sanatórios onde para elles haja recursos, os socorros às familias dos doentes hospitalisados, a protecção d'aquelles que têem terminado o seu tratamento, tudo isto constitue fins da associação, quer ella os consiga por si propria, quer pela sua iniciativa diligenceie a organisação de sociedades que se dediquem a um ou outro ponto especial.

De resto a associação, tal como a pensâmos, não póde pretender a uma acção directa estendida pelo paiz inteiro. Não póde ser senão uma associação de iniciativa e fomentadora de iniciativas. Constituirá como que um corpo central em ligação immediata com associações locaes, que, providas da mais inteira autonomia, se entenderão com a Liga nacional, quer para alcançarem recursos materiaes, quer para receberem conselhos de que carecem, quer n'um intuito de uniformidade de acção[790].

Neste programa concebido por Bombarda a propaganda assumiu uma grande relevância, envolvendo os poderes públicos, agentes de ensino e meios de comunicação social, prevendo a intervenção ao nível da divulgação de conceitos científicos, do sanitarismo público, especialmente da desinfeção de domicílios e declaração obrigatória da doença. As ações da liga compreendiam ainda o estímulo à criação de sanatórios, o suporte às famílias dos doentes e a reinserção social dos tuberculosos curados.

Se o relatório de Câmara Pestana foi aprovado por unanimidade, o relatório de Bombarda gerou celeuma porque alguns sócios não compreendiam a distinção dos objetivos da futura Liga e dos da Assistência Nacional aos Tuberculosos que foi fundada na mesma altura. Miguel Bombarda explicou que os objetivos eram diferentes, sendo que a LNCT tinha essencialmente uma função propagandística e vulgarizadora de conhecimentos acerca da profilaxia da tuberculose e não de assistência direta. Depois das explicações o relatório foi aprovado e a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa considerou fundada a Liga Nacional contra a Tuberculose sob os seus auspícios[791].

---

[790] BOMBARDA, 1899: 137-138.

[791] *Discussão dos relatórios sobre a hospitalização dos tuberculosos: sessão de 13 de junho de 1899* (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa), 1899: 148-154.

No Porto a notícia foi recebida com entusiasmo pela direção da Sociedade de Medicina e Cirurgia, tendo pedido mais informação ao presidente da congénere lisboeta acerca das atividade da Liga, uma vez que os médicos portuenses decidiram criar uma liga local contra a tuberculose. A resposta foi no sentido de contactarem diretamente a Liga Nacional, uma vez que a sociedade e a Liga eram já entidades distintas.

A organização da LNCT copiou parcialmente a organização britânica, por esta se identificar com as necessidades do povo português e com os recursos possíveis de dispensar para se obter alguns resultados. Podemos dizer que na sua génese organizativa, a LNCT tinha duas características principais: procurar criar em todo o território nacional, sobretudo nas principais cidades, ligas locais com a mesma finalidade e meios de atuação; as ligas locais teriam inteira autonomia devendo, no entanto, acatar a vontade e as resoluções tomadas nos congressos periódicos por todas as agremiações locais[792]. Miguel Bombarda pensou que este modelo descentralizado era o mais adequado para as necessidades de cada região, podendo de forma autónoma gerir os fundos de que dispusessem e auxiliar moral e materialmente as outras ligas.

Em setembro de 1899 foi publicado o projeto dos estatutos da LNCT[793] que definia e regulamentava o funcionamento da organização. Os estatutos definiam de forma geral a organização e funcionamento da LNCT, particularizando o caso da agremiação da capital. Definiam ainda as comissões, o seu funcionamento e objetivos. O conjunto dos artigos 1.º ao 6.º definia a Liga Nacional contra a Tuberculose como uma aliança de associações locais, tendo a sua sede em todos os pontos do país onde se pudessem instituir, designadamente nas capitais de distrito, com o fim de combater a tuberculose pela propaganda e vulgarização de noções higiénicas. A descentralização em relação ao polo de Lisboa era evidente, porque cada associação local era responsável pela sua gestão embora as linhas de orientação técnicas fossem comuns. Desde logo acentuou-se a autonomia das associações, o que impedia a associação central de gerir os recursos de todas, prejudicando umas em detrimento das outras. Neste sentido, Bombarda já tinha criticado a posição do governo ao gerir o fundo especial de tuberculose[794] que continha todas as subscrições, privando as organizações locais dos seus próprios recursos. Como forma de evitar a replicação deste erro Bombarda defendeu a autonomia local.

Um segundo conjunto de artigos, do 7.º ao 14.º, refere-se à composição e objetivos do núcleo de Lisboa. O núcleo lisboeta compunha-se dum número ilimitado de sócios divididos em duas classes: a dos sócios técnicos, composta exclusivamente por médicos; e a dos sócios aderentes, não médicos. Aos primeiros cabia o trabalho ativo de propaganda e profilaxia e aos segundos a obrigação de constituírem assembleia-geral, direção e comissões.

---

[792] *Ligue nationale contre la tuberculose (Portugal)* (Liga Nacional contra a Tuberculose), 1903: 1-2.

[793] *Projecto de estatutos para a Liga nacional contra a tuberculose*, 1899: 339-340.

[794] *Lei de 17 de Agosto de 1899*. D. do G. n.º 189 (24-08-1899).

Ambos os sócios pagavam uma quota anual de mil réis com direito a diploma de associado. A direção compunha-se de um presidente, de um secretário-geral, de um 1.º secretário, de um 2.º secretário e de um tesoureiro, que tinham essencialmente tarefas financeiras. A primeira direção tinha como presidente o conselheiro José Joaquim da Silva Amado, Miguel Bombarda como secretário-geral, António de Azevedo e Xavier da Costa como 1.º e 2.º secretário respetivamente e a tesouraria ficou a cargo de Manoel Caroça.

Os trabalhos da LNCT estavam a cargo de três comissões de trinta e um membros cada, podendo cada comissão dividir-se em subcomissões. As comissões estavam providas de autonomia para reunirem e deliberarem com qualquer número de membros, podendo executar essas deliberações livremente desde que não envolvesse despesas. A exigência de despesas implicava a aprovação da direção e da assembleia-geral. Estas características mostram que houve um grande empenho em manter a autonomia de toda a organização, primeiro com a descentralização e autonomia integral das associações locais e internamente com a emancipação das comissões entre si e em relação aos órgãos de gestão. Este esforço assentava na ideia, já referida, de possibilitar um trabalho independente em toda a extensão, sem que um poder central e demasiado burocratizado tornasse o trabalho dos diferentes órgãos moroso e dependente de uma direção hierarquicamente rígida.

Dentro da LNCT foram criadas três comissões autónomas entre si, com objetivos distintos: uma de vulgarização, uma de legislação e uma terceira de propaganda a favor dos sanatórios. A primeira comissão destinava-se à vulgarização dos conhecimentos científicos indispensáveis à defesa individual contra a tuberculose. Para cumprir os seus objetivos contava com a realização de conferências nos meios urbanos e fora deles, em meios tão distintos como os bairros operários, os teatros da aristocracia ou as escolas, abarcando grupos socialmente muito díspares. Outra aposta deste comité passava pela distribuição profusa de folhetos de instrução popular sobre a doença explicitando os meios de contágio e de profilaxia, bem como de folhetos especiais destinados aos professores primários[795]. A comissão de vulgarização desejava manter uma estreita ligação com a imprensa, onde podia inserir artigos educativos, para posteriormente criar uma publicação de vulgarização própria chamada «Guerra à Tuberculose!». Esta comissão, presidida por Aníbal Bettencourt, tratou de eleger quatro subcomissões com objetivos complementares, tendo a primeira a incumbência de elaborar instruções para a população, destinadas a vulgarizar junto das camadas populares os conceitos médicos referentes à doença. A segunda subcomissão tratou da elaboração dum plano de conferências e as outras duas trataram das relações com a associação de jornalistas, seguramente para divulgar na imprensa periódica artigos sobre o tema, e da prática de medidas profiláticas, tendo esta última uma vocação mais pragmática. Com estas subcomissões, as questões educativas, propagandísticas e preventivas ficavam cobertas,

[795] Cf. *Ligue nationale contre la tuberculose (Portugal)* (Liga Nacional contra a Tuberculose), 1903: 2-3 e BOMBARDA, 1899: 227.

pese embora a dificuldade de educar o povo por meios escritos devido às elevadas taxas de analfabetismo.

Adolfo Coelho, num artigo publicado no «Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos»[796], referiu elevadas percentagens de analfabetismo na ordem dos 84,4% em 1878, 79,2% em 1890 e 78,6% em 1900, o que se traduzia em mais de três milhões de analfabetos. O censo de 1911 registava uma baixíssima melhoria em comparação com o censo de 1900, registando-se 74% de analfabetismo em idade superior a 7 anos para 1900 e 69,6% em 1911[797]. Apesar de estas percentagens serem falaciosas, porque incluem as crianças em idade não escolar (até aos 5 anos)[798], elucidamos bem acerca do atraso cultural da população portuguesa, o que era visto como responsável por alguns atrasos estruturais da sociedade nos mais diversos campos, incluindo as práticas higiénicas e preventivas.

No congresso dos núcleos da LNCT, em 1901, o Professor Daniel de Matos insistiu que Portugal era um país de analfabetos, sendo necessária a união de todos para defender «este povo, torcido desde o seu princípio na instrução primária e na secundária»[799]. Miguel Bombarda insistia que o atraso se devia à anormalidade dos espíritos e à situação cerebral dos portugueses para o qual contribuía em grande medida o analfabetismo e o modelo de instrução vazio e metafísico[800]. Nos números apresentados verifica-se uma atenuação evolutiva do analfabetismo que resultou dum certo esforço e investimento na instrução pública, não obstante as classes populares terem mantido manifestações de cultura essencialmente orais em formas de sociabilidade sagrada, preferencialmente na igreja, ou profanas, especialmente na taberna[801], que adicionava ao problema da tuberculose o problema do alcoolismo. Face ao atraso cultural, em particular das camadas populares, e à manutenção de costumes e práticas pouco recomendáveis é provável que, no que concerne à educação feita através da imprensa escrita não tenha surtido os efeitos desejados.

A preocupação com questões de índole económica e social que influíam na extensão da tuberculose motivaram a existência de uma comissão de legislação que se ocupasse do estudo e melhoramentos da legislação, de âmbito municipal ou nacional, e se fizesse representar junto dos poderes estatais ou das municipalidades fazendo valer os seus conselhos técnicos. Na sua dependência estabeleceram-se a subcomissão para o estudo das providências a adotar nos futuros regulamentos sanitários e uma subcomissão para elaboração de uma representação junto do parlamento a respeito do consumo da carne em Lisboa. A questão do consumo de carne era duplamente importante como já notamos (ver capítulo 4). Em primeiro lugar, o consumo de carne em Lisboa tendeu a diminuir nos finais do

[796] COELHO, 1909: 1-23.
[797] *Escolas e Ensino*, 1991: 519.
[798] Veja-se a propósito da alfabetização em Portugal o artigo de Rui Ramos: RAMOS, 1988.
[799] *Congresso dos nucleos da Liga Nacional contra a Tuberculose*, 1901: 192-193.
[800] ARAÚJO, 2007: 125.
[801] SANTOS, 2004: 183.

século XIX, devido ao custo elevado deste bem de consumo. Um artigo publicado no jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa[802] dava notícia de que o consumo de carne por habitante em Lisboa era mais de duas vezes inferior do que em Paris, essencialmente pelo elevado custo que impossibilitava as classes operárias de a adquirirem. O acesso à carne, fonte de proteínas, era importante para o fortalecimento do corpo e criação de resistência às doenças. As dificuldades económicas das classes populares causavam entraves a uma alimentação mais rica e variada comprometendo o fortalecimento orgânico e a capacidade de resistir à infeção. Por outro lado, a carne era transmissora da tuberculose nos casos em que o animal estivesse infetado como já dissemos no subcapítulo anterior. Recomendavam-se por isso medidas como a desinfeção das vacarias ou ebulição do leite como forma de minimizar a potencial infeção.

A comissão de legislação reclamava igualmente o estudo de questões como a instrução popular, o barateamento, falsificação e tuberculização dos alimentos, a construção de casas baratas e bairros operários, a regulamentação do trabalho de mulheres e crianças, a limpeza municipal, o abastecimento e pureza das águas, os esgotos, as associações de socorros mútuos, a desinfeção, a declaração obrigatória das doenças, a adoção dos escarradores nos lugares públicos, etc. Em suma, todas as questões que pudessem ser alvo de regulamentação cabiam dentro das atribuições desta comissão. A sua abrangência era tão lata quanto possível, abarcando questões de propaganda, de higiene e saúde pública e de assistência, procurando aperfeiçoar a legislação neste sentido.

A terceira comissão instalada ficou encarregue da propaganda a favor dos sanatórios. A intenção era poder contribuir para melhorar a situação dos tuberculosos e das suas famílias, pelo que a propaganda pelos sanatórios tornou-se mais extensa do que o previsto inicialmente, procurando tornar os sanatórios populares. Foi igualmente apologista da criação de dispensários, da organização de associações de socorros às famílias dos tuberculosos hospitalizados, casas de convalescença, etc. A comissão a favor da propaganda dos sanatórios, presidida por Oliveira Feijão, contou com o trabalho de duas subcomissões, sendo elas, a de incitamento à construção de sanatórios para gente remediada e a subcomissão para o estudo da criação de sanatórios por federação das associações de socorros mútuos. Apesar do incitamento à construção dos locais próprios para o tratamento e isolamento dos tísicos, a verdade é que a LNCT nunca pretendeu empreender a construção de estabelecimentos desta natureza, procurando sim estimular o interesse de associações de socorros mútuos e de personalidades possidentes a aplicar os seus capitais da construção e manutenção de sanatórios.

A vocação educadora da LNCT encontrava uma filiação direta no ideário dos republicamos nomeadamente na instrução pública e popular, defendidos por Comte que via na

[802] *O consumo de carne em Lisboa*, 1900: 106-114.

educação o motor da ascensão civilizacional[803]. Defendendo o valor da razão, do esclarecimento e da ilustração dos povos acabou por marcar decisivamente algumas ações concretas no campo da pedagogia e da legislação. Não sendo de estranhar que o poder médico, fortalecido pelos avanços científicos e tecnológicos, mas consciente da sua impotência contra muitas doenças, fizesse a apologia do esclarecimento da população em torno deste novo ideal, para que através da prevenção, o combate às doenças endémicas e epidémicas fosse mais resoluto e eficaz.

Após a criação da LNCT era urgente dar persecução aos trabalhos de profilaxia da tuberculose. Em concomitância com os seus objetivos e com o estabelecimento dos comités, a LNCT desenvolveu conferências públicas e privadas para diferentes públicos. Os congressos nacionais promovidos pela LNCT foram momentos de convergência de ideias e aproximação dos núcleos locais, para que através duma reflexão e dum esforço consertado se lutasse com mais eficácia contra a tuberculose em Portugal. Mas a criação da LNCT e a eleição da direção em 1899 não significaram o início imediato das suas atividades. A epidemia pestífera que deflagrou no Porto em 1899 impossibilitou, por falta de recursos humanos e materiais, a concretização do plano de atividades[804]. De resto, um dos impulsionadores, Luís da Câmara Pestana, morreu de peste contraída aquando da sua deslocação ao Porto. Só quando foi restabelecida a tranquilidade a LNCT deu início aos seus trabalhos com a instalação das comissões, eleição das mesas e subcomissões e seguidamente a inaugurações de conferências e distribuição de folhetos.

Nos primeiros três anos, de 1900 a 1902, a Liga Nacional realizou trinta e três conferências que tiveram uma ampla cobertura pelos jornais de Lisboa, permitindo fazer a propaganda entre várias classes sociais. Este número, somado às conferências locais, resultou num total de cinquenta e duas conferências neste período de tempo, o que mostra a amplitude das iniciativas das diversas ligas. As conferências realizadas pela LNCT em 1900 variaram de frequência, realizando-se entre uma e três sessões mensais ao longo dos doze meses do ano. Mas no ano seguinte a realização anual das sessões não foi tão regular. As nove conferências do primeiro trimestre de 1901 contrastam nitidamente com as três realizadas até ao final do ano. De notar que estas conferências em 1901 foram conferências prévias e introdutórias ao primeiro Congresso Nacional, realizado em abril, tendo a partir daí decaído em número e frequência. A estes números devemos somar as conferências empreendidas por iniciativa das ligas locais que desempenharam um papel relevante na propaganda antituberculose das circunscrições regionais.

---

[803] CATROGA, 1993: 580-581.

[804] ORGANIZAÇÃO, 1900: 6.

Quadro 7 – Espaços de realização de conferências da LNCT (1900-1902).

Conferências da LNCT	
Salão do Teatro D. Maria	4
Associações profissionais	19
Associações científicas e culturais	4
Centros escolares	3
Outros espaços	3
Total	33

Fonte: *Guerra á Tuberculose* (1900-1902).

Apesar da diversidade de espaços onde se realizaram as conferências e grupos sociais abrangidos, a maioria delas (19) foram realizadas em associações profissionais de trabalhadores, patrões e empresários, como por exemplo a associação de pintores da construção civil, a associação dos manufatores dos tecidos, a associação dos refinadores de açúcar ou o grémio socialista «José Fontana», o que mostra que o seu público de eleição era o dos trabalhadores/operários. Mas existia uma forte preocupação em educar a população e em sensibilizar o patronato para os problemas advindos do contágio pela tuberculose, da qual resultava a incapacidade dos operários continuarem a exercer a sua atividade laboral, prejudicando as empresas e o sistema social, sobrecarregando as famílias e as estruturas de assistência.

A temática mais recorrente nestas conferências era a higiene, a profilaxia, individual e profissional e a pobreza material como causa da tuberculose. Nesta altura a luta contra a pobreza e a defesa contra a tuberculose eram prioridades para os poderes públicos. No salão do teatro D. Maria foram realizadas quatro conferências que além da profilaxia referiam-se à higiene na primeira infância, à curabilidade e ao papel do meio na origem da tuberculose. Nos centros escolares, como a escola normal masculina, feminina e no centro de instrução de Setúbal, os temas dominantes foram as questões do contágio e resistência orgânica e do papel das professoras primárias em matéria de higiene antituberculose. Nas associações científicas e culturais, como a Sociedade de Geografia de Lisboa e o Ateneu Comercial de Lisboa, a preocupação consistiu na discussão dos fatores económicos que determinavam uma maior exposição à doença, focando a tísica como um problema social grave decorrente da ignorância da população, do pauperismo e da insuficiência duma rede assistencial específica para estes doentes.

Se atendermos aos temas das conferências, um total de catorze conferências versou sobre a profilaxia e higiene como meio privilegiado de dirimir a doença nos diversos sectores profissionais e sociais. Outro grupo de importância foi o dos assuntos médicos relacionados com a patologia, etiologia e curabilidade da tuberculose, num total de doze conferências, o que está relacionado com a tentativa de esclarecer e educar a população acerca das conceções médicas como a etiologia microbiana da tuberculose e a sua curabilidade,

sobre a qual recaía uma grande descrença não só da parte da população como ainda da classe médica. As restantes sete conferências tocaram assuntos variados desde a assistência, os sanatórios, o estado da ciência, a pobreza, etc.

No cômputo geral as conferências públicas foram abrangentes pois os locais da sua realização foram não só em academias científicas, onde estavam presentes os representantes das camadas sociais mais esclarecidas, mas igualmente em associações profissionais de pescadores, de alfaiates, de agricultores ou de corticeiros, pois a LNCT pretendeu prevenir o mal pelo contacto direto com todos os grupos sociais. Os temas da higiene, profilaxia e novas conceções médicas foram os mais recorrentes pois houve a necessidade de transformar a crença de que a tuberculose era uma doença hereditária e incurável.

Constituída a LNCT não tardaram a organizarem-se ligas locais com objetivos similares. Ainda durante a formação da LNCT e do núcleo de Lisboa, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto em correspondência com a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa declarou a sua intenção de criar um núcleo portuense. O presidente da Sociedade portuense, Dr. Augusto Brandão, pediu ao seu congénere lisboeta, Dr. Curry Cabral, que o informasse dos trabalhos da Liga a fim de no Porto se iniciarem diligências para a criação de uma associação de combate à tuberculose[805]. Pouco depois decorreu em maio de 1899 uma reunião, sob a presidência dos professores Gramaxo e Augusto Brandão, onde foi nomeada uma comissão organizadora encarregue de elaborar os estatutos, compreendendo uma nova classe de sócios, os sócios auxiliares, constituídos por veterinários, estudantes de medicina, industriais e engenheiros[806]. Composta a direção em setembro desse mesmo ano, organizaram-se projetos de instrução geral para combater a propagação da tuberculose, tendo sido solicitado pela Liga do Porto a colaboração da imprensa, autoridades eclesiásticas, civis e militares. Em 1901 realizaram-se algumas conferências inseridas na sua proposta de propaganda. Em maio os professores Luís Viegas e Alberto Aguiar levaram a cabo uma conferência sobre a tuberculose infantil. Em julho, Alfredo de Magalhães falou da tuberculose sobre o ponto de vista social e no mês seguinte José Proença dissertou sobre a profilaxia da tuberculose junto da associação protetora industrial do Norte. Nesta altura estava planeada pela direção do núcleo a organização dum mostruário de objetos para demonstrar meios práticos de evitar a tísica[807].

Em Coimbra, a constituição da liga local realizou-se sob a égide dos professores da universidade, instigados pelo decano da faculdade de medicina Manuel da Costa Alemão. Foram adotados estatutos semelhantes aos do núcleo de Lisboa acrescentando-se uma nova comissão, a de investigação científica, composta por Lopes Vieira, Daniel de Mattos, Augusto Rocha e António de Pádua. Esta associação primou por integrar na gerência os

[805] BRANDÃO & CABRAL, 1899: 193-194.

[806] *Nucleos Provinciaes: Porto* (Liga Nacional contra a Tuberculose), 1900: 18-19.

[807] *Nucleos Provinciaes: Porto* (Liga Nacional contra a Tuberculose), 1902: 17-18.

médicos veterinários, de grande valia para o estudo e profilaxia do problema devido às estreitas ligações entre a tuberculose animal e humana. Nos primeiros anos de existência, a Liga coimbrã foi muito ativa, promovendo conferências e dirigindo pedidos às autoridades municipais e universitárias para procederem à melhoria das condições higiénicas públicas e hospitalares. Em março de 1901, Costa Alemão falou sobre a transmissibilidade da tuberculose e meios de defesa e Lopes Vieira sobre o tratamento da tuberculose no meio familiar. Nos meses seguintes outras conferências se sucederam incidindo sobre a tuberculose e alimentação e a predisposição tuberculosa. Foi pedido à Câmara Municipal e à Delegação de Saúde que cuidassem da higiene nos espaços públicos com medidas concretas como submeter as ruas ao regime de regas, evitando a disseminação de bacilos pelo pó das ruas, recolher o lixo regularmente, inspecionar a venda do leite, fiscalizar a laboração nas padarias, etc.

Por sua influência, a Câmara Municipal de Coimbra publicou uma postura que coimava todo o indivíduo que escarrasse ou cuspisse em qualquer lugar público, em 500 réis da primeira vez e 1000 réis em caso de reincidência. Mas as medidas de maior destaque foram os pedidos à administração dos Hospitais da Universidade para proceder à desinfeção das roupas dos tísicos e a não mistura com a restante roupa, e um pedido ao rei para determinar ao doutor-administrador dos hospitais da Universidade de Coimbra que criasse duas salas de isolamento de tuberculosos, uma para cada sexo, como aliás já havia sido feito no Hospital de Santo António no Porto em 1886 e 1890. Por aqui podemos ver que foi nos centros escolares de medicina de Lisboa, Porto e Coimbra que existiu um maior dinamismo no combate à tuberculose. Fruto do interesse dos médicos das escolas médicas foram postas em marcha campanhas de divulgação, realização de conferências públicas e populares e pedidos às autoridades municipais e sanitárias. Foram estas três cidades que acolheram três dos quatro congressos nacionais promovidos pela LNCT.

O núcleo da Liga de Viana do Castelo foi criado por iniciativa do Dr. Tiago de Almeida, desde sempre empenhado no combate contra a tísica pulmonar. Este professor da Faculdade de Medicina do Porto, além de ser reputado tisiologista, defendeu uma tese intitulada «A febre na tuberculose pulmonar»[808], mostrou-se sempre muito ativo na propaganda contra a tuberculose através da imprensa, com publicações nas revistas mais destacadas da época, e de atividades promovidas junto dos seus alunos da faculdade. Em 1895 publicou um folheto sobre a «Tuberculose em Viana: necessidade dum sanatório», onde criticou as despesas que o governo fazia na prevenção de epidemias exóticas ou o dinheiro gasto nas comemorações da descoberta da Índia sem qualquer proveito prático. Deu o exemplo da capital da Suíça que ao comemorar o sétimo centenário da sua fundação celebrou-o abrindo um hospital para tuberculosos pobres, o que foi seguido por outros cantões da confederação helvética[809]. Em 1901 foi eleita a direção, com Azevedo Meira nas funções

[808] ALMEIDA, 1902.

[809] ALMEIDA, 1897: 65-68.

de presidente e Tiago de Almeida como secretário-geral. A organização interna era composta por duas comissões, a de propaganda e a de beneficência. A primeira comissão operava no domínio da generalização dos conhecimentos profiláticos, fazendo a distribuição de escarradores higiénicos nas escolas, liceus e igrejas e afixando instruções sanitárias em diversos locais públicos. Levaram a cabo as tradicionais conferências em diversas associações locais, destacando-se temas como a necessidade social de combater a tuberculose, a importância da alimentação na luta antituberculosa e a relação com o alcoolismo. Em articulação com o município de Viana do Castelo foi solicitado à Câmara a aquisição de aparelhos de desinfeção e de maior cuidado em relação à higiene pública do município. A comissão de beneficência procurou angariar meios para proceder à construção de sanatórios e dispensários, prestando atenção especial ao aspeto social, à prestação de cuidados domiciliários aos doentes e suas famílias e empregar os tuberculosos curados. Em 1902, o núcleo de Viana organizou o segundo congresso nacional da LNCT, mostrando o seu empenho através dum evento nacional que conglomerava todos os núcleos existentes.

Nos demais distritos também foram feitos esforços para a formação de associações locais, a maioria das quais redundou em fracasso devido a problemas de natureza diversa. Em Portalegre a organização do núcleo foi encabeçada por Severino Sant'Anna Marques, que publicou vários artigos de propaganda entre os quais um folheto intitulado «Sanatório para tuberculosos em Portalegre»[810], que posteriormente apresentou no congresso nacional de Lisboa. Nele salientou o facto de em Portalegre não existirem muitos casos de tuberculose, referindo que em 1900 morreram só 15 pessoas de tísica pulmonar entre os 275 óbitos registados. Alguns casos de cura espontânea verificados na região, convenceram-nos das propriedades benéficas do clima e do ar de Portalegre, sendo, segundo ele, um ótimo local para se edificar um sanatório para tuberculosos. O facto é que por ser uma cidade com bastante insolação, ter uma densidade demográfica reduzida e com poucas atividades industriais fez com que a doença não fosse um problema tão grave como no Porto ou em Lisboa.

Em Beja, pela iniciativa de António de Lima Faleiro, criou-se outro núcleo alentejano somente com duas comissões: a de legislação e a de propaganda. As suas atividades passaram pela propaganda na imprensa periódica, pelas visitas de aconselhamento higiénico aos ateliês de costura, pois as costureiras eram vítimas frequentes da tuberculose, trabalho de aconselhamento junto do seminário, aquisição de máquinas de desinfeção e construção de um pavilhão para tuberculosos junto do hospital civil.

Nos distritos da Guarda, Bragança, Braga, Santarém, Figueira da Foz e Vila Nova de Ourém, apesar dos médicos se terem movido no sentido da criação de associações, motivos de índole diversa atrasaram ou impediram a constituição desses núcleos.

A implantação industrial funcionou como catalisadora da demografia regional, a qual, aliada aos baixos rendimentos agrícolas, contribuiu para consolidar a prática das migrações.

[810] MARQUES, 1901.

Neste contexto, entre 1864 e 1900, a vitalidade concentrou-se nas cidades que alteraram a sua população em 77%, face aos 22% e 30% dos espaços rurais e vilas, tendo o crescimento urbano absorvido dois terços do total. Não obstante, o sector primário era o que mais absorvia mão-de-obra (60%) sendo o remanescente distribuído equitativamente pelos sectores secundário e terciário. A emigração, a urbanização e a industrialização contribuíram diretamente para a evolução regional ao longo do século XIX, arrastando consigo outros fenómenos ao nível social e demográfico[811], como a incapacidade imediata de dar resposta às exigências habitacionais e sanitárias das cidades recetoras de população, o que, por outro lado, atenuou alguns problemas das cidades de origem. Os fenómenos migratórios e emigratórios levaram a que distritos do interior português como Castelo Branco, Santarém, Évora, Beja ou zonas distantes como Bragança e Faro perdessem população para outros distritos e concelhos economicamente mais atrativos ou nalguns casos para o estrangeiro[812]. A deslocação da população contribuiu para o aumento dos casos de tuberculose nos locais de destino e não nos de partida, pelo que é crível que, nas zonas que perderam população, o interesse dos poderes públicos neste problema era menor, o que determinou o atraso ou mesmo inexistência de associações anti-tuberculose em muitos concelhos do país.

5.2.3. Os congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose

A ideia de um congresso nacional de tuberculose em Portugal surgiu em 1895, quando em Coimbra um conjunto de alunos do quinto ano de medicina e o professor Augusto Rocha se propuseram organizar um espaço de discussão científica e médica sobre o problema da tuberculose. Após seis anos sem qualquer atividade, a ideia de um congresso nacional tomou forma por iniciativa da Liga Nacional contra a Tuberculose e pela mão de Miguel Bombarda. O primeiro congresso nacional decorreu em Lisboa (1901) seguido do congresso de Viana do Castelo no ano seguinte, e posteriormente em Coimbra (1904) e no Porto (1907). Os trabalhos inicialmente dinâmicos perderam vigor à medida que o tempo avançou, sendo os dois últimos temporalmente mais espaçados. A instabilidade da política portuguesa e o regicídio canalizaram as atenções para o campo da política. Miguel Bombarda envolveu-se ativamente na política a partir de 1908, primeiro como deputado monárquico e depois republicano, liderando a Junta Liberal, associação maçónica e anticlerical, e contribuindo ativamente para a implantação da República[813]. O seu afastamento das questões médicas e a morte nas vésperas da instauração da República determinaram o declínio das atividades da Liga Nacional contra a Tuberculose, da qual era o principal mentor e dinamizador.

O ano de 1901 determinou o arranque dos Congressos Nacionais da LNCT, que teve apenas quatro edições, com o intuito de dinamizar a nível nacional as iniciativas que os

[811] RODRIGUES, 2008: 345-348.
[812] VEIGA, 2004: 64-65.
[813] ARAÚJO, 2007: 15.

núcleos locais já realizavam em menor escala com conferências e palestras de sensibilização popular. A LNCT organizou, num período de sete anos, quatro congressos nacionais nas cidades de Lisboa (1901), Viana do Castelo (1902), Coimbra (1904) e Porto (1907). No essencial os Congressos tinham objetivos que extrapolavam o simples tema da tuberculose, centrando-se em questões sociais prementes para a sociedade portuguesa do início do século XX como a educação popular, os cuidados higiénicos, a alimentação e habitação dos trabalhadores e a proteção das crianças.

A sistematização dos assuntos tratados nos diversos congressos permitiu-nos aferir quais as preocupações dos médicos e demais conferencistas. A aglomeração dos temas possibilitou a criação de grupos de discussão para cada congresso, onde se acharam temas transversais, mas igualmente temas diferentes entre os congressos, o que mostra a evolução das preocupações da LNCT (anexo n.º 15).

No Congresso de Lisboa destacaram-se três temas fundamentais: a organização da luta antituberculose em Portugal; as questões de higiene e profilaxia; e as questões da assistência, hospitalização e tratamento (anexo n.º 15). Quanto à organização da luta antituberculose as atenções centraram-se nos modos e meios técnicos de realizar conferências e propaganda. Sobre este assunto conferenciaram António de Azevedo e Miguel Bombarda, que expuseram assuntos técnicos ligados à preparação de conferências, material necessário, técnicas para captar a atenção do público e transmitir de modo fácil a mensagem. Foram também discutidos os temas relevantes para as conferências como a transmissão de conceções bacteriológicas e higiénicas, repisando o facto de a tuberculose ser uma patologia de origem contagiosa, mas evitável pela higiene pessoal e coletiva, pela seleção de alimentos de origem animal e pela modificação dos costumes, como era o de escarrar em locais públicos. O facto dos núcleos da LNCT estarem num processo primário de atividade justifica a escolha destes temas mais técnicos, como contributo para ajudar a dinamizar os núcleos distritais aos quais convinha mostrar o modo de se fazer a vulgarização das noções científicas e propaganda preventiva.

José Joaquim de Almeida recomendava como principais modos de fazer propaganda as conferências, as ações de instrução popular, as publicações na imprensa escrita, a afixação em locais públicos dos aforismos higiénicos, o ensino obrigatório da higiene elementar aos professores primários e secundários bem como aos párocos. Como já referimos foi dada maior atenção à transmissão oral pelas conferências públicas, pela missa, pelo contacto direto entre médico e doente, sendo a vulgarização por meio escrito secundarizada, relembre-se que Portugal era um país de analfabetos: «Attendendo ao número desolador de analphabetos (80% do nosso paiz e á indifferença pela leitura de uma boa parte dos 20% dos que sabem (?) ler, damos em geral a preferência à propaganda de viva voz»[814]. Os restantes trabalhos desta temática focaram a importância da educação escolar na criação de práticas

[814] ALMEIDA, 1901: 130.

salutares, da imprensa como veículo abrangente da educação popular e da exposição de mostruários ambulantes nas cidades e povoações como modo de esclarecer os indivíduos, o papel da imprensa na luta antituberculose e os benefícios da criação de associações de socorros mútuos neste domínio, onde Severino Santana Marques abordou a questão do auxílio que as associações de socorros mútuos podiam prestar aos tuberculosos e suas famílias, pressupondo, no entanto, que houvessem reformas nas associações para aumentar as receitas e a existência de sanatórios para o tratamento dos doentes, condições essas que não eram fáceis de conjugar.

A higiene e profilaxia ocuparam um número avultado de comunicações neste congresso. Higienizar foi uma das preocupações sempre presentes, daí os votos para higienizar tudo: as escolas, os locais de trabalho, as habitações, os locais públicos e privados, os costumes e as práticas sociais. O ensino da higiene como modo de prevenção da tuberculose foi um dos temas transversais aos congressos posteriores, especialmente o ensino da higiene nas escolas primárias. A questão da higiene com os animais e a formação de enfermeiros nesta área revelava outras preocupações para limitar o contágio.

Não menos importantes se revelaram as questões da assistência, hospitalização e tratamento dos tuberculosos. Ricardo Jorge alertou para a necessidade de apoio das municipalidades à contenda contra a tuberculose devendo ficar a cargo dos concelhos a desinfeção e a colocação de escarradores nos espaços públicos, bem como a distribuição gratuita de escarradores portáteis aos pobres. A criação de pequenos sanatórios e a organização de um laboratório bacteriológico para análises completariam os meios de combate. Tiago de Almeida, António de Pádua e Amândio Paul insistiram na identificação dos melhores lugares para edificação de estações climatoterapêuticas e no tratamento domiciliário para a maior parte dos casos, baseado na mesma fórmula dos sanatórios: superalimentação, ar puro e repouso. Para tal recomendava que o tuberculoso habitasse numa casa em terreno elevado e com pouca vizinhança, se alimentasse bem, sobretudo com carne, ovos e leite e repousasse longos períodos durante o dia.

Quanto à hospitalização dos tuberculosos, todos reiteravam o isolamento dos tuberculosos em meio hospitalar para proteção da população sadia. Simultaneamente fez-se a apologia do estabelecimento de sanatórios populares para pobres e do apoio das associações de socorros mútuos aos tuberculosos. No tocante à habitação, António Júdice Cabral propôs ao Estado e às municipalidades a criação de bairros condignos, um sistema de assistência materno-infantil, que devia contemplar subsídios às mulheres grávidas e às crianças até idade pré-laboral, criação de maternidades, creches e lactários, regulamentação do trabalho feminino e infantil e o ensino da higiene corporal nas escolas primárias.

O segundo encontro da LNCT, que teve lugar em Viana do Castelo em setembro de 1902, teve uma estrutura similar ao congresso precedente. A análise das comunicações mostra a existência de três grandes temas: questões de luta antituberculose e assistência; questões de higiene e profilaxia; questões médicas e científicas (anexo n.º 15). Em relação às

questões de luta antituberculosa e assistência, as comunicações revelam uma certa heterogeneidade. Alfredo de Magalhães e Sobral Cid afloraram a questão da orientação da luta antituberculosa na Europa e América onde se destacavam medidas como a declaração obrigatória, o isolamento dos doentes e a desinfeção de lugares e objetos. O pomo de discórdia foi o da declaração, já que pressupunha a limitação das liberdades individuais, tornando a identificação pública do tuberculoso motivo para estigmatizar os indivíduos e as famílias. Outras medidas passavam pela assistência terapêutica e social, com o sanatório popular e o dispensário à cabeça. Augusto Cymbron e Sabino de Sousa criticaram os defeitos e lacunas da legislação portuguesa em matéria de tuberculose. A falta de legislação, geral e especial, central e municipal, específica sobre a tuberculose e a impreparação técnica de alguns funcionários contribuíam para uma má orientação na educação pública e privada. Havia a necessidade da repartição dos serviços sanitários do reino chamar a si as funções que desempenhava o Ministério das Obras Públicas, a fim de melhor canalizar as ideias e redação dum diploma que definisse medidas práticas para o combate à tuberculose.

A criação de laboratórios de análises e as coimas para os funcionários de saúde que não cumprissem as atribuições que lhes fossem incumbidas completavam o pacote de medidas. Curiosamente no mês seguinte ao do congresso foram publicados um «Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose» e um «Regulamento dos serviços de inspecção e fiscalização dos géneros alimentares» a que já fizemos referência. O primeiro reforçava as medidas já pedidas pelos médicos, a saber: a declaração obrigatória em caso de óbito, a desinfeção de domicílios e objetos contaminados, multas para quem escarrasse no chão e a realização dum censo estatístico dos tuberculosos do reino, que foi preparado por Ricardo Jorge e publicado em 1905. Quanto ao regulamento sobre as fiscalizações alimentares procurava combater a alteração e a falsificação de alimentos, cujos fabricante ou produtores tentavam fazer adicionando outras substâncias para aumentar o peso ou volume do produto original. Ainda sobre este tema foram apresentadas várias ideias acerca dos impostos sobre os alimentos, que dificultavam a sua aquisição pela população, o problema da tuberculose no exército e na armada e a necessidade da federação de hospitais para socorrer este tipo de doentes.

Ao nível da higiene e profilaxia destacou-se a comunicação de Daniel de Matos e João Ramos sobre o rasgamento dos bairros acumulados, salientando o primeiro, que havia absoluta necessidade de abrir novas ruas e avenidas onde o ar e luz fossem abundantes, melhorar a rede e sistema de esgotos e o saneamento do subsolo. Arrasar os bairros velhos e construir infraestruturas novas era a visão do segundo autor. De imediato, a assistência criticou estas pretensões, reclamando Albino Pacheco que de nada servia construir bairros novos se a população proveniente dos bairros acumulados não estivesse higienicamente educada para aproveitar as inovações que encontrariam. Mais uma vez o tema da educação popular revelava-se primordial para o sucesso dos diversos empreendimentos, fosse a ocupação de novas habitações, fosse na proteção coletiva ou individual perante uma doença.

Nas questões médico-científicas a discussão centrou-se essencialmente nas ideias que Koch apresentou ao Congresso de Londres, designadamente sobre a unidade da tuberculose humana e animal e as medidas preventivas a tomar em relação aos alimentos de origem animal. De fora ficaram várias questões ligadas à assistência aos tuberculosos, quer no domicílio, quer nos sanatórios e dispensários. As questões científicas e médicas quase foram ultrapassadas por completo. No global o Congresso de Viana caracterizou-se pela feição social que tomou. As questões clínicas e científicas foram secundarizadas, mesmo as de profilaxia. Os estudos centraram-se na questão social, nas condições de vida dos operários e dos pobres, na sua ignorância, nas condições em que habitavam, no que comiam e nos maus hábitos prejudiciais à concretização de uma sociedade higienicamente instruída. A presença de políticos, de engenheiros, de veterinários, de filantropos, à parte dos médicos, revelou a tendência social e sanitarista do congresso. Os próprios votos do congresso foram a súmula de trabalhos apresentados por membros destacados da política e da ciência, como Fuschini, Silva Carvalho, Daniel de Matos e João Ramos, porque o intuito era levar estas propostas ao governo para que se acelerasse o processo de execução de algumas iniciativas.

O terceiro Congresso Nacional contra a tuberculose decorreu em Coimbra no mês de abril de 1904. Este congresso ficou marcado pelas questões legais e regulamentares, evidenciando a preocupação com a normativização da proteção social nas suas múltiplas atividades e concretizando algumas ideias levantadas no congresso anterior. As questões sociais passaram a ter um novo destaque pela focagem que a LNCT fez na tuberculose como doença social, dando um maior destaque às questões sociais e profiláticas e menor às questões clínicas e terapêuticas. Por outro lado, recrudesceram as questões médicas e científicas muito devido ao desenvolvimento de trabalhos estrangeiros nesta área (anexo n.º 15).

Quanto às propostas relacionadas com regulamentos e leis foram várias as comunicações. Cândido da Cruz insistiu na questão do segredo profissional relativo à declaração obrigatória de doentes, defendendo que a declaração só devia existir em caso de óbito ou mudança de residência. Para ele a regulamentação higiénica e a inspeção rigorosa das habitações e outras infraestruturas eram mais vantajosas e menos lesivas para os doentes.

Bernardino Machado e Oliveira Simões apresentaram as bases para a regulamentação do trabalho de mulheres e crianças. Bernardino Machado, mais do que medidas concretas, acentuou a necessidade da proteção social aos trabalhadores industriais, particularmente de mulheres e crianças, que, de resto, já havia consignado anos antes quando assinou, como ministro das Obras Públicas, a legislação sobre proteção do trabalho feminino e infantil. Nesta legislação definiu-se a idade mínima de admissão ao trabalho, proibiu-se aos menores e mulheres o trabalho e o descanso nas quatro semanas posteriores ao parto. Estas medidas representaram uma sensibilidade para com a natureza própria da mulher, tida como frágil em particular na gravidez e no parto, cuja compleição física não era adequada a grandes esforços, e aos menores pelo período transitório das suas vidas cujo trabalho em excesso

prejudicaria o seu crescimento[815]. O engenheiro Oliveira Simões propôs no seu relatório a regulamentação do trabalho dos adultos na indústria que devia incluir a fiscalização rigorosa aos estabelecimentos do ramo industrial, a defesa dos trabalhadores (descanso dominical, horário de 10 horas diárias, proteção às grávidas com interrupção do trabalho quatro semanas antes e após o parto, higiene nas refeições, etc.). A criação de caixas de socorros ou seguros contra doença, invalidez e velhice, a par da instrução geral e industrial compunha o leque de medidas a adotar. Sugeriu ainda várias medidas para criar legislação de proteção à primeira infância assente na assistência e cuidados, traduzidos em subsídios de lactação e subsídios de gestação, prémios de lactação materna e prémios de sobrevivência. Mas o regulamento era mais abrangente, definindo os requisitos para aceder à atividade de ama, para recolher crianças em domicílio particular e procurava transformar as enfermarias de parto, em Lisboa, Porto e Coimbra, em verdadeiras maternidades.

No que diz respeito aos temas sociais, de higiene e profilaxia houve contributos de grande valia. Miguel Bombarda falou da degenerescência moral do povo português como fator de expansão da tuberculose, tecendo uma forte crítica à sociedade e às instituições como a igreja e a monarquia. Criticava essencialmente o decadentismo a que a sociedade portuguesa chegara, considerando que o poder absolutista, os jesuítas, a inquisição e a ignorância profunda do povo degeneraram as qualidades da raça, de que já Adolfo Coelho havia falado:

> *(…) ao povo falta a fé, falta a firmeza da resolução que só nasce do espírito suficientemente esclarecido acerca dos seus deveres e dos seus direitos; falta-lhe portanto a vontade colectiva: ele agita-se apenas dentro do círculo dos interesses individuais, familiares e locais; é a matéria-prima de um povo e não verdadeiramente um povo, como a complexidade da vida moderna exige que seja. Daí o indiferentismo pela política, a venalidade do voto, a emigração, a falta de ideia nítida e do sentimento firme de pátria e da humanidade, que um vago patriotismo não pode substituir.*
>
> *No momento histórico actual da nossa nacionalidade achamo-nos numa alternativa que não pode prolongar-se muito tempo: ou continuamos a aceitar o sistema de governação espoliativa que levou o país ao fundo do abismo em que se acha, para favorecer indivíduos; ou tratamos de elevar pela educação o povo à noção de vida colectiva, dos interesses gerais e ideais (…)*[816].

A degenerescência moral acarretava problemas sociais como o alcoolismo e o pauperismo, conduzindo à decadência física, tornando o corpo o terreno propício ao alastrar das doenças. Em suma, para Bombarda a luta contra a tuberculose em Portugal resumia-se, em primeiro lugar, à educação cívica, à educação do espírito, sem o qual o povo era esmagado pelos poderes sufocantes dos poderosos.

---

[815] Veja-se ALVES, 2002: 64-65.

[816] COELHO, 2006: 463.

Ricardo Jorge e Carlos França dissertaram sobre o casamento e a tuberculose e Joaquim Evaristo sobre a prostituição e tuberculose. Quanto aos primeiros concluíram que o casamento podia deter ou melhorar o estado do tuberculoso, ao contrário do que advogavam os médicos do século XIX. Na estatística apurada por Ricardo Jorge eram os celibatários e os viúvos que mais sofriam com a doença pelos desregramentos, indiferença e práticas mundanas. Carlos França comungava da mesma ideia porque o casamento era benéfico para os tuberculosos, sendo, contudo, necessário regular clínica e higienicamente o meio conjugal e a puerperalidade da mulher. Esta mudança de atitude em relação ao casamento mostra que definitivamente a ideia de contágio triunfou pois a hereditariedade da tuberculose não existia, o que significa que os filhos de um casal tuberculoso ou de um progenitor tuberculoso não nasciam tísicos. A tuberculosidade era maior nos celibatários, especialmente homens, pelo desleixo com as práticas higiénicas.

O relator Estêvão de Vasconcelos defendeu que o Estado devia criar sanatórios populares e hospitais de internamento, implementar um seguro obrigatório contra a doença e invalidez e desenvolver instituições de previdência social. Outros autores advogavam que as colónias de férias e as escolas podiam prestar valiosos serviços higiénicos às crianças representando um meio de desenvolvimento físico, intelectual e moral, onde as crianças podiam realizar uma alimentação abundante, brincar, passear e repousar. Na proposta de Zeferino Falcão e Jaime Manperrin Santos, acerca do regímen das escolas e da luta contra a tuberculose, estes concebiam a escola como um centro de educação, no qual o médico escolar devia instruir higienicamente as turmas, fazer inspeções regulares e zelar para que as escolas fossem exemplares no que diz respeito à profilaxia. Serras e Silva e Silva Carvalho defendiam por seu turno que o saneamento geral era um dos meios mais eficazes de defesa contra a tuberculose, tanto mais que Portugal carecia de sanatórios. O saneamento público e a salubridade das habitações constituíam, no entender destes médicos, fatores importantes em que os poderes públicos deviam apostar.

As questões ligadas à prática clínica e à terapêutica foram secundadas em relação às questões sociais e à regulamentação. Nada de novo foi acrescentado em relação ao que clínicos e académicos defendiam. Falou-se no diagnóstico precoce da tuberculose, baseado em análises clínicas, no emprego de substâncias destinadas a obter dados clínicos (ex.: tuberculina) e em pesquisas laboratoriais (ex.: análise de escarros ou urina). Charles Lepierre e Miranda do Vale falaram acerca do pensamento de Behring sobre o conhecimento da doença, focando aspetos como a extrema disseminação da tuberculose na sociedade, constatado a partir de milhares de autópsias realizadas. O leite constituía um veículo de contágio para crianças, sendo o controlo sanitário das vacas produtoras de leite e a sua imunização imprescindível para prevenir o aparecimento de novos casos. O relatório acerca da acumulação de pessoas na etiologia da tuberculose confirma apenas o que era do senso comum. O número de infetados era maior nas povoações densamente povoadas e nos centros industriais, possibilitado pela maior frequência de contacto entre os sãos e

os doentes. A promiscuidade, a falta de higiene e salubridade constituíam outros fatores que não se podiam desprezar. As comunicações acerca do paludismo e tuberculose e a terapêutica do lúpus não tiveram grande relevo neste congresso. As comunicações, prometedoras, acerca da soroterapia e da tuberculina não chegaram a decorrer por falta de tempo.

O congresso nacional de 1907 foi o último dos congressos de tuberculose promovidos pela Liga Nacional contra a Tuberculose. No ano seguinte, o regicídio precipitou uma reviravolta política, que levaria ao fim da monarquia, desviando os interesses sociais para o campo político. É neste período que Ferreira de Mira considera terminado o primeiro grande período de luta contra a tuberculose em Portugal[817]. A morte de Miguel Bombarda nas vésperas da instauração da República foi o golpe final nas atividades da LNCT já que este era o seu fundador e o principal dinamizador.

O congresso do Porto desenrolou-se em cinco dias e teve o programa mais extenso dos quatro congressos (anexo 15). A inauguração teve lugar a 4 de abril seguida da abertura da exposição de higiene. As sessões de estudo decorreram nos dias 5, 6 e 8. No dia 6 houve uma visita ao posto de desinfeção de Leixões e o dia 7 foi dedicado à conferência do professor Roberto Frias com o título «Os tuberculisáveis»[818], onde insistiu no papel desempenhado pelo corpo enfraquecido no desencadear do processo tuberculoso. Para ele a ineficácia da luta contra a tuberculose em Portugal residia na orientação dos meios para a extinção do bacilo e na condição física dos indivíduos. A solução passava por evitar o contágio e diagnosticar os casos de primo-infecção ainda curáveis, reforçando também a resistência orgânica como complemento para evitar a tuberculização.

Foi possível agrupar as comunicações deste congresso em três temas principais: as questões médicas e científicas; as questões sociais, higiénicas e profiláticas; questões de saúde escolar. As questões de saúde escolar foram pelo seu número o tema dominante do congresso portuense. Quanto aos outros temas foram uma repetição de ideias já exploradas. Em termos sociais, higiénicos e profiláticos destacaram-se os estudos de Estêvão de Vasconcelos sobre a influência do meio social na tuberculose e de António de Lencastre/Cândido Pinho sobre a tuberculose nas classes ricas. O relatório de António de Lencastre e Cândido Pinho concluiu que a mortalidade nas classes ricas era mais baixa do que nas classes pobres. A maior resistência orgânica aos ataques bacilares e por vezes a autoimunização impediam os ricos de manifestar tuberculoses graves. A tuberculose dos ricos associava-se quase sempre à dos pobres, na medida em que os estes eram a fonte do contágio. Os serviçais, os alfaiates e costureiras eram um bom exemplo. Com esta justificação, ambos os médicos aconselhavam os ricos a auxiliar a profilaxia social pois a higiene individual não era suficiente para dirimir os bacilos de Koch.

---

[817] MIRA, 1947: 472.

[818] FRIAS, 1907: 125-136 e 142-145.

O contributo das outras comunicações foi meramente informativo. A comunicação de Sobral Cid e Cândido da Cruz enfatizou o papel relevante da mulher/mãe na educação das crianças em termos higiénicos e os cuidados das puérperas durante e após a gravidez. Sobral Cid indicou que o maior número de mortes se dava entre as que laboravam na indústria do vestuário pelas condições de trabalho em lugares mal ventilados e insalubres, pelo trabalho prolongado e baixo salário. O Dr. Luís Viegas aconselhou o isolamento dos presos tuberculosos, a desinfeção das prisões e substituição de instalações por outras mais higiénicas.

No que concerne às questões de índole médica foram apresentadas apenas três e sem grande novidade. Charles Lepierre tratou do dualismo da tuberculose, Ângelo da Fonseca falou acerca da imunização dos tuberculosos e o trio composto por António Coelho, Manuel de Oliveira e Manuel Laranjeira discursou sobre a questão da ascendência e descendência na tuberculose.

As questões escolares e educativas e a luta contra a tuberculose nas escolas constituíram o verdadeiro tema do congresso do Porto, já que a maior parte dos relatórios versou sobre este assunto. Subdividimos as questões em três grupos: o primeiro relativo à medicina escolar, quer dizer, aos estudos que abordam o papel do médico nas escolas e as doenças e modos de preveni-las, o segundo grupo conglomerava os relatórios sobre a educação física num sentido abrangente e o terceiro grupo reúne as questões higiénicas e profiláticas na dimensão corporal, moral e intelectual.

No campo da medicina escolar várias foram as teses apresentadas, destacando-se o papel do médico escolar, que devia dirigir e inspecionar a escola e os seus alunos, sendo o garante da adoção dos bons princípios higiénicos, da inspeção metódica dos alunos com vista ao diagnóstico precoce e tomada de medidas de profilaxia, as medições antropométricas para avaliar estatisticamente a incidência da doença em relação ao «terreno» e a adoção de cadernetas sanitárias para os alunos de todos os graus de ensino a fim de ser registado o historial do doente. Almeida Garrett dissertou acerca da sedentariedade na escola, principal responsável pela degenerescência física, e da necessidade de exercício escolar curricular. Costa Sacadura falou ainda dos livros como transmissores de doenças contagiosa, pelo seu manuseamento com dedos humedecidos em saliva infetada ou pelos espirros e tossidelas para cima dos livros.

No campo da educação física as propostas insistiram fundamentalmente no exercício físico como forma de prevenir doenças e de robustecer o corpo. Alguns autores preferiam os exercícios ao ar livre (jogos tradicionais) e outros exercícios de natação. As recomendações foram as de adotar posturas corporais corretas na escrita, em evitar ginástica atlética e preferir exercícios suaves que favorecessem o aumento do volume torácico.

Quanto às questões higiénicas e profiláticas todas confluíram para a ideia de que era necessário instaurar e manter preceitos higiénicos nas escolas portuguesas nos diversos graus de ensino, não só higiene corporal e física como a ginástica, os passeios ao ar livre e

uma higiene intelectual e institucional. A ideia de que era necessário higienizar o ensino levou a recomendações para estabelecer um currículo não muito extenso, permitir o devido descanso aos alunos pelo meio de intervalos, educar os alunos através do ensino da higiene. Na dimensão da higiene institucional devem referir-se os trabalhos de Guilherme Ennes, Aleixo Guerra e Nogueira Lobo, «Regímen apropriado aos alunos predispostos à tuberculose»[819], onde os relatores defenderam a necessidade de satisfazer vários requisitos higiénicos na construção e manutenção das escolas, tais como o local de edificação, a luminosidade, dimensões e volume dos compartimentos, aquecimento, desinfeção de mobiliário, materiais, livros, W.C., etc.

A inspeção médica regular seria um complemento essencial para conservação de todos estes princípios. No cômputo geral as ideias aqui transmitidas replicaram os conteúdos de outros relatórios deste e de outros congressos, havendo, no entanto, uma espécie de «febre», entre os relatores, da necessidade absoluta de higienizar tudo e todos. O imperativo era higienizar as pessoas, a sociedade, a moral, o ensino/aprendizagem, as atividades laborais, as instituições, os edifícios, os pensamentos e as ações. A tentativa de higienização médica pretendia, de certa forma, a normalização dos indivíduos, de que falava Michel Foucault[820], como uma forma de controlo social alicerçado nas prerrogativas científicas emergentes. À tendente normalização da medicina e do médico desde os finais do século XVIII associava-se agora a normalização da sociedade através do ensino, da escolarização e da medicina escolar. Como disse Anne Marie Moulin, se o doente já era um «consumidor» da medicina, tornou-se agora dependente dela porque «desde que a medicina se infiltrou nas estruturas sociais, (…) que não é possível casar, ter filhos, praticar um desporto, (…), arranjar um emprego sem recorrer a um especialista»[821]. A sociedade foi paulatinamente emoldurada num quadro médico/legal que normalizava as suas ações desde a sala de parto até à sepultura.

5.2.4. A campanha antituberculose em Coimbra: um caso paradigmático

A luta contra tuberculose no campo da profilaxia e assistência não dependeu exclusivamente das iniciativas encetadas pela LNCT e ANT, que eram as principais instituições destinadas à resolução dos assuntos concernentes à tuberculose. O problema da tuberculose também suscitou o interesse de pequenas instituições ou de pessoas a título particular que contribuíram para o combate à «peste branca» tanto no campo da profilaxia como da assistência. Nos inícios dos anos 30 do século passado, justamente pela iniciativa dum particular, surgiu em Coimbra e Beira Litoral uma das grandes obras de luta contra a tuberculose em Portugal, arquitetada pelo Professor Bissaya Barreto. Pelo carácter inovador e abran-

[819] LOBO, 1907: 118-119.
[820] FOUCAULT, 2009: 83.
[821] MOULIN, 1997: 91.

gente que adquiriu, pode ser encarada como uma obra social de referência e merecendo uma referência própria neste nosso trabalho.

A ação de Bissaya Barreto foi tão determinante que não é possível compreender a luta contra a tuberculose em Coimbra sem o mencionar. Homem de carácter forte, academicamente irrepreensível (acabou três licenciaturas, Filosofia, Matemática e Medicina, no mesmo ano e todas com 20 valores) professor impiedoso e severo para os alunos de medicina, que ele considerava a mais séria e exigente das carreiras[822] e responsável pelos serviços de cirurgia na Estância Sanatorial do Caramulo[823], Bissaya Barreto foi o exemplo cabal de uma vida altruísta dedicada à edificação de uma obra com repercussões médicas e sociais de vasta extensão e alcance. Na sua imensa obra, o professor Bissaya Barreto contemplou não só a luta antituberculose como a proteção às grávidas e crianças, a assistência psiquiátrica, a luta contra o cancro, lepra, sezonismo e doenças venéreas.

A ação de Bissaya Barreto na Medicina Social iniciou-se com a organização da luta contra a tuberculose no distrito de Coimbra através da Junta Geral de Província da Beira Litoral à qual presidiu. O destaque da tuberculose tanto ao nível obituário como no campo social motivou este cirurgião a planear e executar um plano de combate à doença. No início interessou-se sobretudo pela tuberculose pulmonar, mas rapidamente encarou com a mesma tenacidade a luta contra a chamada tuberculose cirúrgica, sobre a qual fizera referência no seu trabalho doutoral. Na sua tese de doutoramento, «O sol em cirurgia»[824], aflorou entre outras doenças, vários casos clínicos referentes ao tratamento pela helioterapia de tuberculoses cirúrgicas (osteoarticular, cutânea, ganglionar e vertebral). A sensibilidade para com a tuberculose e com os males sociais que estavam na sua origem germinou ao longo dos anos numa obra médica e social de grande envergadura. A Junta da Província da Beira Litoral, através da qual operou, criou um sistema que englobava a instrução, a educação sanitária, a higiene do trabalho e da habitação como também assistência hospitalar, social, moral e higiénica duma forma bastante alargada[825].

O início do programa de profilaxia e assistência da tuberculose no distrito de Coimbra iniciou-se por volta de 1925, quando ainda não existia nenhum esboço de assistência aos tuberculosos no concelho, resumindo-se a ação benemérita a obras de caridade e a um hospício. As elevadas taxas de mortalidade e morbilidade infantil e a situação miserável a que estavam votadas as grávidas e crianças pobres levou a Junta Geral do Distrito de Coimbra a proceder a uma verdadeira revolução assistencial na área do seu distrito. Nessa época as ações da ANT estavam quase paralisadas, tendo criado entre 1905 e 1929 apenas um dispensário em Ponta Delgada (1914). Perante a falta de iniciativas para combater a «peste

[822] NAMORA, 1997: 3-7.

[823] LACERDA, 1937: 3.

[824] ROSA, 1915.

[825] *Oeuvre sociale realisée a Coimbra* (Junta da Província da Beira Litoral), [s.d.].

branca», o abandono dos pobres e doentes e a multiplicação do contágio, a Junta Geral do Distrito de Coimbra concebeu pela primeira vez no país um sistema de profilaxia da tuberculose com múltiplas vertentes, mas cuja base radicava na proteção das crianças[826]. A característica mais original da Junta de Província da Beira Litoral foi associar a luta contra a tuberculose com as várias modalidades de assistência à infância, de luta contra a fome, a miséria e a ignorância.

No início da luta antituberculose em Coimbra, Bissaya Barreto, então professor de cirurgia na Faculdade de Medicina de Coimbra, pouco sabia de medicina social e profilaxia antituberculosa. Nos finais dos anos 20, Bissaya Barreto estava encarregado reformar e modernizar a Secção de Cirurgia dos Hospitais Universitários, o que lhe granjeou inveja e oposição por parte da Secção Médica do mesmo hospital. Entre as várias picardias existentes entre a Secção Cirúrgica e a Secção Médica alguém decidiu questionar Bissaya Barreto sobre o que pensava sobre a instalação de um sanatório no Convento de Santa Teresa. Procurando informação e apoio, acabou por provar que não era a melhor opção, pelas condições climatéricas e exposição aos ventos. Da disputa gerada em torno desta questão viria a surgir uma campanha intensa com artigos, cartazes, panfletos, sessões públicas, etc. Mas como não bastava desdenhar, Bissaya Barreto, na altura presidente da Junta Geral, empenhou-se seriamente na criação de sanatórios, vindo a nascer o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, o Sanatório de Celas e o Sanatório Infantil. Das ações da Junta Geral foi criado ainda o Dispensário Central do Pátio da Inquisição, os dispensários concelhios, o Preventório de Penacova, o Preventório Ar Alto e a Obra de Grancher[827].

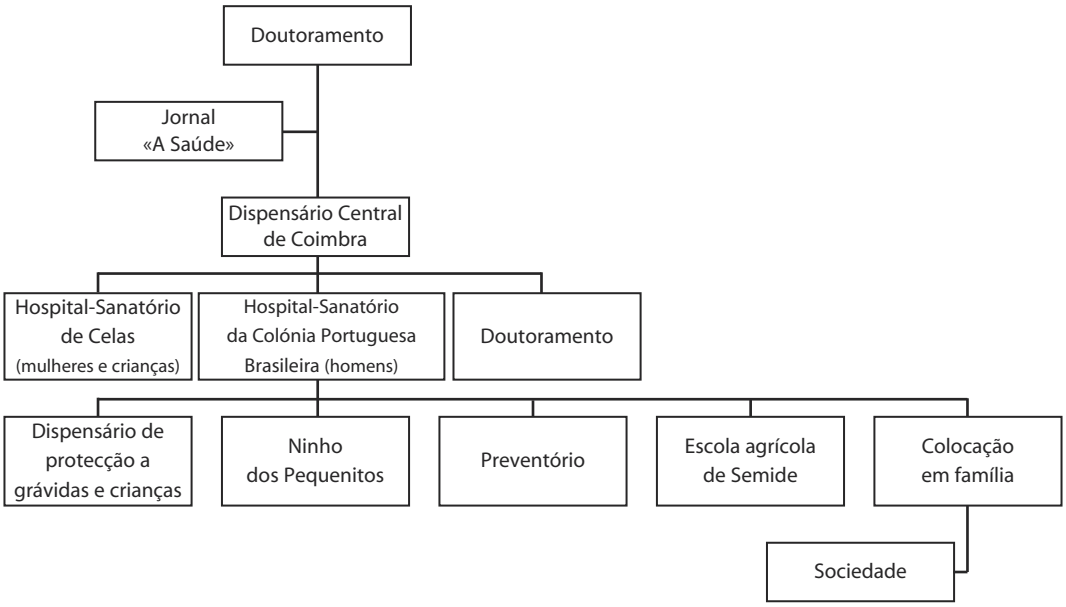
O modelo adotado foi o modelo francês que já tinha dado provas neste campo, alicerçando a intervenção profilática na teoria do contágio. A noção de tuberculose enquanto doença contagiosa, evitável e influenciada pelas condições de vida orientou as campanhas contra ela no sentido da proteção às crianças e adolescentes. Assim, as campanhas preventivas englobaram iniciativas como a vacinação pela BCG, a proteção às grávidas e crianças desvalidas, os preventórios e a colocação familiar, que compuseram a grande obra médica, higiénica e social da Junta de Província da Beira Litoral.

No campo da profilaxia desenvolveu uma obra notável pela implementação de mecanismos de assistência de pré-tuberculização às mulheres e crianças, de forma a evitar a primo-infecção, tanto dos menores como das progenitoras, que eram na altura elementos frágeis da sociedade. Nesse sentido criou um sistema que articulava diversos elementos e intervenientes como podemos ver no Organograma 1:

---

[826] BESSA, 1940: 321-323.

[827] ROSA, 1970: 8-10.



Organograma 1 – Organização da luta antituberculose em Coimbra (1931).
Fonte: *A Saúde,* n.º 12 (1931), pp. 4-5.

Pela observação do Organograma1 podemos verificar que a organização da luta antituberculose no distrito de Coimbra repousava primeiramente na ação de diagnóstico e triagem encetado pelo Dispensário Central do Pátio da Inquisição. Este tinha uma função permanente de deteção de casos de tuberculose e de más condições de vida e habitação, sobretudo nos meios mais pobres, física e moralmente degradantes. Num inquérito social realizado pelo Dispensário antituberculoso do Pátio da Inquisição (Coimbra), verificou-se que, para 1730 casas ou divisões com janela, 207 não tinham janelas, para 1446 quartos de dormir com janela, 536 não tinham janela (26% dos quartos não tinham janelas). Os quartos eram habitados por um número variável de pessoas e dos quais contava-se 454 onde dormiam até nove pessoas: «Ficha n.º 934 – uma única divisão, três camas e dez pessoas! / Ficha n.º 1146 – uma única divisão, três camas e nove pessoas! / Ficha n.º 2168 – uma única divisão, sem janela, três camas e onze pessoas!»[828].

No que diz respeito à profilaxia da tuberculose, esta tinha como pilar central a «Obra de Grancher». A «Obra de Grancher» foi um ícone das ações emblemáticas dos higienistas na luta contra o contágio. A «Obra de Grancher» consistia em retirar as crianças aos pais tuberculosos e encaminhá-los para famílias ou instituições de acolhimento, com o objectivo de apartá-las dos meios conspurcados[829]: «Não há nenhum meio de defesa das crian-

[828] BESSA, 1936: 5.
[829] DESSERTINE, 2006: 177.

ças mais eficaz, mais certo, mais económico, repetimos. Eis a base de toda a profilaxia anti--tuberculosa»[830].

A «Obra de Grancher», criada em 1906 em França, tinha como objetivo a preservação das crianças contra a tuberculose. O seu criador, o pediatra Jacques-Joseph Grancher, nos estudos perpetrados no *Hôpital des Enfants Malades*, do qual era diretor, verificou que o isolamento de crianças contagiosas diminuía o contágio entre as restantes. Por analogia, passou a advogar a separação de crianças das famílias que viviam em más condições ou com famílias onde existissem casos de tuberculose. A definição clássica de Obra de Grancher está conotada com a separação de crianças do seu meio familiar pelo perigo que os parentes representavam em termos de contágio. Retirado do ambiente nefasto que o tornaria provavelmente num tuberculoso, a criança era entregue a uma família do campo, física e moralmente saudável, com a qual viveria geralmente até aos 13 anos[831]. Criada num ambiente salutar, a criança crescia robusta e vigorosa, o que lhe permitiria resistir à infeção bacilar. Mas em Coimbra a proteção contra a tuberculose por meio da Obra de Grancher assumiu uma dimensão mais lata, abarcando também a assistência anteparto às grávidas e às crianças até idade adulta. Assim, os órgãos de assistência estavam escalonados em função da idade, concorrendo todos para um objetivo comum.

Na Consulta Externa para Grávidas amparavam-se e guiavam-se as mulheres pobres da região, orientando-as na gravidez, corrigindo defeitos, instruindo-as nos preceitos da higiene, tratando os estados mórbidos, preparando-as para que os filhos nascessem tão robustos quanto possível. Depois eram recebidas na maternidade do Ninho dos Pequenitos, onde se prestava a assistência necessária para que o parto decorresse dentro da normalidade. O bebé, depois de observado e assistido nos primeiros dias de vida saía com a mãe e era acompanhado na consulta externa de pediatria ou era internado no Ninho dos Pequenitos, se as condições o impusessem. Quando se verificavam situações de perigo de contágio por algum familiar tuberculoso, as crianças ficavam até aos três anos de idade aos cuidados das Missionárias Franciscanas de Maria que os criavam e educavam[832]. Aí viviam num ambiente saudável, com um regime alimentar adequado e cuidados constantes com a higiene pessoal e os objetos usados pelas crianças.

Ao atingirem os três anos de idade, as crianças ingressavam no Preventório de Penacova onde permaneciam até aos dez anos. O Preventório de Penacova, situado no alto duma colina, oferecia um modo de vida saudável pela abundância de luz e ar puro. O estabelecimento recolhia em regime de internato as «crianças fracas, infezadas, escrofulosas, insuficientemente desenvolvidas e com estado de miséria fisiológica»[833] de famílias tuberculosas,

---

[830] *A criança e a profilaxia da tuberculose: preventório de Penacova*, 1931: 4.

[831] FOLLET, 1916: 39.

[832] Cf. BESSA, 1940: 323-324 e ROSA, 1970: 226.

[833] ROSA, 1970: 24.

mas sem infeção tuberculosa ou qualquer outra doença contagiosa. Ali ficavam submetidas a um regime especial de higiene e alimentação, cercadas de cuidados especiais que incluíam a educação física, moral e instrução escolar primária.

Ao atingir os dez anos de idade rapazes e raparigas seguiam trajetos diferentes. As raparigas eram enviadas para a Quinta do Linheiro, em Sever do Vouga a 500m de altitude, onde completavam a sua educação escolar e onde faziam a aprendizagem de todas as tarefas domésticas, preparando-se para as tarefas de mãe, mulher e dona de casa como era preconizado durante o Estado Novo. Os rapazes eram encaminhados para a Escola Profissional de Agricultura de Semide, onde ingressavam no curso profissional elementar de agricultura. Aí preparavam-se para a vida ativa aprendendo os conhecimentos relativos à profissão de agricultor ou capataz agrícola[834].

O conceito clássico de «Obra de Grancher» pressupunha, deste modo, a colocação das crianças, em perigo de contágio tuberculoso ou em condições débeis, em famílias oriundas do campo. Mas embora a Junta de Província considerasse essa hipótese nunca foi fácil conseguir a colocação em boas condições para pessoas estranhas à família, por isso a Junta pugnou por colmatar essa falha com a extensa obra institucional que acolhia as crianças do berço até à maioridade.

Concomitantemente, a Junta de Província da Beira Litoral encetou uma obra de assistência, que extravasando o domínio da profilaxia da tuberculose, contribuiu seguramente para evitar a miséria e a doença de muitas crianças e jovens. O Lactário, a Creche, os Jardins Infantis, a Colónia de Férias de Montanha, a Colónia Marítima, os dois sanatórios de montanha e um marítimo e uma Escola Normal Social, para a formação e preparação das visitadoras e educadoras de infância, assim como as assistentes sociais, completaram a vasta obra social no distrito de Coimbra e da Beira Litoral. Podemos dizer que esta foi uma obra social única e sem paralelo no país, não só pela sua grandeza, mas pelo seu conceito sistémico, pela visão do seu impulsionador e pela gratuitidade dos seus serviços. Enquanto a Faculdade de Medicina vivia agarrada à ideia de um dispensário, instalado num compartimento do Hospital dos Lázaros, a Junta Geral criou o Dispensário no Pátio da Inquisição com salas, gabinetes, laboratório, aparelhos de raios x, etc., prestando consultas e assistência de forma gratuita. A visão e empenho de Bissaya Barreto permitiram a construção de um grande arsenal contra a tuberculose, composta no início da década de 1970 pelo Dispensário Central de Coimbra, Hospital-sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (masculino), Hospital-sanatório de Celas (feminino), Hospital-sanatório Infantil (crianças), Hospital de Tuberculose Cirúrgica, «Obra de Grancher», Preventório de Penacova, Preventório Ar Alto, Colónias de Férias de Altitude e Colónia de Férias Dr. Oliveira Salazar (Figueira da Foz)[835].

---

[834] Cf. *Obra anti-tuberculosa de Coimbra: seu documentário*, 1938: 2 e BESSA, 1940: 327-328.

[835] ROSA, 1970: 14-15

Além da obra profilática de cariz institucional, a Junta Geral do Distrito de Coimbra, conjuntamente com o Dispensário Antituberculoso de Coimbra dinamizaram uma publicação periódica bimensal de higiene e profilaxia social. O jornal «A Saúde», publicado entre janeiro de 1931 e dezembro de 1942, num total de duzentos e oitenta e oito números e de edição e distribuição gratuitas, foi o rosto visível da propaganda contra um vasto conjunto de problemas médicos e sociais, da tuberculose à lepra, passando pela loucura e pelo cancro[836].

Apesar do vasto leque de doenças e problemas sociais que tentava noticiar, a sua origem esteve ligada à luta contra a tuberculose em Coimbra. A prová-lo está o editorial do primeiro número e o grande número de páginas dedicadas ao problema. Na abertura do primeiro número pode ler-se:

> *A SAUDE*
>
> *A TUBERCULOSE SÓ RECUARÁ NA SUA MARCHA INVASORA PERANTE UMA REVOLUÇÃO NOS NOSSOS COSTUMES.*
>
> *BRUNON*
>
> *A SAUDE vem tomar parte também nessa revolução; vem contribuir com o seu esforço para a remodelação dos usos e costumes do nosso Povo, de molde a facilitar a obra de valor incalculável que á a profilaxia da tuberculose.*
>
> *Pretende levar a todos os lares da sociedade o ensinamento dos princípios fundamentais da higiene, pretende crear nessas mesmas classes o hábito de higiene.*
>
> *Para isso é fundamental fazer a educação conveniente dos nossos trabalhadores; nela está a principal arma a manobrar na luta contra a tuberculose; poderemos mesmo ir mais longe e afirmar que a educação, bem orientada, sob o ponto de vista sanitário é suficiente para libertar a Humanidade do maior flagelo dos tempos d'hoje, que é a tuberculose.*
>
> *A SAUDE procurará pois, entrar em todas as casas, grandes e pequenas, visitar pobres e ricos com o propósito humanitário de lhes levar, em linguagem simples, os conhecimentos indispensáveis que lhes permitam a defeza do organismo contra a doença para não a terem de a curar.*
>
> *É que na verdade vale mais "prevenir do que remediar", e nesta frase está todo o nosso programa.*
>
> *E te-lo-hemos atingido completamente se fôr possível preparar a opinião publica, educando-a e instruindo-a, de maneira a compreender toda a importância, sob o ponto de vista colectivo e individual, que há na aplicação dos princípios fundamentais de higiene.*
>
> *É necessário que o povo sinta a necessidade desses preceitos; é necessário que viva as suas vantagens; só então estará apto a acatar e a obedecer às medidas legislativas que o Poder central houver*

[836] O jornal «Correio de Coimbra» considerava que o jornal «A Saúde» era um importante meio de difusão duma mentalidade profilática face às doenças sociais. Considerava-o também uma publicação patriótica pelo combate ao flagelo da tuberculose. Chegou a pedir ao Ministro do Comércio a circulação gratuita pelo território nacional a fim de expandir os preceitos de higiene e prevenção das patologias dominantes. Veja-se: *Uma publicação patriótica*, 1933: 1.

por bem estabelecer; só então serão recebidas com carinho e interesse porque se tornarão medidas úteis e precisas, que vão ao encontro duma necessidade já creada[837].

A criação do jornal «A Saúde» dotou a Junta Geral do Distrito de um meio de grande valor na cruzada contra a «peste branca», especialmente pelo contributo informativo e educativo para as camadas populares. Do ponto de vista da Junta era imprescindível transmitir noções científicas claras e princípios higiénicos de aplicação fácil e ajustados aos indivíduos. Todo o projeto de luta contra a tuberculose radicava na educação dos indivíduos face ao perigo do contágio e face à necessidade de tomada de medidas profiláticas, daí o lema adotado pelo jornal ser «Vale mais prevenir que remediar». A redação do jornal serviu-se também de iconografia de aspeto tétrico para chamar à atenção para o grande perigo social que a doença representava. Era frequente ver-se o apelo à higienização dos costumes, ao auxílio à obra antituberculose e proteção das crianças acompanhado de ilustrações personificando a morte.

Figura 2 – Gravura representando a proteção das crianças e dos tuberculosos vencendo a morte.
Fonte: *A Saúde*. Ano 6, n.º 135-136, p. 7.

[837] A SAUDE, 1931: 1.

Figura 3 – Folha de rosto do jornal «A Saúde» n.º 12. Nela se pode ver a morte pairando sobre a sociedade e a cidade e a personificação da assistência aos tuberculosos oferecendo auxílio. Vemos no cabeçalho o lema «Vale mais prevenir que remediar» e uma figura de mulher personificando a assistência, envergando um escudo protetor com a cruz de Lorena, ou cruz dupla, símbolo da luta internacional contra a tuberculose.
Fonte: *A Saúde*. Ano 1, n.º 12, p. 1.

O jornal publicou durante doze anos um conjunto numeroso de artigos sobre a tuberculose, quer com o objetivo de instruir, quer com o objetivo de fazer propaganda à obra da Junta de Província. As formas mais comuns de propaganda eram artigos, cartazes, diálogos, contos, entrevistas, campanhas, afixes, desenhos, tudo com o propósito de elucidar a opinião pública, esclarecer os espíritos, combater preconceitos, dar conselhos práticos e chamar à atenção para a importância da profilaxia. O jornal «A Saúde» foi o instrumento de propaganda da Junta de Província da Beira Litoral, procurando com as suas tiragens de vinte mil exemplares, alargar a toda a população, independentemente da classe socioeconómica ou da educação, os princípios fundamentais da higiene para com eles higienizar os costumes[838]. Procurava desmistificar a doença, evitar a tuberculofobia e proteger os tuberculosos, já que a guerra era contra a tuberculose e não contra os tuberculosos: ficou famoso o *slogan* «Pelos tuberculosos/contra a tuberculose».

Ao nível da tuberculose, o jornal publicou inúmeros artigos sob os mais diversos aspetos. As preocupações com as condições de vida da população eram evidentes. Variados artigos foram dedicados ao problema das casas insalubres com pouca luminosidade e areja-

[838] ROSA, 1970: 11-12.

mento e, por outro lado, fazia apologia das casas baratas como solução para o problema habitacional a que já nos referimos em capítulo anterior. Simultaneamente falava-se da alimentação, ou da falta dela, como um fator determinante no enfraquecimento fisiológico, tornando os indivíduos mais débeis na hora de resistir ao ataque bacilar. Neste contexto, destacou-se a propaganda contra o alcoolismo, que, além de ser debilitante, acarretava problemas sociais e familiares graves.

O jornal foi igualmente prolixo na difusão de princípios norteadores da higiene e prevenção da tuberculose. Difundiu noções sobre a doutrina do contágio e as suas vias de ação, sobre o combate ao escarro, difundiu princípios elementares de higiene para o quotidiano, no trabalho, na habitação, nos costumes e particularmente na higiene infantil. A maior parte das vezes a transmissão destas ideias era feita com o recurso a contos e diálogos, sendo disto exemplo a rubrica «À Lareira», onde geralmente dois interlocutores conversavam sobre aspetos do quotidiano, sendo que um chamava à atenção do outro para os pormenores da higiene coletiva ou individual, para o cuidado com as crianças e para a prevenção das doenças pelo cumprimento de certos princípios de limpeza e asseio. No campo da profilaxia destacou-se também a propaganda a favor da vacina BCG feita pela Junta de Província e pelo Dispensário Central a partir de 1932 (*A Saúde*, n.º 41). Desde cedo que estas instituições foram acérrimas defensoras da vacinação das crianças, explicando o que era a vacina de Calmette e Guérin, como atuava, como era aplicada, etc., sensibilizando as mães para a necessidade de imunizar os filhos através da vacinação.

Figura 4 – Propaganda a favor da vacina BCG. **Fonte**: *A Saúde*. Ano 7, n.º 161-162, p. 3.

O jornal «A Saúde» fez também uma intensa propaganda e divulgação não só às suas atividades, mas também às que ocorriam no país em matéria da tuberculose, como a X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose (1937), o Congresso Nacional de Ciências da População (Secção de Demografia e Higiene), inserida no Congresso do Mundo Português (1940) e a Semana da Tuberculose (a partir de 1931). O jornal fez ao longo dos anos várias fotorreportagens acerca do desenvolvimento da obra antituberculose no distrito de Coimbra, plasmando fotografias das instituições de prevenção e assistência como os dispensários, os sanatórios, os jardins-de-infância, mostrando as suas condições interiores e exteriores, os quartos, as cantinas, as salas de aulas, as piscinas, os jardins e espaços de recreio e lazer em todo o seu esplendor. À medida que a obra de assistência aos tuberculosos e às crianças foi crescendo e extra-

vasando os limites da cidade de Coimbra, o jornal mostrou também o desenvolvimento de tais empreendimentos na restante província da Beira Litoral.

A propaganda de luta antituberculose por meio escrito foi amplamente usada pela Junta Geral e posterior Junta de Província. O jornal «A Saúde» foi apenas a face mais visível dessa publicidade. O entusiasmo do Prof. Dr. Bissaya Barreto pela obra antituberculose que impulsionou e promoveu levou, só no ano de 1931, a uma enorme quantidade publicações, no mínimo admirável[839]:

- 24 números do jornal «A Saúde» num total de 500.000 exemplares;
- 500 ofícios a professores primários, párocos, administradores de concelhos e presidentes de câmara a recomendar a leitura do periódico «A Saúde»;
- 100 circulares aos presidentes de câmaras e administradores dos concelhos a convidar a criar dispensários antituberculosos;
- 100 circulares a médicos para divulgação e estímulo à instalação de dispensários;
- 45 ofícios às enfermeiras visitadoras sob a maneira de agir nas suas funções;
- 55 ofícios às enfermeiras visitadoras sob o modo de funcionamento dos dispensários;
- 1850 circulares a várias entidades oficiais e não oficiais convidando a usar o selo antituberculose na sua correspondência;
- 21.474 selos antituberculosos distribuídos;
- 1950 postais de propaganda antituberculose;
- 10.000 postais de propaganda antituberculose distribuídos nas escolas;
- 2000 cartazes de propaganda distribuídos em todo o distrito;
- 500.000 ofícios de propaganda antituberculose;
- 585 circulares a pedir colaboração para instalação da Obra de Proteção à Grávida e Defesa da Criança;
- 800 circulares enviadas às câmara municipais, administradores de concelhos e juntas de freguesia a indicar as bases em que assentava a Obra de Proteção à Grávida e Defesa da Criança;
- 1000 exemplares do «Livro das Mães»;
- 65 artigos publicados;
- 155 frases-conceitos, preceitos sobre higiene e profilaxia;
- Sessões esclarecimento, conferências, festas de angariação de fundos, etc.

A obra promovida pelo Prof. Bissaya Barreto em Coimbra e na província da Beira Litoral foi sem sombra de dúvidas a maior obra de propaganda, profilaxia e assistência antituberculose alguma vez montada e encetada no país e pioneira em muitos aspetos, como na interligação de todos os seus componentes. Promovida por um homem de visão cujo mote de vida era «para ser feliz, é preciso criar», permitiu auxiliar um conjunto muito alargado

[839] ROSA, 1970: 16-18.

de doentes, de mães e de crianças que de outro modo teriam sucumbido à doença e à miséria. A extensa propaganda sempre em defesa dos doentes, «pelos tuberculosos, contra a tuberculose», foi, como dissemos, marcante e paradigmática ao nível nacional. A extensão da obra fala por si própria.

5.2.5. Outras iniciativas

As iniciativas e campanhas profiláticas da tuberculose por meio de congressos médicos, da ação da LNCT, da ANT ou da Junta Geral da Província da Beira Litoral não esgotaram de forma alguma as iniciativas antituberculose surgidas desde os finais do século XIX. Ainda no século XIX e entre as iniciativas preventivas de carácter particular e regional conta-se a criação do Club Hermínio na Guarda para a prevenção e assistência aos tuberculosos mais pobres. Dele falaremos com mais detalhe no próximo capítulo a propósito do movimento em prol da construção dos sanatórios.

No Porto já mencionámos algumas iniciativas promovidas pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social por meio de conferências e de publicações sobre higiene e educação popular. Desde a sua fundação até 1960 produziram uma extensa série de opúsculos, conferências e cadernos culturais, apesar de não terem sido todos publicados devido às dificuldades económicas da LPPS[840]. No respeitante à tuberculose publicaram dois opúsculos, «Contra a tuberculose» de Arnaldo Veiga Pires e «Escarrar, cuspir: a acção da Liga de Profilaxia e o estado actual da questão». Conferências isoladas foram também duas, «A profilaxia da tuberculose: o B.C.G.» por Veiga Pires e «Contribuição para a profilaxia da tuberculose» por Álvaro Pereira de Ataíde. Das conferências organizadas continuamente contam-se vinte e uma séries, estando publicadas apenas as primeiras sete. Nestas sete publicações das conferências existem conferências sobre a tuberculose na 2.ª série, «O panorama da tuberculose em Portugal» por Ladislau Patrício, na 3.ª série, «Tuberculose, Doenças Social» por Raul de Faria e «La lucha antituberculosa» por Lorenzo Gironês, e na 4.ª série, «Expériences sur la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire» por Alfred Krause. Das conferências não publicadas registam-se seis, a saber: «Contribuição para a profilaxia da tuberculose» por Álvaro Pereira de Ataíde na 12.ª série, «A vacinação antituberculosa pelo B.C.G.» por António Almiro do Vale na 16.ª série e «Luta anti-tuberculosa – B.C.G. – Radio-rastreio torácico» por Manuel Rodrigues Pereira, «Vacinação B.C.G. nas escolas primárias» por Ludgero Lopes Parreira, «O problema da tuberculose em Portugal – análise das suas causas determinantes» por Manuel Teixeira Ruella e «Vida e Obra da A.T.N.P. na luta contra a tuberculose no Porto» por António Lopes Rodrigues, todos na 17.ª série.

Nos anos 30, a luta contra a tuberculose em Portugal ganhou uma dimensão verda-

[840] Sendo difícil o acesso a todas as publicações e obras mencionadas adiante, pela inexistência dum catálogo geral e pela desorganização do centro documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social recorremos a uma listagem publicada pela LPPS acerca de todas as suas publicações até 1960. Cf. LIGA, 1960.

deiramente nacional mercê da intervenção do Estado no principal organismo coordenador que era a Assistência Nacional aos Tuberculosos. Mas se a ANT teve o mérito de coordenar a organização da luta antituberculose e pôr em marcha determinadas ações profiláticas e assistenciais, surgiram igualmente iniciativas do foro regional, local e por vezes de particulares que concorreram para uma finalidade comum: erradicar a tuberculose da sociedade portuguesa.

Na senda dos congressos organizados desde 1895, a Assistência Nacional aos Tuberculosos organizou em 1937 a X Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose. Os trabalhos de preparação da X Conferência Internacional iniciaram-se em janeiro de 1936, já que estava prevista a realização em setembro daquele ano[841]. O deflagrar da Guerra Civil Espanhola, em julho desse ano, impossibilitou o acesso a Lisboa por via terrestre como estava programado. O transporte dos congressistas europeus por mar de Bordéus até Lisboa também não foi aceite, pelo que a conferência teve de ser adiada à última hora.

Em abril de 1937, os membros conselheiros e titulares da UICT reunidos em Paris decidiram remarcar a décima conferência entre os dias 5 a 11 de setembro do mesmo ano, por coincidir com a chegada a Lisboa de vapores vindos do Oriente, da América do Norte e do Sul o que prontamente foi comunicado aos membros da UICT. Para os membros europeus, aqueles que não quisessem aventurar-se numa viagem por Espanha ou vir por meio aéreo podiam fazer a viagem em navio português ou cruzeiro subvencionado pelo Estado português como os vapores *Cap Arcona*, *Indrapoua* e *Sibajak*, em cujas companhias a comissão organizativa obteve reduções apreciáveis no preço das passagens[842].

Sendo um evento internacional de monta foi enviada uma circular de propaganda aos países membros da UICT, a todos os membros conselheiros e titulares aos comunicantes e igualmente aos governos desses países por intermédio do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal. O encontro foi preparado minuciosamente não só pelo seu programa científico como pelas festas e excursões organizadas em honra dos conferencistas.

A abertura da conferência realizou-se dia 5 de setembro de 1937 na sala das sessões da Câmara Corporativa sob a presidência do Chefe de Estado, o General Carmona, com a assistência do Presidente do Conselho de Ministros, o Dr. Oliveira Salazar, o Cardeal Patriarca de Lisboa, Manuel Cerejeira, e o Corpo Diplomático. Na abertura da X Conferência Internacional pôde ouvir-se o discurso do Dr. Oliveira Salazar, onde aludiu às condições sociais, à civilização material e ao capitalismo como causadores da miséria, essa «mãe da tuberculose»[843], e como tal exortava os meios preventivos como forma de evitar o grande flagelo:

---

[841] *União Internacional contra a Tuberculose*, 1936: 285.

[842] ROSA, 1979: 75.

[843] *Palavras do Senhor Presidente do Conselho na sessão inaugural da X Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose*, 1943: 324.

Creio – não sei se erradamente – que a maior parte dos esforços empregados se terão de preferência dirigido para os processos de cura do verdadeiro flagelo que é a tuberculose (…) Socialmente – e eu distingo o social do humanitário – o que mais importa não é que nos ensineis a curar o mal; seria que nos ensinásseis a evitá-lo. Ainda que geralmente os meios preventivos sejam mais caros, estamos diante dum problema cujo condicionamento nos leva a crer haver mais economia em prevenir o alastramento do mal do que em curar a doença[844].

No dia 6 tiveram lugar as sessões científicas na Faculdade de Medicina. Os assuntos tratados na X Conferência referiam-se aos aspetos radiológicos do hilo e sua interpretação, à profilaxia da tuberculose na família e no domicílio e à primo-infeção do adolescente e do adulto. O primeiro relatório apresentado foi o do Prof. Lopo de Carvalho sobre os aspetos radiológicos do hilo pulmonar e a sua interpretação, como também os relatórios dos professores H. Kleinschmidt (Alemanha), Ludwig Hofbauer (Austria) H. C. Sweany (EUA), Émile Sergent, L. Delherim e P. Cottenst (França), W. T. Munro (Inglaterra), L. Koganas (Lituânia) Witold Zawadoewski (Polónia) e A. Hoffmann (Checoslováquia). Na sessão da tarde o tempo foi dedicado à discussão do relatório e relatórios dos Drs. Mistal, Chabaud, Unverricht, Jacobaeus, Hinault, Rocheta, Jaffin, Rist, A. Carvalho, Carlos Vidal, Carlos Santos, Mazzini Bueno, Alonso Vial, Cepulic, Cherubin e Gálan. No final do dia houve uma receção na Presidência da República e Câmara Municipal de Lisboa[845].

No dia 7 foi apresentado o relatório do Dr. Olaf Scheel (Noruega) sobre «A primo-infecção tuberculosa do adolescente e do adulto» e os relatórios do Dr. Redeker (Alemanha), Prof. L. Sayé e Dr. Tapia (Espanha) e dos Drs. Robert E. Plunkett (EUA), J. Troisier (França), L. S. T. Burell (Inglaterra), S. Irimescu e M. Nasta (Roménia), H. Ernberg (Suécia) e Yevrem Médeckovitch (Jugoslávia). Na sessão da tarde houve uma discussão geral onde tomaram parte vários conferencistas.

No dia 8 foi lido o relatório sobre «A Profilaxia da Tuberculose no Domicílio» dos Drs. Ch. J. Hatfield (EUA) e D. A. Powell (Inglaterra). Seguiram-se os relatórios de vários participantes, incluindo o de Ladislau Patrício. À tarde nova discussão geral onde tomaram parte ativa os portugueses Vasco de Lacerda, Vicente Moreira, Gomes de Oliveira e Carlos Santos. A seguir reuniu-se a Assembleia-Geral e a sessão de encerramento. Nos dias 9, 10 e 11 de setembro os congressistas seguiram numa excursão pela região norte e centro do país, tendo visitado no Porto e em Coimbra vários estabelecimentos de assistência e luta antituberculose[846]. Este certame internacional veio demonstrar mais uma vez o interesse dos médicos nos aspetos infetocontagiosos da doença e na profilaxia da mesma. Assim, em finais da década de 30, a tónica da luta contra a tuberculose continuava posta na prevenção,

---

[844] *Palavras do Senhor Presidente do Conselho na sessão inaugural da X Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose*, 1943: 324.

[845] VIDAL, 1937: 362.

[846] Cf. VIDAL, 1937: 363 e ROSA, 1979: 77-79.

para a qual foram orientadas as atenções das iniciativas públicas e privadas, até à introdução dos antibióticos e quimioterapia específica. Enquanto tal descoberta não se deu, a assistência continuou a jogar um papel relevante como veremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 6
A ASSISTÊNCIA AOS TUBERCULOSOS EM PORTUGAL

Ao longo da Idade Média, da Renascença e de grande parte do período Moderno a população europeia viveu confrangida no terror suscitado pela peste e pela lepra, contra os quais se ergueram baluartes e leprosarias para conter a disseminação destes males. Impunham-se também quarentenas a localidades, a pessoas, a navios suspeitos de contaminação por doenças infeciosas que matavam numa questão de dias ou semanas.

A tuberculose, apesar de presente nos escritos da Antiguidade, escapou durante séculos à categoria de doença infetocontagiosa e, como tal, foi vista como sendo uma doença hereditária, própria das almas sensíveis e usada como pano de fundo de obras literárias, escapando ao estigma social, à urgência de medidas preventivas e de prestação de cuidados assistênciais organizados. A dificuldade em determinar a etiologia e a multiplicidade de formas da doença dificultaram o reconhecimento do unitarismo da tuberculose, impedindo a consciencialização da necessidade de prevenir, isolar e tratar os doentes. Até à descoberta de Koch a tísica pulmonar, as escrófulas, o Mal de Pott ou o lúpus tuberculoso eram consideradas manifestações patológicas distintas, o que impedia um entendimento unitário da doença, como Laennec no início do século XIX já defendia, e uma apreciação global do problema da tuberculose.

Nos finais do século XIX um conjunto de acontecimentos de diferente natureza permitiu uma nova apreciação do problema. A revolução pasteuriana canalizou as atenções dos cientistas para as chamadas doenças de micróbio entre as quais passou a figurar a tuberculose em primeiro plano, por efeito da elevada morbilidade e mortalidade. O desenvolvimento da estatística, especialmente a sua aplicação aos fenómenos patológicos, tornou a tuberculose no inimigo público número um, pela sua elevada frequência, pela mortalidade que produzia e pelo depauperamento que causava em termos demográficos e económicos. Atingindo os indivíduos entre os finais da adolescência e os quarenta anos de idade, delapidava a força de trabalho das nações pela morte e inutilidade social dos indivíduos em idade ativa. A somar a isto estavam as preocupações dos médicos que nos finais de Oitocentos começaram a prestar maior atenção às condições de vida dos mais desfavorecidos, acusando a miséria do meio como causa da miséria orgânica e fisiológica, tornando o corpo dos trabalhadores e dos pobres no pasto predileto da tuberculose. Os condicionalismos de ordem social ao lado da etiopatologia infetocontagiosa logo tornaram a tuberculose na doença social mais temível.

A falta de meios terapêuticos para tratar eficazmente a tuberculose fez da profilaxia o primeiro recurso dos médicos. Contudo a profilaxia banal fundada na desinfeção de habitações e objetos, na casa salubre e na alimentação barata não foi suficiente para atenuar os efeitos da enfermidade. A propaganda profilática também esbarrou contra os hábitos e costumes dum povo analfabeto, avesso a mudanças e letárgico em relação à higiene:

É preciso calcular bem a massa de ignorância, a estagnação da indifferença, que a tanto custo se move, para provocar uma reacção uniforme contra um mal que todos temem, mas que a maior parte attribue á fatalidade, e que apenas se contenta em appellar para a Providencia.

A propaganda é a grande difficuldade nos países meridionaes, onde o individualismo se tem accentuado com o decrescimento, porventura temporário, da sua importância no progresso da civilização mundial[847].

Enquanto a profilaxia se destinava em grande parte, aos indivíduos não infetados ou numa fase primária da doença, os clínicos nunca deixaram de procurar e encetar tratamentos para os tuberculizados. No capítulo referente aos tratamentos expusemos as diversas tendências terapêuticas ao longo dos séculos XIX e XX, mostrando a sua evolução e o empenho constante em encontrar uma solução definitiva para a doença.

Como aconteceu com várias doenças infetocontagiosas gerou-se uma tendência para ver a tuberculose como uma doença específica, que necessitava de instalações apropriadas para o internamento e tratamento dos doentes. Foi deste modo que surgiram as primeiras experiências rudimentares de assistências aos tuberculosos no século XIX e aperfeiçoadas ao longo de boa parte do século XX. De iniciativa particular ou pública, a assistência aos tuberculosos variou na sua conceção e finalidade de acordo com as doutrinas médicas vigentes ao mesmo tempo que granjeou a atenção de muitos filantropos até que o Estado se viu forçado a intervir e a coordenar os serviços de combate à tuberculose, na qual a assistência, em conjunto com a profilaxia, assumiu um papel decisivo. É sobre as iniciativas de assistência aos doentes tuberculosos que trataremos seguidamente.

6.1. A ilha da Madeira no tratamento da tuberculose: o caso do Hospício D. Maria Amélia

A ilha da Madeira destacou-se no século XIX como instância de climatoterapia da tuberculose pulmonar e de outras doenças respiratórias. A procura de um clima propício para a cura da tísica era uma preocupação antiga dos médicos nacionais e estrangeiros. No século XVIII 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 Lisboa[848]. Também Duarte Rebelo de Saldanha aconselhava os ares do Campo Grande e de Sintra[849] por serem menos húmidos. O inglês Thomas Beddoes mencionou que um médico seu amigo estivera em Portugal durante dois invernos e era prática comum enviar os tísicos de Lisboa para as cidades alentejanas[850].

[847] LANCASTRE, 1908: 687.
[848] SEMEDO, 1741: 172.
[849] CARVALHO, 1934: 15-16.
[850] BEDDOES, 1799: 23.

Um pouco por toda a Europa, o tratamento da tísica pelo clima era considerado mais eficiente do que os medicamentos utilizados para o mesmo fim. Alguns países europeus tinham estâncias climatoterapêuticas acreditadas para tratar os tuberculosos. Na Inglaterra, na França, na Itália, na Alemanha, na Bélgica, na Espanha, e fora da Europa, no Egipto e nas Canárias existiam lugares considerados propícios para o tratamento da tuberculose. Embora a terapia pelo clima fosse tão incerta como qualquer outro meio de cura, era muito aconselhada para o alívio dos sintomas e para a prevenção do aparecimento ou desenvolvimento da doença nos indivíduos predispostos. Foi nesta linha de pensamento que a Madeira começou a ser procurada como estância de tratamento da tuberculose. Os vários condicionalismos, já explicados no capítulo 3, fizeram da ilha da Madeira uma das mais procuradas pelos tísicos ingleses e paulatinamente também os portugueses reconheceram o seu potencial para a luta contra esta doença.

Os ingleses que procuravam o clima da Madeira instalavam-se em residências particulares pela inexistência de hospitais para o efeito. Existiram alguns projetos de criação de um estabelecimento para a cura de tísicos britânicos, mas saíram sempre malogrados. Em 1849, *Lord* Grosvenor vendo a filha curada duma 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 obra[851].

Em 1853, por iniciativa da imperatriz D. Maria Amélia de Beauharnais criou-se um novo hospício na cidade do Funchal, destinado ao tratamento de doentes com tísica e outras moléstias respiratórias suportado pela própria imperatriz. A princesa D. Maria Amélia, filha do segundo matrimónio do rei D. Pedro IV com a rainha D. Maria Amélia de Beauharnais, instalou-se na ilha da Madeira com a finalidade de se tratar duma tísica de que padecia depois de D. Pedro IV, seu pai, já ter morrido tuberculoso em 1834 no palácio de Queluz. Depois da morte de D. Pedro, a filha e a esposa foram viver para a Áustria, junto da família materna onde se estabeleceram de 1838 até 1850, data em que regressaram a Lisboa. No ano seguinte a princesa foi atacada por febres intermitentes, seguida de escarlatina e de laringite. Pouco depois foi-lhe diagnosticada tísica pulmonar e partiu para a ilha da Madeira em 1852, instalando-se na Quinta Lambert, acompanhada pela mãe e pelo médico Francisco António Barral. Mas a 4 de fevereiro de 1853, cinco meses depois de se instalar no Funchal, acabou por sucumbir à enfermidade.

A imperatriz D. Maria 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 tísicos aí pudessem ser tratados gratuitamente[852]. Mas a ação filantrópica e assistencial do hospício não esgotou as suas funções, já que ficou designado que funcionaria como

[851] VIANNA, 1853: 137.

[852] VIANNA, 1853: 137.

centro de investigação da tísica pulmonar nos campos da estatística, dos fatores causais da doença e do estudo do tratamento neste clima.

Em 1853 foi arrendado um edifício, por cinco anos, para acolher e tratar os primeiros doentes. Tinha capacidade para albergar vinte e quatro doentes, doze de cada sexo, naturais da Madeira, podendo ser igualmente recebidos doentes do continente ou do Brasil por recomendação da imperatriz. Os doentes para serem admitidos tinham de ser «pobres, de vida honesta, e não ter menos de quinze annos de idade»[853].

O hospício funcionou num edifício reparado e com boas condições para acolher doentes. Tinha uma morgue com espaço para se proceder a autópsias, rouparia e casas de banho. As salas eram revestidas com papel de parede onde se liam passagens bíblicas que exortavam os doentes à paciência e resignação, sendo certamente uma estratégia de controlo do comportamento dos doentes, pelo apelo ao sentido religioso e moral dos internados. O mobiliário, propositadamente feito para o hospício, era novo, de qualidade, mas singelo. As camas eram de ferro, guarnecidas com enxergão, colchão, travesseiro e almofadas para maior comodidade dos doentes. Existiam cadeiras de encosto com diferentes inclinações para os doentes mais debilitados, cadeiras de palhinha, mesas para comer na cama e bancos no jardim. O asseio era geral por todo o hospício, as divisões eram bem ventiladas, existia água canalizada quente e fria e roupas em abundância para as diversas estações. Os quartos, a roupa e os utensílios eram diferentes para funcionários e doentes[854]. A julgar pela veracidade das informações, as condições de habitação e tratamento eram excelentes para a época, muito diferentes dos demais hospitais existentes no Funchal. A repugnância das condições hospitalares tinha como frequente consequência a procura tardia dos tratamentos médicos e quase sempre em fases terminais da doença. Foi nesse sentido que o hospício foi dotado de boas condições e equipamentos, para que os doentes fossem procurar ajuda numa fase primária da moléstia, numa fase em que era possível ser curada.

6.1.1. Administração e funcionamento hospitalar

A administração e a gestão do hospício eram realizadas por vários funcionários, cada um com tarefas próprias segundo a sua função. No entanto, funções do mesmo tipo eram exercidas por diferentes funcionários, salvaguardando as suas atribuições (anexo n.º 16). O Quadro 10 permite-nos evidenciar a multiplicidade de funções exercidas e a intervenção das diferentes figuras de poder nas funções de gestão do nosocómio.

---

[853] *Regulamento do Hospício da Princeza D. Maria Amélia*, 1854a: 367-369.

[854] VIANNA, 1853: 137-138.

Quadro 8 – Distribuição das funções de gestão hospitalar do Hospício do Funchal.

Burocráticas	Administrativas	Financeiras	Económicas	Fiscalizadoras
Presidente Tesoureiro Secretário Médico Regente Enfermeiro	Presidente Tesoureiro Secretário Médico Regente	Presidente Tesoureiro	Regente Cozinheira	Médico Regente

Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa*. Tomo 1 e 2, n.º 23 a 26 (1854), pp. 367-369, 377-378, 6-7 e 29-31.

A comissão administrativa, composta pelo presidente, tesoureiro e secretário, exercia sobretudo funções burocráticas, executivas, fiscalizadoras e clínicas. Cada um dos membros da comissão tinha competências próprias que podiam ou não relacionar-se com as funções exercidas coletivamente. Do mesmo modo também os outros funcionários do hospício exerciam múltiplas funções, acumulando diversas tarefas. O médico, a regente, o enfermeiro e mesmo a cozinheira desempenhavam tarefas simultaneamente nos campos da burocracia, da economia e finanças, da administração, do policiamento e da fiscalização. Pode dizer-se que a ação dos funcionários era multifacetada, como prova o caso do médico que acumulava as funções clínicas com outras de índole burocrática, administrativa e disciplinar. A regente era outro caso em que estava ligada à gestão económica, administração, secretariado e policiamento.

As funções burocráticas e administrativas eram partilhadas por várias pessoas, salvaguardando o grau de importância das decisões a serem tomadas. Esta divisão de poderes, na área burocrática e administrativa, justificava-se pela complexidade da gestão da instituição, já que era necessário o relacionamento com o poder local e central, efetuar 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.

Ao presidente cabia a correspondência com o representante da imperatriz em Lisboa e com as autoridades madeirenses, a convocação da comissão para deliberação de assuntos variados, o apuramento das votações e direção dos trabalhos da comissão. Devia ainda assinar a conta corrente anual das receitas e despesas do hospício e encerrar, rubricar e numerar cada uma das folhas dos livros da escrituração.

O tesoureiro efetuava os pagamentos dos ordenados, a compra de géneros, do aluguer do edifício e da conta da botica. Ao nível burocrático fazia a escrituração financeira e elaborava o relatório anual de contas para ser enviado a D. Amélia (anexo 16, art.º 14.º e 15.º). 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-lo.

Ao médico cabia a escrituração do registo médico e dar conta dos serviços clínicos, assinando a conta, estatísticas e receitas, e também escriturar as altas médicas e as declara-

ções de óbito (anexo 16, art.º 17.º). A regente apontava minuciosamente os géneros recebidos, estabelecendo uma relação entre os bens e materiais rececionados e os utilizados, apontava as peças de roupa entregues à lavadeira, as desaparecidas ou perdidas, participava por escrito casos de desobediência e desrespeito a ordens superiores e administrar os Sacramentos em caso de morte (anexo 16, art.º 22.º) e fazia a distribuição do serviço das enfermeiras. O médico e a regente conjuntamente concediam as licenças aos doentes para receber visitas ou saírem do estabelecimento, davam permissão aos empregados para saírem do hospício e mantinham a comissão informada sobre o funcionamento do hospício a todos os níveis. Por sua vez, o enfermeiro tratava da restante papelada, mantendo os processos atualizados no que concernia aos remédios e dietas, escrituração do livro de entradas dos doentes e realizar a estatística clínica anual (ver anexo 16, art.º 22.º e 63.º).

A responsabilidade financeira pertencia ao tesoureiro e ao presidente. O tesoureiro recebia e guardava a verba destinada à manutenção do hospício e executava os diversos pagamentos: os ordenados dos funcionários, o aluguer do edifício, a conta da botica, os gastos com alimentação e vestuário. O presidente verificava as receitas e despesas e assinava as contas do hospício (anexo 16, art.º 12.º, 14.º e 15.º).

A gestão económica, isto é, dos recursos materiais não monetários, cabia à regente. Ela devia «receber por inventário, arrecadar e guardar todo o material do hospício, e responder por elle»[855]. Sendo a responsável por todo o tipo de material, a comissão administrativa incumbia-lhe a tarefa de fazer um balanço mensal das roupas, utensílios, móveis, etc., para uma melhor gestão dos bens do hospício. Os géneros alimentares eram os mais fiscalizados porque a alimentação continuava a ser um elemento determinante na terapêutica e por isso os alimentos eram cuidadosamente comprados, guardados e controlados. A regente entregava diariamente os alimentos por conta, peso e medida à cozinheira para a alimentação de empregados e doentes, cabendo-lhe repartir as dietas em rações (anexo 16, art.º 26.º). Zelava ainda pelo estado e limpeza da roupa entregando-a com frequência à lavadeira para não acumular. Existia uma enorme 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 como o leite, os caldos, as carnes eram vistos à luz da medicina da época como terapêuticos, pelo que a sua proteção e controlo eram cerrados e constantes, pois deles dependiam em parte o sucesso da assistência.

Num local como um hospital, onde existem pessoas de proveniência, educação e profissões distintas, tornava-se necessário zelar pela boa conduta de doentes, pessoal médico e auxiliares. A fiscalização do comportamento dos doentes e do trabalho dos funcionários era

[855] *Regulamento do Hospicio da Princeza D. Maria Amelia*, 1854b: 377.

estrito, cabendo à regente e ao facultativo essa missão. 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»[856], podendo admoestar ou despedi-los de acordo com a gravidade da falta cometida. Ao médico competia também repreender ou expulsar os doentes por má conduta ou se aí estivessem contra a sua 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 enfermos.

Em relação ao funcionamento hospitalar do Hospício D. Maria Amélia, este foi assegurado por um médico, uma regente, um enfermeiro e quatro enfermeiras. Existiam também uma cozinheira e vários moços que desempenhavam funções menores de auxílio à ação médica.

O médico do hospício, Dr. António da Luz Pita, que à data da fundação da instituição era deputado às Cortes, abdicou da função política para exercer medicina neste hospital, acumulando o cargo de clínico com o de professor da Escola Médico-cirúrgica do Funchal. As principais funções do médico consistiam em examinar e aprovar a entrada dos doentes e acompanhar os casos clínicos de cada enfermo, prescrevendo as dietas, determinando o tipo de tratamento e remédios e os horários em que estes deveriam decorrer. Prestava os esclarecimentos necessários à regente e enfermeiro na administração de remédios e refeições, como também solicitava informações ao enfermeiro e enfermeiras quanto ao tratamento dos doentes.

A regente encarregava-se, conjuntamente com o enfermeiro e enfermeiras, de distribuir e administrar os medicamentos e as refeições aos doentes. O enfermeiro realizava os curativos, especialmente aos homens 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 (anexo 16, art.º 22.º e 24.º). A cozinheira tinha tarefas de auxílio à medicina, nomeadamente na conservação dos caldos, que fazia parte do arsenal terapêutico, e ter água quente sempre pronta para o serviço das enfermarias.

A impossibilidade de definir em concreto a etiologia da tuberculose, até à descoberta do germe em 1882, determinou que as terapêuticas empregues visassem na sua maioria combater os sintomas da doença, como a anorexia, a diarreia, a tosse, a hemoptise e a febre (ver capítulo 3). Apesar de nos meados do século XIX a tísica já não ser considerada como um *general state*[857] confundível com asma, bronquites e inflamações, a terapêutica continuava ligada ao empirismo e à tradição. A ignorância acerca da etiopatologia da tuberculose levava os médicos a prescrever terapias baseadas nas doutrinas galénicas, *brownistas* e aeristas.

---

[856] *Regulamento do Hospício da Princeza D. Maria Amélia*, 1854a: 369.

[857] Cf. SHRYOCK, 1977: 4.

Pela terapêutica descrita por António da Luz Pita nos relatórios anuais pode-se verificar a sua filiação a quatro tendências terapêuticas, algumas das quais provenientes do século imediatamente anterior. As doutrinas seguidas eram essencialmente produto da farmácia galénica e dos sistemas médico-filosóficos. A posição de Dubos[858] relativa à terapêutica da tuberculose, defendendo que os métodos terapêuticos usados eram baseados mais na autoridade dos médicos e das modas do que em experiencias clínicas, parece adequar-se à realidade do hospício.

Quanto à doutrina galénica preconizava fundamentalmente a evacuação dos maus humores através de clisteres, purgas e sangrias. A doutrina *brownista* defendia o uso de remédios ora excitantes ora calmantes, como o álcool e o ópio, para combater a tuberculose[859]. Já a corrente aerista, bastante seguida em Portugal, centrava-se na exposição dos doentes ao ar, sobretudo ar artificial carregado de substâncias tidas como medicamentosas[860]. O ar puro era considerado nocivo para os doentes de peito e era preferível o ar impregnado de vapores sulfurosos, carbónicos ou creosotados, que eram administrados 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, sendo o cloreto de sódio o mais abundante. Estes elementos gasosos e minerais eram tidos, à luz da época, como purificadores, contribuindo para a melhoria do pulmão afetado. Rodrigo Guimarães defendia que a atmosfera dos climas marítimos, de que o madeirense era paradigmático, era pura. Contribuía para essa pureza a intensidade luminosa e a acumulação de oxigénio, a ação purificadora das substâncias iodo-bromadas e a agitação quase constante da atmosfera resultante da diferença da temperatura da terra e do mar[861].

A terapia alimentar tinha também uma enorme importância pois Broussais havia observado que a tuberculose, a par de outras doenças, era acompanhada de problemas intestinais e hepáticos (associado geralmente a gastrites e diarreias). A cisão estava nos que criam numa alimentação fortificante alicerçada na ingestão de carnes e os que advogavam uma dieta ligeira assente na ingestão de caldos, legumes e doces. Na década de 1840 apareceu também o óleo de fígado de bacalhau que passou a integrar o arsenal medicamentoso[862]. O médico do Hospício não se afastou das correntes terapêuticas da época utilizando todas as categorias de medicamentos disponíveis e enquadráveis nas correntes que acabamos de descrever sumariamente.

---

[858] DUBOS & DUBOS, 1996: 135.
[859] SHRYOCK, 1977: 12.
[860] GUILLAUME, 1986: 62-63.
[861] GUIMARÃES, 1887: 36-37.
[862] DUBOS & DUBOS, 1996: 139.

Quadro 9 – Terapêutica medicamentosa usada no Hospício D. Maria Amélia.

Tónicos	Vomitivos	Expeto-rantes	Revulsivos	Sedativos e narcóticos	Inalações	Tratamento das dis-pepsias e diarreias	Tratamento dos suores	Tratamento das hemoptises
Quina; Ferro; Óleo de fígado de bacalhau; Cerveja alemã: *mumme*	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; Acónito; Cicuta; Meimendro	Ioduretos de potássio e amido; Alcatrão; Ácido hidro-ciânico;	Subnitrato 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

Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa* (1854-1859).

Verificamos a partir do quadro 9 que existe uma divisão dos medicamentos em grupos que denotam a filiação às teorias hipocrática e galénica, designadamente a existência de vomitivos, expetorantes e revulsivos, isto é, produtos que pretendiam purgar o organismo por dentro, livrá-lo dos maus humores e dos problemas digestivos por eles causados. Em segundo lugar verifica-se também a existência de tónicos e de sedativos, conotada às 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 vivas, no segundo[863]. Os tónicos e os sedativos eram empregues, nesta aceção, como excitantes no caso de fraqueza (ex. bebidas alcoólicas) ou como calmantes nos estados de excitação (ex. láudano).

O médico destrinçava o tratamento para os estados corporais dos tratamentos dos sintomas, embora não fossem compartimentos estanques. Nos sintomas como 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 adstringentes.

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 ane-

[863] GRMEK, 1999: 172.

mia, e as águas de Vichy, no tratamento dos problemas gastrointestinais, eram os preferidos deste clínico. A incapacidade curativa destes remédios justificava a polifarmácia utilizada neste como em todos os hospitais da altura.

Nos meados do século XIX, o Hospício do Funchal surgiu assim como um nosocómio pioneiro destinado especificamente ao tratamento da tísica pulmonar. Este hospício tinha uma dupla natureza: por um lado hospital, destinado a receber doentes para aí fazerem climatoterapia, num período em que a medicação era tão incipiente quanto falível, e, por outro lado, hospício, isto é, asilo por tempo determinado cuja principal missão era prestar assistência distribuindo roupas, remédios e alimentos pelos doentes pobres.

6.1.2. O movimento hospitalar (1853-1858)

Em termos hospitalares, os relatórios anuais do hospício[864] permitem-nos caracterizar em parte o que foi o movimento no hospício em termos da evolução da entrada dos doentes pela idade, género, estado civil, profissão, naturalidade e patologia. 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 da seguinte forma:

Quadro 10 – Entrada de doentes por idade no Hospício D. Maria Amélia.

	*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).

Na contabilização dos doentes por idade tivemos de separar o primeiro ano, cujo intervalo etário usado foi distinto do usado nos anos subsequentes. Ao longo destes seis anos passaram pelo hospício 428 doentes, com uma distribuição numérica anual muito próxima, entre as sete e as oito dezenas, à exceção do ano de 1853 com um número de trinta e seis doentes, pelo facto de só ter recolhido doentes no segundo semestre do ano, altura

[864] No decurso da nossa investigação só foi possível encontrar os relatórios redigidos pelo médico do hospício entre 1853 e 1858 e publicados na «Gazeta Médica de Lisboa». Com a mudança de instalações os relatórios deixaram de ser publicados, pelo menos em todos os periódicos médicos por nós consultados.

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 continental que também atingiu a Madeira. É provável que a epidemia colérica se tenha repercutido no menor número de doentes recebidos em 1857. Durante a epidemia alguns doentes e funcionários foram atingidos, nomeadamente duas enfermeiras e dois pacientes que faleceram[865]. Em 1858, o número de doentes elevou-se novamente acima das oito dezenas.

Se atendermos às entradas por faixa etária verificamos que a maioria dos doentes tinha entre 15 e 40 anos, sendo que é no grupo dos 20 aos 30 anos que a doença mais se fez sentir. A maior incidência nestas idades devia-se ao facto de coincidir com o período de vida ativa dos doentes, sendo por isso mais propensos à contração de tísica nos ambientes fechados ou pelo maior contacto com pessoas. No entanto faltam os dados relativos ao grupo etário anterior aos 15 anos, que não foram apurados devido à convenção da idade de 15 anos para ser admitido no hospício. Falta igualmente a distribuição etária relativa ao ano de 1854, omissa no relatório desse ano.

No que concerne à divisão por sexo, predominou a entrada de mulheres sobre os homens. Excluindo o ano de 1853 para o qual não há dados numéricos por género, o total de doentes masculinos foi de cento e cinquenta (38%) contra duzentos e quarenta e dois (62%) femininos, 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, seguido de trabalhadores do campo e em terceiro lugar encontram-se outras atividades não discriminadas (ver anexo 17). 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, pelo confinamento e insalubridade dos espaços interiores. O número menor de homens significava, por um lado, que procuravam menos os serviços clínicos (nesta altura os hospitais eram o último recurso) e, por outro, que tinham muitas vezes obrigações familiares que os impedia de procurar ajuda. Os solteiros eram maioritários (65%) seguindo-se os casados (25%) e os viúvos (10%). Os solteiros estavam em clara maioria porque tendo compromissos familiares menores podiam com mais facilidade procurar cuidados de saúde, que os afastava meses de casa. Os casados por outro lado tinham laços matrimoniais e compromissos familiares, o que contribuía para o seu menor 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 tratamento[866].

---

[865] PITTA, 1857: 165.

[866] *Vide* a propósito disto: FILHO, 2001: 130.

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 (ver anexo 18). Os doentes não madeirenses vinham às expensas da rainha, sendo o seu número diminuto por dependerem de autorização especial de D. Amélia.

A distribuição por patologias (ver anexo 19) mostra que havia uma predominância das tísicas (pulmonar e laríngea), seguido 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 edifício do 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 pouco mais tinham do que a sintomatologia, a percussão e a auscultação como forma de diagnose, dificultava igualmente a perceção real do problema. Diagnósticos mal feitos ou pouco conclusivos traduziam-se em estatísticas pouco fiáveis. A nosografia clínica do século XIX evoluiu lentamente graças ao contributo de médicos como Morgagni, Bayle e Laennec, mas continuava a ser incipiente, pois só com o advento da era bacteriológica foi possível precisar a etiologia das doenças infetocontagiosas. Apesar do avanço processado persistiu a orientação para dar diferentes nomes a uma doença una (como a tuberculose) ou aglomerar numa doença fenómenos patológicos distintos. No momento de estabelecer uma classificação da doença eram empregues termos como tísica, tísica pulmonar, tísica laríngea, tísica gangrenosa, tísica sifilítica, consumpção, etc. Aquela que corresponderia mais fielmente à tuberculose era a tísica pulmonar, que designava uma doença onde predominam sintomas como a febre, diarreias, suores noturnos, dores de peito, tosse e hemoptises. As outras tísicas poderiam ou não corresponder vagamente à tuberculose sendo associadas essencialmente à anorexia. Por outro lado, o lúpus, as escrófulas ou o Mal de Pott não eram classificados como tuberculoses. Só exames laboratoriais posteriores permitiram comprovar que o germe responsável da tuberculose pulmonar era o mesmo de outras formas independentemente da localização. Com estas dificuldades de diagnóstico o médico podia diagnosticar uma pneumonia, uma pleurite ou uma bronquite como sendo uma tuberculose e vice-versa.

Com isto queremos dizer que as taxonomias apresentadas nos relatórios poderiam não corresponder fielmente à patologia referida. Muitas outras patologias enumeradas são derivações criadas pelo próprio facultativo ou por alguma nosografias por ele seguida, como por exemplo pleurite crónica, pleuris crónico, pleuropneumonia crónica ou pleuropulmonite crónica.

De qualquer modo as doenças mais representativas no Hospício do Funchal eram a tísica pulmonar e a bronquite crónica, cuja evolução foi muito similar ao longo do período estudado. Existe uma tendência de progressão da tísica em sentido ascendente até 1856,

decrescendo, pelas razões já enunciadas, no ano seguinte e retomando o crescimento atingindo o valor mais alto em 1858. A bronquite apresenta semelhanças, crescendo constantemente o número de casos até 1855, declinando no ano seguinte a atingindo o ponto mais baixo em 1857 e voltando a aumentar em 1858 (anexo n.º 20).

Em relação aos resultados terapêuticos pudemos apurar o seguinte:

Quadro 11 – Resultados terapêuticos do hospício (1853-1858).

	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
Total	**30**	**79**	**93**	**103**	**98**	**96**	**499**

Fonte: *Gazeta Médica de Lisboa* (1854-1859).

A primeira observação relativamente a este quadro, sistematizado a partir dos relatórios anuais do Hospício, é a terminologia empregue para designar o resultado dos tratamentos levados a cabo no hospício. Perante o estado da medicina do tempo devemos questionar os resultados práticos dos tratamentos. Os conceitos de «curado», «melhorado» e «aliviado» são termos imprecisos e vagos. É muito difícil perceber a fronteira entre o «melhorado» e o «aliviado». Por outro lado, como poderia o médico ter a certeza de que um doente estava completamente curado com a tecnologia que dispunha. Segundo David Barnes[867], o conceito de curado em França era muitas vezes usado para pacientes com grandes melhorias de todos os sintomas ou quando recuperava as forças após vários meses. Contudo, acreditando que o conceito de «curado» corresponde a uma cura hipotética, que o termo «melhorado» corresponde a uma melhora do estado de saúde ou a detenção da marcha da doença e que o termo «aliviado» represente uma ligeira melhoria dos sintomas, verificamos que os resultados, plasmados no quadro que elaboramos, evidenciam que o resultado mais frequente é a melhoria dos doentes, seguido das curas e, em último lugar, os alívios. Os doentes referenciados como melhorados eram sobretudo sofredores de tísicas, de todos os graus da doença, seguidos de bronquites crónicas, estando as outras doenças respiratórias 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 doença (ver anexo n.º 21).

[867] BARNES, 1995: 100.

Deste modo é possível dizer que no caso das tísicas, dos três graus, os resultados mais frequentes são o de melhoras e alívios, sendo as curas em muito menor número, um total de onze curas de tísica em todos os doentes tratados no hospício, o que revela a ineficácia quase total das terapêuticas empregues. Se atendermos ao número dos falecidos no hospício entre 1853 e 1858 a maioria deve-se a casos de tísica pulmonar, cinquenta e nove doentes pereceram devido a esta moléstia[868], sendo os outros casos residuais.

O último relatório de atividade a que tivemos acesso é datado de 1 de março de 1859, referente ao ano de 1858. Em 1856 já tinha sido lançada a primeira pedra de um novo edifício que foi terminado em 1859, mas só em 1862 entraram os primeiros doentes[869].

A direção do novo hospício e o tratamento de doentes foram confiados 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 o problema da epidemia de cólera e de febre-amarela que grassava no país, bem como prestarem ajuda nos hospitais e orfanatos. Todavia, 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 muito 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 Ministros[870], 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 religiosas[871]. Segundo Oliveira Marques[872], a imperatriz viúva D. Amélia como forma de protesto recusou o patrocínio a várias associações benévolas a que presidia, 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[873], mas como hospício para

[868] Os cinquenta e nove falecidos são dos anos de 1855 a 1858, pois os relatórios anteriores referem apenas o número de falecidos e não a patologia que causou os óbitos.
[869] Cf. LANCASTRE, 1908: 687 e FERREIRA, 1990: 381.
[870] MARQUES, 2004: 473-474.
[871] DIAS, 2004: 290.
[872] MARQUES, 2004: 475.
[873] *Funchal: Comunidade do Hospício* (Companhia das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo).

convalescentes e não mais para tísicos. A insuficiência de espaço no hospício ou a mudança de serviços prestados levou a que na última década do século XIX e nos primeiros anos do século XX, aquando da intensificação do movimento sanatorial português, se começasse a falar na necessidade dum estudo aprofundado da climatologia das montanhas da Madeira para a construção dum verdadeiro sanatório de montanha[874].

6.2. A obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos

6.2.1. Da origem até à implantação da República

A fundação do Hospício do Funchal foi a primeira grande concretização em termos de assistência aos tuberculosos em território português. Depois da fundação do novo hospício em 1862 nada de assinalável se realizou em termos assistenciais durante várias décadas.

Em 1881, por iniciativa de Sousa Martins, a Sociedade de Geografia de Lisboa organizou uma expedição científica à Serra da Estrela com vista ao estudo do clima da serra para instalação de um sanatório de montanha. Após uma segunda expedição em 1883, um paciente de Sousa Martins decidiu instalar-se no Observatório Meteorológico aí existente para tratar-se da tuberculose de que padecia. Posteriormente edificou uma casa entre os rochedos da serra, no lugar do Poio Negro onde se instalou. A aparente cura de Alfredo César Henriques estimulou um conjunto de médicos e beneméritos a criar o Club Hermínio que teve grande influência na luta contra a tuberculose na Guarda, de que falaremos mais adiante.

No último quartel do século XIX, fruto do interesse de alguns beneméritos por este terrível flagelo social concretizaram-se algumas obras de assistência. Seguindo a tendência caritativa, o médico e par do reino Dr. Pereira Cardoso legou em 1886 à Santa Casa da Misericórdia do Porto 12 contos de réis destinados a instituir uma enfermaria para tuberculosos. A enfermaria, batizada de Enfermaria D. Emília Cabral, foi instalada no Hospital Geral de Santo António, tendo capacidade para receber dezasseis tuberculosos do sexo feminino[875]. Em 1887-1888, o conde de Samodães, provedor da Misericórdia do Porto, propôs ao Definitório a nomeação de uma comissão para tratar do isolamento dos tuberculosos de ambos os sexos pela edificação de um pavilhão especial anexo aos estabelecimentos da Santa Casa. A dita comissão era composta por ele próprio, pelo monsenhor António José Rodrigues Pereira, António Iria Carvalhal, Bento António de Faria Guimarães e o visconde de Gandara. Ao que se sabe, dificuldades de vária ordem impediram a concretização deste projeto. Também em 1888, as experiências no tratamento de Alfredo

[874] Cf. *Dispensários anti-tuberculosos*, 1903: 78.

[875] Cf. *L'Assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal* (Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1905: ix; e ARAÚJO, 1934: 41.

César Henriques na Serra da Estrela chamaram a atenção de várias personalidades endinheiradas, que subsidiaram a construção de vinte e quatro casas destinadas a receber doentes tuberculosos. Ao mesmo tempo projetava-se a construção do Hospital Príncipe da Beira na Guarda[876].

Em 1890, um importante legado feito à Misericórdia do Porto por António Ferreira da Cunha Lima permitiu a criação de mais uma enfermaria para dezasseis tuberculosos, desta vez para o sexo masculino. Note-se que as duas enfermarias criadas com legados pios no Hospital de Santo António, com um total de trinta e dois leitos, foram as únicas salas existentes para tratamento de tuberculosos na cidade do Porto até 1926 quando foi inaugurado o Hospital-Sanatório de Rodrigues Semide pela Misericórdia.

Pela mesma altura, iniciava-se o reinado de D. Carlos I e da sua esposa D. Amélia de Orleães, tendo logo esta rainha demonstrado um interesse particular pelo problema da tuberculose e pela sorte dos tuberculosos portugueses. Por sua iniciativa foi nomeada uma comissão, formada por Oliveira Feijão, Alfredo da Costa, António de Lancastre e o engenheiro militar Duval Telles, para estudar a construção de um grande hospital marítimo. Apesar de não ter passado de uma intenção, esta iniciativa foi o ponto de partida da grande obra encetada mais tarde com o patrocínio da rainha. Não esmorecendo na sua intenção assistencial, conseguiu criar em 1893 o Dispensário de Alcântara, sob direção clínica de Silva Carvalho, onde eram vacinadas as crianças, ensinava-se práticas higiénicas às mães, fazia-se a distribuição de leite e se trataram milhares de crianças nas modalidades clínicas e cirúrgicas. No mesmo ano, a duquesa de Palmela, camareira da rainha D. Amélia, fundou a primeira Cozinha Económica nos Prazeres, seguida da de Alcântara (1894), de Xabregas (1895) e da Ribeira Velha (1896). As Cozinhas Económicas pretendiam suprir a deficiência alimentar das classes trabalhadoras, servindo refeições a preço simbólico e reduzido. Lembre-se que no final do século XIX a tuberculose era conotada com a pobreza e a miséria orgânica, daí as iniciativas como o dispensário e as Cozinhas Económicas. Minorando o problema alimentar e higiénico das classes mais desfavorecidas, procurava-se diminuir as necessidades dos trabalhadores, a maior parte deles considerados como candidatos à tuberculização[877]. Em 1896, criou-se uma sala especial de isolamento para tuberculosos no Hospital da Marinha. No ano seguinte a SCML nomeou uma comissão para o estudo da hospitalização dos tuberculosos, que veio a desencadear a criação de uma associação de luta contra a tuberculose.

Nos finais do século XIX, a tuberculose tinha-se tornado num grave problema de saúde pública em muitos países da Europa e Portugal não foi exceção. No célebre relatório que Sousa Martins apresentou ao presidente do Conselho de Ministros José Luciano de Castro mencionava o número de 15.000 a 20.000 óbitos devidos à tuberculose no nosso

[876] *Vide* LANCASTRE, 1908: 70 e CORREIA, 1943: 369.

[877] CORREIA, 1943: 369-371.

país. De uma forma geral os médicos associaram-se à luta contra a tuberculose, fazendo apelo aos poderes públicos para tomarem medidas contra o problema.

Em março de 1899, o deputado Moreira Júnior, que era também professor na EMCL, decidiu abordar a importante questão da assistência aos tuberculosos no parlamento dando ênfase à mortalidade em Lisboa e no país. Na sua intervenção chamou à atenção do Ministro da Justiça para a situação deplorável das cadeias e o mesmo fez com os Ministros da Guerra e das Obras Públicas acerca das casernas militares, fábricas, casas e saneamento público, com a finalidade de introduzir a questão da construção dum sanatório popular para tratamento dos tuberculosos pobres. Como o apoio das companhias comerciais e industriais, das associações de socorros mútuos e das municipalidades a obra de assistência podia prosseguir. José Luciano de Castro, na qualidade de presidente do Conselho de Ministros, considerou pertinente o assunto da tuberculose, dizendo que as iniciativas particulares e corporativas eram de extrema importância porque o governo tinha problemas financeiros graves que o impediam de solucionar as várias questões. Apesar disso ficou prometido a criação duma proposta com vista à criação dum fundo especial destinado à assistência aos tuberculosos, tendo a proposta sido apresentada ao parlamento a 19 de julho por Sebastião Telles, Ministro da Guerra[878].

Apesar das boas intenções de médicos e parlamentares as concretizações tardavam a aparecer. Foi nesse cenário que a rainha D. Amélia resolveu por iniciativa própria criar uma obra de assistência dirigida aos tuberculosos. Para tal enviou circulares a várias individualidades para uma reunião com o intuito de debater o assunto. Essa reunião teve lugar na sala das sessões do Conselho de Estado do Ministério do Interior a 11 de junho de 1899, presidido por D. Amélia. No discurso inaugural D. Amélia manifestou o desígnio pessoal de se dedicar à assistência aos tuberculosos porque eram um problema social profundo que ela conhecia de perto pelas visitas que realizou aos hospitais e pelas petições que lhe chegavam. Era sua intenção fundar uma associação de beneficência, como se fazia nos demais países civilizados, que teria o nome de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Embora dispondo de poucos recursos, os objetivos apresentados pela rainha para a ANT eram bastante ambiciosos, denotando-se uma clara influência do relatório acerca da hospitalização dos tuberculosos apresentado semanas antes na SCML[879]. Os objetivos da ANT passavam pela criação de hospitais marítimos para crianças a fim de prevenir a contração da doença (mais tarde foram chamados de preventórios), pela fundação de sanatórios de montanha para o tratamento de tuberculoses curáveis, pelo estabelecimento de institutos para o estudo e tratamento dos doentes e socorro às suas famílias (denominados de

[878] Cf. *Diário da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portugueza*, sessão n.º 28 de 13 de Março de 1899, *Diário da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portugueza*, sessão n.º 86 de 16 de Julho de 1899 e PESTANA, 1899: 34-35.

[879] Cf. PESTANA, 1899: 103-125; e *L'Assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal* (Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1905: 1-2.

dispensários) e pela criação de hospitais de isolamento para tísicos incuráveis para prestação de cuidados paliativos e limitação da expansão da doença entre a população. A iniciativa contou logo com o apoio da família real e ações particulares. O rei D. Carlos doou 10.000$000 réis à obra, a Rainha D. Maria Pia e o Infante D. Afonso prestaram o auxílio possível e o Sr. Biester fundou o Hospital Marítimo da Parede que posteriormente doou à ANT[880]. Ao terminar a sessão inaugural da ANT, o Marquês da Praia e de Monforte propôs a nomeação das subcomissões necessárias para levar a efeito os intentos da rainha e a elaboração dos estatutos da associação. José Luciano de Castro prometeu toda a ajuda da parte do governo que chefiava e o presidente da Câmara Municipal de Cascais lançou o repto às congéneres para se associarem à luta contra a tuberculose. Procedeu-se depois a uma subscrição entre todos os assistentes, que rendeu 60.118$100 réis.

A criação da Assistência Nacional aos Tuberculosos no final do século XIX, não foi um caso isolado ao nível europeu ou dos países mais desenvolvidos. A campanha antituberculose em Portugal fez parte de um movimento internacional mais vasto, que tendia à criação de associações nacionais para organizar e coordenar a luta antituberculose. Segundo a historiadora Linda Bryder a primeira associação nacional surgiu em França em 1891, seguido da Alemanha em 1895, Bélgica e Reino Unido em 1898, Portugal e Itália em 1899, Canadá em 1900, Dinamarca e Austrália em 1901, Suécia em 1904, Japão em 1908, Noruega e Rússia em 1910. Esta cronologia mostra que a criação da ANT em Portugal esteve em sintonia como os restantes países que aderiram à luta internacional contra a «peste branca». A situação portuguesa assemelhou-se bastante à criação da *National Association for the Prevention of Consumption and Other Forms of Tuberculosis* do Reino Unido pela presença dos médicos mais destacados do país, pelos nobres, Primeiro-Ministro e pelos membros impulsionadores da família real entre os quais o Príncipe de Gales, futuro Rei Eduardo VII[881].

A ANT ficou-se a reger pelos estatutos[882] criados para o efeito em 26 de dezembro de 1899, sendo de destacar os seus objetivos, tipologia de sócios, organização interna e recursos financeiros. Em relação aos objetivos eram fundamentalmente os delineados na primeira reunião. Estabelecer hospícios, asilos ou enfermarias de isolamento para tuberculosos não curáveis, construir sanatórios de altitude para tratamento dos curáveis, criar hospitais marítimos para crianças escrofulosas, fundar institutos regionais para observação, estudo, tratamento e socorro aos doentes e familiares e centralizar e fortalecer meios de ação preventiva.

Ficou definido que a ANT teria várias categorias de sócios de acordo com a importância do auxílio prestado à associação. Em primeiro lugar estavam os «sócios fundadores»,

---

[880] ROSA, 1979: 11.

[881] BRYDER, 1988: 15-16.

[882] *Vide* STA+UTS de la société. *L'Assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal* (Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1905: 7-10.

que eram todos aqueles que tinham estado presentes na reunião de 11 de junho e os que se reuniram para aprovação dos seus estatutos. Em segundo lugar estavam os «sócios efetivos» que eram todos aqueles que no momento da fundação da ANT tinham contribuído com um mínimo de 2$400 réis. A terceira, quarta e quinta categoria de sócios destinavam-se aqueles que subscrevessem limites mínimos de cotização anual. Os «sócios benfeitores» contribuíam com um mínimo de 120$000 réis anuais, os «sócios titulares» com 48$000 réis/ano e os «sócios doadores» subscreviam um mínimo de 24$000 anuais. A ANT contemplava também todos os indivíduos que quisessem contribuir para a obra, designando de «auxiliares» as pessoas que subscrevessem qualquer montante abaixo da cota mínima estipulada para se tornar sócio.

A organização interna da ANT dividia-se por vários conselhos e comissões que asseguravam o desempenho das funções. A gerência administrativa pertencia ao Conselho Central composto pela presidente perpétua na pessoa de D. Amélia, um segundo presidente, dois vice-presidentes, dois secretários membros da Assembleia Geral, o Secretário-geral da ANT, um tesoureiro, um advogado e três membros com funções consultivas. O Conselho Central fazia cumprir as suas decisões por meio duma comissão executiva presidida pelo Secretário-geral e composta pelo tesoureiro e mais três vogais. O Conselho Fiscal da ANT era composto por três sócios eleitos em assembleia-geral que tinha como incumbência a inspeção económica e a apreciação anual das contas de gestão.

Para regular a execução dos fins da Sociedade foram criadas duas comissões: a Comissão Técnica e a Comissão de Propaganda. A Comissão Técnica ou Consultiva, presidida por Alfredo da Costa, era constituída por um médico, um engenheiro e um arquiteto. Estes emitiam pareceres acerca das condições dos estabelecimentos a serem criados e as construções e trabalhos a serem executados que deviam ser ouvidos pelo Conselho Central e Comissão Administrativa. A Comissão de Propaganda presidida por Curry Cabral, que tinha como objetivos principais a angariação de fundos, organização de festas de beneficência e divulgação de princípios de higiene e profilaxia, estava dividida em várias subcomissões: peditórios, festas, divulgação, profilaxia, estudos e estatística da tuberculose e zeladores. Dela faziam parte as damas, médicos, homens de letras, oradores e outras pessoas distintas[883]. Cada subcomissão tinha competências específicas, mas todas contribuíam para melhorar a situação da ANT de modo a poder cumprir os seus objetivos. A subcomissão de peditórios realizava a angariação de esmolas e donativos destinados a aumentar as receitas da sociedade, a subcomissão de festas promovia e realizava festas remuneradas e a subcomissão de publicidade fazia o trabalho de publicidade aos objetivos da ANT por todo o país. As subcomissões mais técnicas eram a de profilaxia e a de estudo e estatística a quem competia estudar e definir as medidas higiénicas necessárias para combater o desenvolvimento da

[883] LANCASTRE, 1908: 692.

tuberculose e fazer a apreciação de todos os elementos que permitissem estabelecer a tendência do desenvolvimento da tuberculose no país. Por último, a subcomissão de zeladores pugnava pelos interesses da ANT em todos os ramos da sua ação[884].

Para a concretização da sua missão assistencial a ANT contava com recursos de diversas proveniências. Estatutariamente os recursos eram provenientes das quotas e subscrições dos sócios e auxiliares, as pensões de doentes, o produto colhido das esmolas, festas e diversos donativos recebidos. Conforme o prometido pelo governo aquando da intervenção do deputado Moreira Júnior, a ANT passou a beneficiar dum fundo especial destinado à assistência e à defesa sanitária contra a tuberculose pela Lei de 17 de agosto de 1899[885]. Este fundo especial era constituído por um subsídio anual do Estado de 20.000$000 réis, pelos subsídios das câmaras municipais, custeado sobretudo pelo fundo de viação municipal, pela décima parte da receita ordinária que as instituições de piedade eram obrigadas a aplicar a atos ou estabelecimentos de beneficência, pela taxa de 1% das quotas dos sócios das associações de recreio e pelo produto de multas que por leis ou regulamentos fossem destinadas a esse fim. A Lei de 17 de agosto contemplava ainda a isenção de franquia postal para a circulação de cartas e impressos expedidos pela ANT.

Contudo, segundo Álvaro Barros Rosa a lei não foi devidamente cumprida quer por falta de vontade de uns ou por diminuta receita económica de outros. Dos 292 municípios que existiam em Portugal, apenas 97 cumpriram a disposição legal, tendo 76 municípios apresentado no parlamento um protesto contra esta legislação. O incumprimento da lei forçou a Secretaria de Estado dos Negócios do Reino a enviar uma circular datada de 12 de março de 1900 aos governadores civis do país, exigindo que a lei fosse cumprida e ameaçando os tesoureiros camarários com responsabilidade criminal ou mesmo a exoneração de funções. A ANT procurou ainda angariar fundos com a ajuda dos jornais, dos párocos, dos bancos, das principais companhias e mesmo dos emigrantes por intermédio das embaixadas e consulados de países como Alemanha, Argentina, Espanha, França, Hong-Kong, Marrocos, Xangai, Zanzibar, etc., mas com montantes sempre aquém das expectativas e das necessidades[886].

Criada a ANT iniciaram-se os trabalhos de assistência propriamente ditos, com a fundação de sanatórios e dispensários. Em junho de 1900, a ANT inaugurou o seu primeiro sanatório marítimo no antigo forte do Outão, na margem do rio Sado, a 7 km de Setúbal. O forte do Outão, que remontava ao período de D. João I, tinha perdido a sua importância militar e foi destinada a moradia de recreio para a família real, mas sem nunca ter cumprido essa função. D. Amélia logo tratou da sua cedência à ANT para as adaptações necessárias. Fez-se não só o aproveitamento da torre e do palácio, como se iniciou a construção de um

[884] ROSA, 1979: 22-23.
[885] *Lei de 17 de Agosto de 1899.*
[886] ROSA, 1979: 12 e 23.

edifício novo para albergar os serviços de enfermaria, refeitório, salas de estudo e recreio, sala de desinfeção, etc. Com esta primeira iniciativa foi possível receber cerca de quatro dezenas de crianças escrofulosas do sexo feminino[887].

Em 1901, foi inaugurado o primeiro dispensário antituberculoso em Lisboa, concebido por D. António de Lancastre, numa casa alugada para o efeito. A direção clínica ficou a cargo de Alfredo Luís Lopes, coadjuvado por Aragão de Morais e Sousa Teixeira e Neves. No dispensário eram prestadas seis consultas independentes a tuberculosos e a predispostos nas seguintes especialidades: homens, mulheres, crianças, tuberculoses cirúrgicas, otorrinolaringologia e radiologia. Na verdade, a função do dispensário extrapolava a simples consulta e orientação tisiológica. Os seus funcionários realizavam inquéritos sociais com visitas domiciliárias para averiguação das condições higiénicas, miséria e promiscuidade, distribuíam senhas para as cozinhas económicas, roupas, desinfetantes, escarradores de bolso e camas aos mais pobres. Os tuberculosos incapazes de se tratarem no dispensário, pelo estado avançado da doença, eram enviados para o Hospital D. Maria Amélia em Arroios. Quando necessário desencadeavam, conjuntamente com o posto de desinfeção da capital, o processo de desinfeção das habitações e objetos dos tísicos[888].

O conceito de dispensário concebido por D. António de Lancastre foi considerado por Fernando da Silva Correia como perfeitamente original. Embora existindo um organismo idêntico em Portugal antes de 1863 onde eram observadas meretrizes por ordem do Conselho de Saúde Pública, o facto é que os dispensários concebidos por Calmette em Lille só arrancaram depois de ter conversado com Lancastre e com a Rainha aquando da sua vinda a Portugal no ano da peste bubónica. A originalidade estava no facto de não se limitar a ser um posto sanitário de despistagem da tuberculose e de educação popular como concebia Landouzy. A característica original pensada por Lancastre e posta em prática pela primeira vez por Calmette em Lille foi o de conceber o dispensário como um centro de tratamento dos tuberculosos curáveis, impedindo-os de transitarem para os sanatórios. Foram precisamente essas características de tratamento precoce e de socorro material, que constituíram a originalidade e que não se encontram documentadas antes de Lancastre ter falado com Calmette[889].

D. António de Lancastre na conferência[890] proferida no Congresso Nacional da LNCT em Viana do Castelo atribuía sete funções principais aos dispensários: tratamento de tuberculoses precoces, triagem e seleção de tuberculosos a enviar para os sanatórios, auxílio às estâncias oficiais no estabelecimento eficaz da declaração obrigatória, promoção da profi-

---

[887] *L'Assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal* (Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1905: 37-38.

[888] Cf. CORREIA, 1943: 373-374; *Dispensário anti-tuberculoso em Lisboa*, 1901: 191; e *O dispensário Anti-Tuberculoso de Lisboa da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 1902: 313.

[889] Cf. CORREIA, 1943: 374; ACHERAY, [s.d.]; MALHERBE, 1905: 14.

[890] LANCASTRE, 1902: 366-367.

laxia por meio de desinfeções e outros esclarecimentos, ensino da higiene, difusão de propaganda antituberculose, diagnóstico precoce e auxilio ao ensino médico por meios de relatórios, estatísticas, etc. Este conceito de dispensário supera, pelo menos teoricamente, as quatro funções estabelecidas por Calmette em 1901: a de despistagem, de educação higiénica, de triagem e de ajuda social[891]. Lancastre atribuía ainda aos dispensários a função de tratamento ambulatório, serviços de desinfeção e auxílio ao ensino da tisiologia pelo fornecimento de dados relativos à TB.

Ao assegurarem um grande número de funções profiláticas, educativas e higiénicas, os dispensários eram considerados por muitos médicos, dos inícios do século passado, o meio mais vanguardista para educar o povo ao nível higiénico e prestar assistência no domicílio dos doentes, que devido ao elevado número não conseguiam ser admitidos nos hospitais e nos sanatórios. No entender de Calmette, os dispensários eram centros indispensáveis no combate à «peste branca» mais pela profilaxia social que realizavam do que pelas atividades clínicas. Considerava ainda que sendo os tratamentos medicamentosos da época ineficazes, perigosos e de efeitos nefastos para o organismo já debilitado dos tuberculosos, se deviam substituir por ajudas alimentares em quantidade e qualidade para fortalecer os doentes[892].

Nos anos que precederam a inauguração do dispensário provisório de Lisboa estabeleceram-se dispensários nalgumas cidades onde a luta contra a tuberculose estava melhor organizada e sobretudo era impulsionada por médicos afetos ao problema. Em 1902 entrou em funções o dispensário de Bragança sob a direção clínica de António Olímpio Cagigal, prestando socorro material, refeições, distribuição de escarradores portáteis, desinfetantes e realizando consultas.

Em 1903 foi a vez do Porto e de Faro verem abrir o seu dispensário. O dispensário do Porto foi inaugurado a 1 de janeiro no n.º 84 da Rua da Carvalhosa pelo comité executivo da sucursal da ANT nessa cidade. No rés-do-chão estavam instaladas as salas de espera e o gabinete do investigador e no primeiro piso estavam os consultórios e instalações de exames clínicos e trabalhos bacteriológicos, sobretudo para análise de escarros. Na mesma data foi inaugurado o dispensário de Faro sob direção de Alexandre Pereira Assis, apelidado na altura de «casa dos tísicos» pela população[893]. Seguiu-se a abertura de uma enfermaria para tuberculosos em Évora e posteriormente inaugurou-se em Viana do Castelo um dispensário antituberculose por iniciativa do ilustre tisiologista Tiago de Almeida e com o apoio da ANT em 1905.

Não se deve esquecer que em agosto de 1902, o médico José de Almeida auxiliado por D. Maria Albana Baracho e por Tomás Ribeiro fundou um sanatório marítimo no Forte do Junqueiro em Carcavelos onde eram admitidas crianças do sexo masculino dos 4 aos 12

[891] BARNES, 1995: 101.

[892] *Dispensários anti-tuberculosos*, 1903: 105.

[893] ROSA, 1979: 33.

anos. Inicialmente provido de um dormitório com trinta leitos e uma enfermaria de isolamento com mais seis camas, o sanatório foi ampliado com a construção de um pavilhão contendo dois dormitórios com 27 camas cada, mais um quarto com 4 camas para pensionistas e um pequeno pavilhão de cirurgia que contava com uma enfermaria de 8 camas, sala de operações, quarto de banho e laboratório[894]. Além da assistência e tratamento aos tuberculosos, este sanatório organizava uma colónia de férias no Verão, recebendo crianças predispostas à doença. Após o início da atividade foi doado pelos seus fundadores à ANT, ficando o fundador José de Almeida como diretor clínico.

Em 1904 seguiu-se a inauguração do Sanatório de Parede pelo casal Biester. O projeto remontava aos finais do século XIX, quando Sousa Martins percorreu vários locais possíveis para a criação de sanatórios e verificou a potencialidades de Parede, uma povoação na linha de Cascais. Prontamente Sousa Martins encontrou apoio num casal de amigos e pacientes seus, Frederico Biester e Amélia Chamiço, sem filhos e donos duma avultada fortuna. Ainda na fase inicial, faleceu Sousa Martins e pouco depois o médico chamado a substitui-lo na condução dos trabalhos, o Dr. Manuel Bento de Sousa, também morreu. Seguiu-se a morte do próprio casal instituidor, pelo que ficou uma tia do casal, D. Claudina Chamiço, encarregue de dar continuidade à obra. A partir de 1901 os trabalhos desenvolvem-se com celeridade, sendo inaugurado em 1904 com o nome de Sanatório de Santana. Entregue à gestão da Misericórdia de Lisboa e a direção interna a religiosas, o sanatório recebeu três grupos de doentes num total de cem indivíduos: 60 crianças do sexo feminino com escrófulas ou tuberculoses ósseas e cutâneas, 20 indivíduos do sexo masculino com lesões cardiovasculares e 20 indivíduos do sexo feminino com qualquer tipo de manifestação cancerosa[895].

O ano de 1906 foi particularmente rico em acontecimentos ligados à assistência aos tuberculosos. Foi inaugurado o Hospital do Rego para doenças infeciosas, sob direção de Curry Cabral, cujo pavilhão central tinha capacidade para manter trezentos tuberculosos em regime de isolamento. Outro grande acontecimento foi a abertura do Instituto Central Rainha D. Amélia que passou a ser a sede da ANT, concentrando aí todos os serviços. A partir do Instituto fazia-se a gestão dos serviços e instituições sob tutela da ANT em Portugal, bem como os trabalhos de propaganda, estatística e redação do boletim da instituição, intitulado «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos» cujo primeiro número saiu em agosto de 1906. Servia ainda como armazém de medicamentos, desinfetantes, instrumentos e vestuário. Por último, o dispensário anteriormente criado na Rua do Alecrim transitou para o Instituto Central, funcionando aí todos os seus serviços[896].

O boletim da ANT foi uma das poucas publicações periódicas especializadas em tuberculose em Portugal. Este boletim foi publicado entre 1906 e 1950 e marcado por várias

---

[894] ALMEIDA, 1905: 43.

[895] Cf. *O sanatório de Sant'Anna em Parede*, 1904: 245-246 e SOARES, 1943: 299-301.

[896] NEVES, 1906: 37-41.

paragens e recomeços de acordo com as possibilidades económicas da ANT, que sofreu com as vicissitudes próprias da política e economia nacional.

Quadro 12 – Publicação do boletim da ANT/IANT (1906-1950).

Série	Ano	Números publicados	Periocidade	Série	Ano	Números publicados	Periocidade
1.ª Série	1906	3	Bimestral	4.ª Série	1927	6	Irregular
	1907	4	Trimestral		1928	6	Bimestral
	1908	8	Bimestral		1929	4	Trimestral
	1909	6	Bimestral		1930	2	Irregular
	1910	6	Bimestral	5.ª Série	1939	2	Semestral
	1911	1	Anual		1940	1	Anual
2.ª Série	1912	1	Anual		1941	1	Anual
	1913	4	Trimestral		1942	1	Anual
	1914	6	Bimestral		1946	1	Anual
	1915	6	Bimestral		1947	1	Anual
	1916	6	Irregular	6.ª Série	1948	1	Anual
	1917	6	Quadrimestral		1949	1	Anual
3.ª Série	1926	2	Bimestral		1950	1	Anual

Fonte: *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos* (1906-1946) e *Tuberculose: Boletim do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos* (1947-1950).

O quadro 12 mostra sucintamente a evolução da publicação da ANT/IANT. A primeira série, sob direção de António de Lancastre, foi publicada entre 1906 e 1911, com um total de 28 números. Depois da implantação da República, a ANT sofreu algumas reformas, tendo iniciado uma segunda série, dirigida por José de Almeida, que durou até 1917, com um total de 29 números publicados. A primeira interrupção deu-se no final de 1917, não tendo publicado nada até 1926. Segundo Cassiano Neves[897], redator-chefe em 1926 a suspensão ficou-se a dever à entrada de Portugal na I Guerra Mundial e às dificuldades financeiras que se lhe seguiram, só sendo possível retomar a publicação na segunda metade da década de 1920. Em 1926 inicia-se a terceira série sob a égide de Cassiano Neves com apenas um número publicado.

A partir de 1927 inicia-se a quarta série com a publicação de 18 números, durando somente quatro anos. Em 1931 volta a interromper-se, para ter reinício em 1939 sob direção de Albano Castelo Branco. A quinta série teve 7 números, publicados anualmente à exceção de 1939. A sexta série iniciou-se em 1948 depois da passagem da Assistência Nacional aos Tuberculosos para Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Esta publicação teve apenas três números publicados, o que mostrou o declínio progressivo da revista,

[897] NEVES, 1926: 1-2.

que publicava essencialmente dados estatísticos, informações e memórias sobre a história da instituição, ficando de fora grandes estudos como os publicados nas primeiras séries. A publicação do boletim terminou no ano de 1950 após o qual o IANT publicou seis volumes dum periódico intitulado «Tuberculose e doenças torácicas» nos anos de 1953-54, 1956 e 1958 tendo terminado definitivamente com publicações próprias.

O quadro permite também constatar a irregularidade na publicação do boletim. Em termos de periocidade existem anos em que a publicação se fazia bimensalmente, outros de 3 em 3 meses, de 4 em 4, de meio em meio ano ou de forma irregular, o que mostra que a publicação era feita de acordo com a disponibilidade de artigos, com a disponibilidade financeira da instituição e seguramente com as diretrizes do corpo redatorial. As duas últimas séries limitaram-se a um único número por ano.

Apesar da irregularidade e suspensão em vários anos do boletim, o que espelha os altos e baixos da própria instituição, o boletim é uma excelente fonte para estudos da história da tuberculose e das ciências da saúde, mas também da própria história social portuguesa do século XX. O boletim publicou estudos de grande importância acerca da alimentação do povo português, da puericultura, escolas, educação e ensino, assistência à primeira infância, antropometria médica, etc.[898]. Sendo o boletim da ANT a sua publicação oficial inclui documentos de grande valor para a reconstrução da sua história ao longo da primeira metade do século XX. Esta é uma fonte privilegiada para a história da assistência aos tuberculosos em Portugal, onde se incluem algumas estatísticas dos estabelecimentos geridos pela ANT/IANT, coleção de diplomas legais sobre a tuberculose em Portugal, artigos da especialidade tisiológica de portugueses e traduções de autores estrangeiros no campo clínico, médico e bacteriológico. Contém igualmente um conjunto de memórias sobre a ANT e um bom arquivo iconográfico e fotográfico sobre os programas de assistência aos tuberculosos promovidos pela ANT.

As profícuas atividades da ANT culminaram com a abertura do tão almejado Sanatório Sousa Martins na Guarda, sendo o primeiro sanatório de altitude construído em Portugal. Desde as expedições de Sousa Martins na década de 1880 que a classe médica portuguesa alimentava o desejo de ver inaugurado um sanatório de montanha para tratar os tuberculosos portugueses. Quase um quarto de século depois dos primeiros projetos foi possível abrir um sanatório construído de raiz e segundo os preceitos médicos da altura. O

[898] Nele figuram estudos como «Tuberculose e puericultura» por Alfredo da Costa; «Para que servem as gotas de leite» e «Como se cria uma gota de leite» por Jorge Cid; «Assistência à primeira infância» e «Protecção à primeira infância» por António de Azevedo; «A tendência à generalisação da tuberculose infantil» por António de Almeida Garrett; «Uma colónia de férias: apontamentos de anthropometria médica» por António Aurelino da Costa Ferreira; «Estudos sob a educação popular» por Adolfo Coelho; «Escolas ao ar livre» por Marques Leitão; «Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal» por Pedro Dordio Nazareth; «A ração alimentar do operário portuense» por Arantes Pereira; «A hygiene do trabalho» e «Assistência pelo trabalho» por Cassiano Neves; «O perigo alcoólico» por Egas Moniz, só para citar os mais destacados. Cf. *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 1929: 68-70.

sanatório foi edificado na cidade da Guarda pela conjunção dos fatores climatéricos com as infraestruturas urbanas, que no caso da Serra da Estrela impediam as comunicações e abastecimentos. Antes da implantação da República, inaugurou-se ainda o Sanatório Rodrigues de Gusmão em Portalegre (1909) por iniciativa de Severino Santana Marques, edificado numa extensão de seis hectares da serra de S. Mamede[899] e ficou terminado o Hospital de Repouso D. Carlos I em Lisboa para tuberculosos, mais tarde renomeado de Sanatório Popular de Lisboa.

Nesta primeira fase de vida da ANT foram realizados diversos empreendimentos de grande valor como a fundação dos primeiros sanatórios marítimos e de montanha, hospitais com pavilhões de isolamento e diversos dispensários, que no seu conjunto constituíram o alicerce da luta organizada contra a tuberculose em Portugal. Como já referimos ao longo do nosso trabalho, os problemas políticos que culminaram com a implantação da República tiveram efeitos nefastos na obra da ANT, primeiro porque dependia da coordenação da rainha D. Amélia que foi para o exílio e segundo porque os problemas decorrentes da mudança de regime, seguido da entrada de Portugal na I Guerra Mundial e o pós-guerra fizeram com que o combate à tuberculose entrasse num período de letargia.

6.2.2. A assistência aos tuberculosos até ao final da I República

Com a proclamação da República a 5 de outubro de 1910, as instituições que dependiam da monarquia, como a ANT, sofreram várias alterações. Segundo Ferreira de Mira e Álvaro Rosa[900] a mudança de regime político e a crise económica agravada pela Grande Guerra e problemas ulteriores desarticularam a luta contra a tuberculose em Portugal. Um dos efeitos da instabilidade política resultante da mudança de regime foi a secundarização dos assuntos relativos à tuberculose. O parlamentarismo foi um dos principais responsáveis pela desestabilização da política nacional, assim como o difícil equilíbrio entre a administração civil e os militares. A instabilidade governativa da I República era percetível desde logo pela quantidade de governos eleitos e demitidos, presidências da república interrompidas, golpes militares, revoltas populares e dissoluções do parlamento. No período entre 1910 e 1926, o eleitorado foi às urnas para eleger oito parlamentos que por sua vez escolheram sete presidentes e nomearam quarenta e cinco governos diferentes, cuja duração média foi de 93 dias[901]. Estes números são por si só ilustrativos da agitação política nacional e do difícil entendimento político.

Associado à política estiveram os problemas económicos e financeiros, que se acentuaram depois da participação de Portugal na Grande Guerra a partir de 1916. Como afirmou Rui Ramos «A Grande Guerra e o pós-guerra provocaram a maior desestabilização da

[899] MARQUES, 1901: 7-8.
[900] Cf. MIRA, 1947: 472, MIRA & CARVALHO, 1936: 33 e ROSA, 1979: 33.
[901] SCHWARTZMAN, 1981: 155-157.

sociedade portuguesa desde a época das guerras civis, na primeira metade do século XIX. A inflação portuguesa de 1918 a 1924 foi uma das maiores da Europa»[902]. Mas Oliveira Marques salientou que apesar da crise económica mundial ter tido repercussão em Portugal, o país teve também as suas próprias crises motivadas pela escassez de géneros alimentares, inflação, atividade revolucionária, dirigismo económico inábil e perturbações socioeconómicas em geral[903]. Todavia, foram as questões financeiras, designadamente o equilíbrio orçamental instável, o elevado montante da dívida pública e a desvalorização da moeda[904] que mais se destacaram nos dezasseis anos da Primeira República, motivando intensas discussões políticas entre partidos e crises ministeriais sucessivas.

O início da I Guerra Mundial fez disparar as despesas militares em Portugal, apesar de só ter sido beligerante ativo durante dois anos. Com o início do confronto, Portugal procurou reforçar a presença militar no Sul de Angola e no Norte de Moçambique, que confinavam com as colónias africanas da Alemanha, por meio de aquisição de equipamento bélico para as forças armadas. Posteriormente teve de lidar com as despesas do Corpo Expedicionário Português destacado para a Flandres, o que implicou no último período da guerra um aumento com despesas militares de 14% para 24% do PIB. Para fazer face às despesas militares os governos não conseguiram outra via que não fosse a de deixarem aumentar descontroladamente os défices orçamentais e recorrer a empréstimos sucessivos[905]. Por seu turno, o défice orçamental teve de ser financiado pela emissão monetária do Banco de Portugal, o que se traduziu na prática num incremento da emissão de notas, no entesouramento progressivo de moeda metálica, na depreciação da divisa portuguesa face à libra, tal como num aumento dos preços. Em 1921, o custo de vida subira 10 vezes em relação a 1914[906].

Segundo António José Telo a situação da crise internacional melhorou, trazendo calma e prosperidade à indústria e ao comércio. Mas a nova prosperidade tinha a sua base no agravamento da desvalorização do escudo e na inflação, sendo a depreciação do escudo a principal responsável da crescente atividade do comércio e da indústria, provocando uma proteção ao mercado interno e um crescente número de exportações. Foram necessárias medidas do governo, nomeadamente do ministro das finanças Portugal Durão, para diminuir o ritmo da queda do escudo[907]. Por outro lado, o Estado continuou a enfrentar *deficits* financeiros. Para fazer face ao problema recorria a sucessivos empréstimos, como os 240 mil contos em abril de 1922 e mais 349 mil contos em dezembro do mesmo ano. Em 1923, a dívida do Estado tinha alcançado um montante de 1.333.000 contos. Os mal-entendidos políticos e os boicotes à reforma tributária não tiveram os resultados esperados. Nos finais

[902] RAMOS, 1994: 597.
[903] MARQUES, 1980: 33.
[904] MARQUES, 1980: 34.
[905] LOPES, 2005: 267-268.
[906] RAMOS, 1994: 597-598.
[907] TELO, 1980: 217-219.

de 1923 a situação financeira era crítica: o Estado ameaçava parar os pagamentos, alguns bancos abriram falência, as taxas de juro atingiram valores elevados, o crédito quase paralisou, a fuga de capitais floresceu e a taxa de inflação também subiu[908]. Nos anos subsequentes procurou-se a estabilização do sistema bancário e da moeda. No entanto o Estado não conseguiu alterar a política tributária, mantendo-se uma cobrança de impostos elevada com destaque para as contribuições industrial e predial, o que segundo António José Telo não conseguiu evitar o défice habitual dos orçamentos de Estado[909].

A ANT não ficou incólume à mudança de regime político e à instabilidade vivida até ao início do Estado Novo. O exílio da rainha e a demissão de alguns funcionários, como o secretário-geral D. António de Lancastre, fez emergir figuras de segundo plano na luta antituberculose que passaram a coordenar os serviços. À mudança de regime político seguiu-se algumas reformas nos diferentes departamentos da administração pública, nascendo no seio do Ministério de Interior uma Direção Geral de Assistência Pública e um Conselho Central de Assistência. Na composição destas e doutras instituições menores estava o presidente da ANT.

Pelo Decreto de 10 de março de 1911, o Ministério do Interior ordenou a instalação duma comissão para elaborar e apresentar ao governo uma proposta adequada para a reorganização da ANT, nos serviços de assistência e saúde públicas, sem prejuízos da iniciativa privada. E, uma vez que era um período de transição, nomeou uma comissão executiva presidida pelo professor Carlos Bello Moraes, que recusando o cargo veio a recair em José Joaquim de Almeida[910]. A comissão encarregue de estabelecer as bases da ANT foi composta por figuras eminentes da política e saúde do tempo, já que estavam envolvidos o Diretor Geral de Saúde, o Diretor Geral e Chefe da Repartição de Assistência Pública, o Governador Civil de Lisboa, o Enfermeiro-mor dos hospitais, o Provedor da Misericórdia e o Diretor do Instituto Bacteriológico entre outros.

Na sequência do Decreto de 10 de março surgiu o Decreto de 17 de julho de 1911[911], o qual explicitava as bases da organização da ANT. A reorganização previu a instituição de uma comissão permanente de profilaxia da tuberculose composta por deputados representantes do Parlamento, os diretores gerais de Assistência, Saúde Publica, Administração Política e Civil, Caixa Geral de Depósitos e Instituições de Previdência, Inspetores de Saúde e representantes de instituições municipais, de sociedades médicas, científicas, veterinárias e farmacêuticas, assim como professores universitários de diversas faculdades e professores de escolas superiores.

Da reestruturação arquitetada salientam-se dois factos. Em primeiro lugar, a Assistência Nacional aos Tuberculosos manteve a sua natureza privada e além da sua ação no con-

---

908 TELO, 1980: 226.

909 TELO, 1984: 10-13.

910 *Decreto de 10 de março de 1911.*

911 *Decreto de 17 de julho de 1911.*

tinente e ilhas adjacentes, ficou definido que atuaria igualmente nas colónias ultramarinas. Deve dizer-se que a nacionalização da ANT só se deu em 1945, passando a denominar-se Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. A instituição não só não foi nacionalizada como os seus serviços foram descentralizados, à exceção dos serviços farmacêuticos. Em segundo lugar, ficou decidido que a partir do ano de 1912-13 passaria a constar obrigatoriamente do orçamento da instituição as contribuições devidas pelas câmaras municipais, que nunca tinha sido cumprido desde a criação do fundo especial em 1899.

Em fevereiro de 1912, por efeito das modificações introduzidas foram aprovados os novos estatutos da ANT, que grosso modo plasmam as matérias expostas nos decretos supra mencionados, tal como manteve muitos pontos em comum com os estatutos precedentes. De novo destacam-se algumas alterações relativas às finalidades, às comissões e sua composição e à rede nacional que a compunha. Embora as finalidades se mantivessem as mesmas, isto é, criação e manutenção de hospitais, asilos, enfermarias e sanatórios, a palavra isolamento, tão falada no início do século, foi banida dos estatutos. Isolar equivalia a ostracizar e estigmatizar o tuberculoso e sua família. Já dissemos também que os médicos portugueses de uma maneira geral nunca aceitaram a declaração pública obrigatória dos casos de tuberculose. Parece-nos que estes novos estatutos vêm de encontro a essa lógica não segregadora nem estigmatizadora. Falava-se em assistência e profilaxia, em tratar as tuberculoses curáveis, em socorrer os doentes e familiares, mas não em isolar os doentes.

Pelos novos estatutos, a ANT passou a ter uma estrutura mais simples, repousando a sua gestão fundamentalmente em dois órgãos: a comissão executiva encarregue da administração e execução das decisões da assembleia-geral, e o conselho fiscal que fazia a inspeção económica e apreciação anual das contas da gerência.

A comissão administrativa nomeava por sua vez uma comissão de propaganda e assistência e outra consultiva. A comissão de propaganda e assistência era constituída por senhoras, médicos, filantropos e publicistas tendo a incumbência de organizar grupos ou sociedades filantrópicas nas diversas regiões, freguesias, bairros e ruas, com a finalidade de prestar socorro material e moral aos doentes, bem como estabelecer e manter os meios de divulgação dos preceitos de higiene e profilaxia contra a tuberculose. Quanto à comissão consultiva, também designada de conselho técnico, era constituída por médicos, engenheiros e arquitetos, que davam o seu parecer sobre as condições dos estabelecimentos a criar e a organizar, as construções e obras a executar[912].

Quanto à organização territorial, a ANT adotou uma divisão em três circunscrições: Lisboa, Porto e Coimbra. A direção da circunscrição de Lisboa pertencia à comissão executiva da ANT, enquanto as circunscrições do Porto e Coimbra tinham uma direção própria que era presidida pelo professor de Higiene das respetivas Faculdades de Medicina. À circunscrição de Lisboa pertenciam os distritos de Lisboa, Santarém, Portalegre, Évora, Beja,

[912] *Estatutos Assistência Nacional aos Tuberculosos de 1911*, 1911: 5-10.

Faro e ilhas adjacentes. A circunscrição do Porto englobava os distritos do Porto, Viana do Castelo, Braga, Vila Real e Bragança e na circunscrição de Coimbra estavam agregados os distritos de Coimbra, Leiria, Aveiro, Viseu, Castelo Branco e Guarda. Para as colónias ultramarinas os núcleos territoriais eram designados conforme as necessidades e a disponibilidades de recursos económicos. Para uma ação mais direta e próxima das populações foi adotado um modelo descentralizado que passou pela criação de delegações distritais, exceto em Lisboa, Porto e Coimbra, e em cada uma dessas delegações foram criadas subdelegações concelhias, às quais cabia as mesmas funções da ANT, mas numa escala menor.

Nesta época a ANT possuía dois sanatórios marítimos, Outão e Carcavelos, um sanatório de altitude, na Guarda, outro em Portalegre e o hospital do Lumiar. Mantinha também cinco dispensários em Lisboa, Porto, Faro, Viana do Castelo e Bragança. O internamento em sanatórios e hospitais estava limitado a 388 camas, o que era muito inferior às necessidades do país. O número limitado de leitos e os internamentos prolongados forçavam os tuberculosos a procurar os hospitais comuns, onde facilmente contagiavam outros doentes e pessoal médico. No Porto existiam duas enfermarias com capacidade para 32 doentes e nas restantes cidades os poucos hospitais existentes começaram a criar espaços de isolamento próprio para estes doentes. Entretanto iniciaram-se trabalhos de ampliação do sanatório do Outão e a construção do sanatório marítimo da Gelfa em Caminha, que apesar de ter iniciado como empreendimento privado passou para a ANT em 1912. Em 1916 esgotou-se o dinheiro para concluir o sanatório da Gelfa tendo a ANT entregue o edifício a título de empréstimo ao Ministério da Guerra para a hospitalização dos feridos de campanha na frente de guerra em França. Nesta altura, a situação financeira da ANT não era a melhor e os magros donativos permitiam apenas fazer reparações e pequenas construções nas instalações já existentes. Vários artistas plásticos sensibilizados com a causa da tuberculose, como Columbano Bordalo Pinheiro, José Malhoa, Carlos Reis e Roque Gameiro ofereceram à ANT várias pinturas e esculturas, que mais tarde foram vendidas em hasta pública para financiar a assistência aos tuberculosos.

Com o início da I Guerra Mundial, os abastecimentos de drogas e produtos medicinais ficaram comprometidos, obrigando os médicos a uma parcimónia na utilização dos medicamentos. Devido à alta de preços das carnes verdes, o seu abastecimento ficou comprometido no sanatório da Guarda, o que forçou a cobrar o valor da alimentação aos pacientes de 1.ª e 2.ª classe e a limitar a 30% as gratificações aos médicos destes pacientes. A entrada de Portugal na guerra implicou uma redução do pessoal médico, complicando ainda mais a questão da assistência. A falta de dinheiro levou a ANT a procurar subscritores privados para alguns serviços, a subir as diárias no sanatório da Guarda e a suspender a publicação do boletim[913].

Apesar das dificuldades vividas em Portugal e pelo principal organismo de assistência

[913] ROSA, 1979: 52-56.

aos tuberculosos, nem tudo foi negativo. Neste período verificaram-se alguns empreendimentos de valor como o início da construção do Hospital-Sanatório Rodrigues Semide no Porto e o Hospital Marítimo do Norte em Francelos, concelho de V.N. de Gaia. O primeiro resultou dum legado feito por Manuel Rodrigues Semide em 1910, embora o sanatório só tenha aberto as portas em 1926. Quanto ao Sanatório Marítimo do Norte, foi um importante empreendimento iniciado num período difícil graças ao empenho de um conjunto de benfeitores. A construção foi feita a expensas de uma associação benévola presidida pelo tisiologista Dr. Joaquim Ferreira Alves. Este médico portuense desde cedo se envolveu na causa dos tuberculosos, especialmente das crianças escrofulosas e predispostas, começando pela sua tese de fim de curso intitulada «A helioterapia no tratamento da tuberculose cirúrgica»[914]. Com a ajuda de outro tisiologista, o Dr. Eduardo Santos Silva, inauguraram a Colónia Sanatorial Marítima na Foz do Douro. Esta colónia destinava-se à prevenção da tuberculose em crianças cujo ambiente familiar as predispusessem à contração da doença. Ali eram tratados além dos tuberculosos e escrofulosos, os anémicos e raquíticos, bem como patologias oftalmológicas. Funcionava como preventório e como centro de tratamentos. A Colónia, sob direção clínica de Joaquim Ferreira Alves, funcionava durante cinco meses do ano, de junho a outubro, recebendo turmas de crianças durante um mês, ao fim do qual entrava uma turma nova. A ação da colónia valia pelo contacto com o mar e o sol, pelas quatro refeições diárias e pelos tratamentos aí empreendidos. Com a fundação do sanatório em Francelos funcionou também como centro de triagem das crianças até pelo menos à década de 1950[915].

Pela vontade de vários indivíduos foi inaugurado a 19 de agosto de 1917 a primeira enfermaria do sanatório no centro do pinhal de Francelos, junto à praia de Valadares. Tratando-se de um centro para tratamento de tuberculoses cirúrgicas, fazia todo o sentido instalar-se à beira mar para fazer uso do sol como meio terapêutico, algo que também Bissaya Barreto fez na Figueira da Foz, como já tivemos oportunidade de mencionar. O sanatório instalou-se num terreno pertencente à Comissão Administrativa da Associação do Sanatório Marítimo do Norte[916]. Não obstante a iniciativa benemérita, a fundação do sanatório coincidiu com a participação de Portugal do conflito mundial, o que levou ao pedido de apoios de particulares e instituições para a manutenção dos serviços de assistência:

> *Nesse horrível conflito sangrento, travado no coração da Europa cristã (monstruoso paradoxo moral), os nossos irmãos, os nossos filhos, os nossos amigos, o espôso porventura de alguma senhora, que na sala se encontra, imolam no altar do dever a sua vida, e eu envio-lhe daqui o meu preito de muita saúdade e veneração. Ora muitos dêsses soldados, apelando para a alma compas-*

[914] ALVES, 1911.

[915] ALMEIDA, 2007: 97-99.

[916] Cf. AMARAL, 2007: 81-82 e ALMEIDA, 2008: 19-20.

siva da mulher portuguesa, pediram madrinhas de guerra e obtiveram-nas! Trava-se aqui também uma luta, em que o inimigo, a enfermidade tenaz das criancinhas, é combatido vitoriosamente pelos aliados, o mar, o sol, a sciência, a caridade; e as criancinhas minhas senhoras, querem também madrinhas, não de guerra, mas de paz e amor!

Já se contam dedicadas madrinhas (e outras virão) que se chamam: a Câmara do Pôrto, a madrinha generosa de seis criancinhas; a Santa Casa, glória do Porto e honra de Portugal, madrinha de quatro; Vila Nova da Famalicão, madrinha duma criança; as câmaras de Gaia, Braga e Vila da Feira, com um afilhado cada uma; o benemérito do Comércio do Pôrto, madrinha de uma criança; os meninos Dias Ribas e os meninos Dias Gaspar, queridos da fortuna, aconchegando a si como carinhosas madrinhas, duas crianças como êles, para os quais a fortuna foi madrasta; a bondosa família Romariz, madrinha duma criança! [917]

O bom trabalho desenvolvido pelo Dr. Ferreira Dias foi reconhecido quando os congressistas que participaram da X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose (1937) fizeram uma visita às suas instalações. Além do funcionamento hospitalar, era assegurada a escolarização das crianças internadas e trabalhos culturais do qual resultou o Jornal «O Girassol». Mais tarde desenvolveu-se junto ao sanatório a Clínica Heliântia, uma casa de saúde privada destinada ao tratamento de tuberculoses ósseas e problemas ortopédicos gerais, fazendo recurso simultâneo da cirurgia e da helioterapia[918].

Em 1920, fundou-se a Estância Sanatorial do Caramulo, que se tornou nas décadas subsequentes no maior complexo sanatorial português. Funcionando como estância climatoterapêutica e como centro de investigação em tisiologia esteve ligado a grandes personalidades nacionais entre as quais o presidente do Conselho de Ministros, o Dr. Oliveira Salazar, especulando-se na altura que fosse também um tuberculoso. Dedicaremos a esta estância um subcapítulo próprio mais adiante.

A partir de 1926, a ANT entrou numa nova fase de atividade e com novas iniciativas. Desde logo foi relançado o boletim da sociedade, que foi um dos mais importantes meios de veiculação nas novidades tisiológicas, além de ser o meio de comunicação oficial da ANT. Em 1927, foram realizados vários donativos para o relance das atividades, entre os quais o donativo da rainha D. Amélia que estava no exílio em Paris. O sanatório de Portalegre passou a chamar-se Sanatório Rodrigues de Gusmão. No ano seguinte o Asilo de Velhos de Campolide e o Asilo Almirante Reis foram entregues à ANT para a sua reconversão em hospitais-sanatórios e o «Club dos Makavencos» ofereceu o Sanatório de Monchique com 200 contos de obras efetuados e 6709m^2 de terreno à ANT.

Antes da demissão de Cassiano Neves e da nomeação de Lopo de Carvalho como diretor da ANT, altura em que a instituição sofreu uma renovação importante, salienta-

[917] FREIRAS, 1917: 349-350.

[918] *Vide* a propósito da Clínica Heliântia o capítulo correspondente da tese de mestrado de Anabela Amaral. Cf. AMARAL, 2007: 98-102.

ram-se alguns acontecimentos relevantes. Em 1927, o governo através do Ministério do Interior aprovou as bases para a instituição de uma obra de assistência aos tuberculosos[919] por reconhecer explicitamente que a tuberculose constituía um perigo nacional pelo número de vidas que ceifava e pela invalidez que causava. O diploma considerava que sendo a tuberculose uma doença crónica que absorvia grandes recursos económicos, sobretudo aos mais carenciados, a intervenção do Estado era crucial para combater a sua expansão. A posição do governo em relação ao problema da tuberculose era distinta da dos médicos. Estes enfatizavam o cumprimento de regras de higiene pelos indivíduos e a educação popular como forma de travar a doença. Por outro lado, o governo considerava que a profilaxia da tuberculose residia na hospitalização dos doentes, isto é, no isolamento, aproveitando as construções existentes como os sanatórios, hospitais de tuberculosos e dispensários. Concomitantemente determinou que a organização da profilaxia e da assistência fosse encabeçada por um organismo único, permitindo à ANT a centralização dos serviços ao nível nacional. Este era um plano bem distinto dos defensores da autonomia regional como defendeu Miguel Bombarda na altura da LNCT. Com uma centralização administrativa, mas com uma disseminação de estabelecimentos ao nível nacional o governo português pretendia assegurar anualmente a hospitalização de três mil tuberculosos pulmonares e de mil doentes de tuberculose cirúrgica, sobretudo nos distritos onde a mortalidade era maior.

Ainda em 1927, o governo através do Ministério das Finanças publicou um decreto onde reconhecia o direito à assistência dos funcionários públicos[920], de forma similar ao que os militares já beneficiavam. No essencial este diploma reconheceu o direito a todos os funcionários civis de serem assistidos no caso de adoecerem devido à tuberculose. Era-lhes assegurado o tratamento nos sanatórios e hospitais em Portugal, ou caso não houvesse vaga num estabelecimento estrangeiro, a manutenção do salário, a viagem de ida e volta e o pagamento de todas as despesas de tratamento. Ficou também definido a obrigatoriedade dum exame prévio a todos os candidatos a cargos públicos e proibida a sua admissão quando se verificasse o estado tuberculoso desses funcionários.

Em 1928, foi criada a Comissão de Profilaxia da Tuberculose[921] a funcionar junto da Direção Geral de Assistência. Esta comissão tinha como competências o estudo das medidas a tomar no combate contra a tuberculose e respetiva organização, bem como proceder à divulgação científica e propaganda popular. O trabalho a empreender por esta comissão era o complemento necessário à hospitalização dos doentes, disposto no Decreto n.º 14.476 a que já aludimos.

Em Coimbra, pelo esforço conjunto da Junta Geral do Distrito de Coimbra, do

---

[919] *Decreto n.º 14.476*. D. do G. n.º 237 (22-10-1927).
[920] *Decreto n.º 14.192*. D. do G. n.º 191 (12-08-1927).
[921] *Decreto n.º 15.497*. D. do G. n.º 116 (21-05-1928).

governo e da ANT abriram-se dois sanatórios, o de Celas (feminino) e o dos Covões (masculino). Devido ao esforço e inteligência do principal promotor da luta contra a tuberculose em Coimbra, o Prof. Bissaya Barreto, foram criados dois sanatórios em edifícios que antes cumpriam outras funções, mas procedendo-se a adaptações de acordo com os cânones mais modernos da arquitetura sanatorial, destacando-se as galerias duplas, para Inverno e Verão, que constituiu uma marca original dos sanatórios de Coimbra. A Junta Geral do Distrito, vendo o abandono a que estava votada a Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos de Guerra, encetou as diligências necessárias para que o edifício fosse doado ao Estado no sentido de transformá-lo em sanatório[922]. Tal veio a acontecer pelo Decreto n.º 19.310 de 1931[923], quando a Colónia doou ao Estado Português, através do Ministério do Interior, a Quinta dos Vales e os seus edifícios. O mesmo decreto previa a construção de um hospital-sanatório para indivíduos do sexo masculino, embora tivessem preferência os antigos combatentes da Grande Guerra, os filhos órfãos dos combatentes e os portugueses residentes no Brasil.

A Assistência abriu ainda o Sanatório Marítimo da Gelfa para tuberculoses cirúrgicas e o Hospital da Ajuda em Lisboa com um dispensário anexo. Em dezembro de 1930, o diretor da ANT, o Dr. Cassiano Neves pediu a demissão, tendo sido substituído pelo Prof. Lopo de Carvalho. Iniciou-se então um novo período de reformas na ANT.

6.2.3. Da reforma da ANT até à criação do IANT

No final do ano de 1930, a tuberculose tinha-se tornado a doença infeciosa mais letal em Portugal e uma das primeiras do obituário geral. Nesse ano as estatísticas oficiais contaram 10.869 óbitos por tuberculose do aparelho respiratório, 904 devido a meningite tuberculosa e 1240 de outras tuberculoses. Totalizaram-se 13.013 mortes por tuberculose, correspondendo a 216 mortes por 100 mil habitantes, sendo a cifra mais elevada de que há registo oficial em Portugal[924].

Nesta altura a maior parte dos estabelecimentos de luta contra a tuberculose pertenciam à ANT, sendo que alguns estavam sob administração do Estado, de corporações administrativas locais ou particulares. Entre as particulares destacavam-se as instalações sanatoriais do Caramulo, um sanatório pertencente à Companhia dos Caminhos-de-Ferro Portugueses no Algarve, o Sanatório Rodrigues Semide da Misericórdia do Porto e o Sanatório Marítimo do Norte em Valadares. A situação da ANT neste campo não era a melhor. Encarregada da organização antituberculose no território nacional não possuía nenhum preventório e o número de dispensários e sanatórios que tutelava eram insuficientes para as necessidades. Dispensários só existiam sete: Lisboa com dois, Porto, Bragança, Faro,

---

[922] ROSA, 1970: 53-63.

[923] *Decreto n.º 19.310*. D. do G. n.º 30 (05-02-1931).

[924] MIRA & CARVALHO, 1936: 37.

Viana do Castelo e Ponta Delgada com um. Destes sete só os de Lisboa estavam apetrechados com aparelhos de radioscopia.

Nos hospitais de isolamento geridos pela ANT existia um total de 192 camas: o Lumiar com 64 camas, o da Ajuda com 100 camas e o de Portalegre com 28 camas. A estas somavam-se as 143 camas do sanatório da Guarda, as 400 do Outão, 100 de Carcavelos e 60 leitos da Gelfa. Um exercício rápido, aplicando a regra dos três simples, permite constatar que, atendendo ao número de mortos em relação às camas disponíveis, só existiam camas para 6,9% dos tuberculosos falecidos em 1930. Mas se tivermos em conta que o número de infetados era mais do que o número de falecidos a desproporção torna-se ainda maior[925].

Foi neste contexto de mortalidade elevada e poucos meios de combate que entrou em cena Lopo de Carvalho. Em janeiro de 1931, o governo nomeou o professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Dr. Fasto Patrício Lopo de Carvalho presidente da Comissão Executiva da ANT. Este procurou reorganizar todos os serviços da instituição, com o auxílio de Fernando Ulrich, Ferreira de Mira, Bissaya Barreto e Cancela de Abreu, iniciando uma nova etapa na vida da ANT. A sua ação foi verdadeiramente revitalizante para a instituição, bastando dizer que em 1930 a ANT dispunha de 895 camas e 7 dispensários e em 1936, cinco anos depois, dispunha de 1214 camas, 67 dispensários e 5 novos sanatórios em construção. Além disso promoveu a reorganização dos serviços modificando a orientação administrativa, melhorou a utilização dos estabelecimentos da ANT, equipando os dispensários com máquina de raios X[926]. A luta contra a tuberculose acabou por beneficiar do investimento geral em obras públicas realizadas no Quadro da Lei de Reconstituição Económica de 1935[927], que levou ao investimento nas construções antituberculose.

A Figura 4 mostra a distribuição geográfica comparada do armamento antituberculose em Portugal entre os anos de 1931 e 1936. No mapa de 1931, ano em que Lopo de Carvalho assumiu a direção da ANT, identificavam-se 6 sanatórios e 7 dispensários. No decurso de cinco anos de liderança do Prof. Lopo de Carvalho os números ascenderam a 12 sanatórios, 67 dispensários e 1 preventório, ou seja, o dobro dos sanatórios e quase dez vezes mais dispensários. Os sanatórios estavam instalados sobretudo no litoral norte, na região de Lisboa e nas zonas montanhosas do Maciço Central. No entanto os dispensários cobriam de forma geral todo o país, estando presentes em todos os distritos sem exceção, de acordo com uma lógica de proporcionalidade em relação às taxas de morbilidade e mortalidade de cada área.

A luta contra a tuberculose exigia recursos financeiros avultados. Este era outro pro-

[925] Não é possível calcular os números relativos à morbilidade por tuberculose em Portugal, no período do nosso estudo, uma vez que nunca se aplicou de forma rigorosa e sistemática a declaração obrigatória da doença, como já referimos várias vezes ao longo do nosso trabalho. O número de tuberculoses em estado latente ou auto-curadas era também assinalável pelos médicos, pelas constatações em autópsias e mais tarde pelas radiografias.

[926] ROSA, 1979: 63-64.

[927] LOPES, 2005: 271.

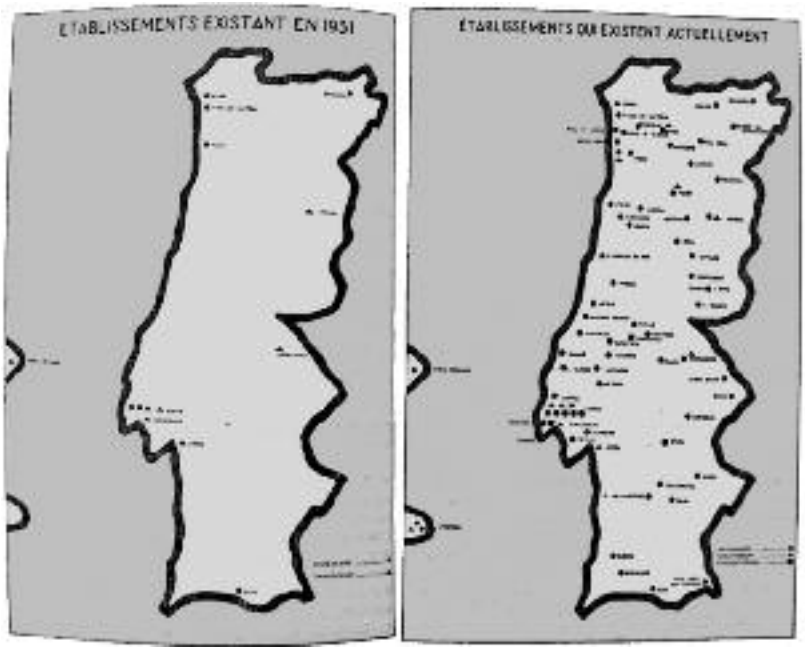


Figura 5 – Distribuição geográfica comparativa dos estabelecimentos de luta antituberculosa entre 1931 e 1936. **Fonte**: MIRA & CARVALHO, 1936: 60-61.

blema que tinha de ser resolvido. Como era sabido existia um fundo anual suportado pelo Estado e municípios, mas era insuficiente para alcançar os resultados pretendidos. Da parte do Estado, também em reorganização, não foi possível aumentar as verbas que a ANT necessitava, pelo que esta pôs em marcha um peditório nacional apelando ao povo para uma contribuição a favor da causa dos tuberculosos. Desta iniciativa nasceu a ideia da «Semana da Tuberculose», geralmente realizada na primeira semana do mês de maio. Com esta atividade pretendia-se despertar um novo interesse pela peleja contra a tuberculose e angariar mais fundos em todo o país. Fez-se uma ampla propaganda pela imprensa, pela afixação de cartazes e pela telefonia. Foram proferidas conferências em várias cidades do país e deram-se palestras nas universidades, nos liceus e nas escolas primárias, sem esquecer a difusão nos meios operários, associações profissionais e homilias. Um grande número de cartazes com a Cruz de Lorena[928], símbolo da União Internacional contra a Tuberculose,

[928] A Cruz de Lorena ou Dupla Cruz Vermelha foi sugerida como símbolo internacional de luta contra a tuberculose pelo Dr. Sersiron na IV Conferência da União Internacional contra a Tuberculose em Berlim (1902). A Dupla Cruz, cuja história remontava à Idade Média e à luta dos Condes de Anjou pela independência da Lorena, foi adoptada como símbolo internacional da luta antituberculose. A cor vermelha está conotada com a Cruz Vermelha que era o emblema das vítimas da guerra. A Dupla Cruz Vermelha ou Cruz de Lorena passou a ser, por analogia, o emblema das vítimas da tuberculose. Cf. BROECKAERT, 1996: 10-18.

Figura 6 – Logótipo da Assistência Nacional aos Tuberculosos.
Fonte: *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 1939, capa.

acompanhados de preceitos preventivos foi afixado nos restaurantes, teatros, cinema, oficinas, igrejas, etc. O peditório decorria durante toda a semana na rua e em estabelecimentos públicos e privados. As viagens de comboio e táxi sofriam uma sobretaxa que revertia a favor da ANT. O Automóvel Club de Portugal e a Presidência da República puseram vários dos seus automóveis a funcionar como táxis de modo a angariar mais receita. O êxito foi tal que a I Semana da Tuberculose em 1931 rendeu a quantia de 1000 contos[929].

Figura 7 – Cartaz de propaganda a favor da construção dos sanatórios.
Fonte: ASSISTÊNCIA Nacional aos Tuberculosos – Auxiliai a construção de sanatórios. [Lisboa: A.N.T., s.d.]. 1 Cartaz. Acessibilidade: Centro documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

[929] MIRA & CARVALHO, 1936: 45-47.

Figura 8 – Selos antituberculosos de 1929 e 1936-1937 editados pela ANT.
Fonte: MIRA & CARVALHO, 1936, extratexto.

Outra fonte de receitas foi a venda dos selos antituberculosos. A ideia surgiu em 1928 de uma funcionária da ANT, a menina Irlinda Rebelo, que fez a primeira emissão às suas expensas. Estes selos circulavam todo o ano, mas era sobretudo na época natalícia que se vendiam em grande escala. A nova direção da ANT passou a enviar aos membros destacados da sociedade portuguesa e individualidades inscritas no «Anuário Comercial» cinco selos, valendo no total de um escudo. Em 1931 foram enviadas 350 mil cartas contendo selos, pedindo para satisfazerem monetariamente da melhor forma possível. Esta iniciativa teve ótimos resultados financeiros, obtendo-se ao longo de diversos anos cerca de 400 contos/ano[930].

Por esta altura, foi repensada a organização em que assentava a assistência aos tuberculosos. O governo encarregou o diretor-geral de assistência, Luís Martim Machado Pinto e três professores representantes das faculdades de medicina e afetos ao problema da tuberculose, Tiago de Almeida, Bissaya Barreto e Lopo de Carvalho para apresentar um projeto de reorganização dos serviços de combate à tuberculose[931]. O facto da tuberculose se ter tornado uma endemia cada vez mais letal obrigou a ANT a repensar a assistência à escala nacional e não se limitar a prestar socorro aos doentes de forma desconcertada. A Comissão Executiva da ANT dividiu o país em três regiões, norte, centro e sul, cuja sede se situava no Porto, Coimbra e Lisboa respetivamente. Os dispensários e hospitais passaram a ter um carácter distrital, enquanto os preventórios e sanatórios serviam todo o país pela necessidade de uma localização climática mais específica.

Foram definidos os meios de combate à tuberculose, bem como as suas funções e tipologias. O elemento mais básico de assistência passava pelos preventórios e colónias de férias, sendo estes locais onde eram recolhidas crianças provenientes de meios desfavorecidos ou famílias tuberculosas de modo a evitar o contágio. Depois estava o dispensário, que se tornou o meio central da luta antituberculose, cabendo-lhe as funções de despistagem, educação higiénica, tratamento e socorro material. O aparecimento das enfermeiras-visitadoras e médicos-visitadores permitiram um contacto mais direto com o público, cabendo-lhes observar as condições higiénicas das habitações e vida das famílias mais carenciadas e dar conselhos práticos de profilaxia. Com o aparecimento da vacinação cabia também ao

[930] Cf. MIRA & CARVALHO, 1936: 47 e ROSA, 1979: 65.
[931] *Decreto n.º 19217*. D. do G. n.º 7 (06-01-1931).

dispensário administrar as vacinas BCG. A função de despistagem implicava o recurso a exames laboratoriais e radiografia e a função terapêutica exercia-se sobretudo nos doentes que não careciam de internamento sanatorial.

Foram pensados três tipos de dispensários em adequação à realidade do país. Os grandes dispensários, equipados com laboratório completo e aparelhagem de radiografia, seriam instalados nas capitais de distrito. Existiam também os pequenos dispensários subdivididos em Tipo A e Tipo B. Os dispensários de Tipo A, equipados com um pequeno laboratório e pequeno aparelho de raios X, foram implantados nas localidades mais populosas, enquanto os de Tipo B, dispondo apenas dos consultórios e aparelho de radiografia, serviam as pequenas vilas.

Por último, encontravam-se os sanatórios e hospitais. Os sanatórios destinavam-se ao tratamento dos tuberculosos do primeiro e segundo grau, em estado dito curável. Os sanatórios de montanha serviam para o tratamento das tuberculoses do aparelho respiratório, enquanto os sanatórios marítimos serviam para o tratamento de tuberculoses cirúrgicas de diversas formas. Os hospitais estavam destinados exclusivamente aos tuberculosos pulmonares em estado avançado para o qual não havia cura. Eram, portanto, locais de isolamento e prestação de cuidados paliativos. Nalgum caso de melhoria e possibilidade de serem curados, os doentes eram transferidos para os sanatórios.

A distribuição geográfica dos equipamentos destinados à profilaxia e assistência variava em função das taxas de mortalidade de cada distrito e concelho. Planeou-se a criação de 18 dispensários distritais, 103 dispensários secundários do Tipo A nas localidades com mortalidade superior a 20 óbitos e 151 de Tipo B onde a mortalidade fosse inferior a este número. Os hospitais seriam 13 nas capitais de distrito com mortalidade anual acima de 250 óbitos em todo o distrito, 5 pavilhões naquelas onde não atingisse este número e 26 pavilhões nas sedes de concelho com mortalidade acima dos 50 óbitos anuais. Perspetivou-se ainda 78 enfermarias nas sedes de concelho abaixo de 50 óbitos e sete enfermarias em grupos de concelhos onde não fosse ultrapassado o número de 20 óbitos. Deste modo, o país ficaria com uma melhor rede de infraestruturas de luta contra a tuberculose.

Vários foram os projetos de construção de novos estabelecimentos, mas o ambicioso plano de Lopo de Carvalho não pôde ser cumprido como idealizado. Não obstante, muitas iniciativas fora da esfera de decisão da ANT contribuíram para o combate à tuberculose. Foram criados três novos dispensários: Dispensário da Universidade de Coimbra, Dispensário do Pátio da Inquisição (Coimbra) e o Dispensário da Associação dos Tuberculosos do Norte de Portugal (Porto). Preventórios foram criados dois: Preventório de Penacova e Preventório de Rio Tinto. Em maior número foram os sanatórios criados pela iniciativa privada. Registou-se a criação de dez novos sanatórios, muitos dos quais foram idealizados nos anos da guerra e no pós-guerra. A Companhia de Caminhos-de-Ferro Portugueses criou o Sanatório da Covilhã para receber os seus funcionários e mais tarde outros doentes. Para os empregados dos caminhos-de-ferro do Estado foram criados os Sanatório General Car-

mona em Paredes de Coura e o Sanatório Vasconcelos Porto no Algarve. A Estância Climática do Caramulo também cresceu com a criação de mais sanatórios e numerosas pensões. Em Coimbra abriram os Sanatórios de Celas e Covões a que já fizemos referência. Nos arredores de Lisboa surgiram o Sanatório de Alcabideche e o Sanatório de Santana. No norte do país abriram o Sanatório Rodrigues Semide no Porto, o Sanatório Marítimo do Norte e a Clínica Heliântia, para tratamento de particulares, ambos em Valadares[932].

Em 1935, a ANT foi provida com novos estatutos, embora no essencial mantivesse as mesmas bases. Os estatutos aprovados pelo Decreto n.º 25.046 foram essencialmente uma atualização política para estar em conformidade com os ditames da República. Ao nível operacional manteve-se em tudo semelhante aos anteriores. Antes da demissão de Lopo de Carvalho, a ANT teve oportunidade de organizar a X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose em 1937, a que já fizemos referência anteriormente. Com a demissão de Lopo de Carvalho em 1938, foi nomeado Albano Castelo Branco como presidente interino, tornando-se definitivo no ano seguinte. Os problemas suscitados pelo flagelo social da tuberculose exigiam uma profunda revisão das orientações e meios de luta, sobretudo porque as instituições que encabeçavam os trabalhos neste campo datavam dos finais do século XIX. Em 1942 foi formada uma comissão pelo Governo, através do Ministério do Interior, para rever o problema da luta antituberculose. A comissão tinha como incumbência rever as soluções adotadas e propor novas diretrizes, sobretudo no que concernia à aplicação prática dos princípios e normas conhecidas que fossem de necessidade urgente.

No ano seguinte foram publicadas as conclusões[933] desta comissão salientando-se a posição do Estado Português, ao qual competia orientar, coordenar e fiscalizar toda a luta antituberculose no país, incluso promover e auxiliar as iniciativas particulares com fins lucrativos, embora estas devessem contribuir para as despesas com a higienização das respetivas zonas e para a assistência dos tuberculosos indigentes. Para o exercício das funções relativas à orientação, coordenação e fiscalização concorriam três órgãos: o Conselho Superior da Luta Antituberculosa, a Assistência Nacional aos Tuberculosos e uma Inspeção de Assistência Social. Ao Conselho Superior da Luta Antituberculosa, subordinada ao Conselho Superior de Higiene, competia essencialmente a orientação da propaganda, a definição e implementação dos métodos de tratamento, a delimitação das zonas climáticas para o estabelecimento de sanatórios e decisão em matéria económica relativa à profilaxia. Apesar desta supervisão superior, o órgão especializado continuava a ser a ANT, que nesta data permanecia uma instituição privada, pois só em 1945 foi nacionalizada, embora os cargos de diretor e subdiretor fossem de nomeação ministerial.

À ANT competia pôr em prática as normativas referentes à propaganda higiénica e promover o selo antituberculoso como fonte de receitas. Dava as instruções de ordem téc-

---

[932] ROSA, 1979: 69-71.

[933] *Conclusões apresentadas pela Comissão encarregada de rever o problema da Luta Anti-Tuberculosa*, 1943: 325-328.

nica às instituições de tratamento da tuberculose, promovia as diferentes modalidades de profilaxia. Foi ainda incumbida duma forte componente científica e académica, nomeadamente na manutenção dos serviços de análise e investigação científica especializada, bem como na direção de estágios de aperfeiçoamento da especialidade tisiológica a médicos e pessoal auxiliar, para o qual mantinha sob administração direta um dispensário e dois sanatórios, um de altitude e um marítimo.

No que refere ao armamento antituberculoso ficou definida uma estrutura concertada, com carácter predominantemente preventivo, onde se destacou o papel dos dispensários, e que conduzisse a uma uniformização das técnicas profiláticas e terapêuticas. A rede preventiva dever-se-ia compor de um dispensário central em cada distrito, dispensários concelhios, consultórios paroquiais e preventórios. Este documento definiu como competências dos dispensários a pesquisa e inquérito epidemiológico, o diagnóstico e colocação de doentes, a profilaxia e assistência social e ainda a vigilância, a terapêutica e a propaganda. Os sanatórios para tuberculose pulmonar e cirúrgica e os hospitais completavam a rede de serviços.

A Comissão deu uma grande importância à assistência aos funcionários civis e ao número de camas. No que respeita à assistência aos funcionários civis, o governo passou a assegurar a assistência a funcionários tuberculosos mantendo o direito ao vencimento, devendo também os funcionários contribuir obrigatoriamente para os fundos de assistência. Por outro lado, ficou definido que antes de nomear ou admitir novos funcionários, o Estado, autarquias e instituições de utilidade pública deviam proceder a uma inspeção dos candidatos por meio de diagnósticos completos. Ficava também proibida a contração de matrimónio aos doentes sem autorização do superior.

Quanto ao número de camas, esta era uma questão estratégica pois dela dependia a ação prática das propostas da comissão no que se refere ao internamento e tratamento de doentes. Aumentar o número de leitos para receber tuberculosos era crucial, pelo que ficou decidido elevar a um mínimo de 5000 mil camas para tuberculose pulmonar e 1500 camas para tuberculoses cirúrgicas.

Finalmente em 1945 surgiu o Decreto-Lei 35.108 de 7 de novembro de 1945[934] pelo qual a ANT foi nacionalizada e mudou o nome para Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

6.2.4. Da criação do IANT ao SLAT

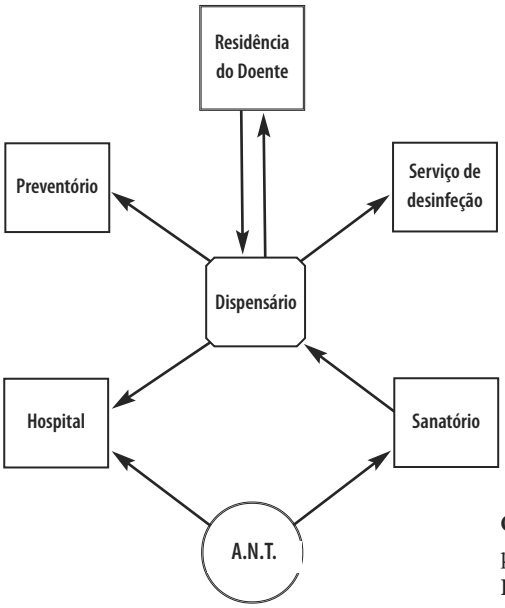
Em 1945 procedeu-se à nacionalização da ANT que passou a designar-se oficialmente por Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. Na verdade, houve uma continuidade da política e direção anteriores, com o Dr. Castelo Branco como diretor do IANT. O Decreto-lei n.º 35.108 atribuiu ao IANT as competências de orientar, coordenar e fiscalizar

[934] *Decreto-Lei n.º 35108*. D. do G. n.º 247 (07-11-1945).

a ação profilática e terapêutica no combate à tuberculose, estimular as iniciativas particulares e complementar a sua ação, como deveria ainda criar e manter estabelecimentos destinados ao tratamento dos tuberculosos. Na verdade, o IANT tinha de cumprir numerosas funções para assegurar os serviços ao nível nacional, especialmente ao nível da profilaxia e tratamento. Neste sentido deveria criar e manter serviços de análise laboratorial e de investigação científica especializada para proceder aos exames e inspeções indispensáveis para pesquisa das manifestações tuberculosas. A divulgação de preceitos de higiene e profilaxia completava o conjunto de medidas.

Ao nível da prestação de cuidados de saúde, o IANT deveria garantir a concessão de bolsas de estudo no estrangeiro aos médicos da especialidade e a criação de cursos e estágios de aperfeiçoamento para médicos e enfermeiros para melhorar a prestação de cuidados aos doentes. Mas o ponto fulcral continuava a ser a criação e manutenção de nosocómios próprios para ministrar a terapêutica necessária nestes casos. Para tal contava não só com os seus estabelecimentos como também com parcerias com autarquias, Misericórdias e outros organismos de assistência.

Para efeitos de combate à tuberculose o país ficou dividido em três zonas (norte, centro e sul) encabeçadas por Porto, Coimbra e Lisboa respetivamente. Cada zona contava com um armamento constituído por um dispensário central, dispensários concelhios, posto rurais, preventórios, hospitais-sanatórios, sanatórios, centros de convalescença e readaptação. Os diversos organismos deveriam trabalhar em coordenação permanente e de forma reticular segundo o esquema idealizado por Lopo de Carvalho, sendo o dispensário ponto central e de ligação entre os diversos organismos.



Organograma 2 – Modelo de assistência aos tuberculosos projetado durante a direção de Lopo de Carvalho.
Fonte: CARVALHO, 1934. Sep. «Lisboa Médica»: 16.

Mas no essencial o IANT prosseguiu com a política anterior até 1950 quando a Lei n.º 2044 veio operacionalizar o que estava no papel desde 1945. Até lá o IANT procurou dotar-se de verbas para as suas atividades e criar mais estruturas para levar a cabo a sua missão. Destacou-se neste período a construção de novos sanatórios, de quatro novos pavilhões no Sanatório do Lumiar, o estabelecimento de uma Casa de Saúde em Vialonga para internamento de doentes incuráveis e a criação de um curso de aperfeiçoamento em tisiologia no Sanatório do Lumiar, com a duração de quatro semanas e dezasseis lições proferidas por José Rocheta e Nunes de Almeida[935].

Em 1949, as estatísticas mostraram que em Portugal existiam 34 sanatórios e casas de saúde, 11 hospitais, 6 preventórios e 83 dispensários. Pertenciam ao IANT 9 sanatórios para tuberculose pulmonar com 1785 camas, 3 sanatórios marítimos com 597 camas, 4 preventórios com 279 camas cada (num total de 2661 camas) e 65 dispensários onde em 1948 foram examinados pela primeira vez 40.266 doentes[936].

Em 1950, foi promulgada a importante Lei n.º 2044, cujo teor já tratamos no capítulo precedente. Foram criados três centros de diagnóstico e profilaxia, as brigadas móveis, centros de cirurgia torácica, centros de readaptação e o laboratório nacional de produção da vacina BCG. Por efeito da lei procedeu-se à modernização das condições dos estabelecimentos com a compra de novo material, destacando-se a compra de um aparelho broncospirográfico McKerson, com a tecnologia mais avançada da altura. Compraram-se dois aparelhos Pulmotest, um para o Sanatório D. Carlos I e outro para o D. Manuel II e forneceram equipamentos mais modernos aos serviços de cirurgia torácica, de broncologia, de broncoespirometria e de cardiologia destes sanatórios. Entretanto, o Dispensário de Higiene Social de Loulé foi integrado pelo IANT, o mesmo acontecendo com os sanatórios das Penhas da Saúde, Presidente Carmona e Carlos Vasconcelos Porto entregues pela Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses[937].

Em 1959, o IANT possuía 3 centros de cirurgia torácica, 3 centros de diagnóstico e profilaxia, 18 centros de vacinação, 15 brigadas móveis exclusivas para vacinação BCG, 18 brigadas móveis para rastreio microrradiográfico e 87 dispensários, além dos sanatórios e preventórios que já possuía. O IANT inaugurou ainda o Sanatório Rainha D. Amélia.

Entretanto foram feitas remodelações na orgânica da luta contra a tuberculose com a criação de seis grupos de trabalho em 1966, cada um encarregue duma secção, a saber: medicina de massas, tratamento, bacteriologia da tuberculose, recuperação, propaganda e esquema geral da remodelação de alguns sectores.

A data de 1969 marca o declínio efetivo das instituições sanatoriais. Em janeiro desse ano instituiu-se no Porto, a título experimental, o tratamento ambulatório, sendo alargado

---

[935] *Novos sanatórios assinalam a obra social do governo* (Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos), 1948: 3-6.

[936] *Assistência Nacional aos Tuberculosos: os seus 50 anos*, 1949: 30.

[937] ROSA, 1979: 86-88.

a quatro dispensários de Lisboa. Em janeiro de 1970, o IANT encerrou os primeiros sanatórios, o de Abravezes e o das Penhas da Saúde e promoveu a desocupação progressiva de outros tantos. Alargou também os seus serviços a outras doenças torácicas. A partir de 1972 encerraram-se várias consultas nos dispensários de todo o país e fez-se a integração de alguns sanatórios, como o Sousa Martins, nas redes hospitalares distritais, mostrando a desnecessidade destes estabelecimentos.

Por fim, em 1975 procedeu-se ao desmembramento do IANT[938] por força das novas orientações da luta antituberculose. A eficácia dos meios profiláticos e terapêuticos e as suas repercussões positivas do decréscimo da mortalidade tornou desnecessária uma organização vertical e um organismo coordenador como o IANT. Deste modo, o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos passou a integrar a rede de serviços de saúde existente. Os serviços centrais da luta antituberculosa foram integrados na Direção Geral de Saúde com a designação de Serviços de Luta Antituberculosa. Os grandes sanatórios deviam-se converter em hospitais gerais, sob dependência da Direção-Geral dos Hospitais, mas mantendo um serviço de pneumotisiologia, os sanatórios de pequena dimensão seriam integrados nos hospitais distritais das suas áreas e os serviços ambulatórios deviam integrar-se nos centros de saúde.

O Centro Sanatorial do Lumiar em Lisboa e o Centro Sanatorial D. Manuel II em V. N. de Gaia foram integrados na Direção Geral dos Hospitais com o nome de Hospital Pulido Valente e Hospital Eduardo Santos Silva respetivamente. Com esta ação chegou ao fim a missão de assistência aos tuberculosos, cujo conceito remontava ao século XIX, e com ele o final de mais de um século da supremacia dos sanatórios enquanto centros especializados no tratamento de tuberculosos. Os dispensários e os centros de diagnóstico e profilaxia foram integrados como centros de saúde, de rastreio e vacinação. Quanto aos preventórios do IANT, designadamente o do Funchal, Parede e Santa Cruz da Trapa foram simplesmente desintegrados e o património sob tutela do Ministério os Assuntos Sociais. Com estas ações, as «balas mágicas» (os antibióticos) derrubaram de uma vez por todas as muralhas seculares dos sanatórios.

6.3. A lógica sanatorial: o sanatório como quadro de vida e lugar de cura

Os sanatórios enquanto centros especializados no tratamento de tuberculosos ficaram famosos entre o público pela obra de Thomas Mann, «A Montanha Mágica», premiada com o Nobel da Literatura em 1929. Este contava as peripécias de Hans Castorp, o protagonista, que se estabeleceu num luxuoso sanatório de Berghof na célebre estância de Davos Platz, vivendo aí durante vários anos. Contudo, o poder da ficção literária é tal que

[938] *Decreto-Lei n.º 260/75.* D.R. I Série. 121 (75-05-26): 729-730.

pode mascarar a realidade destes estabelecimentos de cura, simultaneamente lugares de angústia e esperança. Se é verdade que esta imponente obra reproduz o contexto dos sanatórios de luxo, não a devemos tomar como norma, pois a realidade dos sanatórios populares era bem distinta.

Durante o período em que a medicina foi incapaz de vencer a doença, os sanatórios floresceram como lugares «à parte» capazes de inspirar os doentes numa incessante e angustiante busca pela saúde perdida. A principal diferença entre o tísico do século XIX e o tuberculoso do século XX era que este último conhecia a natureza do seu mal[939]. Pode-se dizer que os sanatórios apareceram antes de todos os progressos terapêuticos e de todas as descobertas científicas decisivas. Um antecedente do sanatório antituberculoso clássico foi proposto em 1840 pelo cirurgião George Bodington na sua obra «An essay on the treatment and cure of pulmonary consumption, on principles natural, rational and successful»[940]. Considerando que os tratamentos da consumpção pulmonar por meio de remédios estavam envolvidos numa certa obscuridade, Bodington defendeu um tratamento baseado no ar fresco, em dietas nutritivas e exercício moderado[941].

As ideias precursoras de Bodington passaram quase despercebidas na sua época, devido em parte às teorias médicas dominantes. Na década de 1850 uma nova área, a fisiologia, afirmou-se pela mão de fisiólogos como Claude Bernard e Johannes Müller. Foi o trabalho deste último que influenciou Hermann Brehmer, que defendia que a tísica se devia a uma incapacidade do coração para fazer circular o sangue pelos pulmões, o que conduzia à formação de tubérculos. Brehmer pensou que os lugares montanhosos com baixas pressões atmosféricas fariam aumentar a função cardíaca e com ela a circulação pulmonar. Com a ajuda de amigos influentes junto do governo prussiano da altura, em especial Humboldt e Schoenlein, criou o primeiro sanatório para tratamento de tuberculosos do mundo. O regime de tratamentos preconizados era o mais racional alguma vez concebido para a tuberculose. Associado à vida em altitude e às baixas pressões atmosféricas, os doentes eram submetidos a um regime higiénico e dietético assente numa alimentação abundante, onde entrava frequentemente o leite e o álcool, combinado com exercício físico supervisionado para fortalecer a circulação e melhorar a circulação geral e pulmonar[942].

Seguiu-se a abertura de um segundo sanatório de altitude em Falkenstein, por iniciativa de Peter Detweiller, paciente e pupilo de Brehmer. Este substituiu o exercício físico pelo repouso em galerias de ar, orientadas para sul e ensolaradas. O repouso deveria ser praticado em todas as estações do ano. No inverno os doentes descansavam enrolados em mantas de aquecimento. Manteve também a dieta baseada na superalimentação, rejeitando a

---

[939] GUILLAUME, 1986: 217-218.

[940] BODINGTON, 1840.

[941] BODINGTON, 1840: v-viii.

[942] KNOPF, 1904: 1-5.

doutrina da inflamação de Broussais, que preconizava uma alimentação parcimoniosa como já foi explicado no capítulo 3. O terceiro sanatório antituberculoso, o de Nordrach na Floresta Negra, foi dirigido por Otto Walther, que enfatizou ainda mais o tratamento por meio de uma alimentação onde abundavam o leite, o queijo, a carne gorda, batatas, manteiga, pão e frutas. Estes regimes compreendiam um uso abundante da carne e do óleo de fígado de bacalhau para fortalecer e engordar os doentes. A permanência da superalimentação até ao final da I Guerra Mundial devia-se, segundo Pierre Guillaume, a uma identificação da tuberculose como uma doença de miséria e subnutrição[943]. Apesar de a superalimentação ser um ponto-chave do tratamento sanatorial, há que destrinçar a alimentação do tipo sumptuosa levada a cabo nos sanatórios de luxo, como a descrita em «A Montanha Mágica», da alimentação dos sanatórios populares com menos recursos, onde a superalimentação era feita com a repetição exaustiva dos mesmos géneros: leite, café, pão, manteiga, ovos e fruta.

Desde o início do século XX que a superalimentação foi contestada, sobretudo porque as necessidades calóricas dos doentes situados nas montanhas não eram as mesmas do que as dos doentes em zonas quentes ou temperadas. A questão da ingestão excessiva das gorduras e açúcares acarretava a longo prazo outros problemas de saúde. A superalimentação irracional, ou a gavagem nalguns casos, não melhorava a nutrição, conduzindo antes a uma superintoxicação[944].

O regime sanatorial extrapolou fronteiras e um pouco por todo o ocidente edificaram-se os primeiros sanatórios. Na Suíça apareceram os primeiros estabelecimentos sanatoriais em Davos, existindo igualmente uma multiplicidade de hotéis e estalagens que albergavam os doentes que não conseguiam vaga nos sanatórios ou com menos recursos para suportar os longos internamentos. Nos Estados Unidos o primeiro sanatório foi criado pelo médico Edward Livingstone Trudeau em 1873, seguindo-se em França a inauguração do sanatório de Arcachon na década de 1880 e na Grã-Bretanha o Royal Victoria Hospital em 1894. Portugal só viu inaugurado o seu primeiro sanatório de montanha em 1907 na cidade da Guarda.

O sanatório cumpria diversas funções em simultâneo. Primeiro era um centro de tratamento especializado, onde se tratavam doentes com diferentes manifestações da doença. Era também um lugar de retiro dos doentes, afastando-o dos ambientes impróprios, nomeadamente do meio familiar contaminado, e de práticas sociais nefastas. Os sanatórios tinham igualmente uma função de reabilitação social e profissional dos doentes, pela transmissão de uma conduta de vida adequada e pelo ensino de uma atividade profissional. Por último, os sanatórios tinham uma função de pesquisa e investigação científica nos campos da bacteriologia, diagnóstico e tratamento. Aos imperativos profiláticos, educativos e tera-

[943] Cf. GUILLAUME, 1986: 220-221 e BÁGUENA CERVELLERA, 1992: 62-63.
[944] MONISSET, 1906: 379-382.

pêuticos juntavam-se as regras e um novo enquadramento social próprio da mentalidade do tempo. Segundo Sheila M. Rothman, que elaborou um importante trabalho acerca da experiência social associada à tuberculose (e também ao nível mental), sucessivas gerações de médicos, reformistas sociais e filantropos estavam convencidos que o confinamento dos tísicos promovia tanto um bem-estar social pelo retiramento dos infetados, como um bem--estar individual pela implementação de um regime de tratamentos completo. O sanatório satisfazia assim ambos os propósitos: o social e o individual, sendo simultaneamente um lugar de coesão e um lugar de cura[945].

Como já dissemos no capítulo 4, esta era uma doença particularmente dependente das condições socioeconómicas e culturais da população. Por isso, o sanatório representava uma obra de defesa social contra a tuberculose e só depois uma forma de hospitalização com fins curativos. A aceitação para entrada no sanatório era como um prémio para os «bons doentes», para aqueles que procuravam ajuda atempadamente. O sanatório era assim uma solução apenas para um grupo especial de doentes. De fora ficavam os negligentes que deixaram a doença arrastar-se até a um ponto irreversível[946]. A pensar nestes foram criados estabelecimentos como os hospitais de isolamento compulsivo e sobretudo os dispensários, que não implicavam o problema da lotação das camas.

Se considerarmos que os dispensários cumpriam uma importante função educativa e profilática, também devemos considerá-los como centros prestadores de cuidados de saúde. A desproporção entre o elevado número de doentes e de camas existentes nos hospitais e sanatórios não deixava outra solução senão o recurso ao tratamento em sistema ambulatório. Por isso não se pode deixar de entender os dispensários como uma alternativa para o tratamento dos tuberculosos menos dispendiosa do que os sanatórios[947]. Simples, de baixo custo e mais acessível à população, o dispensário desempenhava as mesmas funções do sanatório ao nível educativo e profilático, ensinando normas de higiene, fornecendo escarradores e desinfetantes. Funcionava ainda como um centro de despistagem e cadastragem dos doentes e como centro médico e clínico onde se davam consultas, distribuíam medicamentos e alimentos[948].

Existiam fundamentalmente duas classes de sanatórios, cujo quadro de vida e regime terapêutico se distanciavam. De um lado estavam os sanatórios de luxo, geralmente com uma arquitetura imponente, cujo funcionamento era compatível com o modo de vida que os doentes gozavam na vida do exterior. Depois existiam os sanatórios populares, com um quadro material mais austero e com um carácter segregador e coercivo.

Em relação aos sanatórios de luxo, do tipo descrito em «A Montanha Mágica», eram menos e destinavam-se a uma categoria especial de indivíduos possidentes. Embora o sana-

[945] ROTHMAN, 1995: 194.
[946] GRELLET & KRUSE, 1983: 241.
[947] NASCIMENTO, 2005: 64.
[948] MARADONA HIDALGO, 2009: 149.

tório fosse, por norma, um lugar onde imperava um regime de tratamento rigidamente planificado e regulamentado, a verdade é que nos sanatórios de luxo havia uma certa continuidade do quadro material de vida, não faltando os banquetes, as conversas acompanhadas de um charuto, a música ou qualquer outro evento cultural. Incluso a coabitação e convívio entre os dois géneros era permitida, o que era menos visível nos sanatórios populares. No geral os ricos podiam escolher o médico que os tratava, o estabelecimento onde se internavam e mesmo o tipo de clima em que iam ser tratados. O sanatório de luxo era quase um «*home-sanatorium*», nas palavras de Guillaume, um lugar onde se fazia uma cura mais ou menos livre[949].

O quadro de vida nos sanatórios populares era bem mais distinto dos sanatórios de luxo, porque aí tudo era rigidamente regulamentado. Em primeiro lugar destacava-se o seu carácter diferenciador. Nalguns países como em Portugal, onde os sanatórios escasseavam, os sanatórios populares serviam quer gente endinheirada quer doentes de posses modestas. Nestes havia uma clara distinção dos doentes ricos e pobres, proporcionando-se comodidades diferentes a doentes diferentes, como quartos privativos ou quartos coletivos, diferentes quantidades e qualidades da alimentação, possibilidade de escolher o médico, etc. Numa publicidade ao sanatório Sousa Martins, inserida no Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos de 1911, pode ler-se esta passagem muito elucidativa:

> *Este Sanatorio que reabriu no 1. º de abril de 1910 depois de importantes melhoramentos realisados, recebe doentes de 1.ª, 2.ª e 3.ª classe.*
>
> *Os doentes de 1.ª classe ficam installados no Pavilhão n.º 1 – Cada doente tem um quarto completamente independente. – O preço incluindo quarto, serviço, luz e alimentação, varia de 2$700 a 3$000 rs. Diários. – Há dois quartos nas extremidades que teem adjuncto um pequeno quarto onde póde ficar uma pessoa de família ou um creado ou enfermeiro privativo do doente, cuja diária é de 4$300 ou 4$000 para as duas pessoas.*
>
> *Os doentes de 2.ª classe tem aproximadamente a mesma alimentação que os de 1.ª. – A differença consiste principalmente em não terem quarto privativo; os quartos teem dois ou três leitos excepto um salão que tem 6 e um quarto pequeno que só tem um. – A diária, nas mesmas condições é de 1$500 a 1$800, excepto este último quarto que tem um só leito, cujo preço é de 2$000 rs.*
>
> *O Pavilhão de 3.ª classe recebe só doentes pobres; os leitos d'este pavilhão foram distribuídos pelas diferentes delegações d'Assistencia que funcionam nas sedes dos Bispados.*
>
> *(…) Os doentes que desejarem ser recebidos neste pavilhão (como pobres) terão de fazer o seu requerimento ao Prelado da diocese da sua residência e instruído com os seguintes documentos: 1.º attestado de pobreza passado pela autoridade competente; 2.º attestado de medico declarando sob juramento que a doença está no período de curabilidade*[950].

---

[949] GUILLAUME, 1986: 230.

[950] *Sanatório Souza Martins, Guarda, Portugal*, 1911: extratexto: página de publicidade sem numeração.

O carácter diferenciador estendia-se igualmente à separação entre sexos, à separação de doentes de confissões religiosas distintas e também à separação de crianças e adultos. Nos sanatórios populares existiu sempre uma rígida separação entre sexos, orientando-se sistematicamente a construção de instituições diferentes para homens e mulheres. Nos primórdios da assistência aos tuberculosos em Portugal encontramos desde logo essa separação entre sexos no Hospício D. Maria Amélia do Funchal, no qual o convívio era restrito, podendo os doentes passearem nos jardins, mas só durante o dia e sob vigilância da regente, ficando proibido o convívio nas escadas, corredores e cozinha[951]. No Hospital Geral de Santo António do Porto, o primeiro a dispor de enfermarias específicas para tuberculosos, também se criaram duas enfermarias distintas para cada género.

Os diversos sanatórios que foram abrindo no decurso da primeira metade do século XX tinham uma especificidade de género. Por exemplo, o sanatório dos Covões em Coimbra era destinado a homens, enquanto o de Celas era destinado a mulheres. Também o sanatório do Outão foi na sua génese destinado exclusivamente para raparigas enquanto o de Carcavelos destinava-se ao internamento de rapazes. Quando os sanatórios eram mistos, recebendo doentes masculinos e femininos, existiam sempre pavilhões separados onde os doentes dos dois sexos dormiam, comiam, recebiam visitas e realizavam os tratamentos separados e em horas diferentes. A separação dos sexos era um imperativo moral e higiénico para a mentalidade da época, destinado a limitar os impulsos genésicos. Não bastava proteger os doentes das paixões exacerbadas que um namoro dentro da instituição pudesse ocasionar. Era preciso proteger igualmente a família, pois era forçoso evitar que os doentes ou funcionários casados fossem tentados ao adultério.

A divisão sexual foi uma constante ao longo da história dos sanatórios e não era restritiva a doentes. Também os funcionários dos sanatórios eram abrangidos por este preceito disciplinar. Por exemplo, no sanatório D. Manuel II vigoravam regras bastante rígidas para o pessoal médico, de enfermagem e auxiliares. Por exemplo, os médicos não podiam mudar de residência sem aprovação da direção, durante as férias tinham de permanecer contactáveis e não podiam sair para o estrangeiro sob qualquer pretexto. Quanto às enfermeiras contratadas pelo IANT estavam terminantemente proibidas de casar e não podiam manter conversa além do estritamente necessário com os doentes do sexo masculino. Alguns dos funcionários já casados submetiam-se a condições humilhantes de vida conjugal como o de uma funcionária anónima cujo testemunho transcrevemos:

> *(…) O meu marido, não sei se sabiam, também trabalhava no Sanatório e, embora casados à 12 anos e com 2 filhos, dormíamos separados, eu no pavilhão feminino e ele no central. Não tínhamos dinheiro para alugar uma casa e sujeitávamo-nos a dormir separados, um em cada canto. E quando queríamos passar uma noite fora tínhamos de pedir autorização para isso. Pagá-*

[951] Anexo n.º 15, Art. 56. º e 57. º.

vamos 30 escudos para dormir numa pensão. Uma vez enganámo-nos e fomos parar a uma casa de meninas. De vez em quando o meu marido dizia-me: – Vai lá pedir-lhe para irmos dormir fora. E eu ficava logo a tremer por dentro, com a ideia de a enfrentar. Mas lá ia. Tocava à porta e quando me mandavam entrar perfilava-me diante dela que nem um soldado perante o general e dizia-lhe: – Eu venho pedir à senhora se me autoriza a ir dormir fora com o meu marido amanhã. Ela olhava para mim sobranceira, seca como sempre e, ao fim de longos instantes, respondia: – Venha cá amanhã que dou-lhe a resposta. E lá voltava, e batia à porta, e esperava, e dizia: – Era por causa do pedido de ontem. E então ela acenava que sim com a cabeça e dizia-me: – Pode ir[952].

Em determinados países, como na França, existiam também uma diferenciação religiosa, quer dizer, houve uma tendência para a criação de sanatórios destinados a doentes de uma determinada confissão. Em 1882 a comunidade protestante de Bordéus criou um sanatório para os seus doentes. A comunidade israelita de Cimiez fez o mesmo e as ordens religiosas católicas também abriram os seus próprios sanatórios[953].

Talvez mais estranho ainda seja a diferença estabelecida dentro da comunidade sanatorial entre os doentes em recuperação e os moribundos. O trabalho de Richard Sucre[954] (Universidade da Virgínia, EUA) acerca da cultura da morte nos sanatórios vem mostrar que dentro dos sanatórios existia uma separação entre os doentes ainda em tratamento e os doentes cuja morte era iminente. Os sanatórios de Blue Ridge e de Piedmont tinham quartos de isolamento para os pacientes em fase terminal da restante comunidade sanatorial, localizados geralmente nos corredores ou locais de acesso restrito, com o objetivo de minorar a presença da morte na mente dos restantes pacientes e evitar o choque frequente de ver os companheiros de infortúnio sucumbir à doença. Evidentemente que este comportamento deve ser contextualizado à luz da época, ou mais propriamente à luz do higienismo que se esforçava por fazer triunfar a vida sobre a morte, e como tal tentava dissimular os seus fracassos. Como argumentou Philippe Ariès, a partir do século XIX a morte começou a ser vista como uma rutura da familiaridade do quotidiano e como uma subversão nas relações do homem com a sua natureza mortal[955]. A morte para os higienistas era uma força selvagem e incontrolável que rompia com o novo ideal de vida. À luz desta conceção era preferível afastar os moribundos, para que não se notasse a rutura brutal do quotidiano, minuciosamente regulamentado e solidamente implementado nestes espaços.

A vida nos sanatórios tinha também um carácter coercivo pela disciplina imposta. Não quer dizer que o sanatório fosse um presídio, mas como defendia Ladislau Patrício, o doente dentro do sanatório não podia dispor inteiramente da sua liberdade. O tuberculoso

[952] CORREIA, 2008: 61-62.
[953] GUILLAUME, 1986: 233.
[954] SUCRE [s.d.].
[955] ARIÈS, 1989: 96-97.

tinha de adaptar-se a um mundo novo, um mundo à parte, com aspetos totalmente diferentes do mundo onde adoeceu[956]. A mudança de ambiente e a vida regulamentada, semelhante à militar, era considerada o primeiro dos remédios. Os doentes internados no sanatório ficavam desde o início sob a vigilância incessante do médico e dos enfermeiros, ao mesmo tempo que eram sujeitos a um tratamento disciplinar e metódico. A cura pelo ar, a alimentação e o repouso ou exercício, consoante os casos, eram considerados como dogmas e religiosamente impostos pelos médicos, o que não quer dizer que fossem sempre cumpridos.

A disciplina fazia-se sentir desde logo nos horários. Os horários eram concebidos para disciplinar os doentes, para implementar um modo de vida regular, tranquilo e repetitivo. Era composto em todos os sanatórios pelas mesmas tarefas, que tinham de ser executadas em intervalos de tempo determinados aos quais os doentes eram forçados a cumprir escrupulosamente sob pena de admoestação. Os horários contemplavam o momento de despertar, de higiene pessoal, das refeições, dos tratamentos e do deitar. Apontamos aqui alguns exemplos de horários em Portugal como no estrangeiro, saltando à vista uma quase uniformidade de tarefas:

Quadro 13 – Horários implementados em três sanatórios geograficamente distintos para o tratamento de tuberculose pulmonar de adultos.

Hospital-sanatório de Rodrigues Semide (Porto/1932)	Sanatório de Pessac (França/1932)	Sanatório de Catawba (EUA/1920)
8h15 – Levantar e fazer a cama	7h00 – Levantar e fazer a higiene	7h15 – Levantar
8h30 – Almoço	7h30 – Pequeno-almoço	8h00 – Pequeno-almoço
9h00 – Passeio	8h00 – Fazer a cama	8h30 – Repouso ou exercício conforme a prescrição médica
10h15 – Cura de ar e repouso	8h30 – Cura pelo ar: silêncio, leitura ou costura	11h00 – Repouso na cama
12h30 – Jantar	11h00 – Almoço	13h00 – Jantar
13h30 – Passeio	12h00 – Cura pelo ar em silêncio	13h45 – Repouso: silêncio, leitura
14h15 – Cura pelo ar e repouso	14h30 – Trabalhos manuais ao ar livre	16h00 – Repouso ou exercício conforme prescrição
16h30 – Merenda	16h00 – Recreação	18h00 – Ceia
17h00 – Passeio	16h30 – Tirar a temperatura	20h00 – Suplemento alimentar se ordenado
17h30 – Cura pelo ar e repouso	17h00 – Jantar	21h00 – Recolhimento
19h00 – Ceia	18h00 – Recreação	21h30 – Apagar as luzes
20h00 – Cura pelo ar e repouso (suprimida no inverno)	20h30 – Deitar	
21h30 – Silêncio e apagar as luzes		

Fontes: S. S., 1934: 98-99; GUILLAUME, 1976: 236; SUCRE (s.d.).

[956] PATRÍCIO, 1953: 559.

Após o cálculo do tempo despendido nas tarefas diárias mais importantes obtivemos o seguinte resultado:

Quadro 14 – Cálculo do tempo despendido nas principais tarefas diárias dos doentes a partir dos horários de cada sanatório.

	Hospital-sanatório de Rodrigues Semide (Porto/1932)	**Sanatório de Pessac (França/1932)**	**Sanatório de Catawba (EUA/1920)**
Refeições	3 horas	2 horas e 30 min.	3 horas e 15 min.
Recreio/lazer	1 hora e 15 min.	2 horas	2 horas
Tratamento	7 horas e 30 min.	5 horas	7 horas e 15 min.
Outras tarefas	15 min.	2 horas	45 min.
Total	12 horas	11 horas e 30 min.	13 horas e 15 min.

A observação do Quadro 14 permite-nos verificar que a maior parte do tempo se destinava ao tratamento, a chamada cura de ar, que era realizada nas galerias em silêncio absoluto, sendo por vezes permitida pequenas tarefas como a leitura ou costura. No caso do sanatório do Porto e de Catawba (EUA), mais de metade do dia era passado em tratamento. As tarefas de recreio e lazer ocupavam um tempo limitado, geralmente em passeios, sendo reservado também um tempo limitado para as refeições. Este modelo de vida tão regrado tornava-se ao fim de algum tempo monótono e mesmo saturante, levando os doentes a encontrar escapes mais ou menos prejudiciais à sua condição de enfermos.

Aos doentes era imposta uma higiene rigorosa, sendo obrigatório escarrar ou cuspir nos escarradores, sob pena de repreensão ou expulsão, deviam praticar uma higiene corporal diária, sendo os homens obrigados a cortar as barbas e bigodes, ao mesmo tempo que o vestuário devia estar sempre imaculado. Os hábitos tabágicos, alcoólicos, os jogos e as saídas estavam interditos aos doentes. Todavia, a existência de um conjunto de regras rígidas de vivência e tratamento nos sanatórios não significava que as regras eram cumpridas à risca e muito menos que tivessem efeitos benéficos em todos os doentes. Frequentemente os doentes encontravam escapes para a monotonia da vida no sanatório.

António Ramalho de Almeida relatou várias peripécias de doentes portugueses do seu conhecimento enquanto médico tisiologista no sanatório D. Manuel II. Segundo este clínico, os sanatórios além de espaços de tratamento e cura eram concomitantemente espaços de diversão, de convívio e mesmo de produção cultural. Quando olhamos a vida no sanatório pelo prisma do doente, encontramos uma realidade diferente daquela que era o discurso médico. Por exemplo, a separação de sexos era evidente, mas os doentes aproveitavam todas as oportunidades para conviver com o sexo contrário. A ida à missa ou as procissões em feriados religiosos eram oportunidades ideais para conversar e conhecer o outro ou a outra. Embora a bebida, os jogos e as saídas fossem proibidas, os doentes encontravam sempre maneira de contornar as regras.

Ramalho de Almeida relata algumas dessas aventuras no seu livro «A Tuberculose: doença do passado, do presente e do futuro». Diz o tisiologista que no Sanatório do Caramulo um conjunto de doentes se juntavam depois do recolher para jogarem às cartas até de madrugada. Calafetavam as frestas das portas para que não se visse luz e jogavam e bebiam champanhe, que o empregado de um doente endinheirado lhe trazia. Numa noite de diversão mais intensa o doente rico faleceu devido a uma violenta hemoptise e assim foi descoberto o segredo. Outro caso foi o de alguns doentes do Sanatório D. Manuel II, em Gaia, que apesar da interdição de verem um jogo importante de futebol depois do recolher, acabaram por conseguir vê-lo às escondidas. No Sanatório D. Carlos, em Lisboa, dois doentes perspicazes aproveitaram a inexperiência de um médico estagiário, adepto fervoroso do Sporting Clube de Portugal, para saírem aos domingos sob o pretexto de apoiar o clube quando jogava no Lumiar, quando na realidade se esgueiravam na primeira oportunidade para um bailarico próximo de Entrecampos[957].

Além das aventuras não permitidas, os médicos tinham consciência das repercussões psíquicas que a monotonia e a saturação que a vida ascética dos doentes provocava. Como tal aproveitavam algumas oportunidades como o Natal ou o aniversário do diretor para organizarem festas e convívios para os doentes. Mas os próprios doentes foram encontrando escapes para passar o tempo, alguns dos quais muito válidos. Nalguns sanatórios mais emblemáticos desenvolveram-se estações de rádio próprias. Na Guarda ficou famosa a Rádio Altitude, nas Penhas da Saúde a Rádio Pinóquio e no Caramulo a Rádio Pólo Norte. Estas rádios eram não só uma forma de entretenimento, mas igualmente centros de informação local e regional. Noutros sanatórios funcionavam verdadeiras escolas profissionais como no Sanatório Sousa Martins, do qual falaremos com maior detalhe mais adiante.

Tendo em conta que foi dito acerca da vida nos sanatórios, a verdade é que a disciplina e o rigor na sua gestão eram imprescindíveis para o bom funcionamento das instituições, algumas das quais chegavam a ter várias centenas de internados. Além disso os sanatórios não deixavam de ser lugares de sofrimento e de morte, justificando a imposição de um ambiente respeitoso a toda a comunidade, corpo médico e funcionários incluídos. Por último não podemos esquecer que no caso português, o tempo dos sanatórios coincidiu com um regime político do tipo autoritário como foi o salazarismo, pelo que o que se passava nos sanatórios era o reflexo da disciplina e ordem imposta à sociedade e às instituições em geral.

6.3.1. O despontar do movimento sanatorial em Portugal

A partir de meados do século XIX, o tratamento sanatorial, que compreendia a exposição ao ar de montanha, do repouso e da superalimentação, tornou-se o paradigma da terapêutica da tuberculose pulmonar na Europa e América. A comunidade médica de cada

[957] ALMEIDA, 1995: 71-75.

país esforçou-se por procurar e estudar locais com potencialidades climatéricas para o tratamento da tuberculose. Portugal não foi exceção. Desde os inícios da década de 1880 que foram avaliados os locais mais favoráveis para se estabelecer um sanatório de montanha.

Segundo Ferreira de Mira, o ano de 1881 marcou o início do movimento a favor da criação dos sanatórios de altitude[958]. Esta data assinalou a primeira expedição científica à Serra da Estrela sob a liderança do médico Sousa Martins, organizada pela Sociedade de Geografia de Lisboa, com o objetivo de identificar um local propício à edificação de um sanatório. Dois anos mais tarde realizou-se uma segunda expedição que além de Sousa Martins contou com a presença do médico Carlos Tavares e do jornalista e futuro Ministro das Obras Públicas Emídio Navarro[959]. Das duas expedições resultou um importante relatório da autoria de Sousa Martins, publicado quase uma década depois, ao qual já fizemos várias referências. Este relatório serviu sobretudo para fazer a apologia dos climas de altitude, particularmente o da Serra da Estrela, onde defendeu o estabelecimento de um sanatório para o tratamento dos tísicos.

Sousa Martins conhecia os trabalhos inovadores realizados nos sanatórios alemães e suíços, como também as estatísticas publicadas acerca dos resultados terapêuticos nos nosocómios de altitude. Mas acreditava que a Serra da Estrela deveria ter condições mais favoráveis para o tratamento pelo clima[960], sendo necessárias iniciativas de construção de estabelecimentos para albergar os doentes que aí se quisessem instalar, fazendo da Beira Alta a «Suíça portuguesa»[961]. Após a primeira expedição o governo, a pedido da Sociedade de Geografia de Lisboa, instalou um posto meteorológico no lugar do Poio Negro (a 1443m de altitude), subordinado ao observatório meteorológico do Infante D. Luís na Escola Politécnica. Este posto permitiu colher dados dos vários elementos meteorológicos como temperatura, pluviosidade, higrometria e humidade. Dispondo apenas de dados termométricos, pôde constatar que as oscilações de temperatura eram mais moderadas e regulares do que em Davos. As diferenças entre as médias de temperatura eram de 3,3ºC na Serra contra 8,2ºC na Suíça[962]. Estudos posteriores permitiram comparar o clima da Serra com o de Davos, ao nível da temperatura, pressão atmosférica, ventos, radiação solar e humidade (anexo 22).

A comparação dos dois climas permitiu perceber que o clima da Serra da Estrela era mais ameno e tinha menos discrepâncias do que o clima suíço. Quanto à pressão atmosférica era praticamente semelhante, com a ressalva de ter sido registada numa zona 117 metros mais baixo do que Davos. As oscilações barométricas eram pequenas, o que evitava

---

[958] MIRA, 1947: 472.

[959] A descrição da viagem à Serra da Estrela foi publicada em forma de cartas no *Correio da Noite* e compiladas num livro da autoria de Emídio Navarro em 1884. *Vide*: NAVARRO, 1884.

[960] NAVARRO, 1884: 62.

[961] ROCHA, 1889: 114.

[962] MARTINS, 1890: 287-289.

os inconvenientes que trariam ao aparelho respiratório dos tuberculosos se elas fossem grandes e repetidas. Quanto à temperatura da Serra era mais amena e a sua amplitude térmica era menor e com menos oscilações, por conseguinte mais suportável e menos perigosa. A intensidade do vento era fraca em ambos os locais, embora mais variáveis na Serra, mas a radiação solar era mais intensa e a humidade maior.

Aos olhos de Sousa Martins, o clima da serra pareceu ser muito favorável ao estabelecimento de locais destinados ao tratamento da tuberculose. Não obstante, um clima tuberculoterápico devia contar com outros fatores como a composição química do ar, com os elementos telúricos, urbanos e sociais, para que o local pudesse ser aproveitável como zona destinada ao tratamento da tuberculose. Os médicos preferiam os climas alpinos por razões lógicas, embora por vezes não comprovadas cientificamente. Sustentavam que os climas com baixas pressões atmosféricas, com menos oxigénio, grande quantidade de azoto e luminosidade mais elevada eram incompatíveis com a vida dos micróbios, ou pelo menos, a rarefação do ar impedia a suspensão dos micróbios na atmosfera limitando a possibilidade de contágio. O ar pouco oxigenado exigia um maior trabalho do sistema respiratório e ampliação da caixa torácica, arejando melhor os pulmões e impossibilitando a permanência do bacilo de Koch nesse órgão. Além disso a altitude solicitava uma maior atividade ao organismo, aumentando o metabolismo, o que tinha efeitos estimulantes gerais[963].

Comparativamente à Guarda, que era igualmente indicada como um bom lugar de tratamento da tuberculose, a zona serrana gozava de inconfundíveis vantagens. Ao nível atmosférico preenchia os requisitos duma zona de altitude, pelo que a aglomeração dos resíduos orgânicos era diminuta, havia ausência de poeiras e barulhos noturnos. A constituição e configuração do solo permitiam uma drenagem fácil da água das chuvas possibilitando aos doentes fazerem os seus passeios logo após os aguaceiros. Escapava também à nocividade da civilização por lá não existirem habitantes fixos, o que proporcionava toda a calma e sossego necessários ao tratamento pelo repouso[964].

No decurso da expedição à Serra da Estrela, sob a chancela da Sociedade de Geografia de Lisboa, foi pedido ao governo a criação de um observatório meteorológico para realização de estudos climatéricos, sendo nomeado seu diretor Brito Capelo, irmão do célebre explorador Hermenegildo Capelo. O Observatório da Serra, embora exíguo e com poucas comodidades, acolheu o primeiro doente em 1882. Este episódio deu fama à Serra, que em poucos anos começou a albergar os primeiros doentes. O doente em causa era Alfredo César Henriques, amigo e paciente de Sousa Martins, que padecia de tísica pulmonar. Regressado da Madeira, onde procurou vãmente a cura, e ouvindo falar do empreendimento chefiado por Sousa Martins resolveu instalar-se no observatório. Mais tarde man-

[963] GUIMARÃES, 1887: 7, 14 e 23-27.

[964] PIMENTA, 1890: 98-103.

dou construir uma residência própria aproveitando uns blocos megalíticos de granito[965]. Depois de dois anos de tratamento climático, o «tísico da serra», como ficou conhecido, declarou-se curado. Sousa Martins, que acompanhou o caso sentiu-se confiante da aposta que fizera nas propriedades curativas da altitude serrana.

Todavia, os médicos continuaram reticentes relativamente ao valor tisioterápico da montanha. Augusto Rocha questionou os resultados do tratamento uma vez que não fora provado a cura definitiva pela análise bacterioscópica dos escarros. Por outro lado, não existiam dados de outros tuberculosos, pacientes do Dr. Basílio Freire, que para aí se dirigiram inspirados pela cura de César Henriques[966]. Deve dizer-se que o caso de César Henriques serviu tanto os intentos do doente como os do médico. Ao doente interessava a cura e ao médico fazer vingar a ideia de que a Serra era um dos melhores locais para o tratamento da tuberculose pulmonar. Tendo investido muito tempo e energia no empreendimento, Sousa Martins desejava ver a edificação dum sanatório na Serra, servindo o caso clínico que acompanhou para dar mediatismo às suas ideias.

A procura da Serra da Estrela pelos tuberculosos levantou questões ao nível material. O lugar do Poio Negro, onde estava instalado o posto meteorológico, era um lugar ermo e inabitado. Os únicos edifícios existentes eram o observatório e a casa de César Henriques. Posteriormente, este mandou construir algumas casas de habitação que alugava a outros doentes. As barracas de madeira que serviram de abrigo aos operários enquanto decorria a construção do observatório, também albergaram doentes. As casas-barracas disseminaram-se por todo o cabeço da serra[967], distinguindo-se diferentes construções. As barracas velhas tinham sido usadas como abrigos dos construtores do observatório e eram de construção rude. As barracas novas foram construídas propositadamente para servir de habitação aos tísicos e por isso melhor apetrechadas, incluindo ventiladores, janelas de vidro e algum mobiliário.

O núcleo embrionário do pretenso sanatório da Serra, também chamado de Manteigas ou do Observatório, constituído pelas casas-barracas copiou de algum modo as construções do sanatório de Brehmer, também ele composto por chalés de madeira. O serviço médico era assegurado por um médico de Coimbra, o Dr. Basílio Freire, mas não havia serviço farmacêutico. A par destas dificuldades não existia facilidade de comunicações e transporte, ficando comprometido o abastecimento alimentar aos doentes isolados na montanha. Apesar de existirem referências ao sanatório da Serra da Estrela nunca existiu um verdadeiro sanatório, como instituição organizada para receber e tratar doentes. Existem vários artigos que indiciam a inexistência dum estabelecimento desta espécie. Em 1895 o professor Tiago

---

[965] *O clima da Serra da Estrella*, 1895: 330.

[966] ROCHA, 1889: 97.

[967] As casas, apesar do elevado aluguer (20 a 30 libras) eram escassas para a procura, sendo necessário precaver-se com certa antecipação quem pretende-se instalar-se nas barracas da Serra. Cf. PIMENTA, 1890: 101.

de Almeida referia que apesar do aval da Sociedade de Geografia de Lisboa não se tinha construído nenhum sanatório[968]. Nas páginas finais do relatório de Sousa Martins também se percebe que não havia nenhum sanatório, apenas a intenção da construção de um hospital para tuberculosos que ficaria a cargo de uma instituição privada, o Club Hermínio.

Sousa Martins instigou o governo a investir nas potencialidades curativas da Estrela, com o estabelecimento de edifícios para os serviços oficiais e administrativos e ampliação do posto meteorológico[969], mas o pedido não teve a prossecução desejada por falta de recursos. Em 1891 um artigo publicado no Coimbra Médica[970] criticava o modo, o início e o desfecho dos investimentos do sanatório da Estrela. O local originalmente escolhido por Sousa Martins não era o melhor para a construção das habitações porque o posto tinha sido construído para a observação meteorológica, mas não se tinha chegado a conclusões cientificamente válidas acerca das potencialidades do local. O artigo esclarece ainda que os governantes aproveitaram as incoerências do estabelecimento infundado das estruturas habitacionais para retirar o apoio que estava previsto. Esta ação foi um revés para Sousa Martins e para o seu plano de conseguir replicar na Serra da Estrela o que se instituíra em Davos Platz.

Face ao alheamento dos governantes, um conjunto de oitenta e seis beneméritos afetos ao problema da tuberculose criaram o Club Hermínio em 1888[971], funcionando como uma associação de beneficência para o tratamento dos tuberculosos na Serra da Estrela. Sousa Martins foi designado presidente honorário pelos empreendimentos que impulsionou, nomeadamente a construção do posto sanitário, e Emídio Navarro, João Carlos de Brito Capelo e Joaquim Simões Ferreira tornaram-se sócios honorários. A presidência da direção do Club Hermínio foi confiada ao Dr. Basílio Freire enquanto Alfredo César Henriques e Guilherme Telles de Menezes desempenharam as funções de tesoureiro e secretário respetivamente.

A prioridade desta associação foi de promover o melhoramento das condições higiénicas da Serra da Estrela e estabelecer casas de saúde para o tratamento de tuberculosos, recebendo aí gratuitamente os doentes pobres. Outras funções envolviam o policiamento sanitário das povoações da Serra, a abertura de estradas, o estabelecimento de marcos explicativos (sinalizações) para guiar os viajantes, estabelecimento de casas de abrigo, formação de guias, etc[972].

No relatório enviado ao presidente de conselho de ministros, Sousa Martins fez apelo ao governo para criar condições para que a Serra se tornasse uma estação de referência

---

[968] ALMEIDA, 1895: 122-123.

[969] MARTINS, 1890: 294-295.

[970] *Sanatório da Serra da Estrella*, 1891: 299-300.

[971] Cf. CLUB, 1889: 127-128 e ALMEIDA, 1995: 121.

[972] CLUB, 1889:127.

nacional no tratamento da tísica pulmonar. Não pediu um hospital para pobres, uma vez que a beneficência privada se encarregou de financiar tal empreendimento no Vale das Éguas, por ser mais abrigado dos ventos. Pediu especificamente a criação de habitações para o internamento dos doentes de parcos recursos. Simultaneamente defendeu a necessidade de promover o estabelecimento do pequeno comércio e da pequena indústria para servir localmente os doentes, devendo o governo facilitar a sua criação pela isenção de impostos por uma década, a criação do serviço telegráfico e postal, para diminuir o isolamento dos doentes, e a organização duma polícia sanitária própria que fizesse cumprir as regras higiénicas[973].

Em síntese, as primeiras investigações em torno do clima da Serra da Estrela pareceram favoráveis ao estabelecimento de um sanatório para tuberculosos. Com a suposta cura de Alfredo César Henriques iniciou-se uma intensa propaganda em torno das condições vantajosas do clima montanhoso. O desinteresse e alheamento do governo português desta questão tiveram como consequência a mobilização da iniciativa privada, que se consubstanciou na criação de habitações particulares para o estabelecimento dos doentes. A criação do Club Hermínio deu um novo impulso aos desígnios dos seus sócios. O seu intuito era replicar o sucesso que Davos teve na Suíça e no mundo, pois as ideias de melhoramento da serra em tudo coincidiam com as brilhantes realizações helvéticas[974]. Concomitantemente à inauguração desta associação de benemerência, os médicos portugueses viram na cidade da Guarda condições mais vantajosas.

Os problemas que obstavam à fixação de um sanatório na Serra da Estrela, canalizaram a atenção para a cidade da Guarda, que começou a ser falada entre os médicos pelas condições climatéricas e infraestruturas mais vantajosas. Em 1890, José Pimenta[975] considerava que já existiam duas instalações tisioterápicas em Portugal, uma na Guarda e outra na Serra da Estrela, estando planeada uma terceira na Covilhã. Entendia este médico que a Guarda era na altura uma estação climática de transição, mas defendia igualmente que podia ser uma estação definitiva, como mais tarde se veio a confirmar.

A Guarda apresentava além das condições climáticas as facilidades características de um centro urbano, como os serviços médicos e farmacêuticos, o abastecimento alimentar, a ligação à rede de caminhos-de-ferro e alojamento que concorreram para o estabelecimento preferencial dos doentes nesse concelho. Os elementos atmosféricos mais importantes para o tratamento da tuberculose, designadamente a temperatura, a higrometria, a humidade e a iluminação, estavam presentes de forma harmoniosa na Guarda. Excetuando o período do final da tarde e a madrugada, a temperatura da cidade era homogénea durante

[973] MARTINS, 1890: 295-296.

[974] Emídio Navarro explicou que Sousa Martins pretendia realizar uma viagem à Suíça para se inteirar em pormenor dos moldes em que se estabeleceu o sanatório de Davos e os hotéis para tísicos da localidade. É possível que em 1890 quando escreveu o relatório já tivesse feito essa visita de estudo. Cf. NAVARRO, 1884: 123.

[975] PIMENTA, 1890: 27 e 33.

o dia, devendo o doente precaver-se ao cair da noite. A orientação a noroeste e a sudeste das montanhas protegia a cidade dos ventos mais fortes, podendo os doentes passear à vontade, sem correrem o perigo de ser surpreendidos pelos ventos nefastos. Predominava o ar seco pelo baixo grau higrométrico, o que beneficiava a hematose e a ventilação pulmonar.

Estando a Guarda ligada por caminho-de-ferro ao resto do país dava-lhe imediata vantagem sobre a Serra da Estrela, onde as vias de comunicação eram rudimentares, acessíveis a pé ou fazendo uso de animais. A ligação com o restante país possibilitava o abastecimento regular de géneros e as migrações sazonais dos doentes, feitas sobretudo de verão. A alimentação era, segundo José Pimenta «boa, abundante e não muito cara: há boa carne, peixe fresco, legumes, bella fructa e o óptimo leite de Jermello, não faltando também o bom vinho»[976]. O serviço médico e farmacêutico estava também assegurado, tendo-se estabelecido na Guarda um dos mais destacados tisiologistas nacionais, o Dr. Lopo de Carvalho.

A Guarda oferecia o tão procurado alojamento, que era inexistente na Serra. Existiam quatro hotéis na cidade e várias casas para alugar, quer dentro do perímetro urbano quer nos subúrbios. Os médicos desaconselhavam a estadia na parte antiga da cidade, onde as características dos imóveis e das ruas, estreitas e pouco arejadas, podia ser nocivas à saúde dos doentes, aconselhando os enfermos a procurar a zona moderna da urbe, onde as condições habitacionais e sanitárias eram melhores. No entanto, os médicos queixavam-se de que a oferta de habitações era insuficiente para a elevada procura. Lopo de Carvalho[977] não hesitava em falar duma migração urbi-rural dos doentes, que progressivamente foram procurando os climas alpinos e frios em detrimento dos climas marítimos e quentes, diminuindo a oferta de alojamento para estes doentes. O mesmo médico refere a permanência de cerca de cinquenta tuberculosos na Guarda durante os meses de estio, ficando outros tantos por alojar. A procura desenfreada nos primeiros tempos, iniciada por volta de 1888[978], deveu-se às promessas de cura e à propaganda de alguns médicos em torno das virtudes do clima egitaniense. Propagandeava-se que a ação do clima da Guarda fazia-se sentir na diminuição dos suores, no aumento do apetite e no revigoramento geral do organismo.

Apesar dos alegados benefícios, a principal debilidade do tratamento da tísica pulmonar na cidade da Guarda era a falta de um sanatório. Não existiu neste período nenhum sanatório edificado na Guarda. Vários autores mencionam a existência de um sanatório na Guarda, mas não existiu verdadeiramente nenhum sanatório até maio de 1907, data em que a ANT inaugurou o Sanatório Sousa Martins[979]. Os tuberculosos que se dirigiam à Guarda tinham de se instalar em hotéis ou casas arrendadas: «A Guarda não é um sanatório. Os doentes que a demandam a solicitar os benefícios da sua altitude e da seccura da região

[976] PIMENTA, 1890: 95.

[977] CARVALHO, 1895: 266.

[978] CARVALHO, 1895: 267.

[979] Acerca da construção e da fundação do sanatório Sousa Martins na Guarda veja-se LANCASTRE, 1907: 1-9.

abrigam-se por onde podem, ou excepcionalmente nos hoteis (…) ou em casas particulares que alugam ao mez»[980].

A inexistência de um serviço sanatorial institucionalizado criou diversos problemas quer para os doentes quer para os autóctones. A afluência de numerosos doentes à cidade da Guarda criou problemas de higiene pública. Em primeiro lugar, a inexistência de um local específico para o tratamento da doença forçou os doentes a recorrerem aos hotéis e casas disponíveis para aluguer. Os proprietários destes espaços recebiam indistintamente hóspedes doentes e sadios, não se preocupando com as mínimas condições higiénicas. As habitações não eram desinfetadas e os bacilos da tuberculose estavam disseminados por todo o lado e à espera de um novo hospedeiro. A falta de higiene possibilitava a permanência do bacilo em atividade na roupa de cama, nos talheres e na louça usados, que iriam servir outros clientes. Um aspeto muito focado na época era a utilização de escarradeiras fixas nos edifícios e espaços públicos ou portáteis para o doente transportar consigo. Na Guarda não existiam escarradeiras nos locais públicos ou privados e o seu uso só se tornou obrigatório com o regulamento de profilaxia de 1896. Mesmo quando o doente usava as escarradeiras, o conteúdo destas era despejado em locais impróprios, na rua ou nos quintais.

Outro inconveniente da falta de um sanatório verdadeiro dizia respeito à falta de disciplina e ao desregramento dos doentes. O arejamento dos quartos não era acautelado, os passeios eram demasiado longos ou curtos, a visita às feiras e teatros frequentes e a alimentação incorreta. Deste modo a terapêutica tornava-se ineficaz. Face a estes problemas, os médicos reclamavam a construção de um sanatório para desenvolver programas eficientes de tratamento de acordo com os modelos da época. Tiago de Almeida considerava imperativa a edificação dum sanatório, criticando o governo por gastar elevadas cifras com cordões sanitários, postos de desinfeção e soro antidiftérico, como também de permanecer ataráxico perante o problema calamitoso da tuberculose[981]. Os maus hábitos dos novos habitantes da Guarda e as oportunidades de contágio que proporcionaram aumentaram o número de casos de tuberculose entre os naturais do concelho. No Congresso Nacional de Tuberculose em 1895, Lopo de Carvalho mostrou-se preocupado com o aumento do número de casos de tuberculose entre os autóctones, pelo que apontava como medidas excecionais de profilaxia a serem adotadas, dando relevo ao uso de escarradeiras, às medidas higiénicas nos hotéis e ao cuidado com a proveniência do leite e lacticínios comercializados.

No ano seguinte, o governador civil da Guarda promulgou um regulamento de profilaxia contra o contágio da tuberculose[982], onde se verificou uma nítida influência do discurso de Lopo de Carvalho. O regulamento centrou-se em três ideias fundamentais: em primeiro lugar o uso obrigatório de escarradores nos locais públicos e privados e a proibição

[980] CASTRO, 1900: 89.
[981] ALMEIDA, 1895: 122-123.
[982] PATRÍCIO, 1897: 193-195.

de escarrar no chão, sob pena de multa para os prevaricadores; em segundo lugar obrigava o comissariado de polícia civil a fazer o registo dos enfermos que chegavam à Guarda, vigiar o seu comportamento e puni-los em caso de infração, podendo chegar à expulsão do distrito; a terceira ideia dizia respeito à higiene dos hotéis e casas arrendadas, ficando os donos proibidos de receber simultaneamente clientes doentes e sãos, estando obrigados a manter as condições higiénicas regulamentares nos seus estabelecimentos, devendo ainda informar a polícia dos hóspedes que recebiam.

No ano seguinte surgiu um novo regulamento[983] contendo aditamentos em relação ao anterior. As disposições relativas à proibição de escarrar, ao registo e vigilância dos tísicos e a profilaxia nos hotéis e habitações mantiveram-se. No entanto este novo regulamento foi mais severo, dando um papel mais relevante à polícia civil que deveria recolher os dados dos doentes (nome, naturalidade, idade, filiação, estado civil, residência atual) fazendo um cadastro pessoal, familiar e de proveniência. Tornou-se proibido alugar quartos de hotel ou casas a pessoas sem proceder a uma desinfeção prévia da habitação, assim como recolher, em simultâneo, doentes e sadios, salvaguardando os casos de parentesco. As medidas de contingência do contágio previam ações segregadoras dos infetados, limitando a sua área de fixação a locais e bairros com menor densidade demográfica, interditando aos tuberculosos o exercício de atividades ou ocupações profissionais que exigissem contacto direto com o público, sendo considerada a desobediência a este artigo crime e punido como tal. A abrangência espacial do regulamento estendeu-se do concelho da Guarda a toda a área do seu distrito, o que pode significar que os tuberculosos se estabeleciam noutros pontos do distrito onde a menor procura de habitações lhes possibilitasse a oportunidade de estada em zonas de altitude.

Estes dois regulamentos foram relevantes por delinear o papel e competências das autoridades, mas mostram pela primeira vez que o contágio da tuberculose tinha sido tido em conta, ao ponto de se regulamentarem as ações dos doentes, atividades e ocupações, bem como zonas de fixação. Também se responsabilizaram os doentes pela eventual transmissão à restante comunidade, por isso remeteu-os para lugares afastados. Contudo, os regulamentos eram difíceis de implementar e controlar porque esbarravam como atitudes e comportamentos de difícil transformação.

As condições higiénicas da Guarda foram-se deteriorando pelo número de tuberculosos que aí acorriam, mas também pelo desprezo das condições básicas de higiene. Em 1900, Oliveira Castro referia-se ao estado higiénico das ruas onde as fezes secavam ao sol por não se usarem latrinas, a insalubridade das casas e os regulamentos cumpridos «à portuguesa»[984]. Parece que a elaboração de um regulamento de profilaxia contra o contágio da tuberculose não foi escrupulosamente cumprido, nem se fizeram alterações de fundo no

[983] CASTRO, 1897: 413-417.

[984] CASTRO, 1897: 89.

que concerne à higiene e salubridade públicas. O estado das habitações era incompatível com os preceitos higiénicos da altura e a proliferação de novos casos de tuberculose parecia ser uma realidade. Este testemunho permite-nos compreender que apesar de se elaborarem regulamentos, mesmo de acordo com as doutrinas médicas de vanguarda, a sua aplicação prática e fiscalização eram muitas vezes falíveis.

6.3.2. Os Sanatórios da Guarda e do Caramulo: dois casos emblemáticos

Desde meados do século XIX que os sanatórios entraram no ideário de médicos e doentes como os locais específicos para o tratamento da tuberculose. Existiam cinco características que faziam do sanatório o melhor espaço para o tratamento dos tuberculosos[985]:

1.º – Eram estabelecimentos fechados, onde os doentes eram submetidos a regras de vida e higiene que dificilmente teriam no mundo exterior.
2.º – Os sanatórios eram estabelecimentos especializados dedicados exclusivamente ao tratamento desta doença. O grande número de doentes e os longos períodos de internamento permitiam aos médicos estudar com minúcia os pormenores da enfermidade e criar procedimentos de diagnóstico e de tratamento cada vez mais eficazes.
3.º – Os sanatórios eram estabelecimentos convenientemente equipados, com todos os recursos que auxiliassem o médico a estudar e tratar a doença, designadamente com um laboratório de análises, sala de raios X, salas de operações, farmácia, galerias de cura, etc., podendo com a eficácia possível na época não só tratar os doentes como educá-los e reabilitá-los socialmente.
4.º – Os sanatórios eram estabelecimentos situados ou edificados em zonas climatericamente vantajosas para este tipo de doentes.
5.º – Os sanatórios eram estabelecimentos com vigilância e cuidados médicos assíduos, o que significa que os doentes não estavam abandonados à sua sorte e muito menos à sua vontade. Por conseguinte, a vida no sanatório opunha-se à cura domiciliária livre onde a vida desregrada continuava a ser possível.

A instalação de um sanatório obedecia a regras bem explícitas do ponto de vista médico. Não bastava saber se o clima era marítimo, de planície ou de montanha. As infraestruturas de comunicação, a rede de transportes, o meio ambiente, a luminosidade, recursos hídricos, a rede de esgotos, as condições meteorológicas, telúricas jogavam um papel fundamental na escolha do local onde se edificava o sanatório[986].

Em Portugal, os primeiros sanatórios foram instalados em edifícios pré-existentes e

---

[985] *Vide* PATRÍCIO, 1943: 353-358.
[986] CARRINGTON, 1911: 18-24.

requalificados. A construção de sanatórios de raiz foi lenta e esparsa no tempo. No que diz respeito aos sanatórios portugueses, a maioria eram sanatórios que recebiam simultaneamente doentes pobres e doentes porcionistas. Quer isto dizer que os sanatórios satisfaziam simultaneamente objectivos de assistência aos mais pobres e objectivos de lucro, o que na maior parte dos casos servia apenas para cobrir ou atenuar as despesas dos primeiros.

A construção dos sanatórios partiu quase sempre de iniciativas beneméritas, embora o Estado ajudasse a manter as despesas de muitos deles. Só com a nacionalização da ANT é que vários sanatórios passaram a ser tutelados pelo Estado português e por isso mais dependentes do financiamento público. Em Portugal, tal como no estrangeiro, os sanatórios fizeram parte da história do combate à tuberculose, e em certa medida, foram a face mais visível e emblemática dessa cruzada. Já falamos e fizemos menção a vários sanatórios criados em Portugal ao longo do século XX, mas não é nosso propósito fazer uma história detalhada de cada um deles. Também já falamos acerca do tratamento sanatorial e da evolução da política assistencial aos tuberculosos, pelo que queremos somente deixar um registo breve acerca da história de dois complexos sanatoriais emblemáticos pela sua dimensão e papel na luta contra a tuberculose. Falamos do Sanatório Sousa Martins na Guarda, o primeiro sanatório de montanha em Portugal, e a Estância Sanatorial do Caramulo.

O Sanatório Sousa Martins na Guarda foi o primeiro sanatório de altitude a funcionar em Portugal. Foi também o primeiro sanatório construído de raiz, uma vez que os sanatórios anteriores (Outão, Parede e Carcavelos) foram instalados em edifícios pré-existentes. Como já dissemos, o movimento sanatorial português iniciou-se com as expedições do médico Sousa Martins e os seus companheiros à Serra da Estrela. Mas o isolamento da Serra e a falta de infraestruturas de comunicação e transporte dificultaram a instalação do sanatório. A atenção foi canalizada para a Guarda, cujos equipamentos urbanos lhe deram maior vantagem sobre a Serra da Estrela. Com a criação do Club Hermínio procedeu-se à angariação de fundos para a construção do sanatório. Em 1895, a ideia recebeu um forte apoio de Lopo de Carvalho (pai), que defendeu no Congresso Nacional de Tuberculose em Coimbra o aproveitamento do clima e das condições da Guarda para o tratamento de tuberculosos[987].

A criação da ANT deu um importante impulso à edificação do sanatório da Guarda. Os seus estatutos previam a criação de sanatórios de altitude, o que veio a concretizar-se quando o sanatório Sousa Martins abriu as portas em 1907. O processo iniciou-se em 1901, com a compra do terreno necessário para edificação do sanatório. Parte dos terrenos foram adquiridos à Quinta do Chafariz, sendo a escritura celebrada a 9 de novembro de 1901, onde o Dr. Lopo de Carvalhos foi o procurador da ANT. Em 21 de dezembro do mesmo ano foi adquirida outra área de terreno pertencente à quinta do Pina com 75 mil metros

[987] CARVALHO, 1895: 282.

quadrados. Mas só três anos depois é que a ANT lançou um concurso público para a edificação de três pavilhões do futuro sanatório, num terreno com 27 hectares localizado a 1039 metros de altitude, para o internamento de doentes pobres[988]. O nome escolhido foi de Sanatório Sousa Martins em honra do médico que impulsionou o movimento a favor da construção de sanatórios[989].

No projeto da obra estavam contemplados três pavilhões, para homens, mulheres e crianças respetivamente, com capacidade de vinte e oito doentes cada, três chalés com capacidade para duas famílias, um hospital com doze leitos para tratamento de doenças agudas ou contagiosas, uma lavandaria, uma estufa para desinfeções, um edifício para consultas e hidroterapia e uma abegoaria com garagem. Contudo, o reduzido número de chalés para pensionistas levou à ocupação de dois pavilhões para pensionistas, um para doentes de 1.ª classe e outro para os de 2.ª classe e um terceiro para pobres, conforme a descrição feita:

> *Construidos pelo mesmo modelo, os 3 pavilhões são absolutamente independentes, mesmo sob o ponto de vista economico, possuindo, cada um, além da cosinha, um serviço geral privativo, comprehendendo: sub-solo, rez-do-chão, andar nobre, sotão e um annexo, collocado por detraz, formando angulo recto com a fachada principal, reservado aos serviços geraes.*
>
> *O sub-solo destina-se a caves, despensas e arrecadações.*
>
> *O rez-do-chão, cuja fachada principal se acha provida de uma varanda, em toda a extensão (38 metros), com tres metros de largura, fechada nas extremidades, compõe se, além do vestibulo, de uma casa de consulta, sala de reunião para os doentes, quando o tempo lhes não permita a permanência ao ar livre, cosinha, refeitorio, copa, buffete, tres quartos de cama e «water-closets».*
>
> *O andar nobre, ou segundo pavimento, tem uma varanda, identica á do andar inferior e comporta: sete dormitorios, uma sala ao centro, e, no corpo que fica separada pela escada do resto do edificio, um quarto para enfermeiro, rouparia, duas casas de banho e outros tantos «water-closets». A altura dos tectos n'este pavimento é de 4 metros; no rez-do-chão é de 4m,20.*
>
> *O sotão, aproveitavel apenas na parte central, contem quartos para enfermeiros e serviçaes, quartos de banho, retrete e logar para armazenagem de roupas e utensilios.*
>
> *Os dormitorios têm todos a exposição ao sul; são bem illuminados, arejados por janellas amplas com banheiras moveis. Só um d'elles, o maior é que póde receber seis camas, pela sua extensão, abrange toda a largura do edificio.*
>
> *As paredes interiores de todos os edificios, nos quartos, salas, corredores e mais dependencias, são cobertas de um inducto impermeavel (ripolin), até a altura de dois metros, de forma a permittirem a lavagem diaria com solutos desinfectantes; o pavimento será mais tarde coberto com linhagem. Todos os angulos reintrantes no interior dos edificios foram cuidadosamente evitados.*
>
> *Nos chalets (preço até 100$000 réis mensaes) têm os doentes uma vida independente, subordinando-se, porém, aos regulamentos hygienicos e utilisando-se, querendo, da alimentação fornecida aos doentes dos pavilhões.*

---

[988] Cf. SEQUEIRA, 2003: 53-54; *Sanatório na Guarda*, 1901: 382 e *Sanatório na Guarda*, 1904: 48.

[989] AZEVEDO, 1899: 245-254.

A illuminação é electrica.

Agua potavel de primeira ordem, captada a distancia de 4 kilometros (fonte do Marquez de Alorna), em terrenos graniticos, 60 a 80 metros acima do nivel do sanatorio, distribuindo-se, mediante canalisação directa, a todos os edificios e quartos; além d'isto, ha nos terrenos do sanatório duas nascentes, em nível superior ao das differentes edificações[990].

A inauguração do sanatório foi feita a 17 de maio de 1907, na presença da família real, das diversas entidades oficiais e de um conjunto numeroso de médicos, jornalistas e público de todas as classes. A instituição ficou sob a direção de Lopo de Carvalho durante os primeiros quinze anos de atividade (1907-1922), sendo substituído após a morte em 1922 por Amândio Paul, que se manteve na direção até 1933.

Logo nos primeiros sete meses de atividade, de maio a dezembro de 1907, o sanatório recebeu 119 doentes, 31 dos quais do sexo feminino e 88 do masculino. O pavilhão destinado aos pensionistas (1.ª classe) recebeu 28 doentes, o pavilhão de 2.ª classe recebeu 58 doentes e o de 3.ª classe acomodou 23 tísicos. Nos chalés estiveram ainda 10 doentes[991]. Este número de doentes foi encorajador para os serviços de luta antituberculose, embora muitos pedidos de internamento tenham ficado sem resposta pela incapacidade de receber mais doentes.

O sanatório foi também um centro de estudos, pois lá se fizeram as primeiras experiências com o pneumotórax em Portugal e os primeiros ensaios com antibióticos. Segundo Ladislau Patrício, no período em que a cirurgia torácica estava no auge, o Sanatório da Guarda era um local de referência. A provar estavam as frequentes visitas de estudo, que desde o início da atividade eram requisitadas por vários professores. Uma das primeiras visitas foi feita a pedido de Tiago de Almeida em representação da Escola Médico-cirúrgica do Porto, onde era professor, acompanhado de Américo Pires de Lima. Com a visita pretendeu completar a preparação académica dos alunos de medicina nos campos da patologia clínica, nos processos de diagnóstico, nos meios cirúrgicos e no tratamento sanatorial segundo o modelo de Brehmer e Detweiller[992]. Além das visitas de estudo, o sanatório chegou a receber visita de importantes figuras de Estado como eram as visitas dos Ministros da Guerra, do Interior e da Instrução, chegando mesmo a ser visitado pelo Presidente Marechal Carmona e pelo Doutor Oliveira Salazar[993].

A orgânica do sanatório era relativamente simples se atendermos que este era um dos maiores sanatórios do país. A chefia do sanatório estava a cargo dum diretor, coadjuvado pelo subdiretor que era também 1.º assistente. Existiam também as figuras do 2.º assistente interno e do 2.º assistente externo, cirurgião, seis enfermeiros e um sacerdote. Quando soli-

[990] *O sanatório Souza Martins*, 1907: 168-169.

[991] *Relatório do conselho central e parecer do conselho fiscal relativos ao anno economico de 1907-1908*, 1909: 21.

[992] LIMA, 1910: 261-268.

[993] PATRÍCIO, 1964: 124.

citado pelo diretor colaboravam ainda um otorrinolaringologista e um dentista e esporadicamente foram admitidos alguns médicos estagiários, uma vez que o sanatório cumpria também funções escolares.

A existência de uma hierarquia orgânica implicava diferentes funções. Ao diretor competia dar a consulta inicial a todos os doentes internados e a consulta final aos doentes que tivessem alta. Após o diagnóstico, era o diretor que estabelecia as linhas gerais do tratamento e o prognóstico. Devia ainda fiscalizar o serviço dos médicos assistentes e demais auxiliares para garantir o melhor serviço possível, tal como informar as famílias da evolução clínica dos doentes. Quanto ao subdiretor, as suas funções passavam por consultar os doentes e propor a alta destes ao diretor, devendo também substituir aquele na sua ausência e ainda averiguar e participar anomalias nos serviços. Aos assistentes cabia-lhes o serviço clínico no horário diurno, das 9h00 às 18h00, e o serviço noturno de urgência quando destacados para tal. Similarmente aos outros sanatórios, no sanatório da Guarda impunha-se um regime disciplinar rígido, devendo os doentes submeter-se ao regulamento interno da instituição, podendo ser expulso em casos limite como desrespeito ou agressão aos funcionários ou perturbação da vida quotidiana dos outros doentes.

O pessoal da enfermagem devia acompanhar o médico nas visitas aos doentes, requisitar os medicamentos prescritos à farmácia, dar instruções aos cozinheiros em relação às dietas alimentares e zelar pela limpeza e higiene dos quartos e enfermarias e pela desinfeção de roupas e objetos. Quanto ao sacerdote assegurava o serviço religioso aos doentes, médicos, enfermeiros e demais funcionários[994].

A direção do sanatório ao longo das várias décadas de funcionamento foi bastante estável. Conheceu apenas quatro diretores: Lopo de Carvalho (pai) entre 1907 e 1922, Amândio Paul que iniciou funções logo após a morte do seu mestre ainda em 1922 e até 1933, Ladislau Patrício de 1933 a 1956 e posteriormente Martins de Queirós que se manteve em funções até à inclusão do sanatório na rede de hospitais distritais. Note-se que o primeiro cumpriu funções durante quinze anos, o segundo cerca de onze anos e Ladislau Patrício mais de trinta anos e o último quase duas décadas o que demonstra a fixidez e estabilidade da direção do sanatório. Com o aparecimento dos antibióticos e a passagem do tratamento em regime de internamento para o tratamento ambulatório levou ao declínio dos sanatórios em todo o país. Daí que as instituições sanatoriais tenham sido encerradas ou integradas em hospitais centrais ou distritais. Nesse contexto, o Sanatório Sousa Martins foi integrado no Hospital Distrital da Guarda em novembro de 1975[995].

Ao longo das várias décadas de funcionamento trabalharam no sanatório da Guarda destacados médicos como Mário Cardoso, Manuel Vasconcelos, António Júlio Proença Abranches, Augusto Monjardino, Jorge Monjardino, Tomé Vilar e Bissaya Barreto. Pode-se

---

[994] PATRÍCIO, 1964: 121-123.

[995] SEQUEIRA, 2003: 68.

dizer que o sanatório da Guarda era um polo importante da cidade, não só como centro de tratamento como igualmente como centro educativo, cultural e turístico. A cidade revestiu-se dum novo dinamismo, especialmente nas décadas de 1940 e 1950 com as transformações da estrutura urbana, económica e social, o que trouxe um maior movimento ao sanatório. Em 1953, fruto duma maior procura é construído um novo pavilhão com trezentas camas e com um movimento de doentes que chegou aos 800 por ano. O sanatório Sousa Martins ao ganhar uma maior dimensão assumiu-se como uma povoação autossuficiente dentro da própria cidade. O sucesso e a crença no sanatório eram tais que em 1955 foi inaugurada a Prisão Sanatório, com 53 celas masculinas e 7 femininas, destinada a receber reclusos de todo o país com doenças pulmonares[996].

No sanatório desenvolveu-se um importante centro educacional. Na origem do centro educacional esteve a Caixa Recreativa do Sanatório criada em 1937, instituída com o objetivo de apoiar a luta contra a tuberculose. A Caixa funcionava como uma associação de entreajuda, sendo suportada sobretudo pelas quotizações de doentes com maiores possibilidades económicas. Inicialmente as suas finalidades eram a de facultar aos doentes as distrações compatíveis com o seu estado de saúde, mantendo a biblioteca e a organização de espetáculos, festas e conferências. Mas sobre esta associação recaía uma contribuição industrial, porque na altura a recuperação era considerada como atividade industrial, pelo que foi necessário oficializar a associação de doentes como instituição de assistência particular. Como algumas esferas superiores não simpatizavam com a denominação de Caixa Recreativa, foi adotado o nome de Centro Educacional e Recuperador de Internados do Sanatório Sousa Martins.

A atuação do CERISSM estava fundamentalmente ligada à educação dos doentes e à reabilitação e readaptação para a vida ativa. Para tal oferecia a cada doente a oportunidade de se qualificar para uma profissão compatível com a sua capacidade física. O CERISSM possuía um teatro e um cinema no pavilhão 1, a cantina e escola masculina no pavilhão 2, a telescola e a escola feminina no pavilhão novo e a fundição de metais por detrás da lavandaria do sanatório. Do funcionamento escolar beneficiaram numerosos doentes que por lá passaram, concluindo a escolarização primária. A telescola permitia aos doentes que iam chegando ao sanatório seguir as aulas e prosseguir os estudos. Existiam ainda dois cursos ministrados, o de pré-escola e o de enfermagem, tendo o CERISSM subsidiado vários alunos/doentes na conclusão e certificação destes cursos em escolas oficiais.

A biblioteca e o cinema eram, além de distrações e escapes, uma ocupação para os que se dedicavam a tais atividades. Mas foi o sector oficinal que obteve maior adesão e que permitiu maior interação com a comunidade guardense. As profissões mais solicitadas estavam ligadas à encadernação, marcenaria, carpintaria, serralharia, fundição, torneiro mecânico, pintor, estofador, tecelagem e malhas. Seguia-se por ordem de importância pedidos relativos

[996] SEQUEIRA, 2003: 66-68.

a fotografia, pintura e desenho, relojoaria, electrometalurgia, eletrotecnia, latoaria, funilaria e técnico auxiliar de raios X. As profissões de pedreiro, pastor, jardineiro, barbeiro, engraxador e sacristão construíam um terceiro grupo de pedidos, mas com menor expressão[997].

A existência de dois importantes meios de comunicação no sanatório e cidade da Guarda, o jornal «Bola de Neve» e a «Rádio Altitude», também absorviam alguma mão-de-obra, embora mais qualificada.

Embora a decadência do sanatório se arrastasse desde a disseminação dos antibióticos e quimioterapia específica, a fase final da sua existência veio com o 25 de abril de 1974. No ano seguinte, a reconfiguração das estratégias de luta contra a tuberculose levou o Ministério dos Assuntos Sociais através da Secretaria de Estado da Saúde à promulgação do Decreto-lei 260/75 de 26 de maio. Com ele, o IANT foi integrado na Direcção-Geral de Saúde e os sanatórios foram integrados na Direcção-Geral dos Hospitais. De acordo com o Art. 7.º, o Sanatório Sousa Martins teria de ser integrado no hospital distrital da sua área, o que veio a acontecer a 5 de novembro desse ano[998]. Terminou desta forma uma longa jornada de luta antituberculose no nosso país que, passando por três regimes políticos distintos e duas guerras mundiais, não pôde resistir, no entanto, à revolução da ciência médica e dos fármacos.

Falar dos sanatórios em Portugal sem falar da estância sanatorial do Caramulo é contornar uma questão importante neste campo. Não podemos deixar de referir um dos centros mais destacados de tratamento desta doença, pelo número e estatuto social dos doentes assistidos (por lá passaram numerosas personalidades da política, alta sociedade e alta finança de Portugal), mas destaca-se igualmente o seu corpo clínico, cuja competência e contributo para a tisiologia ultrapassou as fronteiras nacionais. Este foi sem dúvida um dos mais modernos sanatórios do seu tempo, com infraestruturas e equipamentos excecionais para a época. A fundação dos sanatórios do Caramulo esteve intimamente ligada ao seu fundador, o Dr. Jerónimo de Lacerda. Depois de concluir o curso de Medicina em Coimbra, o qual acabou em 1915 com 19 valores, foi chamado a prestar serviço na Flandres como médico do Corpo Expedicionário Português, durante a participação portuguesa na Grande Guerra. Sobrevivente da Batalha de *La Lys*, onde muitos dos seus compatriotas foram aniquilados pelas tropas alemãs, voltou a Portugal em 1918, retomando o seu lugar de assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra e de clínico no concelho de Tondela. Conhecedor da serra do Caramulo e atento às propriedades que eram atribuídas aos ares serranos no tratamento da tuberculose, porque acompanhava numerosas vezes o pai que era aí subdelegado de saúde, começou a pensar na construção de edifícios destinados a receber «doentes do peito»[999].

---

[997] SEQUEIRA, 2003: 83.

[998] *Vide* DECRETO-LEI n.º 260/75. *D.R. I Série*. 121 (75-05-26): 729-730.

[999] SANTOS, 1989: 3-4.

Foi o interesse de alguns doentes pelo clima do Caramulo e a falta de alojamentos que estimularam Lacerda e outros interessados a promover em janeiro de 1920 uma primeira reunião da Comissão Organizadora da Sociedade de Propaganda do Caramulo no salão nobre do Instituto de Coimbra. Fruto dessa reunião foi constituída a 4 de dezembro do mesmo ano a Sociedade do Caramulo, que viria a edificar um hotel para convalescentes e restantes infraestruturas. O Grande Hotel, como foi batizado, abriu portas em junho de 1922 a doentes não tuberculosos[1000].

Entretanto, Jerónimo Lacerda tornou-se amigo pessoal do Dr. Oliveira Salazar que desempenhava já funções de Ministro das Finanças e a breve trecho seria Presidente do Conselho de Ministros. Com a proximidade ao líder do Estado Novo, Lacerda ganhou um importante poder político local e, fruto da sua habilidade, também poder económico. Em Lisboa, fez não só amigos e contactos ao mais alto nível nos círculos políticos, como também estabeleceu importantes contactos médicos, recrutando na capital muitos dos médicos que exerceram no Caramulo. Em pouco tempo tornou-se sócio maioritário da Sociedade do Caramulo, dedicada à exploração hoteleira, e diretor dos serviços clínicos da Estância Sanatorial, o que deu lucros significativos. Com uma morte precoce devido a um ataque cardíaco, os filhos assumiram a gestão da estância, primeiro Abel Lacerda como diretor administrativo e, anos depois, João Lacerda como diretor clínico.

Em 1922 abriu o Grande Hotel, num edifício com três pisos e águas furtadas, com um corpo central e dois laterais. A estância foi provida também com uma lavandaria totalmente mecanizada e com serviço de desinfeção. Pugnando pelo autoabastecimento foi instalada uma vacaria e matadouro próprio com apoio veterinário, uma central leiteira com análise, pasteurização e distribuição de leite e uma rede de frio para conservação dos alimentos. Em grande medida, a construção da estância sanatorial contribuiu para o desenvolvimento da região. Foi construída na encosta nascente da serra uma estrada asfaltada de 11 km e depois outra na encosta ocidental de 37 km com piso macadamizado. A Sociedade do Caramulo procedeu a obras de captação de água e de uma rede de distribuição, construindo também uma barragem própria para fornecimento de energia elétrica. Seguiu-se a construção de uma rede de esgotos, centro de tratamento e incineração de lixos, centro de recuperação de águas contaminadas, cemitério, estação de correio, capela, casa mortuária, escola primária, posto da Guarda Nacional Republicana e a instalação dos serviços florestais e da Junta do Turismo do Caramulo[1001]. Progressivamente foram sendo construídos vários outros sanatórios, num total de dezassete, de que são exemplo o Sanatório de Santa Maria, Sanatório Central, Sanatório do Sameiro, Sanatório da Montanha, Sanatório Monteiro de Carvalho ou a Casa de Saúde de Montanha.

Segundo António José Veloso, o sanatório passou por três grandes fases: a fase de

---

[1000] Cf. LACERDA, 1936: 3-4 e SANTOS, 1989: 4-7.

[1001] Cf. VELOSO, 2010: 47-51 e SANTOS, 1989: 10-11.

arranque que foi de 1920 a 1938, o período áureo de 1938 a 1952 e a fase de declínio que compreendeu o período entre 1952 e 1978. A fase de arranque corresponde ao momento em que Jerónimo Lacerda projetou as suas ideias abrindo o primeiro sanatório designado de Grande Hotel, por a palavra «sanatório» ter uma conotação negativa. Mas a clientela de tuberculosos aumentou de tal forma que a realidade se impôs e em 1933 passou definitivamente a chamar-se Grande Sanatório. O Grande Sanatório constituía o centro de toda a atividade médica e assistencial, estando aí instalada a farmácia central, o serviço de radiologia, o laboratório de análises clínicas e o arquivo radiográfico. Aí estavam também concentrados os serviços clínicos de tisiologia, estomatologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral e especial. No entanto, cada sanatório tinha um médico assistente e enfermeiros próprios que asseguravam os cuidados clínicos. Aí os doentes eram classificados de 1.ª, 2.ª e 3.ª classe dependendo da importância que pagavam pelos cuidados clínicos. No entanto, a classe correspondia essencialmente ao luxo dos quartos e do edifício, já que a alimentação e higiene eram semelhante e todos estavam sujeitos a um escrupuloso regulamento interno[1002].

Inicialmente pensado maioritariamente para doentes endinheirados, à semelhança do que acontecia com os sanatórios suíços, cedo o sanatório começou a receber doentes ligados a empresas ou serviços públicos. Em 1926 deu entrada no sanatório um grupo de ferroviários da Secção Centro de Portugal. Posteriormente foram celebrados contractos com a Associação dos Funcionários Civis Tuberculosos, com a Direcção-Geral de Assistência, a Assistência Nacional aos Tuberculosos e os Ministérios do Exército e da Marinha. Logo em 1933 Jerónimo Lacerda refere: «Uma grande parte destes doentes são funcionários públicos, civis ou militares e agentes da C.P. sendo apenas de 25% o número de particulares, número bastante reduzido o que se explica pela crise actual que dificulta para uns, torna mesmo impossível para outros, uma permanência prolongada em sanatório, como a doença exige»[1003].

Apesar da estância ter sido projetada para uma clientela possidente, as dificuldades advindas da conjuntura nacional dificultavam a estada prolongada dos doentes. A estratégia passou por assinar convénios com instituições estatais de modo a sobreviver enquanto instituição. Além disso o Caramulo afirmou-se ainda como um precursor de uma medicina social, onde se prestava auxílio aos mais pobres. A cantina dava de comer aos que aí acorriam em busca de trabalho, sem família e com fome, criou-se uma consulta externa gratuita de clínica geral para os habitantes da região e tratavam em cada 13 doentes 1 gratuitamente, dando-se preferência aos da região[1004].

Nos anos 30, Lacerda conseguiu rodear-se de colaboradores competentes e experimentados como os residentes Pinto Nunes ou Celso Horta e Vale e dois prestigiados cirur-

[1002] LACERDA, 1936: 7-9.
[1003] LACERDA, 1935: 22.
[1004] SANTOS, 1989: 12.

giões, o Dr. Luís Quintela dos Hospitais Civis de Lisboa e Bissaya Barreto, Professor de Cirurgia na Universidade de Coimbra. Mas com a chegada do reconhecido médico espanhol Manuel Tápia em 1938 fugido à Guerra Civil de Espanha, com uma vasta obra no campo da tisiologia, o Caramulo consagrou-se definitivamente como escola de pneumotisiologia[1005].

Manuel Tápia, médico espanhol de uma geração de clínicos brilhantes e especializado em doenças infeciosas, era diretor do Sanatório de Fuenfria em Guadarrama. Fruto dos seus estágios na Áustria desenvolveu estudos no campo da anatomopatologia e de classificações morfológicas. Durante um congresso em Paris conheceu Alexandre de Almeida que o convidou a hospedar-se num dos seus hotéis em Lisboa. Foi em Lisboa que conheceu Jerónimo de Lacerda que o convidou prontamente para integrar o corpo clínico do Caramulo como diretor científico, cargo concebido para contornar os obstáculos que pudessem ser criados sobre a validade da licenciatura de Tápia. Aceite o convite, o tisiologista espanhol instalou-se com a mulher numa *suite* do Grande Sanatório.

Prontamente começou a reorganizar os serviços clínicos e a criar um arquivo de processos e de radiografias e outros materiais acumulados que serviram de base a futuras publicações. Verificando a impreparação de muitos médicos para lidar com o problema da tuberculose, por a tisiologia não ser lecionada individualmente nas faculdades de medicina, porque os conhecimentos sobre anatomopatologia e terapêutica da tuberculose tinham evoluído consideravelmente e porque o meio sanatorial era o que melhor podia pronunciar-se acerca dos aspetos científicos, clínicos e cirúrgicos desta doença, foram preparados cursos de aperfeiçoamento para médicos. Manuel Tápia ficou encarregue de organizar e preparar os cursos de aperfeiçoamento, com incidência nos campos radiológicos, anatomia patológica e bacteriologia para médicos portugueses e estrangeiros que mostrassem intenção de melhorar os seus conhecimentos acerca desta doença. O primeiro realizou-se em 1938 e com uma grande adesão, tendo participado nos «Dias Médicos» cerca de três centenas de médicos e estudantes de medicina.

Seguiram-se várias palestras acerca do diagnóstico e tratamento da tuberculose pulmonar: três sobre formas anatomoclínicas, sua evolução e diagnóstico, uma sobre diagnóstico das cavernas, uma sobre o papel da radiologia na tuberculose pulmonar, uma sobre quimioterapia pelos sais de ouro, uma sobre colapsoterapia médica, outra sobre colapsoterapia cirúrgica e outra ainda sobre tuberculose laríngea. A adesão às palestras fez surgir pequenos cursos organizados com alguma frequência. Os cursos piloto do ano de 1938 tinham uma duração de oito dias, ao longo dos quais os médicos participantes recebiam formação teórica e prática.

A formação teórica compreendia oito palestras com os seguintes temas: 1) estudo da primoinfeção; 2) formas hemotógenas da tuberculose pulmonar; 3) formas iniciais da

[1005] Cf. VELOSO, 2010: 76-77 e SANTOS, 1989: 13-14.

tuberculose local do adulto; 4) estudo da tuberculose pleural; 5) quimioterapia da tuberculose; 6) colapsoterapia médica; 7); Método de Jacobaeus-Maurer; 8) colapsoterapia cirúrgica da tuberculose. Ao nível prático os formandos tinham a oportunidade de participar nas visitas médicas e na prática diagnóstica, laboratorial e cirúrgica segundo o programa estabelecido: 1) observações de doentes em três sessões de duas horas cada; 2) radioscopia e prática do pneumotórax artificial em quatro sessões de hora e meia; 3) sessão sobre a técnica da secção de aderências; 4) uma sessão cirúrgica sobre toracoplastia; 5) quatro sessões de três horas cada sobre prática de laboratório: exame morfológico do sangue, velocidade de sedimentação, análises de expetoração e urina[1006]. Do conjunto de investigações e curso surgiu em 1939 a obra «*Formas anatomoclínicas, diagnóstico y tratamento de la tuberculosis pulmonar*» da autoria de Tápia, que se tornou num manual de referência e recomendado pelas três faculdades de medicina do país.

Estes programas ambiciosos mostram a importância que a especialidade tisiológica assumiu na primeira metade do século XX, graças aos avanços no campo do diagnóstico, análises clínicas e tratamento cirúrgico. Por outro lado, a preocupação que surgiu com estes cursos de aperfeiçoamento mostra também a impreparação dos médicos nesta área, devido em grande parte à inexistência de uma cadeira de tisiologia ou pneumotisiologia nas faculdades portuguesas. Assim, esta lacuna foi sendo suprida pelos cursos ministrados em alguns sanatórios mais organizados e cujo corpo clínico se dedicava à pesquisa científica. A Estância do Caramulo alimentou desde cedo uma publicação anual, de 1935 a 1949, designada de «Estatística» onde se publicavam as estatísticas do movimento do sanatório e outros artigos. Em 1950 e 1951 publicou-se o «Boletim da Estância Sanatorial do Caramulo» que em 1952 se transformou nos «Arquivos de Tisiologia» durando a publicação até pelo menos 1972.

Em 1945, ano da morte de Jerónimo Lacerda, trabalhavam nos sanatórios vinte e seis médicos, designadamente os diretores, chefes de clínica, assistentes, cirurgiões, especialistas e estagiários. Nos anos que antecederam a morte de Lacerda, a obra foi ampliada com a construção de novos edifícios sanatoriais, com destaque para um sanatório infantil e outro destinado a doentes pobres sem meios para se tratarem, o chamado Sanatório da Beneficente do Caramulo, tratando gratuitamente 1 doente por cada 13 que pagavam o seu tratamento. Tinha ainda pequenas Casas de Saúde onde se tratavam doentes de poucos recursos por preços módicos, entre 200 a 600 escudos. No total albergava nos seus edifícios cerca de um milhar de doentes, sendo um número considerável a nível nacional[1007].

A introdução dos antibióticos e quimioterápicos na terapêutica geral da Estância do Caramulo deu-se em 1948 e intensificou-se nos anos subsequentes, nomeadamente a utilização da estreptomicina, do PAS, da hidrazida e do TB1. Contudo, foi a utilização da iso-

[1006] LACERDA, 1939: 34-35.
[1007] LACERDA, 1939: 5.

niazida que ditou uma maior eficácia do tratamento com tuberculostáticos. À semelhança do que aconteceu com todos os sanatórios, a utilização destas drogas determinou paulatinamente o declínio dos sanatórios, tendo o mesmo acontecido com os sanatórios do Caramulo. Mas o declínio não foi imediato, porque apesar dos resultados positivos da quimioterapia a cura completa de alguns casos só era conseguida após a ablação cirúrgica de parte irrecuperável do pulmão.

Foi a introdução de bacteriostáticos de segunda e terceira geração, falamos da cicloserina, a viocina, a etionamida, a pirazida, a rifampicina e o etambutol, que modificaram o panorama dos tratamentos. Apesar dos vários meses de tratamento que era exigido para serem realmente eficazes, os seus efeitos na redução da possibilidade de contágio ganharam terreno perante as velhas práticas dos bons ares, repouso, alimentação abundante e mesmo das diversas técnicas cirúrgicas. Restava à estância adaptar-se aos novos tempos.

No final da década de 1970, a estância assegurava apenas alguns serviços à população local, designadamente serviços de análises clínicas, radiologia, farmácia, consulta de estomatologia e consulta médica. A família Lacerda, ciente do declínio da estância sanatorial reconverteu a sua atividade. Abel Lacerda, amante de artes plásticas e antiguidades, decidiu abrir um museu de arte, transformando-o numa estância de turismo cultural. A morte inesperada aos 37 anos, devido a um acidente automóvel, fez o irmão João reequacionar o projeto. Da sua paixão pelo automobilismo acabou por ser fundado o primeiro grande museu português de automóveis antigos, que se tornou um dos motivos de atração turística da região. A necessidade de recursos económicos levou João Lacerda a investir também noutros domínios como a plantação de eucaliptos, na construção de aviários e fábricas de rações, construindo assim um grande império financeiro[1008]. À semelhança de tantos outros sanatórios fechou-se um ciclo importante da história da tuberculose em Portugal.

[1008] VELOSO, 2010: 122-125.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegados ao final desta dissertação apresentaremos os principais resultados apurados. Mais do que uma conclusão, pretendemos registar um conjunto de considerações finais que devem ser encaradas como um estado atual dos conhecimentos apurados e não como verdades absolutas, o que obviamente não existe no campo investigativo e científico. Como qualquer estudo científico, a história da tuberculose em Portugal é um percurso inacabado, ao qual se podem somar diferentes perspetivas e conhecimentos mais profundos à medida que ela se desenvolver. À medida que os estudos neste campo forem avançando e novos dados forem sendo resgatados do passado será necessário reorganizar e reformular a narrativa com base nesses novos elementos. Neste sentido, o nosso estudo pretende ser um contributo para melhor conhecer ou aclarar parte da história desta doença.

O conhecimento médico acerca das doenças passou por várias fases e foi inegavelmente marcado pelas circunstâncias sociais e históricas e pela mentalidade dos homens do passado. No início do período contemporâneo a medicina foi marcada por uma perspetiva importada da filosofia, através dos sistemas médico-filosóficos, que concebiam as doenças e o adoecer como produto da perda da força vital ou de estados de caquexia orgânica. Ao longo do século XIX, a medicina conheceu importantes progressos por efeito dos estudos e observações perpetrados tanto à cabeceira dos doentes como nas salas de autópsias e nos laboratórios. Os anatomoclínicos foram os primeiros a conceber os fenómenos patológicos como produto de uma lesão orgânica, associando os sintomas com o que observavam empiricamente nas necropsias. Posteriormente, os fisiologistas vieram esclarecer as falhas dos primeiros e finalmente os bacteriologistas descobriram a causa microscópica de muitas doenças infetocontagiosas, modificando a visão acerca da relação do homem com a doença. Provou-se que as doenças não se manifestavam somente devido a anomalias físicas ou fisiológicas. Em muitos casos as doenças eram resultado de agressões provocadas por seres vivos microscópicos externos ao organismo humano.

No contexto dos progressos científicos e tecnológicos da medicina, a medicina portuguesa foi fundamentalmente uma seguidora atenta e reprodutora de discursos, muito embora nalgumas áreas como a medicina tropical ou na neurologia tenha tido médicos e investigações inovadoras. Todavia, nas áreas onde não foi pioneira nunca se manteve estática. Pelo contrário, quer os profissionais de saúde quer as instituições científicas se esforçaram por gerar discussão e massa crítica, promover o debate científico e fazer a aplicação prática dos novos conhecimentos e técnicas.

Por influência das doutrinas médicas, a tuberculose não foi vista como uma doença una no decorrer dos séculos. O desconhecimento da origem e das causas impediram que as diferentes formas da doença fossem encaradas como uma só doença, que na realidade tinha o mesmo agente etiopatológico. A tísica pulmonar era vista como uma doença diferente das escrófulas ou do Mal de Pott, quando na verdade eram a mesma doença, provocada pelo mesmo agente patogénico, mas com localizações orgânicas diferentes. Foi especialmente a partir da conversão anatomoclínica da medicina que vários pontos da doença

foram esclarecidos. A tísica pulmonar associou-se pela primeira vez à existência de tubérculos nos pulmões e questionou-se se as escrófulas não eram também uma forma de tuberculose. No entanto prevaleceu a origem hereditária até à segunda metade do século XIX. O desenvolvimento da fisiologia permitiu conceber uma nova noção acerca do processo tuberculoso. Os fracos de peito tinham geralmente um coração pequeno que não conseguiam bombear sangue suficiente para os pulmões, o que ocasionava a formação de tubérculos e o desencadear do processo tuberculoso. Foi com base nesta teoria que nasceu o tratamento sanatorial, visando proporcionar a estada em zonas de baixas pressões atmosféricas para forçar o coração dos doentes a trabalhar mais intensamente para suprir a necessidade de oxigénio e assim irrigar todo o corpo incluindo os pulmões, evitando os ingurgitamentos pulmonares.

A década de 1880 marcou decisivamente um antes e um depois na história da tuberculose. A descoberta do BK não representou somente o conhecimento da causa da doença. As suas implicações ultrapassaram esse facto científico, provando-se que era uma doença de micróbio, específica e contagiosa, e, por conseguinte, evitável e curável. Apesar da tendência para os médicos portugueses reconhecerem a natureza parasitária e contagiosa da doença, num primeiro momento a doutrina do contágio e da hereditariedade coexistiram durante mais algumas décadas. Cientes dos problemas sociais que o reconhecimento exclusivo da doutrina do contágio podia trazer, designadamente uma bacilofobia e uma tuberculofobia, os médicos continuaram a reconhecer a possibilidade da tuberculose se transmitir por via hereditária, sustentado nas teorias da hereditariedade mórbida e «heredo-contágio», no sentido em que se herdava a predisposição para ser tuberculizável. Mas se é verdade que os discursos médicos consideravam a diátese tuberculosa, as atitudes perante a doença e ações tenderam para combater a tuberculose enquanto doença contagiosa. A essa atitude correspondeu um plano de combate assente na higienização individual e coletiva, na prevenção da tuberculização precoce das crianças, no tratamento dos tuberculosos curáveis e no internamento dos incuráveis.

Esta década marcou também um acréscimo do interesse ao nível académico pela questão da tuberculose, que em grande medida se manteve até à segunda década do século XX. Interessa aqui destacar a preponderância das Escolas Médico-cirúrgicas do Porto e Lisboa na construção do saber médico e produção de massa crítica acerca da tuberculose, o que se ficou a dever em parte à valoração das questões ligadas à anatomia patológica, à prática clínica, aos tratamentos em todas as suas vertentes e às formas de tuberculose não pulmonares. Na Faculdade de Medicina de Coimbra os estudos ligados à tisiologia foram secundarizados até meados do século XX, despertando a partir de 1950-1960 maior interesse. A maior inclinação das escolas médicas do Porto e Lisboa para este assunto gerou maior crítica social ao problema e discussão sobre os meios para combater a doença. Mas o interesse pela doença e as elevadas taxas de mortalidade não foram suficientes para se criar uma cadeira específica de tisiologia. A tisiologia enquanto área do saber médico orientada para

o estudo da tuberculose nunca foi lecionada de forma independente nas universidades portuguesas. Esta área desenvolveu-se sobretudo nos sanatórios, que criavam cursos de aperfeiçoamento nesta especialidade e recebiam visitas de estudo das Faculdades de Medicina.

Não sendo uma área regulamentada pelas instituições de ensino, cresceu e valorizou-se sobretudo devido ao interesse de médicos e cirurgiões que indo ao estrangeiro ou recebendo formação de tisiologistas estrangeiros se atualizavam e posteriormente reproduziam a informação a alguns grupos de interessados. Os sanatórios do Caramulo, não sendo caso único, representam bem a formação de um escol médico dedicado ao aprofundamento do saber tisiológico e à dinamização de formação além do saber académico aprendido nas Universidades. Apesar da reforma da ANT em 1942 atribuir à instituição competências no campo da promoção dos estudos tisiológicos, investigação científica e cursos práticos, a verdade é que esta vertente nunca se desenvolveu tão profusamente como por exemplo a investigação sobre o cancro que contava com um instituto inteiramente dedicado aos estudos oncológicos.

A década de 1880 foi profícua em vários acontecimentos, nomeadamente no início do movimento a favor da construção dos sanatórios de altitude, embora as concretizações só tenham aparecido no século XX. Concomitantemente, os médicos ligados ao higienismo denunciaram vários problemas de cariz social associados à produção e extensão do número de casos de tuberculose sobretudo entre as camadas trabalhadoras. A construção da ideia de tuberculose como doença social esteve intimamente ligada à maior proliferação da doença em ambientes onde reinava a pobreza, as más condições de vida e habitação, a má nutrição, a falta de higiene e de hábitos saudáveis. Contrariamente ao pensamento médico francês, de que Portugal era recetor, que enfatizavam o papel do alcoolismo e da sífilis na proliferação da tuberculose, enquanto metáforas da vida desregrada nos cabarets, da prostituição e da sexualidade exacerbada, os médicos portugueses consideravam a aglomeração urbana, as habitações deficientes e sórdidas, as dietas alimentares monótonas e deficitárias como os principais predisponentes à tuberculose. Todavia, a escola e a caserna militar, ao receber e concentrar um grande número de pessoas, eram ambientes que facilitavam a propagação da tuberculose pela falta de higiene em geral. Como consequência dos vários problemas sociais o número de óbitos aumentou continuamente nas três primeiras décadas de Novecentos. Nos anos 30 registaram-se mais de 13 mil mortes anuais devidas às várias formas de tuberculose sendo a primeira causa de morte se excluirmos as enterites, dominando claramente sobre qualquer outra doença infetocontagiosa.

Perante estes problemas e numa primeira fase, o discurso médico-científico foi o único capaz de apresentar propostas para controlar a expansão da doença e minimizar os dados provocados. Só paulatinamente e influenciado pelo discurso médico, o Estado e os poderes públicos foram assumindo um papel mais proactivo na luta contra a tuberculose. Apesar de alguma legislação publicada nos finais do século XIX, consideramos que foi o «Regulamento dos serviços de profilaxia da tuberculose» de 1902 e o Decreto de 30 de

agosto de 1903, que tornava obrigatória a desinfeção de habitações e objetos de tuberculosos falecidos, que mostraram um interesse sério dos poderes públicos pelo problema. Não obstante, questões centrais como a criação de preventórios, dispensários e sanatórios, a introdução da vacina BCG ou as campanhas profiláticas foram feitas à margem da intervenção estatal.

A maior parte das vezes os avanços partiram de iniciativas de particulares que preocupados com o problema na «sua terra» lhe dedicaram atenção e esforços materiais para debelar a doença. A ANT, que era o organismo central de combate à doença, só em 1945 foi nacionalizada e passou a depender maioritariamento de recursos destinados pelo governo. Só a partir de 1952 é que o Estado conseguiu inaugurar três centros de profilaxia e diagnóstico para fazer o cadastramento microrradiográfico da população e centralizar a administração da vacina BCG e da prova tuberculina. Foi contudo a criação de brigadas móveis pelo IANT que permitiu alargar estes serviços à população fora das grandes cidades e massificar estes procedimentos.

A demora do Estado em coordenar a luta contra a tuberculose fez emergir várias iniciativas particulares de grande valor. Ao nível da prevenção destacaram-se a LNCT, a ANT, mas também a LPPS no Porto e a Junta Geral de Província em Coimbra que lutaram para estabelecer programas de higienização contra o contágio junto da população ou pela imunização através da vacinação. Em todas as ações, as instituições puseram a tónica na educação popular como a forma mais sustentável e duradoura para evitar o contágio. Proliferaram conferências e congressos para a educação popular, mas sem grande sucesso pois as taxas de mortalidade oficiais permaneceram elevadas até aos anos 50, quando a introdução dos antibióticos e da quimioterapia específica produziu os primeiros resultados nesta cruzada. Ao contrário dos resultados conseguidos em países como os EUA, a Grã-Bretanha ou os países escandinavos onde o declínio da mortalidade aconteceu antes da descoberta dos tratamentos específicos, o que se ficou a dever em grande medida à educação higiénica e à implementação das medidas profiláticas, em Portugal o declínio da mortalidade pela tuberculose só aconteceu na segunda metade do século devido à vacinação e aos novos tratamentos (e quiçá também ao recuo da virulência do bacilo). Há que considerar também algumas melhorias ao nível das condições de vida como na habitação, etc.

Até à reforma da ANT nos anos 30 a assistência aos tuberculosos através de dispensário e sanatórios foi limitada. Com a fundação da ANT estabeleceram-se os primeiros sanatórios (maioritariamente infantis) e alguns preventórios, mas com uma capacidade insuficiente relativamente ao número de tuberculosos. Diga-se que a maior parte destes estabelecimentos foi criada às custas de beneméritos endinheirados sensibilizados pelo problema. A desarticulação da política e das finanças até aos anos 30 não permitiu pôr em marcha os desígnios dos dirigentes da ANT. Porém, com o Estado Novo a instituição recebeu uma maior atenção por parte do Estado, embora só fosse nacionalizada em 1945 com o designativo de IANT, passando o governo a apoiar as iniciativas de luta antituberculose.

Progressivamente surgiram projetos como o de Bissaya Barreto em Coimbra ou Jerónimo Lacerna no Caramulo, homens afetos e benquistos ao regime, que exemplificaram o que deveria ter sido feito à escala nacional. A obra da Junta Geral de Província de Coimbra surge como um verdadeiro modelo sistemático de prevenção, tratamento e assistência aos tuberculosos. Embora com objetivos distintos, nomeadamente económicos, Lacerda criou no Caramulo uma rede de sanatórios exemplares. Sendo sanatórios particulares e com objetivos de lucro não deixou de albergar doentes com menos recursos e celebrar protocolos com o Estado para o tratamento dos funcionários civis e militares. Este foi talvez o maior exemplo de um sanatório dedicado à investigação, cujo núcleo de clínicos-investigadores ajudou a formar várias gerações de tisiologistas portugueses.

Com o aparecimento dos antibióticos e dos quimioterápicos veio a afirmação plena do tratamento ambulatório, tornando o tratamento sanatorial obsoleto. Apesar disso os sanatórios, essas verdadeiras «catedrais» de tuberculosos, mantiveram-se em funcionamento por mais de duas décadas, sobretudo para tratar casos graves de tuberculose que exigiam internamento, cirurgia pulmonar ou para acolher doentes pobres. A redução visível das taxas de mortalidade na década de 60 levou o governo a reequacionar o sistema de luta antituberculose e a fechar ou a reconverter os sanatórios em hospitais de especialidades ou em hospitais distritais. Em Portugal, os últimos sanatórios deixaram de funcionar enquanto tal em 1975, quando a luta contra a tuberculose fechou um longo capítulo da sua trágica, mas também empolgante, história.

Naturalmente as considerações aqui apresentadas não esgotam o universo de questões que é possível fazer ao passado. Temos consciência de que seguimos uma linha de investigação centrada na compreensão da estruturação do saber e das tecnologias médicas em torno da tuberculose, na identificação dos problemas sociais mais relevantes que influenciaram a propagação da doença e na organização da luta contra a tuberculose nos domínios da profilaxia e assistência. Há que ter em conta que existem temas tratados descontinuadamente e que refletem, por um lado, a falta ou inacessibilidade de documentação para aclarar essas questões ou, então, resultam dum esbatimento do interesse por esse tema pelos médicos. Outros temas não foram aprofundados porque não faziam parte deste projecto doutoral e a investigação nesse domínio constituiria por si só outra tese de doutoramento. Apesar de termos investigado e feito o levantamento dos fundos documentais sobre a doença das bibliotecas de medicina das universidades do Porto, Coimbra e Lisboa e dos centros documentais e bibliotecas de várias instituições que se destacaram no combate à tuberculose, não descuramos a hipóteses de existirem outras fontes e acervos por nós desconhecidos ou não identificados em tempo útil.

Assim e por exemplo no campo do estudo das doenças tuberculosas foi possível apurar um conjunto de factos limitado acerca da difusão e discussão das teorias em Portugal. A inexistência de uma cadeira de tisiologia ao nível universitário também não nos permitiu saber em que consistia verdadeiramente a formação em tisiologia e se esta era feita de um

modo uniforme em todo o país. Também não sabemos quais as disciplinas que compunham o curso de tisiologia e quais os manuais seguidos. Ao nível do disgnóstico e do tratamento foi possível reconstruir parte destes conhecimentos graças ao periodismo médico, às dissertações e a manuais técnicos, apesar de permanecerem dúvidas acerca da sua aplicação, da frequência, das dúvidas surgidas durante a prática clínica, da eficácia, etc. Por outro lado, a documentação é silenciosa em vários períodos. Existem períodos nos quais as revistas médicas, as dissertações e outras publicações falam exaustivamente de questões como os escarradores, a declaração obrigatória ou a vacinação, mas noutros momentos permanecem silenciosos, impedindo-nos de tratar estes temas duma forma linear e regular no tempo.

Quando nos debruçamos nas questões sociais associadas ao fenómeno patológico destacamos sobretudo problemas relativos à vida urbana. As questões da densidade demográfica, da alimentação, das escolas, da vida militar. No entanto, não estudamos os problemas próprios do mundo rural. Aí também grassavam outras formas de pobreza, de vida com poucas condições, provavelmente com casos de tuberculose humana e bovina. Não foi possível apurar se com a migração das populações do campo para as cidades a tuberculose foi transmitida pelos novos habitantes das cidades (já infetados) ou se foi contraída nas cidades por estes.

Relativamente ao panorama da mortalidade por tuberculose fica muito por dizer, isto porque, como é sabido, as estatísticas não referem o número de infetados, mas somente o número de falecidos. Mesmo as taxas de mortalidade nunca são reais pois os diagnósticos mal realizados ou indeterminados e os casos dissimulados pelos médicos a pedido das famílias impedem uma perceção mais nítida da questão obituária.

É verdade que identificamos as principais estratégias de prevenção, todavia é difícil apurar a eficácia das campanhas educativas. Quanto à assistência, fizemos uma síntese do que foram as principais obras neste domínio. Acreditamos que fazer a história da ANT ou de um sanatório constituía por si só outras teses de doutoramento, sem contudo esgotar o leque de questões que é passível de explorar.

Estas questões que ficaram por tratar abrem em si a possibilidade de explorar novos domínios. Tratar da história dos sanatórios, da sua organização interna, dos grupos sociais que aí viveram, dos sanatórios enquanto lugares de investigação e inovação tisiológica, etc. Da mesma forma, a história dos dispensários do ponto de vista institucional, social, pedagógico permitia esclarecer-nos acerca do sucesso ou insucesso que tiveram no campo da profilaxia. O mesmo pode ser feito em relação a outras instituições. A biobibliografia das personagens marcantes na luta antituberculose é um estudo a fazer e que permitiria, de futuro, saber o papel no impulsionamento, organização e concretização dos programas de irradicação da tuberculose, qual o contributo dos médicos tisiologistas para a formação duma especialidade médica própria, qual o seu papel na introdução de novos medicamentos, etc.

O nosso estudo centrou-se sobretudo na perspetiva médica e na sua visão da doença. O mesmo estudo podia ser realizado sob o ponto de vista social ou do doente. O estudo das representações sociais (não médicas) da doença, das experiências e vivências pessoais de internamentos e submissão ao modo de vida sanatorial, a experiência pessoal de ser/estar tuberculoso entre ricos e pobres, o estudo da tuberculose em grupos profissionais mais afetados e porquê, etc.

Chegados ao fim desta dissertação percebemos que existe todo um universo de factos, acontecimentos e cadeia de relações que é necessário estudar para nos aproximarmos um pouco mais da história da tuberculose e dos tuberculosos. As pistas aqui lançadas são apenas alguns exemplos do que falta e é necessário estudar. O questionamento segundo outras perspetivas ou a descoberta de outras fontes documentais permitirão, no futuro, ir completando o conhecimento histórico sobre esta doença.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Cartas

BETTENCOURT, Aníbal (1928) – *[Carta] 1928-06*. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

___ (1929) – *[Carta] 1929-01-19*. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

CALMETTE, Albert (1928) – *[Carta] 1928-05-31*. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

DIAS, Elio de Vasconcelos (1942) – *[Carta] 1942-12-02*. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1928) – *[Carta] 1928-05-25*. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

Documentos Oficiais

Acta da sessão de 15 de novembro de 1890 (1891a). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 55, p. 112--113.

Acta da sessão de 13 de dezembro de 1890 (1891b). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 55, p. 241--246.

Acta da sessão de 17 de janeiro de 1891 (1891c). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 55 (1891c), p. 301-307.

Annaes de Saude Publica do Reino: Legislação Sanitária (*collecção de documentos officiaes desde 1879 a julho de 1899*).

Annaes de Saude Publica do Reino: Legislação Sanitária (*collecção de documentos officiaes de julho de 1899 a 24 de dezembro de 1901*).

Boletim dos serviços sanitários do Reino.

Censo dos tuberculosos do reino em 1 de janeiro de 1903 (1905). Coimbra: Imprensa da Universidade/Inspecção Geral dos Serviços Sanitários.

Código Administrativo (1842). Lisboa: Imprensa Nacional.

Conselho dos Melhoramentos Sanitários/Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria (1903) – *Inquerito aos Pateos de Lisboa, 1.ª parte*. Lisboa: Imprensa Nacional.

Conselho dos Melhoramentos Sanitários/Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria (1905) – *Inquerito aos Pateos de Lisboa, 2.ª parte*. Lisboa: Imprensa Nacional.

Direcção Geral de Saúde – *Doenças infecto-contagiosas de notificação obrigatória.* «Clínica, Higiene e Hidrologia». Vol. 16, n.º 8, p. 226-228.

Direcção Geral de Saúde (2010) – *Programa nacional de luta contra a tuberculose*. Lisboa: Direcção geral de saúde/Stop TB. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8B5396AB-E7B3-4B81-A368-F2B5F7E28F95/0/Relatorio-TuberculoseDGS.pdf>. [Consulta realizada em 16/05/2011].

Edital de 14 de março de 1902 (1902). In *Boletim dos serviços sanitários do Reino.* Lisboa: Imprensa Nacional. N.º 2.

Edital de 31 de dezembro de 1844: Quadro nosographico (1845). Lisboa: Conselho de Saúde Pública do Reino. «Gazeta Medica do Porto». Tomo 3, p. 141-144.

Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal: ano de 1917 (1922). Lisboa: Imprensa Nacional.

Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal: ano de 1918 (1922). Lisboa: Imprensa Nacional.

Estatutos Assistência Nacional aos Tuberculosos de 1911 (1915). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos». Vol. 4, n.º 1, p. 5-10.

Global Health Observatory: How many TB cases and deaths are there? (2009). Genebra: OMS. Disponível em <http://www.who.int/gho/tb/epidemic/cases_deaths/en/index.html>. [Consulta realizada em 16/05/2011].

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (1954) – *Normas oficiais para a vacinação contra a tuberculose.* «Portugal Médico». Vol. 38, n.º 2, p. 114-125.

Novo regulamento dos tuberculosos da Guarda (1897). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa». Tomo 61, p. 413--417.

PITTA, Antonio da Luz (1855) – *Relatório do movimento do Hospicio da Princeza D. Maria Amelia no Funchal, em 1854*. «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 3, n.º 53, p. 71-72.

___ (1859) – *Hospicio da Princeza D. Maria Amelia no Funchal*. «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 1, n.º 4, p. 57-59.

___ (1956) – *Hospicio da Princeza D. Maria Amelia no Funchal*. «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 4, n.º 81, p. 129-132.

___ (1957) – *Relatório apresentado á Commissão Administrativa do Hospicio da Princeza Dona Maria Amelia*. «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 5, n.º 107, p. 165-168.

___ (1959) – *Hospicio da Princeza D. Maria Amelia no Funchal*. «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 1, n.º 7, p. 105-106.

Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto (1931). In *Legislação Vigente III (1928 a março de 1931)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

Regulamento da prophylaxia da tuberculose de 30 de agosto de 1902. D. do G. n.º 198 de 4 de setembro.

Regulamento das Funcções Dos Veterinários. D. de L. n.º 86 (16-04-1862) p. 49-56.

Regulamento de prophylacia contra o contagio da tuberculose (1897). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa». Tomo 61, p. 193-195.

Regulamento do Hospício da Princeza D. Maria Amélia (1854a). «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 1, n.º 23, p. 367-369.

Regulamento do Hospicio da Princeza D. Maria Amelia (1854b). «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 1, n.º 24, p. 377-378.

Regulamento do Hospicio da Princeza D. Maria Amelia (1854c). «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 2, n.º 25, p. 6-7.

Regulamento do Hospicio da Princeza D. Maria Amelia (1854d). «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 2, n.º 26, p. 29-31.

Regulamento dos serviços de prophylaxia da tuberculose. D. do G. 198 (04-09-1902), p. 864-865.

Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública. D. do G. 292 (26-12-1901), p. 1031-1070.

Regulamento para as escholas medico-cirurgicas de Lisboa e Porto (1840). Lisboa: Imprensa Nacional.

Relatório do conselho central e parecer do conselho fiscal relativos ao anno economico de 1907-1908 (1909). «Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos». Vol. 4, n.º 18, p. 1-51.

Tuberculosis in European Union (2011). Genebra: OMS. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis>. [Consulta realizada em 16/05/2011].

Legislação

Decreto de 28 de abril de 1894. In *Annaes de Saude Publica do Reino: Legislação Sanitária*, tomo 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901.

Decreto n.º 8 de 24 de dezembro de 1901. D. do G. n.º 294 (28-12-1901).

Decreto do Governo n.º 53/1903 (09-03-1903).

Decreto de 30 de agosto de 1903. «Boletim dos serviços sanitários do Reino». Lisboa: Imprensa Nacional. N.º 3 (1903), p. 40--45.

Decreto de 10 de março de 1911. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 4, n.º 1 (1915), p. 15--16.

Decreto de 17 de julho de 1911. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 4, n.º 1 (1915), p. 11--15.

Decreto n.º 12.697/1926. D. do G. 259 (17-11-1926).

Decreto n.º 14.192. D. do G. n.º 191 (12-08-1927).

Decreto n.º 14.476. D. do G. n.º 237 (22-10-1927).

Decreto n.º 15.497. D. do G. n.º 116 (21-05-1928).

Decreto n.º 18.310/1930. D. do G. 107 (10-05-1930).

Decreto n.º 19.310. D. do G. n.º 30 (05-02-1931).

Decreto n.º 19.337/1931. D. do G. 35 (19-01-1931).

Decreto n.º 19.678/1931. D. do G. 101 (01-05-1931).

Decreto n.º 19.691/1931. D. do G. 103 (18-03-1931).

Decreto n.º 23.052/1933. D. do G. 217 (23-09-1933).

Decreto n.º 284/1868. D. de L. 284 (14-12-1868) .

Decreto-Lei n.º 35.108. D. do G. n.º 247 (07-11-1945).
Decreto-Lei n.º 260/75. D.R. I Série. 121 (75-05-26).
Lei de 17 de agosto de 1899. D. do G. n.º 189 (24-08-1899).
Lei de 17 de agosto de 1899. In *Annaes de Saude Publica do Reino: legislação sanitária*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1904, p. 171--173.
Lei n.º 2044/1950. D. do G. n.º 142 (20-07-1950).
Portaria de 12 de dezembro de 1870. In *Annaes de Saude Publica do Reino: Legislação Sanitária*, Tomo 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 110-118.
Portaria de 28 de outubro de 1886. In *Annaes de Saude Publica do Reino: Legislação Sanitária*, Tomo 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 271-273.
Portaria de 29 de outubro. D. do G. n.º 247 (29-10-1886).
Portaria de 29 de setembro de 1887. In *Annaes de Saude Publica do Reino: Legislação Sanitária*, Tomo 1. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 611-613.
Portaria de 29 de setembro de 1892. D. do G. n.º 222 (01-10-1892).
Portaria n.º 10.169/1931. D. do G. n.º 106 (22-08-1942).
Portaria n.º 13.031/1950. D. do G. n.º 4 (05-01-1950).

Periódicos

Periódicos de natureza médica e sanitária

A Medicina Contemporânea (1883-1966).
A Medicina Moderna (1894-1923).
Annuario dos Progressos da Medicina em Portugal (1884-1885).
Anuário Demográfico (1929-1966).
Archivos de Historia da Medicina Portugueza (1888-1895).
Arquivos de Tisiologia (1954-1972).
Arquivos do Instituto Central de Higiene (1914).
Boletim de Tisiologia do Sanatório-Hospital Rodrigues Semide (1834).
Clínica, Higiene e Hidrologia (1935-1954).
Coimbra Médica (1882-1962).
Estatística do movimento fisiológico da população de Portugal (1913-1925).
Estatísticas Demográficas (1967-1968).
Gazeta dos Hospitais do Porto (1907-1913).
Gazeta Medica do Porto (1843-1901).
Hospitais Portugueses (1949-1952).
Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa (1841-1902).
Jornal do Médico (1940-1969).
O Correio Médico de Lisboa (1872-1886).
O Esculapio (1850-1852).
O Médico (1951-1970).
Porto Médico (1904-1907).
Portugal Médico (1916-1965).
Revista Médica de Lisboa (1844-1846).
Tuberculose e Doenças Torácicas (1953-1958).
Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos (1906-1946).
Tuberculose: Boletim do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos (1947-1950).
Vida Médica e Scientífica (1914).

Outros periódicos

A Illustração Portugueza (1910).
Annaes das Sciencias, das Artes, e das Letras: por uma sociedade de portuguezes residentes em Parîs (1819).
Boletim da Assistência Social (1943).
Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1.ª Série – 15.ª Série).
Correio da Manhã (2006).
Diário da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portugueza, sessão n.º 28 de 13 de março de 1899.
Diário da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portugueza, sessão n.º 86 de 16 de julho de 1899.
Diário das sessões da Assembleia Nacional, sessão de 3 de fevereiro de 1948.
Diário das sessões da Câmara dos Senhores Deputados, sessão de 4 de junho de 1900.
Notícias de Viana (1928).
O Século (1930).

Teses apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto/Faculdade de Medicina do Porto

ABRANTES, Abel Alves (1921) – *Sobre um caso invulgar de osteite produtora duma coxalgia*. Porto: Enciclopédia Portuguesa. Tese de Doutoramento.

ABREU, Adelino José Machado Ribeiro de (1959) – *A vacinação pelo B. C. G. na profilaxia da tuberculose*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

ALMEIDA, Alfredo Augusto Gomes de (1899) – *Breve estudo sobre tuberculose testicular e seu tratamento*. Porto: Typ. Seculo XX. Tese Inaugural.

ALMEIDA, António Maria Pereira de (1903) – *A Thalassotherapia e a Tuberculose*. Famalicão: Typ. Minerva. Tese Inaugural.

ALMEIDA, Augusto César de Carvalho e (1908) – *Contribuição para o estudo diagnóstico da ophtalmo-reacção de Calmette*. Porto: Imprensa Nacional. Tese Inaugural.

ALMEIDA, Tiago Augusto de (1902) – *A febre na tuberculose pulmonar*. Porto: Typ. do Porto Medico. Tese de Concurso.

ALVARES, José Filipe do Carmo (1906) – *Diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar: (valor semeiológico das respirações anormaes)*. Porto: Typ. A. F. Vasconcellos. Tese Inaugural.

ALVES, Joaquim Gomes Ferreira (1911) – *A heliotherapia no tratamento da tuberculose cirúrgica*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

ANTAS, Alvaro Candido Furtado de (1902) – *Insalubridade do Porto*. Porto: Officinas do Commercio do Porto. Tese Inaugural.

ARANTES, Artur Adriano (1921) – *Da tuberculose do estômago*. Porto: Tipografia Marques. Tese de Doutoramento.

AZEVEDO, António Martins Gonçalves de (1900) – *O Tratamento do Mal de Pott*. Porto: Typ. A. F. Vasconcelos. Tese Inaugural.

AZEVEDO, Joaquim Pinto de (1864) – *O Tuberculo considerado no campo d'Anatomia pathologica debaixo dos pontos de vista da sua sede, evolução e da sua natureza*. Porto: Typ. de Antonio Augusto Leal. Tese Inaugural.

BACELAR, José Czolgosz Guedes de (1966) – *Tuberculose genital feminina (subsídio para o estudo anátomo-patológico)*. Porto: Tipografia Sequeira. Tese de Licenciatura.

BAPTISTA, Júlio de Carvalho (1894) – *Influencia da gravidez sobre a tuberculose pulmonar*. Porto: Typ. Occidental. Tese Inaugural.

BARBOSA, António Pereira (1906) – *Da tuberculose no Porto: breve estudo sobre a sua etiologia e prophylaxia*. Porto: Typ. da Empreza Artes & Letras. Tese Inaugural.

BARBOSA, José Martins (1912) – *Perturbações cardio-vasculares na tuberculose pulmonar: trabalho das enfermarias de Clinica Médica*. Porto: Typ. a vapor da Empreza Guedes. Tese Inaugural.

BROU, Annibal (1894) – *Breve estudo comparativo sobre a extirpação e as injecções intersticiaes de ether iodoformado e naphtol canforado no tratamento das adenites tuberculosas do pescoço*. Porto: Imprensa Portugueza. Tese inaugural.

CABRAL, Joaquim Manoel (1894) – *O methodo sclerogenico no tratamento da tuberculose, particularmente na tuberculose cirurgica*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

CAMPOS, Alfredo Ferreira de Sousa (1904) – *O arco voltaico em therapeutica: Lupus tuberculoso*. Porto: Typ. A. F. Vasconcelos. Tese Inaugural.

CAMPOS, Joaquim Borges Garcia de (1871) – *Demonstração anatomo-pathologica e clinica da curabilidade da pthysica pulmonar: seo tratamento prophylactyco*. Porto: Typ. de José Coelho Ferreira. Tese Inaugural.

CARDOSO, Cosme do Carmo (1909) – *O Pulso na tuberculose pulmonar chronica*. Porto: Officinas do Commercio do Porto. Tese de Concurso.

CARMO, Manuel Cardoso (1921) – *Tuberculose intestinal com profunda anemia*. Porto, [s.n.]. Tese de Doutoramento.

CARVALHO, Arthur Gomes de (1897) – *A tuberculose pulmonar dos alcoólicos*. Porto: Papelaria e Typ. Azevedo. Tese Inaugural.

CARVALHO, Delfim J. P. de (1885) – *Um capitulo de aerotherapia*. Porto: Typ. Elzeviriana. Tese Inaugural.

CASTRO, Isaías Joaquim Vieira de (1926) – *A caverna na tuberculose pulmonar*. Porto: Tipografia Lusitânia. Tese de Doutoramento.

CASTRO, João Mário Meirelles de Moura e (1910) – *A vacina animal como meio prophylactico e therapeutico*. Porto: Imprensa Portugueza. Tese inaugural.

CASTRO, Luiz Augusto Ribeiro Vieira de (1898) – *A meningite tuberculosa na creança*. Porto: Typ. de José Fructuoso da Fonseca. Tese Inaugural.

CASTRO, Manuel de Seiça e (1909) – *Luctando contra a Tuberculose*. Famalicão: Typ. Minerva. Tese Inaugural.

CHAVES, Vito (1911) – *Pesquisa do bacilo da Tuberculose pelos methodos da antiformina*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

COELHO, Carlos Alberto da Cunha (1900) – *A Peste do Porto de 1899*. Porto: Imprensa Portugueza. Tese Inaugural.

COELHO, Modesto Pereira (1910) – *Tuberculose peritoneal chronica: alguns casos de clínica médica*. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos. Tese Inaugural.

COSTA JÚNIOR, José Maria (1918) – *Breves considerações sobre a adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa na infância*. Porto: Tipografia Minerva. Tese de Doutoramento.

COSTA, Cândido Augusto Gil da (1920) – *Subsídio para o estudo da colesterinemia nas infecções: notas sobre o tifo exantemático e a tuberculose*. Porto: Tipografia Abreu. Tese de Doutoramento.

COSTA, Custódio José da (1956) – *Tuberculose da glândula tiroideia*. Porto: Mecanográfica. Tese de Licenciatura.

COSTA, Fernando Francisco Gomes da (1923) – *Tuberculose pulmonar e renal*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos. Tese de Doutoramento.

CRUZ, António Homem da (1923) – *A reacção de fixação na tuberculose*. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto. Tese de Doutoramento.

CUNHA, António Geraldo da (1893) – *A tuberculose e as nossas colonias*. Porto: Imprensa Moderna. Tese Inaugural.

CUNHA, Henrique (1909) – *A thoracometria e a tuberculose*. Porto: Officinas do Commercio do Porto. Tese Inaugural.

DIAS, Joaquim Coelho (1920) – *O clima na cura da tuberculose pulmonar*. Porto: Tipografia Marques. Tese de Doutoramento.

FARIA, Luiz Lopes (1890) – *Breve estudo sobre a tuberculose cutanea*. Porto: Typ. de Arthur José de Sousa & Irmão. Tese Inaugural.

FEIJÃO, José de Almeida (1922) – *Contribuição para o estudo da tuberculose pulmonar na criança*. Porto: Tip. Sequeira. Tese de Doutoramento.

FERNANDES, José Augusto (1904) – *Breve estudo sobre a tuberculose vertebral anterior*. Porto: Typ. Universal. Tese Inaugural.

FERRARI, José de Mello (1874) – *Breves considerações sobre alguns assumptos importantes da pathologia geral da phthisica*. Porto: Imprensa Popular de Mattos Carvalho & Vieira Paiva. Tese Inaugural.

FERREIRA, António Fernandes (1900) – *Tratamento da tuberculose pulmonar: o cacodylato de soda*. Porto: Typ. a vapor da Real Officina de S. José. Tese Inaugural.

FIGUEIREDO, Camilo Augusto (1922) – *Breves considerações sobre escolas ao Ar Livre*. Porto: Tipografia Abreu. Tese de Doutoramento.

FIGUEIREDO, João Maria Gonçalves da Silveira (1881) – *Ar das Montanhas*. Porto: Typ. de V. Gandra. Tese Inaugural.

FONSECA JÚNIOR, João Maria (1908) – *Breves noções sobre a coxalgia e o seu tratamento*. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão. Tese Inaugural.

FONSECA, Benévolo Luiz da (1890) – *O escarro: estudo clínico*. Porto: Imprensa Portuguesa. Tese Inaugural.

FORMIGAL, Júlio Maria Rodrigues (1920) – *Sobre tuberculose intestinal*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos. Tese Inaugural.

FREITAS, António Joaquim de (1887) – *A tuberculose considerada sob o ponto de vista da contagiosidade e parasitismo*. Porto: Imprensa Moderna. Tese Inaugural.

FREITAS, Artur Augusto Pacheco Dias (1910) – *A cuti-reacção de von Piquet: observaçõs hospitalares*. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos. Tese Inaugural.

GARRETT, António de Almeida (1906) – *O problema da tuberculose em Portugal: traçado d'um plano*. Porto: Imp. C. Vasconcellos. Tese Inaugural.

GARRETT, António de Almeida (1916) – *Profilaxia da tuberculose: Contribuição para o estudo do diagnóstico precoce*. Porto: [s.n.]. Tese de Concurso.

GODINHO, Abel José da Costa (1960) – *A tuberculose em Portugal: considerações sobre a sua mortalidade, morbilidade e endemia*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

GOMES, Agostinho Simões de Oliveira (1900) – *Algumas palavras sobre a alimentação dos tuberculosos*. Porto: Typ. Universal. Tese Inaugural.

GOMES, Justino Nogueira (1918) – *Recalcificação na tuberculose pulmonar*. Porto: Tipografia Mendonça. Tese de Doutoramento.

GOMES, Mário do Nascimento Noro (1957) – *A electroforese na tuberculose pulmonar: (contribuição para o estudo das modificações das proteínas e glicoproteínas séricas pela electroforese em papel*). Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

GONÇALVES, António José (1885) – *Influencia da navegação e dos paizes quentes na marcha da phtysica pulmonar*. Porto: Typ. Occidental. Tese Inaugural.

GONÇALVES, Manuel Joaquim (1906) – *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*. Porto: Imprensa Nacional. Tese Inaugural.

GONÇALVES, Nelma Celeste Lousa (1958) – *O electroencefalograma na meningite tuberculosa da criança*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

GUERRA, Júlio Meireles (1908) – *Algumas palavras sobre pleurisias tuberculosas*. Porto: Imprensa Nacional. Tese Inaugural.

GUIMARÃES, Alberto Jorge (1897) – *Tractamento da tuberculose pela altitude: o Sanatorio de Davos-Platz*. Porto: Typ. de J. M. de Souza Cruz. Tese Inaugural.

GUIMARÃES, António Mendes (1921) – *Sobre a tuberculose abdominal na infância*. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese de Doutoramento.

GUIMARÃES, Joaquim (1919) – *Breves considerações sobre alguns casos de tuberculose pulmonar*. Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese de Doutoramento.

GUIMARÃES, José de Sousa (1905) – *Orientação dos nossos Congressos anti-tuberculosos e a sua inneficácia*. Porto: Typ. a Vapor da Empreza Litteraria e Typographica. Tese Inaugural.

GUIMARÃES, Rodrigo António Teixeira (1887) – *O tratamento climaterico da tuberculose pulmonar e a Serra da Estrella*. Porto: Typ. de A. J. da Silva Teixeira. Tese Inaugural.

GUIMARÃES, Serafim dos Santos (1960) – *Complicações da tuberculose renal*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

HENRIQUES, António Augusto de Castro (1919) – *Sífilis e tuberculose pulmonar*. Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese Inaugural.

LEITÃO, Agostinho António de Mattos (1875) – *Um caso clinico de tuberculose pulmonar*. Porto: Typ. de Arthur José de Souza. Tese Inaugural.

LEMOS, Maximiano Augusto de Oliveira (1889) – *O problema da Immunidade da Tuberculose*. Porto: Typ. de Arthur Jose de Sousa & Irmão. Tese de Concurso.

LIMA, Carlos Alberto de (1896) – *Contribuição para o estudo da Tuberculose ossea*. Porto: Imprensa Civilisação. Tese de Concurso.

LOPES, Manuel Maria (1919) – *Púrpura hemorrágica num tuberculoso*. Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese de Doutoramento.

LOUREIRO JÚNIOR, Francisco José de Sousa – *Tuberculos considerados sob o aspecto cirurgico*. Porto: Typ. Lusitana, 1867. Tese Inaugural.

LUCAS, Armando (1924) – *Tuberculose ganglionar*. Gaia: Tipografia A Popular. Tese de Doutoramento.

MACHADO JÚNIOR, Manoel Ferreira (1895) – *Algumas palavras sobre mal de Pott*. Porto: Papelaria e Typ. Morgado. Tese Inaugural.

MACHADO, Cristovão Teixeira (1893) – *Breve estudo sobre tuberculose do tarso*. Porto: Typ. Gandra. Tese Inaugural.

MAGALHÃES, Francisco António de (1894) – *O guaiacol no tratamento da tuberculose pulmonar*. Porto: [ed. Autor]. Tese Inaugural.

MAGALHÃES, Joaquim Cardoso (1960) – *Reacção da hemaglutinação passiva na tuberculose (Apontamentos para o seu estudo)*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MAIA, Alberto de Oliveira (1911) – *Tuberculose peritoneal*. Porto: Typ. da Papelaria Monteiro. Tese Inaugural.

MAIA, Jorge de Azevedo (1913) – *Breve estudo sobre o pneumothorax artificial como agente therapeutico na tuberculose pulmonar*. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos. Tese Inaugural.

MARINHO, Domingos Alves (1912) – *Cavernas Pulmonares: tentativas de cicatrisação*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

MARQUES JÚNIOR, José Correia (1903) – *A tuberculose humana debaixo do ponto de vista debaixo das suas relações com a tuberculose bovina*. Porto: Typ. Occidental. Tese Inaugural.

MARQUES, Abílio Gonçalves (1901) – *A guerra à tuberculose*. Porto: Typ. a Vapor da Empreza Litteraria e Typographica. Tese Inaugural.

MATOS, Américo Martins Monteiro de (1909) – *A paratoxina na tuberculose*. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos. Tese Inaugural.

MELLO, António Augusto de (1874) – *Tratamento dos suores na phthisica pelo sulphato d'atropina*. Porto: Imprensa Portuguesa. Tese Inaugural.

MELO, Maria Zita dos Santos (1957) – *Tuberculose tubária: considerações acerca dum caso*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MENDES, Albertina Pereira (1923) – *Um caso de Tifo-bacilose de Landouzy*. Guimarães: Tipografia Minerva. Tese de Doutoramento.

MENEZES, Abel Brandão Leite Pinto Cardoso de (1894) – *Tumor branco do joelho na infancia*. Porto: Imprensa Portuguesa. Tese Inaugural.

MESQUITA, António Pinto de (1900) – *Breve estudo sobre a febre na tuberculose*. Porto: Typ. Seculo XX. Tese Inaugural.

MONTEIRO, António de Oliveira (1869) – *Será a Phthisica pulmonar uma affecção contagiosa*? Coimbra: Imprensa Litteraria. Tese de Concurso.

MONTERROSO, Manoel Aníbal da Costa (1902) – *A Tuberculose e o Sanatório*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

MOREIRA, José Alves (1899) – *Perturbações Gástricas na tuberculose pulmonar*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

MOURA, Eduardo de (1893) – *Symptomatologia diagnostico e tractamento da tuberculose renal*. Porto: Imprensa Moderna. Tese Inaugural.

NOVAES, Francisco Xavier d'Abreu e Couto Amorim (1891) – *A tuberculose e seus novos meios de tratamento*. Porto: Typ. Gandra. Tese Inaugural.

NOVAES, João (1890) – *O limite das horas de trabalho nas fábricas*. Porto: Typ. Occidental. Tese Inaugural.

NUNES, José Nogueira (1923) – *Mortalidade em Portugal*. Porto: Imprensa Nacional. Tese de Doutoramento.

OLIVEIRA JÚNIOR, José Domingues de (1888) – *A medicação maritima no tratamento da escrofula*. Porto: Typ. de Viuva Gandra. Tese Inaugural.

OLIVEIRA, António Bonifácio de (1919) – *Despertar duma tuberculose pulmonar após a menigite cérebro espinhal epidémica*. Porto: Tipografia Sequeira. Tese de Doutoramento.

OLIVEIRA, Carlos Pinto Lopes de (1917) – *Tuberculose ganglionar*. Porto: Tipografia Sousa. Tese Inaugural.

PAIS, Maria Laura das Neves (1966) – *Tuberculose da glândula mamária*. Porto: A Portuense. Tese de licenciatura.

PAREDES, António da Conceição Dias Martins (1907) – *Sanatórios na Serra do Gerez*. Braga: Typ. a vapor de J. M. de Souza Cruz. Tese inaugural.

PATRÍCIO, Luiz Soares Pires (1896) – *Contagio e prophylaxia da tuberculose*. Guarda: Typ. do Districto da Guarda. Tese Inaugural.

PEDROSA JÚNIOR, Joaquim Francisco (1920) – *A vacina anti-alfade Ferran nos estados linfáticos das crianças*. Porto: Tip. Rocha & Irmão. Tese de Doutoramento.

PEREIRA, Henrique Domingos (1919) – *Meningite Tuberculosa*. Porto: Tipografia Central. Tese de Doutoramento.

PESSANHA, Francisco (1889) – *Da hereditariedade na tuberculose*. Porto: Imprensa Moderna. Tese Inaugural.

PIMENTA, José Alberto dos Santos (1890) – *A phtisica, a Serra da Estrela e o especifico do Dr. Koch*. Porto: Typ. de Arthur José de Sousa & Irmão. Tese Inaugural.

PINA, António Simões (1904) – *Hereditariedade tuberculosa e contágio*. Porto: Officinas do Comércio do Porto. Tese Inaugural.

PINTO, Albino Ribeiro (1857) – *Algumas considerações sobre tumores brancos*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

PINTO, Manuel (1911) – *Tuberculose pulmonar dos syphiliticos*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

PIRES, Alfredo Augusto da Silva (1904) – *Tuberculose do pé: a propósito de um caso clínico*. Porto: Typ. A. F. Vasconcelos. Tese Inaugural.

PIRES, Mário Augusto Cardia (1924) – *Reacção humoral nos tuberculosos: ensaio de hemoacidimetria*. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto. Tese de Doutoramento.

REBELLO, Porfírio Teixeira (1882) – *A thisica pulmonar nos climas quentes*. Porto: Imprensa Civilisação Santos & Lemos. Tese Inaugural.

REIS, Eduardo Alves dos (1909) – *A tuberculose cirúrgica*. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão. Tese Inaugural.

REIS, Joaquim da Rocha (1919) – *Tuberculose peritoneal*. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese de Doutoramento.

RIBEIRO, Américo Teixeira (1919) – *Mal de Pott*. Porto: Officinas do Commercio do Porto. Tese de Doutoramento.

RIBEIRO, Bernardino José Fernandes (1922) – *Tuberculose e lesões valvulares*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos. Tese de Doutoramento.

RIBEIRO, Guilherme Urbano da Costa (1902) – *A mortalidade infantil no Porto*. Porto: Typ. a vapor da Real Officina de S. José. Tese Inaugural.

RIBEIRO, Joaquim da Conceição (1924) – *Um caso de Mal de Pott sifilítico*. Porto: União Gráfica. Tese de Doutoramento.

RIBEIRO, Manuel de Sousa (1907) – *Leves Noções sobre o Mal de Pott e o seu tratamento*. Porto: Imprensa Nacional. Tese Inaugural.

RISCA, Alberto de Carvalho (1956) – *Identificação dos tipos de Mycobacterium Tuberculosis na tuberculose humana*. Porto: Mecanográfica. Tese de Licenciatura.

RODRIGUES, António Augusto (1906) – *Hereditariedade Tuberculosa*. Porto: Imp. C. Vasconcellos. Tese Inaugural.

RODRIGUES, António Borges (1895) – *A phtisica pulmonar e sua curabilidade*. Porto: Typ. da Real Officina de S. José. Tese Inaugural.

RODRIGUES, Joaquim (1915) – *Granulia generalizada*. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos. Tese Inaugural.

RUFINO, Joaquim Rogério (1960) – *O dispensário e a profilaxia da tuberculose*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SÁ, Joaquim Dias de (1901) – *Luta contra a tuberculose*. Porto: Typ. Minerva. Tese Inaugural.

SANTOS, António Gomes dos (1877) – *Considerações geraes sobre o tratamento prophilatico e curativo da phtysica pulmonar*. Porto: Typ. de Arthur José de Sousa & Irmão. Tese Inaugural.

SANTOS, Augusto Leite de (1915) – *Tuberculose e gestação*. Porto: Pap. e Tip. Azevedo. Tese Inaugural.

SANTOS, David Ferreira dos (1900) – *Tuberculose em creanças*. Porto: David Santos. Tese Inaugural.

SANTOS, José Leite dos (1905) – *Breve estudo sobre a Orchy-epididymite tuberculosa*. Porto: Typ. A. F. Vasconcelos. Tese Inaugural.

SILVA, Alvarim Ferreira da (1913) – *Tratamento dos syphilo-tuberculosos: estudo de clínica medica*. Porto: Typ. Mendonça. Tese Inaugural.

SILVA, Américo José (1920) – *Tratamento sanatorial da tuberculose pulmonar*. Porto: Tipografia Marques. Tese de Doutoramento.

SILVA, João Maria de Rezende de Almeida Maia e (1924) – *Caquexia tuberculosa*. Estarreja: Tipografia Cyrne. Tese Doutoramento.

SILVA, José Leão Ferreira da (1899) – *A lucta contra a tuberculose: Hospitais e Sanatórios Populares*. Braga: Typ. e Pap. Costa Braga & C.ª. Tese Inaugural.

SILVA, José Pereira da (1916) – *Breve estudo clínico sobre tuberculinoterapia, seroterapia e quimioterapia*. Porto: Typ. Porto Gráfico. Tese Inaugural.

SILVA, Manuel Coelho da (1919) – *Tuberculose renal: nefroctomia na tuberculose renal bilateral*. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese de Doutoramento.

SILVA, Maria Natália Jorge Ventura e (1962) – *Tuberculose genital na mulher*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SOUSA JÚNIOR, António Joaquim de (1900) – *Contribuição para o diagnóstico da tuberculose urinária: clínica, cytoscopia, uroscopia e bacterioscopia*. Porto: Tipografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão. Tese Inaugural.

SOUSA, Artur Nery de Oliveira e (1919) – *Tuberculoses pulmonares latentes*. Porto: Imprensa Nacional Jaime Vasconcelos. Tese de Doutoramento.

SOUSA, Aureliano Alves de Sousa (1960) – *O B. C. G. na sero-imunologia da tuberculose*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SOUSA, Luiz António de (1902) – *Breve estudo sobre a tuberculose do rim*. Porto: [s.n.]. Tese Inaugural.

SOUZA, Alexandrino Gonçalves de (1895) – *Diagnostico e tratamento da coxalgia tuberculosa*. Porto: Papelaria e Typ. de Manoel J. Alves d'Azevedo. Tese Inaugural.

TEIXEIRA, Francisco José Martins (1958) – *Considerações sobre a evolução da terapêutica da meningite tuberculosa*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

TELES, Aires Gomes de Oliva (1919) – *A cura pelo sol nas tuberculoses cirúrgicas*. Porto: Escola Tipográfica da Oficina de S. José. Tese Inaugural.

VASCONCELOS, Eduardo Aires de (1914) – *A reacção de Moriz Wuisz na bacilose*. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos. Tese Inaugural.

VAZ, Júlio Machado de Sousa (1958) – *Tratamento da tuberculose urinária (Algumas considerações)*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

VIEGAS, Luiz de Freitas (1896) – *A Tuberculose e as suas manifestações cirurgicas*. Porto: Imprensa Portuguesa. Tese de Concurso.

VIEIRA, Cândido Adelino de Mattos (1910) – *Estudo sobre o rheumatismo tuberculoso*. Porto Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos. Tese Inaugural.

VIEIRA, José António dos Anjos (1968) – *Esterilidade feminina e tuberculose genital*. Porto: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

VILELA, Alberto Júlio Pinto (1910) – *A espirometria e a Tuberculose*. Porto: Officinas Motta e Ribeiro, L.ª. Tese Inaugural.

Teses apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa/Faculdade de Medicina de Lisboa

AGUDO, Fernando de Matos dos Santos (1964) – *Contribuição para o estudo de reacção à tuberculina em cobaias inoculadas com mycobacterium atípicos*. Lisboa: [s.n.]. Tese de licenciatura.

ALEMQUER, Mário (1957) – *Sobre o tratamento da tuberculose pulmonar: ensaio sobre os princípios do tratamento da tuberculose pulmonar e da luta contra a tuberculose, em especial na sua aplicação ao meio português, baseado nos resultados do tratamento médico prolongado de 600 doentes no Serviço de Tisiologia dos Hospitais Civis de Lisboa*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Agregação.

ALVARES, Camilo Dionísio (1901) – *O leite de Lisboa e a tuberculose*. Lisboa: A liberal – Oficina Tipográfica. Tese de Inaugural.

ARAÚJO, Joaquim Filipe Henriques de (1960) – *Acção de alguns agentes quimioterápicos na tuberculose experimental*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

ASSUMPÇÃO, José Manuel de (1899) – *A tuberculose de origem alimentar, sua profilaxia e importancia*. Lisboa: Oficinas de E.N. & F.º. Tese Inaugural.

BASTOS, Henrique Fernando Burnay (1926) – *Breves considerações sobre gravidez e tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

BASTOS, Horácio Isidoro de (1967) – *Primo-infecção tuberculose cutânea: a propósito de 3 casos*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

BENOLIEL, Sara (1926) – *Modificações do liquido cefalo-raquidiano na meningite tuberculosa*. Lisboa: Tip. Emp. Diário de Notícias. Tese de Doutoramento.

BERNARDINO, Luís M. M. de Oliveira (1962) – *Estudo kistobacteriológico de tuberculose renal*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

BRANCO, António Aresta (1894) – *Contribuição para o estudo da tuberculose vertebral. Um caso clínico*. Lisboa: Typ. Minerva Central. Tese Inaugural.

BRANDO, Manuel Joaquim (1891) – *Estudo sobre as vibrações thoracicas*. Lisboa: Typ. Casa Portugueza. Tese Inaugural.

BRITO, José Cavaco Vicente de (1966) – *Pesquisa de anticorpos para mycobateria tuberculosis atípicas em soros de doentes tuberculosos*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

CABRAL, António Carlos Rebello (1921) – *A fórmula de aneth na tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

CAMACHO, Manuel de Brito (1889) – *A herança mórbida: apontamentos de hygiene*. Lisboa: Tip. Eduardo Rosa. Tese Inaugural.

CARVALHO, António de (1915) – *Subsídio para o estudo nosographico da cidade de Lisboa: doenças infecciosas no período de 1901-1910*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

CASTEL-BRANCO, Nuno Vasco Vieira (1955) – *Alterações endócrinas como sequelas da meningite tuberculosa tratada*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

COELHO, Sabino Maria Teixeira (1881) – *Arthrite tuberculosa*. Lisboa: Typ. Universal. Tese de Concurso.

COELHO, Sanches (1914) – *Sobre a tuberculose pulmonar crónica do adulto*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

COSTA, Gastão José Gonçalves (1926) – *A pesquisa do bacilo de Koch nas fezes e o seu valor diagnóstico na tuberculose pulmonar das crianças*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

COSTA, Joaquim Mendes Pedroso da (1915) – *Um caso de meningite tuberculosa*. Santarém: Tip. da E. E. de O Debate. Tese Inaugural.

COSTA, Miguel de Sousa e Vasconcelos Horta (1907) – *Sobre a tuberculose renal*. Lisboa: Centro tipográfico Colonial. Tese Inaugural.

CRAVO, Abel Cândido da Silva (1922) – *Flagelos sociais: Alcoolismo, Tuberculose e Sífilis*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

CRESPO, José Lourenço Marques (1900) – *Tuberculose peritoneo-pleural (sub-aguda)*. Lisboa: Typ. Mattos Moreira & Pinheiro. Tese Inaugural.

DAVID, Hugo Aires Lopes (1958) – *Mycobacterium tuberculosis van. hominis: características biológicas diferenciais entre os bacilos isoniazido resistentes e isoniazido sensíveis, Algumas consequências para o diagnóstico e prognóstico da tuberculose pulmonar*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

DINIZ, Carlos Augusto Teixeira (1881) – *Gommas escrofulosas*. Lisboa: Typ. das Horas Romanticas. Tese Inaugural.

DORDIO, Cypriano Mendes (1915) – *Pesquisas do bacillo de Koch no sangue dos tuberculosos*. Lisboa: [s.n.]. Tese inaugural

EÇA, Ruy de Moura Coutinho Almeida de (1906) – *A tuberculose pulmonar e o ar marítimo. Contribuição para a phtisioterapia em Portugal*. Lisboa: Typ. Universal. Tese Inaugural.

FAÍSCA, João Baptista Ramos (1921) – *Um novo método de concentração do bacilo de Kock nos escarros*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

FARIA, José Alberto de (1911) – *Ensaio de tuberculinotherapia: contribuições para o uso clínico da tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

FARIA, Raul (1917) – *Tratamento da tuberculose pulmonar pelo cianeto d'ouro e potassio em injecções intervenosas*. Lisboa: Typ. Adolpho de Mendonça. Tese Inaugural.

FEIJÃO, Manuel Lima de Oliveira (1910) – *A antiformina e a pesquisa do bacillo da tuberculose no escarro*. Lisboa: Typ. Almeida e Machado. Tese Inaugural.

FELIZ, João de Andrade Motta (1906) – *Casamentos perigosos*. Lisboa: Typ. Industrial Portuguesa. Tese Inaugural.

FERREIRA, Luiz Simões (1904) – *Algumas palavras sobre rheumatismo tuberculoso articular*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

FERREIRA, Raul de Mattos (1920) – *Tuberculino-terápia em vias urinárias: aplicada aos nefrectomizados*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

FIGUEIREDO, José da Silva (1923) – *A tuberculose em Portugal*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

FONSECA, Fernando (1933) – *Terá o agente da tuberculosa uma forma filtrável*. Lisboa: Tip. da empresa do anuário comercial. Tese de Concurso.

GIÃO, Manuel Rosado Fernandes (1899) – *Sobre o tratamento de tuberculosos*. Lisboa: Typ. de Christovão Augusto Rodrigues. Tese Inaugural.

GOMES, Alberto (1908) – *Valôr da ophtalmo-reacção no diagnóstico da tuberculose*. Lisboa: Imprensa Libanio da Silva. Tese Inaugural.

GONÇALVES, Maria Helena Ferreirinho de Sousa (1965) – *Ensaios para o diagnóstico imunológico da tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

GUEDES, Amilcar José de Miranda (1926) – *O Estado português e a tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

GUEDES, F. Corrêa (1908) – *Um aspecto da questão social da Etiologia da Tuberculose*. Lisboa: Ateliers Graphicos B. Nogueira, Sucessor. Tese Inaugural.

GUERRA, Alberto Carrasco (1908) – *Brevíssimas considerações sobre alguns perigos do casamento*. Lisboa: Typ. de Francisco Luiz Gonçalves. Tese Inaugural.

GUERREIRO, Vítor Pedro Nunes (1960) – *Lobectomias pulmonares na tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

LAPA, Álvaro (1906) – *Tuberculose*. Lisboa: Typ de Francisco Gil Gonçalves. Tese de Inaugural.

LEAL, João Carlos Grill da Costa (1917) – *Sobre a cura de sol na tuberculose pulmonar*. Lisboa: [s.n.]. Tese inaugural.

LEITÃO, Orlando A. Coelho (1956) – *A ileocistoplastia no tratamento da pequena bexiga esclerosada dos nefroctomisados por tuberculose renal*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

LOPES, João Fernandes Maria (1924) – *Um novo método rápido e sensível de pesquisa por homogeneisação dos bacilos de Koch nos escarros*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

LOUREIRO, Samuel Maia de (1900) – *As mães tuberculosas*. Lisboa: Companhia Typographica. Tese Inaugural.

MACHADO, Ernesto de Carvalho Gomes (1959) – *Tuberculose genital inaparente da mulher*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MARQUES, Manoel Gonçalves (1887) – *Considerações sobre a infecto-contagiosidade da tuberculose*. Lisboa: Typ. de Eduardo Roza. Tese Inaugural.

MARTINS, Francisco António (1920) – *A declaração obrigatória da tuberculose na luta anti-tuberculosa*. Lisboa: Empresa Tipográfica Rosa. Tese de Doutoramento.

MARTINS, Maria Celino Jorge (1961) – *Contribuição ao estudo de mycobacterium tuberculosis*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MASCARENHAS, Abilio Pinto (1874) – *Algumas palavras sobre Tuberculose*. Lisboa: Typ. Lisboa. Tese Inaugural.

MENESES, Hugo José A. de (1956) – *Osteoperiostite tuberculosa disseminada pseudo-quistica: apresentação de um caso*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MESQUITA, João Baptista Menezes (1910) – *Sobre a forma flórida da tuberculose pulmonar*. Lisboa: Typ. Bayard. Tese Inaugural.

MIGUENS, João Pires Paes (1923) – *Sôbre um novo método de coloração do bacilo de Koch*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

MIRANDA, João Baptista Fausto Ferreira de (1963) – *Contribuição ao estudo da infecção tuberculosa nas cobaias em diferentes condições alérgicas*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MORA, Eduardo (1894) – *Algumas palavras sobre as causas de tuberculose nas creanças*. Lisboa: Typ. Minerva Central. Tese Inaugural.

MORAES, Carlos (1892) – *Questão de Higiene e Prophylaxia da Tuberculose. Hospitalisação dos Tuberculosos*. Lisboa: Typ. Da Companhia Nacional Editora. Tese Inaugural.

MORAES, Christiano Goulartt d'Aragão (1898) – *Tratamento da Gibbosidade no mal de Pott*. Lisboa: Typ. de Adolpho de Mendonça. Tese Inaugural.

MOREIRA JUNIOR, Manuel António (1890) – *Sobre tuberculose ossea e articular*. Lisboa: Adolpho Modesto & C.ª. Tese de Concurso.

MOREIRA, Bernardino José de C. G. (1964) – *Terapêutica cirúrgica na tuberculose pulmonar: revisão de 62 casos*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MOTTA, José António Salvado (1899) – *Sobre o caso de cura de tumor branco do joelho*. Lisboa: Typ. Mattos Moreira & Pinheiro. Tese Inaugural.

MOURA, Fausto da Silva Teixeira Fialho (1959) – *Prognóstico da meningite tuberculosa da criança dos 3 primeiros anos de idade*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

OLIVEIRA, António Alves de (1890) – *A capacidade pulmonar no diagnostico da fraqueza de constituição e predisposição para a tísica. Apontamentos de medicina militar*. Lisboa: Typ. Castro Irmão. Tese Inaugural.

OLIVEIRA, Eduardo Fernandes (1896) – *O naphtol camphorado no tratamento dos abcessos tuberculosos*. Lisboa: Typ. Do Instituto G. das Artes Graphicas. Tese Inaugural.

OLIVEIRA, Mário Pereira de (1926) – *Sôbre dois casos de tuberculose da bôca e faríngе*. Lisboa: [s.n.]. Tese de doutoramento.

PASSOS, José Raymundo Ramos (1925) – *Sobre o processo de Löwenstein para o isolamento directo dos bacilos de Koch dos escarros*. Lisboa: [s.n.]. Tese Doutoramento.

PEREIRA, Henrique Gregório (1946) – *A vida psíquica dos tuberculosos*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

RIBEIRO, P. Emanz Leite (1909) – *Algumas palavras sobre tuberculose pulmonar infantil*. Lisboa: A Liberal-Officina Typographica. Tese Inaugural.

ROGUETTE, Henrique António da Silva (1911) – *A declaração obrigatória dos casos de tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

SANTIAGO, António Gonçalves (1911) – *A tuberculose e os dispensários*. Lisboa: Casa das Typographas. Tese Inaugural.

SANTOS JÚNIOR, Joaquim Pires dos Santos (1925) – *O processo de L. Devillers para pesquizar o bacilo de Koch nos produtos de expectoração: seu valor relativamente ao método de Ziehl-Neelsen*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

SANTOS, Carlos J. Machado dos (1919) – *Eritema nodoso: tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese inaugural.

SILVA, Augusto Carlos Mira da (1923) – *Um caso atípico de tuberculose generalizada com localizações gomosas múltiplas de hipoderme*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

SILVA, Cândido Nunes da Silva (1946) – *Alguns aspectos do problema da tuberculose renal*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

SOUSA, José Agostinho de (1880) – *Breve estudo acerca da unidade da phthisica pulmonar*. Lisboa. Tese Inaugural.

SOUSA, Rui Fernando Cláudio de (1961) – *Meningite tuberculosa e sindroma de Schwartz-Bartter: contribuições da sua fisiopatologia*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

TRIGO, António Manuel (1870) – *Nos tumores brancos não se deve empregar medicação exclusiva*. Lisboa: Typ. Lisbonenese. Tese Inaugural.

VIDAL, Carlos Alberto (1944) – *Contribuição para o estudo da virulência do bacilo de Koch*. Lisboa: Imprensa Médica. Tese de Doutoramento.

VILAR, Tomé José (1954) – *As perfurações de gânglios tuberculosos para a arvore traquibronquica e sua importância na patogenia, evolução e terapêutica da tuberculose pulmonar*. Lisboa: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

XAVIER, Gilberto Carrilho (1914) – *Sôbre heliotherapia*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

XAVIER, Theotonio Manuel (1915) – *O processo de William Mayo na nephrectomia por tuberculose*. Lisboa: [s.n.]. Tese Inaugural.

Teses apresentadas à Faculdade de Medicina de Coimbra

ADLER, Elsa Azancot (1934) – *O tratamento da coxite tuberculosa*. Coimbra: Coimbra Editora. Tese de Licenciatura.

ALMEIDA, Lúcio de (1928) – *A tifo-bacilose: doença de Landouzy*. Coimbra: Tip. Bizarro. Tese de Doutoramento.

AZEVEDO, José Estevão da Silva (1919) – *A tuberculose na gestação*. Coimbra: Casa Tip. Alves & Mourão. Tese de Doutoramento.

BAPTISTA, Maria Irene Valente (1957) – *Algumas considerações sobre a vacinação pelo BCG*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

CALDAS, Manuel Ferreira (1921) – *As tuberculoses supuradas e o seu tratamento pelas punções e fisioterapia*. Coimbra: Tip. Operária. Tese de Doutoramento.

CAMPOS, Luciano Pinto de (1925) – *Da tuberculose anexial*. Coimbra: Imp. Académica. Tese de Doutoramento.

CANCELA, Edmundo de Seabra (1925) – *Da tuberculose externa*. Coimbra: Tip. Bizarro. Tese de Doutoramento.

CARDOSO, Mário (1919) – *Algumas considerações sobre o peso e perímetro torácico nas tuberculoses pulmonares submetidas à cura d'altitude*. Coimbra: Tip. Popular. Tese de Doutoramento.

CARVALHO FILHO, Lopo de (1917) – *Pneumotórax artificial*. Coimbra: Marques Moura. Tese de Concurso.

CARVALHO, A. V. Campos de (1896) – *Tuberculose e gestação*. Coimbra: Typ. França Amado. Tese de Licenciatura.

CASTANHEIRA, Acúrcio Gil Carvalho (1919) – *Tuberculose pulmonar: sua história e profilaxia*. Coimbra: Tip. Popular. Tese de Doutoramento.

CASTELA, Leopoldo Abraços (1955) – *Tuberculose miliar*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

COLAÇO, Leonel de Joaquim (1958) – *Valor da determinação da proteína C reactiva no reumatismo e na tuberculose: resultados comparativos com a velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos e com o proteinograma electroforético*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

DESSAI, Ramachondra Bascora Súria Rau (1962) – *Tuberculose genital feminina: revisão bibliográfica: frequência nos doentes com tuberculose pulmonar activa*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

DIAS, Caetano (1954) – *Estudo de volemia na tuberculose pulmonar*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

DUARTE, Afonso Augusto (1920) – *Noções elementares sobre tuberculose: causas, profilaxia, curabilidade*. Coimbra: Tip. União. Tese de Doutoramento.

FERNANDES, José Januário (1961) – *Tuberculose genital masculina*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

FERREIRA, Albino Pereira (1960) – *Alguns aspectos da tuberculose renal*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

FERREIRA, Frederico (1923) – *Sobre o pneumotorax artificial*. Coimbra. Tip. Bizarro. Tese de Doutoramento.

FIGUEIREDO, José Rodrigues de (1960) – *O pneumoperitoneu no tratamento da tuberculose pulmonar*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

FREIRE, Antero Mendes (1959) – *A exérese por tuberculose pulmonar: critério de selecção dos doentes*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

GIL, Horácio Mendes Nunes (1956) – *Mal de Pott*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

LIMA, A. Barata (1926) – *A velocidade da sedimentação dos glóbulos vermelhos do sangue na tuberculose pulmonar*. Coimbra: Gráfica Conimbricense. Tese de Doutoramento.

MADEIRA, Raúl Pinto Coelho (1926) – *Tuberculinoterapia*. Coimbra. Tip. Bizarro. Tese de Doutoramento.

MELO, António Augusto Pinto de Pinho e (1960) – *Tuberculose laríngea*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MELO, Jorge Manuel (1960) – *Tuberculose osteo-articular de joelho*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MENDES, José Alberto Pinto (1961) – *Algumas Considerações sobre tuberculose brônquica*. Coimbra, [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MONTEIRO, António Cândido Abranches (1958) – *Algumas considerações sobre a peritonite tuberculosa e o seu tratamento actual*. Coimbra [s.n.]. Tese de Licenciatura.

MUINOS FERNANDEZ, Constantino (1920) – *Tuberculose e contágio*. Coimbra: Tip. União. Tese de Doutoramento.

NETO, António Sílvio de Oliveira (1921) – *Da terapêutica solar*. Coimbra: Imp. Universitária. Tese de Doutoramento.

NORONHA, Alfredo de (1955) – *Subsídios para o tratamento local das cavernas tuberculosas: tratamento pelas injecções intracavitárias transparietais de estreptomicina ou de hidrozida do ácido isonicotinico*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

OLIVEIRA, Américo Simões de (1918) – *Diagnóstico bacteriológico da tuberculose pulmonar*. Coimbra: Casa Tipográfica. Tese de Doutoramento.

OLIVEIRA, António Augusto Munõz de (1959) – *Virtudes e limitações do tratamento medicamentoso clássico da tuberculose pulmonar*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

OLIVEIRA, Artur Correia de (1957) – *O pneumotorax interpleural no tratamento de lesões tuberculosas*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

PÁDUA, António de (1898) – *Davos-am-Platz: estação climatérica de inverno*. Coimbra: Imp. da Universidade. Tese de Doutoramento.

PINHEIRO, António Augusto Antunes (1955) – *Aspectos do tratamento da meningite tuberculosa*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

PIRES, Maria Olema (1956) – *Contribuição para o estudo da tuberculose renal*. Coimbra, [s.n.]. Tese de Licenciatura.

QUEIRÓS, Alberto Vilar de (1959) – *Tuberculose pulmonar: diagnóstico laboratorial*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto (1915) – *O sol em cirurgia*. Coimbra: Imprensa da Universidade. Tese de Doutoramento.

SAMPAIO, António Rafael Cabral Bastos Pereira Forjaz de (1960) – *Tuberculose pulmonar cirúrgica: considerações sobre o tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SANTOS, Maria Fernanda Amaral Tavares (1957) – *Meningite tuberculosa: aspectos do seu tratamento*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SANTOS, Mário Pereira (1958) – *Contribuições no estudo da tuberculose útero-anexial*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SARAIVA, António Simão (1926) – *Tuberculose e sanocrisina*. Coimbra: Tip. Bizarro. Tese de Doutoramento.

SARAIVA, Luís Jorge dos Santos (1968) – *Hemoptises de etiologia tuberculosa e não tuberculosa*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

SERRA, Augusto Pais da Silva Vaz (1927) – *O tratamento do Mal de Pott: modalidade cirúrgica*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Doutoramento.

SILVA, João Serras (1898) – *O clima d'altitude e a tuberculose pulmonar: estudo climatérico da Serra da estrela*. Coimbra: Imp. da Universidade. Tese de Concurso.

SILVA, José Marques da (1918) – *Radiodiagnóstico da tuberculose pulmonar*. Porto: Escola tipográfica da Oficina de S. José. Tese de Doutoramento.

URBANO, Albino Duarte Pires Dias (1966) – *Algumas considerações sobre meningites tuberculosas na criança*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

VILA NOVA, Reinaldo Hermínio de Carvalho (1966) – *Diagnóstico das pericardites tuberculosas não constritivas*. Coimbra: [s.n.]. Tese de Licenciatura.

Bibliografia

Bibliografia geral

A alimentação racional [I] (1906). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 1, n.º 1, p. 29-34.

A alimentação Racional [II] (1906). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 1, n.º 2, p. 18-28.

A carne em Lisboa (1900). «Guerra à Tuberculose», vol. 1, n.º 1, p. 46-47.

ALVES, Jorge Fernandes (2002) – *Para que servem os meus olhos? Notas sobre o trabalho feminino na indústria têxtil de Guimarães*. «Forum». [s.l.]: Universidade do Minho, n.º 32 (2002), p. 64-65. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1191.pdf>. [Consulta realizada em 19/05/2010].

ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu de (1993) – *As invasões francesas e a afirmação das ideias liberais*. *In* MATTOSO, José, *dir*. – *História de Portugal*, vol. 5. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 17-43.

ARIÈS, Philippe (1989) – *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*, 2.ª ed. Lisboa: Teorema.

ARÓSTEGUI, Júlio (2007) – *O desenvolvimento da ciência e da técnica*. *In* SOLAR, David; VILLALBA, Javier, *dir*. – *História da Humanidade: O mundo contemporâneo*. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 60-85.

ARRIAGA, Manoel (1907) – *Harmonias Sociaes: o problema humano e a futura organização social, a paz dos povos*. Coimbra: F. França Amado Editores.

As questões económicas e o parlamento: bairros para as classes laboriosas (1908). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 11-12, p. 28-44.

AZEVEDO, António de (1927) – *Bairros insalubres*. «A Medicina Contemporânea», vol. 30, n.º 28, p. 217-220.

BARDIN, Laurence (1979) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BENOIST, Luc (1999) – *Signos, símbolos e mitos*. Lisboa: Edições 70.

BENTO, Carqueja (1916) – *O povo portuguez: aspectos sociaes e económicos*. Porto: Livraria Chaldron.

Biblia Sagrada (2006), *trad. em português por João Ferreira de Almeida. Ed. rev. e corr.* Lisboa: Sociedade Bíblica de Portugal.

BLOCH, Marc (1961) – *Les Rois Thaumaturges: Étude sur le caractère surnaturel attribué a la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre.* Paris: Armand Colin.

BOMBARDA, Miguel (1903) – *O bairro de Alfama.* «A Medicina Contemporânea», vol. 6, n.º 9, p. 69-70.

BRAGA, Isabel, M. R. Mendes Drumond (2000) – *Portugal à mesa: alimentação, etiqueta e sociabilidade (1800-1850)*. Lisboa: Hugin.

BROECKAERT, Ivo (1996) – *La double Croix-Rouge: simple ornement ou emblème prémédité?* «Vesalius». Paris: Société Internationale d'Histoire de la Médicine, vol. 2, n.º 1, p. 10-18. Disponível em <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ishm/vesalius/VESx1996x02x01x010x018.pdf>. [Consulta realizada em 20/10/2011].

CABREIRA, Tomaz; GONÇALVES, Aquiles (1914) – *O problema da habitação económica e salubre: proposta de lei.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 1, p. 17-24.

CAMPOS, João da Silva (1977) – *Balanças alimentares: a balança alimentar no continente português período 1963-75.* [s.l.]: INE.

CARITA, Rui (2008) – *Funchal: uma porta para o mundo*. Lisboa: CTT.

CARVALHO, Silva (1902) – *Economia social e imposto sobre os alimentos.* «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 106, p. 354.

CASCÃO, Rui (1993) – *O crescimento demográfico: ritmos e factores. In* MATTOSO, José, *dir.* – *História de Portugal*, vol. 5. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 425-439.

___ (2011a) – *À volta da mesa: sociabilidade e gastronomia. In* MATTOSO, José, *dir.* – *História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea.* Lisboa: Círculo de Leitores/Temas e Debates, p. 56-91.

___ (2011b) – *Modos de habitar.* In MATTOSO, José, *dir.* – *História da Vida Privada em Portugal: A Época Contemporânea.* Lisboa: Círculo de Leitores/Temas e Debates, p. 22-55.

CATROGA, Fernando (1993a) – *Os caminhos polémicos da «geração nova». In* MATTOSO, José, *dir.* – *História de Portugal*, vol. 5. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 569-581.

___ (1993b) – *Romantismo, literatura e história. In* MATTOSO, José, *dir.* – *História de Portugal*, vol. 5. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 545-561.

CID, Jorge (1906) – *Assistência à primeira infância: para que servem as gotas de leite.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 1, n.º 2, p. 33-38.

COELHO, F. Adolfo (1909) – *Estudos sobre a educação popular: a estatística do analphabetismo.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», ano 4, n.º 20, p. 1-23.

___ (2006) – *Exposição etnográfica portuguesa: Portugal e Ilhas adjacentes, 1986. In* CALAFATE, Pedro, *intro. e org. editorial* – *Portugal como Problema: Século XIX: A decadência*, vol. 3. Lisboa: Público/Fundação Luso-Americana, p. 455-464.

COELHO, Sabino (1901) – *As «ilhas» do Porto. Habitações salubres.* «A Medicina Contemporânea», vol. 4, n.º 39, p. 319-320.

Companhia das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo – *Funchal: Comunidade do Hospício.* Disponível em <http://jovens.filhasdacaridade.org/cgi-bin/getfromdb.pl?nid=EkEFyEkFlycYqVzUCQ&menu=EkplAVpuAErTHEiYen>. [Consulta realizada em: 03/08/2011].

CORRÊA, António Augusto Mendes (1951) – *A alimentação do povo português.* Lisboa: INE/Centro de Estudos Demográficos.

DANTAS, Júlio (1969) – *Lisboa dos nossos avós*, 2.ª ed. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.

DAVID, Henrique (1992) – *A mortalidade no Porto em finais do século XIX.* «Revista da Faculdade de Letras – História» II série, vol. 9, p. 269-295. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/6403.pdf>. [Consulta realizada em 22/02/2011].

DESHAIES, Bruno (1997) – *Metodologia da investigação em ciências humanas.* Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, Geraldo J. A. Coelho (2004) – *Igreja, igrejas e cultos. In* SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira, *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 10. Lisboa: Editorial Presença, p. 269-302.

Escolas e Ensino (1991). *In* SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira, *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 11. Lisboa: Editorial Presença, 1991, p. 519-576.

FARIA, Fernando Rocha (1942a) – *A alimentação dos trabalhadores rurais portugueses.* «Jornal do Médico», vol. 3, n.º 44, p. 337-338.

___ (1942b) – *A alimentação dos trabalhadores rurais portugueses.* «Jornal do Médico», vol. 3, n.º 45, p. 351-352.

___ (1942c) – *A alimentação dos trabalhadores rurais portugueses.* «Jornal do Médico», vol. 3, n.º 46, p. 373-374.

___ (1942d) – A alimentação dos trabalhadores rurais portugueses. «Jornal do Médico»,Vol. 3, n.º 47 (1942), p. 391-392.

___ (1942e) – *A alimentação dos trabalhadores rurais portugueses.* «Jornal do Médico», vol. 3, n.º 48, p. 409-410.

FÉLIX (1910) – *O ventre de Lisboa.* «A Illustração Portugueza», n.º 220, p. 601-606.

FERREIRA, Maria Augusta de Matos (1947) – *As alunas da secção perante as "ilhas" do Porto. In Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social*, 6.ª série. Porto: Imprensa Portuguesa.

FERREIRA, Vítor Matias (1970) – *Industrialização capitalista e desenvolvimento urbano.* «Análise Social», vol. 8, n.º 30-31, p. 527-537. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224257354P8bZZ3gt7Yc78HI8.pdf>. [Consulta realizada em 10/05/2009].

FOUCAULT, Michel (1997) – *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada a 2 de dezembro de 1970.* Lisboa: Relógio D'Água Editores.

___ (2009) – *Microfísica do Poder.* São Paulo: Edições Graal.

FRÓIS, Luís (1993) – *Europa Japão. Um diálogo Civilizacional no século XVI.* Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses.

FUSCHINI, Augusto (1902) – *Economia social e imposto sobre os alimentos.* «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 106, p. 354-355.

GARRETT, Almeida (1936) – *Hábitos alimentares do norte de Portugal.* «Portugal Médico», vol. 20, n.º 10, p. 427-437.

___ (1999) – *Viagens na Minha Terra.* Porto: Porto Editora.

GARRETT, António de Almeida (1940) – *Costumes alimentares dos portugueses. In* CONGRESSO do Mundo Português – *Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional de Ciência da População: 1.ª Secção – Demografia e Higiene*, vol. 17, tomo 1. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários, p. 340-346.

GRAWITZ, Madeleine (1990) – *Méthodes des sciences sociales*, 8.ª ed. Paris: Dalloz.

JOVER ZAMORA, Jose Maria (1976) – *Visión sinóptica de la cultura del positivismo. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 6. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 1-9.

LAINS, Pedro (1990) – *A evolução da agricultura e da indústria em Portugal (1850-1913): uma interpretação quantitativa.* Lisboa: Banco de Portugal.

LAINS, Pedro e SOUSA, Paulo Silveira e (1998) – *Estatísticas e produção agrícola em Portugal.* «Análise Social», vol. 33, n.º 149, p. 935-968. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221844503Z3dSG4pz7St47GS7.pdf>. [Consulta realizada em 12/05/2011].

LÉON, Pierre (1982a), *dir.* – *História económica do mundo*, vol. 4, tomo 1. Lisboa: Sá da Costa Editora, 1982.

___ (1982b), *dir.* – *História económica do mundo*, vol. 4, tomo 2. Lisboa: Sá da Costa Editora.

Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1999) – *Cronologia de 75 anos em prol do bem comum.* Porto: LPPS.

LIMA, Américo Pires de (1940) – *O valor social do leite. In* CONGRESSO do Mundo Português – *Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional de Ciência da População: 1.ª Secção – Demografia e Higiene*, vol. 17, tomo 1. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários, p. 347-354.

LOPES, José da Silva (2005) – *Finanças públicas. In* LAINS, Pedro; SILVA, Álvaro Ferreira da, *org.* – *História económica de Portugal (1700-2000)*, vol. 3. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, p. 265-304.

LUKE, Allan (2003) – *Análise do discurso numa perspectiva crítica. In* HYPOLITO, Álvaro Moreira; GANDIN, Luís Amado, *org.* – *Educação em tempos de incertezas.* Lisboa: Plátano Editora, p. 83-97.

MANN, Thomas (2009) – *A Montanha Mágica.* Alfragide: Dom Quixote.

MARQUES, A. H. de Oliveira (1980) – *A 1.ª República Portuguesa: alguns aspectos estruturais*, 3.ª ed. Lisboa: Livros Horizonte.

___ (2004a) – *A conjuntura. In* SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 10. Lisboa: Editorial Presença, p. 467-518.

___ (2004b) – *Organização administrativa e política. In* SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira, *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 10. Lisboa: Editorial Presença, p. 184-250.

MARQUES, A. H. de Oliveira; RODRIGUES, Luís Nuno (1991) – *A sociedade e as instituições sociais*. In SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira, *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 11. Lisboa: Editorial Presença, p. 187-239.

MATOS, Fátima Loureiro de (1994) – *Os bairros sociais no espaço urbano do Porto: 1901-1956*. «Análise Social», vol. 29, n.º 127, p. 677-695. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223377379T2hXG0aa5Rv09QL3.pdf>. [Consulta realizada em 27/04/2011].

MATTA, José Caeiro da (1909) – *Habitações populares*. Coimbra: Imprensa da Universidade.

MATTOS, Daniel de (1902) – *Rasgamento de bairros accumulados*. «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 106, p. 352-353.

MATTOSO, José (1988) – *A escrita da História: teoria e métodos*. Lisboa: Editorial Estampa.

MENDES, Adelino (1930) – *O que tem feito a Camara do Porto, no que respeita a bairros económicos*. «O Século», ano 50, n.º 17494, p. 1-2.

MOULIN, Anne Marie (1997) – *Os frutos da ciência*. *In* LE GOFF, Jacques *et al.* – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar.

NAMORA, Viriato (1997) – *Bissaya Barreto: o Homem e a Obra*. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.

NAVARRO, Emigdio (1884) – *Quatro dias na Serra da Estrella: Notas de um passeio*. Porto: Livraria Civilisação. Versão facsimilada pela Arquimedes Livros, 2004.

NAZARETH, Pedro Dória (1906) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 1, n.º 3, p. 9-20.

___ (1907a) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 2, n.º 4, p. 18-32.

___ (1907b) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 2, n.º 6, p. 17-33.

___ (1908a) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 8, p. 16-38.

___ (1908b) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 11-12, p. 1-10.

___ (1908c) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 4, n.º 19, p. 1-40.

___ (1910) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 5, n.º 24, p. 91-100.

___ (1910) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 5, n.º 24, p. 155-171.

___ (1910) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 5, n.º 27, p. 204-226.

O consumo de carne em Lisboa (1900). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 64, p. 106-114.

ORTIGÃO, Ramalho (1943) – *As Farpas: O país e a sociedade portuguesa*, tomo 7. Lisboa: Livraria Clássica Editora.

PAPP, Desiderio (1976a) – *Visión sinóptica de la ciencia del barroco (1600-1740)*. *In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 4. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 199-214.

___ (1976b) – *Visión sinóptica de la ciencia del romanticismo (1800-1848)*. *In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 5. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 165-175.

PEREIRA, Ana Leonor (1991) – *Novas sensibilidades científico-culturais em Portugal na aurora do século XX*. *In* MORENO, Humberto Baquero *et al.* – *Estudos de História contemporânea portuguesa: homenagem ao professor Víctor de Sá*. Lisboa: Livros Horizonte: 1991, p. 421-431.

PEREIRA, Arantes (1909a) – *A ração alimentar do operariado portuense*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 4, n.º 16, p. 1-6.

___ (1909b) – *A ração alimentar do operariado portuense*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 4, n.º 16, p. 1-6.

PEREIRA, Gaspar Martins (1995) – *Famílias portuenses na viragem do século (1880-1910)*. Porto: Edições Afrontamento.

PEREIRA, Nuno Teotónio (1994) – *Pátios e vilas de Lisboa, 1870-1930: a promoção privada do alojamento operário*. «Análise

Social», vol. 29, n.º 127, p. 509-524. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223376980G9tRH8gg4Lc58CZ0.pdf>. [Consulta realizada em 20/04/2011].

PEREIRA, Raul da Silva (1983) – *A habitação própria – solução do problema habitacional?* «Análise Social», vol. 19, nº 77-78-79, p. 737-741. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223464601E7hRG3zv9Ob58UX6.pdf>. [Consulta realizada em 24/05/2011].

POINSARD, Léon (1912) – *Portugal ignorado*. Porto: Magalhães & Moniz Lda.

PORTER, Roy (1992) – *History of the body. In* BURKE, Peter *et al.* – *New perspectives on historical writing*. Cambridge: Polity Press, p. 206-232.

PROENÇA, Maria Cândida (2006) – *D. Manuel II*. Mem Martins: Círculo de Leitores.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (2003) – *Manual de investigação em ciências sociais*, 3.ª ed. Lisboa: Gradiva.

RAMOS, João (1902) – *Rasgamento de bairros accumulados.* «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 106, p. 353-354.

RAMOS, Rui (1994) – *A «vida nova». In* MATTOSO, José *dir.* – *História de Portugal*, vol. 6. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 125-297.

___ (1994) – *O mito da política nacional (1918-1926). In* MATTOSO, José, *dir.* – *História de Portugal*, vol. 6. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 597-633.

___ (1988) – *Culturas da Alfabetização e culturas do analfabetismo em Portugal: uma introdução à História da Alfabetização no Portugal contemporâneo*. «Análise Social», vol. 24, n.º 103-104, p. 1067-1145. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223032571Q0nUJ7ty8Sg03SR3.pdf>. [Consulta realizada em 24/04/2009].

RATTAZZI, Maria (1997) – *Portugal de relance*. Lisboa: Edições Antígona.

REIS, Jaime (1998) – *A «Lei da Fome»: as origens do proteccionismo cerealífero (1889-1914)*. «Análise Social», vol. 15, n.º 60, p. 745-793. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223990341R5sVH2pa1Ra60EQ7.pdf>. [Consulta realizada em 12/05/2011].

RIBEIRO, Orlando (1998) – *Portugal, o Mediterrâneo e o Atlântico*, 7.ª ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.

RODRIGUES, Teresa Ferreira (2008) – *O Século XIX. In* RODRIGUES, Teresa Ferreira, *coord.* – *História da população portuguesa: das longas permanências à conquista da modernidade*. Porto: CEPESE/Edições Afrontamento, p. 327-416.

ROSAS, Fernando *et al.* (1994) – *A «indústria nacional». In* MATTOSO, José – *História de Portugal*, vol. 7. Lisboa: Círculo de Leitores, p. 61-99.

ROSSEAU, Jean-Jacques (1754) – *Discurso sobre a origem da desigualdade*. Ed. Electrónica Ridendo Castigat Mores. Disponível em <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/desigualdade.pdf>. [Consulta realizada em 02/02/2011].

SANTOS, Miguel (2004) – *A sociedade: o povo. In* SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira, *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 10. Lisboa: Editorial Presença, p. 175-183.

SCHWARTZMAN, Kathleen (1981) – *Contributo para a sistematização dum aparente caos político: o caso da Primeira República Portuguesa*. «Análise Social», vol. 17, n.º 65. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223998290N3wKY8mp2Nm66WD0.pdf. [Consulta realizada em 10/08/2011].

Secretariado da Propaganda Nacional (s.d.) – *Casas económicas*. Lisboa: Secretariado da Propaganda Nacional.

SILVA, Carlos Manique da (2002) – *Escolas Belas ou Espaços Sãos? Uma análise histórica sobre a arquitectura escolar portuguesa (1860-1920)*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

TEIXEIRA, Manuel C. (1992) – *As estratégias de habitação em Portugal*. «Análise Social», vol. 27, n.º 115, p. 65-89. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223049300Z1dLD4ro1Jn31VT6.pdf>. [Consulta realizada em 16/05/2009].

___ (1994) – *A habitação popular no século XIX: características morfológicas, a transmissão de modelos: as ilhas do Porto e os cortiços do Rio de janeiro*. «Análise Social», vol. 29, n.º 127, p. 555-579. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223377114L3bQW0kz8Jm12CZ8.pdf>. [Consulta realizada em 24/04/2009].

TELO, António José (1980) – *Decadência e queda da I República Portuguesa*, vol. 1. Lisboa: A Regra do Jogo/História.

___ (1984) – *Decadência e queda da I República Portuguesa*, vol. 2. Lisboa: A Regra do Jogo/História.

___ (2007) – *História Contemporânea de Portugal: do 25 de abril à actualidade*, vol. 1. Lisboa: Editoral Presença.

Trabalhos da Liga: A carne de Lisboa (1902). «Guerra à Tuberculose», vol. 1, n.º 2, p. 13-14.

VEIGA, Teresa Rodrigues (2004) – *As realidades demográficas. In* SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira, *dir.* – *Nova História de Portugal*, vol. 10. Lisboa: Editorial Presença, p. 17-70.

VEYNE, Paul (2008) – *Como se escreve a história*. Lisboa: Edições 70.

Bibliografia sobre medicina, doenças e saúde

À Lareira (1932). *A Saúde*, n.º 25, p. 3.

ALVES, Jorge Fernandes, *coord.* (2003) – *O Signo de Hipócrates. O Ensino Médico no Porto segundo Ricardo Jorge em 1885*. [s.l.]: Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

___ (2008) – *Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal: Um "Apostolado Sanitário"*. «Arquivos de Medicina», vol. 22, n.º 2/3, p. 85-90. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a08.pdf>. [Consulta realizada em 04/02/2011].

AMARAL, Anabela *et al.* (2008) – *Hospitais de Gaia: um século de história*. Porto: Fronteira do Caos.

ARAÚJO, Paulo (2007) – *Miguel Bombarda, médico e político*. Casal de Cambra: Caleidoscópio.

BALAGUER PERIGÜELL, Emílio; BALLESTER AÑON, Rosa (1976) – *Medicina e sociedad: la enfermedad y su prevención. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 6. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 363-370.

BARIÉTY, Maurice e COURY, Charles (1971) – *Histoire de la Médicine*. Paris: PUF.

BOCAGE, J. V. Barbosa du (1859) – *O stethoscopo do sr. Dr. Pitta (da Madeira)*. «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 1, n.º 22, p. 343.

BOUTARIC, Jean-José (2004) – *Laennec, Balzac, Chopin et le stéthoscope*. Paris: Glyphe & Biotem éditions.

BRILHANTE, António Maria dos Santos (1850) – *Leite de burra: abusos da sua applicação, circunstancias em que se deve applicar, qualidades e condições de boa ou má qualidade*. «O Esculapio», ano 2, n.º 73, p. 299-300.

BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth (2003) – *Henry E. Sigerist: medical historian and social visionary*. «American Journal of Public Health», vol. 93, n.º 1, p. 60. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/pmc/articles/PMC1447692/pdf/0930060.pdf>. [Consulta realizada em 28/11/2011].

BUNCH, Bryan; HELLEMANS, Alexander (2004) – *The history of science and technology*. Boston/Nova Iorque: Houghton Mifflin Company.

BURGERSTEIN, Leo (1934) – *Higiene escolar*, 3.ª ed. Rio de janeiro: Atlântida editora.

BUSACCHI, Vincenzo (1976) – La iatromecánica. *In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 4. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 251-261.

CARNEIRO, Marinha (2008) – *Ajudar a Nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV – 1974)*. Porto: Editora da Universidade do Porto.

CARVALHO, Augusto da Silva (1929) – *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional.

CASTRO, Oliveira (1900) – *Digressão hydrologica*. «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 81 (1900), p. 88-91.

CHASSAGNE, Rozière de la (1770) – *Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine*. Paris: Humaire. Disponível em <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?88831x01>. [Consulta realizada em 04/04/2011].

CHAST, François (1999) – *História contemporânea dos medicamentos*. Lisboa: Instituto Piaget.

CID, José (1902) – *Coimbra: Demographia e Hygiene*, 2.º parte. Coimbra: Imprensa da Universidade.

Congresso internacional de hygiene (Turim, 1880): hygiene veterinária (1880). «O Correio Médico de Lisboa», vol. 9, n.º 21, p. 260.

CORREIA, Fernando da Silva (1938) – *Portugal Sanitário: subsídios para o seu estudo*. Lisboa: Ministério do Interior/Direcção Geral de Saúde Pública.

COSME, João (2006) – *As preocupações Higio-Sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípios do XX*. «Revista da Faculdade de Letras – História», III Série, vol. 6, p. 181-195. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3411.pdf>. [Consulta realizada em 22/02/2011].

COSTA, Jaime Celestino da (1986) – *O estudo da Medicina até ao fim do séc. XIX*. «História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal», vol. I. Lisboa: Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, p. 497-508.

COSTA, Rui Manuel Pinto (2009) – *O poder médico no Estado Novo (1945-1974): Afirmação, legitimação e ordenamento profissional*. Porto: Editorial UP.

COSTA, Rui; VIEIRA, Ismael (2012) – *O trabalho académico como fonte histórica: as teses inaugurais da Escola Médico-cirúrgica do Porto (1827-1910)*. «CEM – Cultura, Espaço e Memória», n.º 3, p. 251-260.

COSTA, Rui Manuel Pinto (2010) – *Luta contra o Cancro e oncologia em Portugal. Estruturação e normalização duma área científica (1838-1974)*. Porto: FLUP. Tese de doutoramento.

DAGOGNET, François (1997) – *Savoir et pouvoir en médecine*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

DESSERTINE, Dominique (2006) – Michèle Becquem in *Protection de l'enfance et placement familial. La Fondation Grancher. De l'hygiénisme à la suppléance parentale*. «Revue d'histoire de l'enfance», n.º 8. Disponível em: <http://rhei.revues.org/index384.html>. [Consulta realizada em 18/07/2011].

DUFFIN, Jacalyn (2010) – *History of Medicne: a scandalously short introduction*, 2.ª ed. Toronto/Buffalo/Londres: University of Toronto Press.

ENNES, Guilherme José (1901) – *Desinfecção pública nas pequenas aglomerações*. «A Medicina Contemporânea», vol. 4, n.º 15, p. 120-121.

FAHRAEUS, Robin (1956) – *História de la medicina*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

FARIA, Isabel, *coord*. (1991) – *Catálogo das teses de licenciatura e doutoramento existentes na biblioteca central da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*. Coimbra: BCFMC.

FEDERSPIL, Giovanni; BERTI, Tito (1999) – *Les stratégies thérapeutiques. In* GRMEK, Mirko D., *dir*. – «Histoire de la pensée médicale en Occident», vol. 3. Paris: Seuil, p. 197-213.

FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990) – *História da Saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FOUCAULT, Michel (1977) – *O nascimento da clínica*. Rio de janeiro: Forense Universitária.

FRADA, João José Cúcio (2005) – *A Gripe Pneumónica em Portugal Continental (1918)*. Lisboa: Sete Caminhos.

GALMICHE, Jean-Marie (1999) – *Hygiène et Médicine: Histoire et actualité des maladies nosocomiales*. Paris: Éditions Louis Pariente.

GARCIA-SABELL, Domingo (1976) – *El pensamiento patológico. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir*. – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 7. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p.133-152.

GEORGES, Francisco (2004) – *Histórias de Saúde Pública*. Lisboa: Livros Horizonte.

GRMEK, Mirko (1994) – *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale: recherces sur la réalité pathologique dans le monde grec historique, archaïque et classique*. Paris: Éditions Payot & Rivages.

___ (1999) – *Le concept de maladie. In* GRMEK, Mirko D., *dir*. – *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3. Paris: Seuil, p. 147-167.

GRMEK, Mirko D.; SOURNIA, Jean-Charles (1999) – *Les maladies dominantes. In* GRMEK, Mirko D., *dir*. – *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3. Paris: Seuil, p. 271-293.

GUHL, Felipe *et al*. (2000) – *Chagas disease and human migration*. «Mem. Inst. Oswaldo Cruz», vol. 95, n.º 4, p. 553-555. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v95n4/4052.pdf>. [Consulta realizada em 19/10/2010].

Instituto Pasteur de Paris (1933) – *Aos senhores médicos*. «A Saúde», n.º 71-72, p. 4-6.

JORGE, Ricardo de Almeida (1885) – *Hygiene Social applicada á Nação Portuguesa: A Hygiene em Portugal*. Porto: Livraria Civilisação.

___ (1899) – *Demografia e Hygiene da cidade do Porto: Clima, População, Mortalidade*. Porto: Repartição de Saúde Hygiene da Câmara do Porto.

JOURDANET, D. (1875) – *Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme: climats d'altitude et climats de montagne*, tomo 1. Paris: G. Masson Éditeur.

Junta da Província da Beira Litoral (s. d.) – *Oeuvre sociale realisée a Coimbra*. Coimbra: Junta da Província da Beira Litoral.

LACERDA, Jerónimo (1937) – *Caramulo: estatística de 1936*. Lisboa: Sociedade Industrial de Tipografia.

LAENNEC, René Théophile Hyacinthe (1819) – *De l'aucultation mediate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*, tomo 1. Paris: J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé Libraries.

LAIN ENTRALGO, Pedro; ALBARRACIN TEULON, Agustin (1976) – *La mentalidade biopatológica. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 7. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 197-202.

LE GOFF, Jacques *et al.* (1997) – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar.

LEBIGRE, Arlette (1997) – *Sangrar e purgar! In* LE GOFF, Jacques *et al.* – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar, p. 289--298.

LEBRUN, François (1995) – *Se soigner autrefois: médecins, saints et sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Paris: Seuil.

Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1944) – *Escarrar e cuspir, um hábito perigoso e nojento*. Porto: LPPS.

Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1960) – *Lista completa de publicações*. Porto: Imprensa Social.

LIMA, J. A. Pires de (1908) – *Catálogo das Theses Defendidas na Escola Médico-Cirurgica do Porto desde 6 d outubro de 1827 até ao fim de julho de 1908. Annuario da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1907-1908)*. Porto: Typ. Industrial Portugueza.

___ (1943) – *Epítome de História da Medicina Portuguêsa*. Porto: Portucalense Ed.

LOPES, Maria Antónia (2000) – *Pobreza, assistência e controlo social em Coimbra (1750-1850)*, vol. 2. Viseu: Palimage Editores.

LOPEZ PIÑERO, Jose Maria (1976a) – *La iatroquímica de la segunda mitad del siglo XVII. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 4. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 279-293.

___ (1976b) – *Patologia y clínica en el romanticismo: Europa latina. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 5. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 255-267.

___ (1976c) – *Patologia y medicina interna. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 6. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 123-156.

MACEDO, Manuel Machado (2000) – *História da Medicina Portuguesa no século XX*. Lisboa: CTT.

MÃES (1932) – *A Saúde*, n.º 41, p. 2.

MARSET CAMPOS, Pedro; RAMOS GARCIA, Elvira – *Medicina y sociedade en el romanticismo. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 5. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 337-346.

MARTINS, José Thomé de Sousa Martins (1874) – *Relatório dos trabalhos da conferência sanitária internacional reunida em Vienna em 1874*. Lisboa: Imprensa Nacional. Disponível em <http://www.archive.org/stream/relatoriodostra00mart-goog#page/n8/mode/2up>. [Consulta realizada em 08/06/2011].

MARTINS, Lopes (1925) – *A evolução do ensino da higiene na Escola do Porto nos últimos cem anos*. Porto: Tipografia Marques.

MIRA, Matias Ferreira de (1947) – *História da Medicina Portuguesa.* Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.

MONTENEGRO, Augusto Pinto de Miranda (1901) – *A hygiene das habitações.* Lisboa: Imprensa Nacional.

MURALHA, Pedro (1908) – *A higiene da habitação.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 15, p. 24-27.

NUNES, Maria de Fátima (2010) – *As sociabilidades médico-científicas. In* GARNEL, Maria Rita Lino, *coord.* – *Corpo: estado, medicina e sociedade no tempo da I Républica*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações do Centenário da República.

O clima da Serra da Estrella (1895). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 59, p. 330.

O'MALLEY, C. D. (1976) – *Los saberes morfológicos en el renacimiento. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 4. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 43-77.

OLIVEIRA, Luísa Tiago de (1992) – *A saúde pública e o Vintismo*. Lisboa: Ed. João Sá da Costa.

PANIAGUA, Juan Antonio (1976) – Clínica del renacimiento. *In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 4. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 87-104.

PARREIRA, Leonor (2003) – *A medicina e a nova biologia.* «Análise Social», vol. 38, n.º 166, p. 101-126. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737718M6zQK4ov1Zb92KL9.pdf>. [Consulta realizada em 23/09/2010].

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (1993) – *Liturgia higienista no século XIX: pistas para um estudo. In* CARVALHO, Joaquim Ramos de, *coord.* – «Revista de História das Ideias», vol. 15, p. 437-559.

___ (2006) – *Pasteur in Portugal: public health and the diffusion of hygiene. In* RIEDE, Philip; PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – *História ecológico-institucional do corpo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 21-28.

PINA, Luís de (1954) – *História Geral da Medicina*. Porto: Tipografia da Livraria Simões Lopes.

PITA, João Rui (1996) – *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra: Minerva.

___ (1998) – *História da Farmácia*. Coimbra: Ordem dos Farmacêuticos, Secção Regional de Coimbra/Minerva.

PORTER, Roy (1996) – *Les stratégie thérapeutique. In* GRMEK, Mirko D., *dir.* – *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 2. Paris: Seuil, p. 199-223.

RAMALHÃO, Carlos (1925) – *A Bacteriologia no Pôrto: Súmula de trabalhos de investigação scientífica* (1891-1925). Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto.

Resumo dos mais notaveis descobrimentos e principaes trabalhos nas Sciencias, no anno de 1818: Medicina (1819). *In Annaes das Sciencias, das Artes, e das Letras*. Paris: A. Bobée, impressor da Sociedade Real Académica das Sciencias de Parîs, vol. 6, p. 147-148.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre (1974) – *Le corps: l'homme malade et son histoire. In* LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre, *dir.* – *Faire de l'histoire: nouveaux objets*. Paris: Gallimard, p. 169-191.

RICO, J. M. Gião T. (1986) – *A Evolução da Farmacologia em Portugal até ao século XX. In* SILVEIRA, António da, *coord.* – *História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal: I Colóquio – até ao Século XX*, vol 1. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa, p. 595-618.

ROCHA, Augusto (1886) – *Policia Sanitaria*. «Coimbra Médica», tomo 6, n.º 22, p. 337-339.

ROMAIN, Anne de Saint (1997) – *Pasteur: as verdadeiras razões de uma glória. In* LE GOFF, Jacques *et al.* – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar, p. 85-90.

ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto (1970) – *Uma Obra Social realizada em Coimbra*. Coimbra: Coimbra Editora.

SAAVEDRA, Mónica (2010) – *"Uma questão nacional": enredos da malária em Portugal, século XIX e XX*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Tese de doutoramento.

SALGUEIRO, Ângela (2011) – *Professores cientistas e a investigação médica em Portugal no início do século XX. In* FIOLHÃES, Carlos; SIMÕES, Carlota; MARTINS, Décio, *coord.* – *Congresso Luso-brasileiro de História das Ciências: Livro de Actas*, Coimbra [CD-ROM]. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 894-906.

SAUSSURE, Horace-Bénédict de (1803) – *Voyages dans les Alpes, precédés d'un essai sur l'histoire naturelle des environs de Geneve*. Neuchatel: Louis Fauche-Borel Imprimeur.

SCHREIBER, Werner; MATHYS, Friedrich Karl (1987) – *Infectio: Infectious Diseases in the History of Medicine*. Basle: Editiones Roche.

SCLIAR, Moacyr (2007) – *História do Conceito de Saúde*. «Physis: Revista de Saúde Colectiva», vol. 17, n.º 1, p. 29-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. [Consulta realizada em 04/02/2011].

SÉGAL, Alain (1999) – *Les moyens d'exploration du corps. In* GRMEK, Mirko D., *dir.* – *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3. Paris: Seuil, p. 187-195.

SEMEDO, João Curvo (1741) – *Polyanthea Medicinal*. Lisboa: Officina dos Herdeiros de António Pedrozo Galram.

Serviço de desinfecção de Cascaes (1899). «A Medicina Contemporânea», vol. 2, n.º 28, p. 236-237.

SILVESTRE, A. Meliço (1937) – *A higiene do leite na cidade de Coimbra*. «Coimbra Médica», vol. 4, n.º 1, p. 88-106.

SONTAG, Susan (2002) – *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphor*. Londres: Penguin Books.

SOURNIA, Jean-Charles (1995) – *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.

SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIE, Jacques (1984) – *As epidemias na História do Homem*. Lisboa: Edições 70.

THÉODORIDÉS, Jean (1976) – *La mentalidad etiopatológica. In* LAIN ENTRALGO, Pedro, *dir.* – *Historia Universal de la Medicina*, tomo 6. Barcelona [etc.]: Salvat Editores, p. 175-192.

TRAVASSOS, Augusto da Silva (1950) – *Declaração obrigatória das doenças contagiosas*. «Clínica, Higiene e Hidrologia», vol. 16, n.º 8, p. 197-199.

TUBIANA, Maurice (2000) – *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: Teorema.

Uma publicação patriótica (1933). «Correio de Coimbra», ano 12, n.º 587, p. 1.

VELOSO, António José Barros (2000) – *Medicina: a arte e o ofício*. Lisboa: Gradiva.

VILLERMÉ, Louis-René (1840) – *Tableau de l'état physique er moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie,* tomo 2. Paris: Jules Renouard et Cie. Libraires.

WEISZ, George (2006) – *Divide and conquer: a comparative history of medical specialization*. Oxford: Oxford University Press.

Bibliografia sobre a temática da tuberculose

A criança e a profilaxia da tuberculose: preventório de Penacova (1931). «A Saúde», ano 1, n.º 12, p. 4.

A desinfecção dos productos tuberculosos nos Hospitaes da Universidade (1895). «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 28, p. 459.

A infecciosidade dos escarros dos phthysicos (1886). «O Correio Médico de Lisboa», vol. 15, n.º 3, p. 21.

A lucta contra a tuberculose em Portugal (1926). «A Medicina Contemporânea», vol. 29, n.º 25, p. 196-197.

A tuberculose considerada como doença virulenta (1866). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 5, p. 661-663.

A tuberculose em Lisboa (1902). «Guerra á tuberculose», vol. 1, n.º 2, p. 1-5.

ABEL, Emily K. (2007) – *Tuberculosis and the politics of exclusion: a history of public health and migration to Los Angeles*. New Brunswick/New Jersey/Londres: Rutgers University Press.

ACHERAY, Paul (s./d.) – *La lutte contre la tuberculose dans les milieux populaires : dispensaires antituberculeux*. [S.l.], [s.n.].

Ácido phenico na tisica pulmonary (1871). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 10, p. 138.

ALMEIDA, António Ramalho de (1995) – *A Tuberculose: Doença do passado, do presente e do futuro*. Porto: Bial.

___ (1998) – *Sanatório de D. Manuel II: alguns contributos para a sua história*. Gaia: [s.n.].

___ (2000) – *A trilogia da tuberculose na vida e obra de António Nobre*. Porto: [s.n.].

___ (2007) – *O Porto e a Tuberculose. História de 100 anos de luta*. Porto: Fronteira do Caos.

___ (2008) – *O Sanatório Marítimo do Norte. In* AMARAL, Anabela *et al.* – *Hospitais de Gaia: um século de história*. Porto: Fronteira do Caos Editores, p. 19-22.

ALMEIDA, José de; NEVES, Cassiano (1912) – *A X conferência internacional contra a tuberculose (Roma).* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», ano 1, n.º 1, p. 1-43.

ALMEIDA, José Joaquim (1901) – *Preferência a dar aos differentes modos de propaganda contra a tuberculose*. «A Medicina Contemporânea», vol. 4, n.º 15, p.130.

ALMEIDA, Tiago de (1895) – *A therapeutica da tuberculose: a Guarda.* «A Medicina Moderna», tomo 1, p. 122-123.

___ (1896) – *A sôrotherapia na tuberculose: o sôro-Maragliano.* «A Medicina Moderna», tomo 1, p. 283-285.

___ (1897) – *A tuberculose em Vianna: necessidade de um sanatório.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 61, p. 65-68.

ALVES, Casanova (1950) – *Bases da orientação da luta antituberculosa em Portugal pela vacinação de Calmette e Guérin e micro-radiografia de Manuel de Abreu.* «Jornal do Médico», vol. 15, n.º 385, p. 853-858.

___ (1954) – *As bases modernas da profilaxia da tuberculose.* «Clínica, Higiene e Hidrologia», vol. 20, n.º 4, p. 100-105.

AMADO, J. J. da Silva (1936) – *A etiologia da tísica*. «O Correio Médico de Lisboa», vol. 11, n.º 14, p. 134-135.

AMARAL, Anabela Araújo de Carvalho (2007) – *Vivências educativas da tuberculose no Sanatório Marítimo do Norte e Clínica Heliântia (1917-1955).* Porto: FPCEUP. Tese de Mestrado.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves (1999) – *A tuberculose através do século: séries temporais para a mortalidade em São Paulo, Brasil, 1900-97*. «Cad. Saúde Pública», vol. 15, n.º 3, p. 463-476. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n3/0485.pdf>. [Consulta realizada em 03/06/2011].

ARAÚJO, António de (1934) – *Subsídios para o estudo dum plano de luta anti-tuberculosa na cidade do Porto.* «Boletim de Tisiologia do Sanatório-Hospital Rodrigues Semide», ano 1, n.º 1, p. 37-47

As carnes tuberculosas na difusão da tuberculose (1910). «A Medicina Contemporânea», vol. 13, n.º 17, p. 133.

Assistência Nacional aos Tuberculosos (1905) – *L'Assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional.

Assistência Nacional aos Tuberculosos (1957). «Jornal do Médico», vol. 32, n.º 750, p. 315.

Assistência Nacional aos Tuberculosos: os seus 50 anos (1949). «Hospitais Portugueses», n.º 4, p. 30.

Auto-Immunização pelo trabalho e tratamento da tuberculose (1909). «A Medicina Contemporânea», vol. 12, n.º 50, p. 408-409.

AZEVEDO, António de (1899a) – *A acção dos raios X sobre a tuberculose experimental.* «A Medicina Contemporânea», vol. 2, n.º 3, p. 27.

___ (1899b) – *A luta contra a tuberculose em Portugal.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 63, p. 245--254.

___ (1927) – *Declaração obrigatória da tuberculose em Portugal.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 8, n.º 1, p. 1-13.

BÁGUENA CERVELLERA, María José (1992) – *La tuberculosis y su historia.* Barcelona: Fundación Uriach1838.

BARNES, David S. (1995) – *The making of social disease: tuberculosis in Nineteenth-Century France.* Berkeley/Los Angeles/Londes: University of California Press.

BARRAL, Francisco António (1854) – *Notícia sobre o clima do Funchal e sua influência no tratamento da tísica pulmonar.* Lisboa: Imprensa Nacional.

BARROSA, Hernâni (1925) – O *conceito da tuberculose na medicina portuguesa.* «Portugal Médico», vol. 8, n.º 7, p. 290-294.

___ (1926) – O problema da tuberculose no Pôrto. «Portugal Médico», vol. 10, n.º 6, p. 258-275.

BEDDOES, Thomas (1799) – *Essay on the causes, early signs and prevention of pulmonary consumption for the use of parents and preceptors.* Londres: Longman and Rees.

BENDA, R.; FRANCHEL, F. (1952) – *Prevenção da tuberculose bovina no homem.* «Jornal do Médico», vol. 19, n.º 486, p. 1004.

BERNARDEAU, Emilio (1854) – *Historia de la tisis pulmonal: Nuevas investigaciones sobre la etiologia y el tratamiento de esta enfermedad.* Madrid: Imprenta de J. Antonio Ortigosa.

BESSA, José dos Santos (1936) – *Profilaxia da tuberculose infantil: tese apresentada ao Congresso Beirão (1936*). Coimbra: [s.n].

___ (1940) – *A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral. In CONGRESSO do Mundo Português – Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional de Ciência da População: 1.ª Secção – Demografia e Higiene*, vol. 17, tomo 1. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários, p. 348-350.

___ (1953) – *O BCG e a microradiografia na luta contra a tuberculose: sua aplicação em Portugal.* «O Médico», vol. 1, n.º 99, p. 619-628.

BETTENCOURT, Nicolau (1909) – *Therapeutica específica da tuberculose: serotherapia.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 4, n.º 20, p. 24-36.

BIRABEN, Jean-Noël (1988) – *La tuberculose et la dissimulation des causes de décès. In* BARDET, Jean-Pierre *et al. – Peurs et terreurs face à la contagion: Choléra, tuberculose, syphilis (XIXe – XXe siècles).* Paris: Fayard, 1988, p. 184-198.

BODINGTON, George (1840) – *An essay on the treatment and cure of pulmonary consumption, on principles natural, rational and successful.* Londres: Longman [etc.]. Disponível: <http://www.archive.org/stream/anessayontreatm00bodigoog #page/n10/mode/2up>. [Consulta realizada em 09/09/2011].

BOMBARDA, Miguel (1898) – *Tuberculose.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 33, p. 265-266.

___ (1899a) – *Liga nacional contra a tuberculose.* «A Medicina Contemporânea», vol. 2, n.º 27, p. 227-228.

___ (1899b) – *Relatório apresentado á sociedade das sciencias medicas de Lisboa pela commissão da tuberculose: Liga nacional contra a tuberculose.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 63, p. 126-138.

___ (1900) – *A tuberculose, semente e terreno.* «Guerra á tuberculose», vol. 1, n.º 1, p. 30-38.

BRANDÃO, Augusto Henrique de Almeida; CABRAL, José Curry da Camara – *A Liga Nacional Contra a Tuberculose.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 63, p. 193-194.

BRITO, Francisco Assis (1927) – *Da tuberculose e seu tratamento.* «A Medicina Contemporânea», vol. 30, n.º 1, p. 3-5.

BRYDER, Linda (1988) – *Below the Magic Mountain A social history of tuberculosis in twentieth-century Britain.* Oxford: Clarendon Press.

CABRAL, José; COELHO, Rui M. Alves (s.d.) – *O nosso inimigo o bacilo da tuberculose*, 2.ª ed. Porto: ACTP.

CALMETTE, Albert (1907) – *Importância da ophtalmo-reação na prophylaxia da tuberculose infantil.* «Porto Médico», vol. 4, n.º 8, p. 246-250.

CARMO, Cardoso do (1927) – *Contra a Tuberculose.* Porto: Companhia Portuguesa Editora.

CARRINGTON, Thomas Spees (1911) – *Tuberculosis hospital and sanatorium construction.* Nova Iorque: The National Association for study and prevention of tuberculosis.

CARVALHO, Augusto da Silva (1934) – A*pontamentos para a História da Tuberculose*. Lisboa: Imprensa Médica. Sep. de «A Medicina Contemporânea».

CARVALHO, Lopo José de Figueiredo (1895a) – *Os tuberculosos na Guarda*. «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 17, p. 265--274.

___ (1895b) – *Os tuberculosos na Guarda*. «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 18, p. 282-290.

CARVALHO, Silva (1888) – *A tuberculose das vaccas leiteiras*. «A Medicina Contemporânea», vol. 6, n.º 28, p. 223-225.

CASTRO, Ferreira de (1894a) – *Tratamento dos grandes symptomas: a diarreia*. «A Medicina Moderna». tomo 1, p. 59-61.

___ (1894b) – *Tratamento dos grandes symptomas: o vómito*. «A Medicina Moderna», tomo 1, p. 93-94.

Catecismo contra a tuberculose (1902). «Guerra á tuberculose», vol. 1, n.º 2, p. 40-44.

CLUB, Herminio (1889) – «Coimbra Médica», tomo 9, n.º 8, p.127-128

Clysteis de vinho no tratamento da chlorose, dyspepsia, tisica pulmonar, etc., e na convalescença das doenças graves (1855). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 3, n.º 53, p. 76-77.

Conclusões apresentadas pela Comissão encarregada de rever o problema da Luta Anti-Tuberculosa (1943). «Boletim da Assistência Social», n.º 8-9, p. 325-328.

Congresso dos nucleos da Liga Nacional contra a Tuberculose (1901). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 65, p. 192-193.

Congresso nacional de pecuária: profilaxia da tuberculose bovina (1928). «A Medicina Contemporânea», vol. 31, n.º 18, p. 147--148.

Congresso Nacional de tuberculose (1895). «Archivos de Historia da Medicina Portugueza», vol. 5, p. 29-31.

Congresso Nacional de Tuberculose (1895). «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 59, p. 67-72.

CONNOLLY, Cynthia Anne (2008) – *Saving sickly children: the tuberculosis preventorium in american life (1909-1970)*. New Brunswick/New Jersey/Londres: Rutgers University Press.

Contagiosibilidade da tisica (1868). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 7, p. 135-136.

CORREIA, Duarte M. (2008) – *Sanatório de D. Manuel II: uma visão do quotidiano. In* AMARAL, Anabela *et al.* – *Hospitais de Gaia: um século de história*. Porto: Fronteira do Caos Editores, p. 59-67.

CORREIA, Fernando da Silva (1943) – *Algumas efemérides referentes à assistência aos tuberculosos em Portugal*. «Boletim da Assistência Social», n.º 8-9, p. 367-378.

COTTON, Payne (1864) – *Phosphitos e acido phosphorico contra a tisica*. «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 3, p. 212-213.

COUTINHO, J. E. Magalhães (1841) – *Therapeutica da tisica pulmonar: Extr. do Dict. Abregé de Therapeutique de Lad. A. Szerlecki. «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa»*, tomos 13-14.

CRUZ, Cândido da (1906) – *A declaração obrigatória das doenças infecciosas e em particular da tuberculose*. «A Medicina Moderna», vol. 5, n.º 150, p. 53-56.

Da influência da navegação e dos paizes quentes na marcha da tisica pulmonar (1856). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 4, n.º 87, p. 234-235.

Da transmissibilidade da tuberculose por meio da carne e do leite de vaccas phthisicas (1881). «O Correio Médico de Lisboa», *v*ol. 10, n.º 5, p. 52.

DANIEL, Thomas M. (1999) – *Captain of Death: The Story of Tuberculosis*. Rocheter: Rocheter University Press, 1999.

DARMON, Pierre (1997) – *É proibido escarrar. In* LE GOFF, Jacques *et al.* – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar, p. 249--253.

DAVIES, R. P. O. *et al.* (1999) – *Historical declines in tuberculosis in England and Wales: improving social conditions or natural selection?* «Vesalius», vol. 5, n.º 1, p. 25-29. Disponível em <http://www.bium.univ-paris5.fr/ishm/vesalius/VESx1999x05x01x025x029.pdf>. [Consulta realizada em 21/10/2009].

Desinfecção dos espuctos dos phthisicos (1884). «A Medicina Contemporânea», vol. 2, n.º 41, p. 330.

DIAS, José Lopes (1933) – *Noções de higiene geral contra a tuberculose*. «A Saúde», n.º 65-66, p. 4-6.

Dispensário anti-tuberculoso em Lisboa (1901). «A Medicina Contemporânea», vol. 4, n.º 23, p. 191.

Dispensários anti-tuberculosos (1903). «A Medicina Contemporânea», vol. 6, n.º 13, p. 104-106.

DOETSCH, Raymond N. (1978) – *Benjamin Marten and His "New Theory of Consumptions"*. «Microbiological Reviews», vol.

42, n.º 3, p. 521-528. Disponível em <http://mmbr.asm.org/cgi/reprint/42/3/521.pdf>. [Consulta realizada em 15/02/2010].

DORMANDY, Thomas (2000) – *The White Death: A History of Tuberculosis*. Nova Iorque: New York University Press.

DUBOS, René; DUBOS, Jean (1996) – *The White Plague: Tuberculosis, Man and Society*. New Brunswick: Rutgers University Press.

ENNES, Guilherme (1898) – *A desinfecção dos escarros*. «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 39, p. 318-319.

___ (1901) – *Desinfecção domiciliaria em casos de tuberculose onde não haja desinfecção publica*. «*A Medicina Moderna*», vol. 3, n.º 89, p. 167-168.

Escrófulas (1945). «Gazeta Medica do Porto», tomo 3, p. 244-246.

FARIA, Raul (1936) – *Tuberculose, doença social*. *In* CONFERÊNCIAS da Liga Portuguesa de Profilaxia Social (3.ª série). Porto: Imprensa Portuguesa, p. 157-165.

FERNANDES, Ferreira (2006) – *A doença das artes*. «Correio da Manhã», ano 27, n.º 10.000, p. 26-27.

FERREIRA, Maria de Lurdes de Carvalho (2005) – *A doença do peito: contributo para o estudo histórico da tuberculose*. Porto: FLUP. Tese de Mestrado.

FIGUEIREDO, Anthero (1902) – *A Estrada Nova*. «Guerra á tuberculose», vol. 1, n.º 2, p. 27-32.

FILHO, Cláudio Bertolli (2001) – *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FOLLET, Dr. (1916) – *Les blésses de la tuberculose: ce que tout le monde doit savoir pour se préserver et guérir: la pratique des moniteurs d'hygiène, visiteurs et visiteuses à domicile*. Rennes: Imprimerie Bretonne,.

FRADA, João (2000) – *The struggle against tuberculosis in Portugal during the first thirty years of the twenty century*. *In* FIGUEIREDO, Maria Rosa; DIAS, João Carvalho; MACEDO, Rita Sousa, *coord.* – *Portugal 1900*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 91-100.

FREIRAS, Paulo Marcelino Dias de (1917) – *Sanatório Marítimo do Norte*. «A Medicina Moderna», vol. 8, n.º 285, p. 349-350.

FRIAS, Roberto (1907) – *Os tuberculisáveis*. «Gazeta dos Hospitais do Porto», vol. 1, p. 125-136 e 142-145.

FURTADO, Arruda (1917) – *Feridos de Guerra por Tuberculose*. «A Medicina Contemporânea», ano 35, n.º 42, p. 329-331.

GAMITO, Salvador (1902) – *Situação actual das ideias de Koch apresentadas no congresso de Londres*. «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 106, p. 354.

GARRETT, António de Almeida (1915) – *Tuberculose e habitação no Pôrto*. *In Anais Scientíficos da Faculdade de Medicina do Pôrto (1913-1914)*. Porto: Typ. a vapor da Enciclopédia Portuguesa.

GONÇALVES, Helen (2000) – *A tuberculose ao longo dos tempos*. «História, Ciência e Saúde – Manguinhos», vol. 7, n.º 2, p. 303-325. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004&lang=pt>. [Consulta realizada em 04/07/2009].

GRELLET, Isabelle; KRUSE, Caroline (1983) – *Histoires de la tuberculose: Les fièvres de l'âme (1800-1940)*. Paris: Editions Ramsay.

GUERRAND, Roger-Henri (1997) – *Guerra à tuberculose*. *In* LE GOFF, Jacques *et al.* – *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar, p. 187-201.

GUILLAUME, Pierre (1986) – *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux 19e et 20e siècles*. Paris: Aubier.

___ (1988) – *Histoire d'un mal, histoire globale: du mythique à l'économique*. *In* BARDET, Jean-Pierre *et al.* – *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis (XIXe – XXe siècles)*. Paris: Fayard, p. 159-183.

HORTA, Urgel (1956) – *O problema da tuberculose*. «O Médico», vol. 4, n.º 233, p. 121-126.

Inaugurou-se em Lisboa um laboratório destinado à preparação da vacina BCG (1952). «Jornal do Médico», vol. 19, n.º 480, p. 701-702.

Influência do ar mar sobre a tísica (1858). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 6, n.º 140, p. 317-318.

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (1948) – *Novos sanatórios assinalam a obra social do governo*. «Tuberculose: Boletim do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 5, p. 3-6.

JORGE, Ricardo (1914) – *A luta contra a tuberculose*. «Arquivos do Instituto Central de Higiene: Secção de Higiene», vol. 1, fasc. 3, p. 203-212.

KNOPF, Sigard Adolphus (1904) – *Hermann Brehmer, and the semi-centenial of Brehmer's sanatorium for the treatment of con-*

sumptives. Nova Iorque: A. R. Elliott, 1904. Disponível em: <http://www.archive.org/details/hermannbrehmera00knopgoog >. [Consulta realizada em 09/09/2011].

KOCH, Robert (1890) – *Notícia sobre o meio curativo contra a tuberculose.* «Coimbra Médica», tomo 10, n.º 23, p. 360-368.

KOPKE, Ayres (1930) – *VII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose: relatório do delegado da ANT.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 10, n.º 4, p. 1-23.

L'assistence National aux Tuberculeux dans la lutte contre la tuberculose en Portugal (1905). Lisboa: Imprensa Nacional.

LACERDA, Jerónimo de (1935) – *Estatística dos resultados do tratamento dos doentes de tuberculose pulmonar internados na estância climatérica do Caramulo durante o ano de 1933.* «Clínica, Higiene e Hidrologia», ano. 1, n.º 1, p. 22-25.

LANCASTRE, António de (1902) – *O valor dos dispensários na lucta contra a tuberculose.* «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 107, p. 366-367.

___ (1907a) – *A tuberculose nos ricos.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 2, n.º 6, p. 10-15.

___ (1907b) – *O Sanatório da Guarda.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 6, n.º 2, p. 1-9.

___ (1908a) – *A luta contra a tuberculose em Portugal. In Notas sobre Portugal: exposição nacional do Rio de janeiro em 1908.* Lisboa: Imprensa Nacional, p. 685-714.

___ (1908b) – *The fight against tuberculosis in Portugal.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 13-14, p. 68-74.

LEITÃO, José Andresen (1952) – *O B.C.G. no meio médico e o B.C.G. na imprensa de divulgação.* «O Médico», vol. 3, n.º 45, p. 249.

LEMOS JÚNIOR, Maximiano (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 19, p. 151-154.

___ (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 21, p. 167.

___ (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 23, p. 186-187.

___ (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 24, p. 191-193.

___ (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 26, p. 209-211.

___ (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 28, p. 223-225.

___ (1883) – *Estudos sobre a tuberculose: o contágio e sua prophylaxia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 30, p. 239-241.

LEPIERRE, Charles (1907) – *Do dualismo na tuberculose.* «A Medicina Contemporânea», vol. 10, n.º 14, p. 106-107.

Liga Nacional contra a Tuberculose (1903) – *Ligue nationale contre la tuberculose (Portugal).* Lisboa: [s.n.].

Liga Nacional contra a Tuberculose (1900) – *Nucleos Provinciaes: Porto.* «Guerra á Tuberculose», vol. 1, n.º 1, p. 18-19.

Liga Nacional contra a Tuberculose (1902) – *Nucleos Provinciaes: Porto.* «Guerra á Tuberculose», vol. 1, n.º 2, p. 17-18.

Liga Portuguesa de Profilaxia (s.d.) – *Sumário da actuação da Liga Portuguesa de Profilaxia Social quanto à vacina B.C.G.* [Documento dactilografado]. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

LIMA, Américo Pires de (1910) – *O Sanatório Souza Martins da Guarda: impressões de uma visita.* «Gazeta dos Hospitais do Porto», vol. 4, n.º 17, p. 261-268.

LIMAS, António Covas; SANTOS, Flávio (1947) – *Campanha anti-tuberculosa.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 4, p. 6.

LOBO, Nogueira (1907) – *Regime apropriado aos alumnos predispostos à tuberculose.* «A Medicina Contemporânea», vol. 10, n.º 15, p. 118-119.

LOPES, Alfredo Luiz (1878) – *Os modernos tratamentos da phthisica pulmonar.* «O Correio Médico de Lisboa», vol. 7, n.º 4, p. 52-53.

Luta contra a tuberculose no Porto e em Coimbra (1952). «Jornal do Médico», vol. 19, n.º 480, p. 699-701

MAC-BRIDE, Eugénio (1929) – *O pneumotórax terapêutico.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 9, n.º 6, p. 1-10.

MAGALHÃES, Alfredo de (1907) – *Tuberculose e miséria no Porto.* «Porto Médico», vol. 4, n.º 1, p. 10-17.

MAIA, Azevedo (1897) – *Contágio da tuberculose.* «A Medicina Moderna», vol. 2, n.º 39, p. 19-21.

Mais uma etiologia do tubérculo (1866). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 5, p. 138.

MALHERBE, Jean (1905) – *Les dispensaires antituberculeux type Calmette: le dispensaire de Lyon*. Lyon: Imprimerie R. Schneider.

MARADONA HIDALGO, José Antonio (2009) – *Tuberculosis: Historia de su conocimiento*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

MARQUES, J. A. (1861) – *A predominancia das doenças de peito e especialmente da tisica na guarnição de Lisboa*. «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 25, n.º 6, p. 205-220.

MARQUES, Severino Sant'Anna (1901) – *Sanatório para tuberculosos em Portalegre*. Portalegre: Liga Portalegrense contra a tuberculose.

MARTINS, José Thomás de Sousa (1890) – *A tuberculose pulmonar e o clima da serra da Estrella*. «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 54, p. 258-298.

MENDES, Adelino (1930) – *Focos de tuberculose*. «O Século», ano 50, n.º 17470, p. 1-2.

MENDES, José Pereira (1841) – *Algumas considerações sobre huma especie de tisica propria da infancia*. «Jornal da Sociedade de Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 13, p. 8-15.

MIRA, Ferreira de (1915a) – *A alimentação dos tísicos atravez das idades: Até à Renascença*. «A Medicina Contemporânea», vol. 18, n.º 30, p. 235-238.

___ (1915b) – *A alimentação dos tísicos atravez das idades: depois da Renascença*. «A Medicina Contemporânea», vol. 18, n.º 36, p. 289-291.

___ (1915c) – *O tratamento da tuberculose pulmonar pelo ar e pelo repouso antes de Brehmer: Dos primitivos à Renascença*. «A Medicina Contemporânea», vol. 18, n.º 23, p. 177-178.

___ (1916a) – *A terapêutica medicamentosa da tísica pulmonar atravez das idades: Da Renascença até fins do século XVIII*. «A Medicina Contemporânea», vol. 19, n.º 14, p. 107-109.

___ (1916b) – *O tratamento medicamentoso da tísica pulmonar atravez das idades: Dos fins do século XV até aos sanatórios*. «A Medicina Contemporânea», vol. 19, n.º 21, p. 165-166.

MIRA, Ferreira de; CARVALHO, Lopo de (1936) – *La lutte contre la tuberculose au Portugal*. Lisboa: ANT.

MOLERO MESA, Jorge (1989) – *La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos espanõles anteriores a la guerra civil*. «Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam», vol. 9, p. 185-223. Disponível em <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/105907/172868>.

MONISSET (1906) – *Perigos da superalimentação nos tuberculosos*. «Porto Médico», vol. 3, n.º 12, p. 379-382.

MORA, Mário Damas (1931) – *A higiene da tuberculose no lar e na sociedade*. «A Medicina Contemporânea», vol. 3, n.º 37, p. 325-327.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do (2005) – *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de janeiro: Editora Fiocruz.

NEMO (1883) – *O micróbio do tubérculo*. «Coimbra Médica», tomo 3, n.º 15, p. 221-223.

NEVES, Cassiano (1906) – *Instituto central Rainha D. Amélia: dispensário anti-tuberculoso*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 1, n.º 1, p. 37-41.

___ (1926a) – *Mortalidade por tuberculose*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 7, n.º 2, p. 73-79.

___ (1926b) – *Nota Preambular*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», ano 7, n.º 1, p. 1-2.

___ (1940) – *A vida interior dos tuberculosos*. «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 2, n.º 1, p. 8-19.

NOGUEIRA, João Viegas Paula (1895a) – *A tuberculose animal nas suas relações com a tuberculose humana*. «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 13, p. 201-209.

___ (1895b) – *A tuberculose animal nas suas relações com a tuberculose humana*. «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 16, p. 249--257.

NOGUEIRA, Paula (1901) – *Processos praticos para extincção da tuberculose dos animaes domésticos*. «A Medicina Contemporânea», vol. 4, n.º 15, p. 124.

Nova vaccina contra a tuberculose (1906). «Porto Médico», vol. 3, n.º 5, p. 159-160.

O congresso de Washington (1908). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 15, p. 30-37.

O dispensário Anti-Tuberculoso de Lisboa da Assistência Nacional aos Tuberculosos (1902). «A Medicina Moderna», vol. 3, n.º 101, p. 313.

O primeiro Congresso Internacional da B.C.G (1948). «Portugal Médico», vol. 32, n.º 12, p. 533-536.

O sanatório de Sant'Anna em Parede (1904). «A Medicina Contemporânea», vol. 7, n.º 31, p. 245-246.

O sanatório Souza Martins (1907). «A Medicina Moderna», vol. 5, n.º 162, p. 168-169.

Obra anti-tuberculosa de Coimbra: seu documentário (1938). «A Saúde». Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra, ano 8, n.º 185-186, p. 2-3.

Organização de cursos sobre tuberculose (1939). LACERDA, Jerónimo de – *Estância Sanatorial do Caramulo: estatística de 1938.* [S.l.]: Estância Sanatorial do Caramulo, p. 34-35.

Organização Mundial de Saúde (1949) – *Novas investigações sobre a tuberculose.* «Jornal do Médico», vol. 14, n.º 359, p. 665.

P., O. R. (1852) – *Clima da ilha da Madeira: rasão por que é frequentada e procurada para habitação pelos doentes de peito.* «O Esculapio», ano 4, n.º 159, p. 665-666.

Palavras do Senhor Presidente do Conselho na sessão inaugural da X Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose (1943). «Boletim da Assistência Social», n.º 8-9, p. 323-324.

PATRÍCIO, Ladislau (1931) – *Os "sinais de alarme" no diagnóstico da tuberculose pulmonar.* «A Medicina Contemporânea», vol. 3, n.º 40, p. 360-364.

___ (1943) – *Sanatório Sousa Martins, Guarda: bosquejo da sua história, situação e actividade, precedido de algumas breves considerações sobre sanatórios em geral.* «Boletim da Assistência Social», n.º 8-9, p. 353-358.

___ (1937) – *A alma do tuberculoso.* «Clínica, Higiene e Hidrologia», vol.3, n.º 1, p. 15-18.

___ (1953) – *O papel dos Sanatórios na luta anti-tuberculosa.* «Portugal Médico», vol. 37, n.º 10, p. 555-565.

___ (1964) – *O Sanatório Sousa Martins na Guarda: Memórias.* «A Medicina Contemporânea», ano 82, n.º 3, p. 124.

___ (1964) – *O Sanatório Sousa Martins na Guarda: Memórias.* «A Medicina Contemporânea», ano 82, n.º 3, p. 121-123.

PESTANA, Luís da Câmara (1899) – *Relatório apresentado á sociedade das sciencias medicas de Lisboa pela commissão da tuberculose: Hospitalisação dos tuberculosos pobres de Lisboa.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 63, p. 103-125.

PIRES, Veiga (s.d.) – *Contra a tuberculose.* Porto: Liga Portuguesa de Profilaxia Social.

___ (1930) – *Profilaxia da tuberculose: o B.C.G.* Porto: Tip. da Enciclopédia Portuguesa. Sep. «Portugal Médico», n.º 3.

PÔRTO, Ângela (2007) – *Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito.* «Rev. Saúde Publica», vol. 41, n.º 1, p. 43--49. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>. [Consulta realizada em 09/05/2009].

Projecto de estatutos para a Liga nacional contra a tuberculose (1899). «A Medicina Contemporânea», vol. 2, n.º 39, p. 339--340.

Prophylaxia da tuberculose bovina (1900). «Guerra á tuberculose», vol. 1, n.º 1, p. 45-46.

Que condições devem possuir os locaes destinados á habitação dos tuberculosos? (1917). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 6, n.º 3-4, p. 42-47.

Remédio contra a tuberculose (1857). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 5, n.º 117, p. 335.

RENON, Louis (1906) – *A febre dos tuberculosos. «Porto Médico», v*ol. 3, n.º 9, p. 281-282.

RIBEIRO, Raúl (1948) – *Tuberculose: sua prevenção pelo BCG.* «Jornal do Médico», vol. 12, n.º 304, p. 505-511.

ROCHA, Augusto (1889a) – *A phtisiotherapia e a Serra da Estrella.* «Coimbra Médica», tomo 9, n.º 7, p. 97-100.

___ (1889b) – *A propósito do Congresso Nacional de Tuberculose.* «Coimbra Médica», tomo 15, 4, p. 49-51.

___ (1889c) – *Pthisioterapia e climatotherapia.* «Coimbra Médica», tomo 9, n.º 8, p. 113-114.

___ (1895a) – *Chronica do Congresso Nacional da Tuberculose.* «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 10, p. 161-163.

___ (1895b) – *Chronica do projectado Congresso Nacional da Tuberculose.* «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 7, p. 107-111.

___ (1895c) – *Sobre a evolução da doutrina da tuberculose.* «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 11, p. 165-171.

___ (1895d) – *Sobre a evolução da doutrina da tuberculose.* «Coimbra Médica», tomo 15, n.º 12, p.185-189.

___ (1897) – *Chronica.* «Coimbra Médica», tomo 17, n.º 2, p.19-20.

ROCHA, Carlos Alberto Martins da; MARQUES, Maria da Conceição Fernandes (1964) – *Aspectos e problemas em tisiologia: febre oculta, tuberculose na velhice e tuberculose extra-pulmonar.* «Portugal Médico», vol. 48, n.º 11, p. 513-518.

ROQUETE, H. (1911) – *A declaração obrigatória dos casos de tuberculose.* «A Medicina Contemporânea», vol. 14, n.º 38, p. 297-298.

ROSA, Álvaro Barros (1979) – *Da A.N.T. ao S.L.A.T.: História sumária da instituição.* Lisboa: Serviço de luta anti-tuberculose.

ROTHMAN, Sheila M. (1995) – *Living in the shadow of death: tuberculosis and the social experience of illness in American history.* Baltimore/Londres: The Johns Hopkins University Press, 1995.

RYAN, Frank (1992) – *The forgotten plague: how the battle against tuberculosis was won and lost.* Boston [etc.]: Back Bay Books/Little, Brown and Company, 1992.

S., S. (1934) – *O Sanatório-Hospital de Rodrigues Semide: suas origens, situação, instalações e funcionamento.* «Boletim de Tisiologia do Sanatório-Hospital Rodrigues Semide», ano 1, n.º 1, p. 88-101.

SACADURA, Costa (1906) – *A tuberculose e a escola.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 1, n.º 3, p. 49-58.

SALVADO, Maria Adelaide Neto (1995) – *Tuberculose e idades do homem: a Serra da Estrela na vida, na obra e na morte de Sousa Martins.* «Medicina na Beira Interior: da pré-história ao século XX», n.º 9, p. 32-39.

Sanatório da Serra da Estrella (1891). «Coimbra Médica», tomo 11, n.º 19, p. 299-300.

Sanatório na Guarda (1901). «A Medicina Contemporânea», vol. 4, n.º 46, p. 382

Sanatório na Guarda (1904). «A Medicina Contemporânea», vol. 7, n.º 6, p. 48.

Sanatório Souza Martins, Guarda, Portugal (1911). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», ano 6, n.º 28, p. 1.

Sanatórios da Madeira (1903). «A Medicina Moderna», vol. 4, n.º 115, p. 78.

Sanatorium ou Sanitarium? (1889). «Coimbra Médica», tomo 9, n.º 14, p. 223.

SANTOS, António Fernando Castanheira Pinto (2010) – *O combate à tuberculose: uma abordagem demográfico-epidemiológica: o Hospital de Repouso de Lisboa (1882-1975).* Lisboa: FLUL. Tese de Mestrado.

SANTOS, Carlos (1898) – *Diagnostico precoz das affecções tuberculosas do thorax e dos aneurismas da aorta thoracica pela radioscopia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 15, p. 121-123.

___ (1898) – *Diagnostico precoz das affecções tuberculosas do thorax e dos aneurismas da aorta thoracica pela radioscopia.* «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 19, p. 151-153.

SANTOS, Geraldes dos (1908) – *Lucta contra a tuberculose.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», vol. 3, n.º 8, p. 39-45

SANTOS, Isabel Costa (1989) – *Jerónimo de Lacerda e o Caramulo.* [s./l.]: Sociedade do Caramulo.

SAUVAGE, R. (1962) – *Évolution de la chirurgie de la tuberculose au cours des dix dernières années.* «Acta Phtisiologica», ano 10, n.º 52-53, p. 12-18.

SEMANA, João (1928) – *O que é a vacina B.C.G.* «Notícias de Viana», ano 1, n.º 20, p. 1.

SEQUEIRA, Hélder Luís R. (1999) – *Educação e recuperação no mundo da tuberculose: a memória do Centro Educacional e Recuperador dos Internados no Sanatório Sousa Martins.* Coimbra: [policopiado]. Trabalho no âmbito do Seminário «Museus, Investigação e Educação». Disponível no Instituto de História da Arte da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

___ (2003) – *O dever da memória: uma rádio no sanatório da montanha.* Guarda: Câmara Municipal da Guarda.

SERRA, Augusto Vaz (1943) – *A profilaxia da Tuberculose em Portugal.* «Boletim da Assistência Social», n.º 8-9, p. 329-348.

SHRYOCK, Richard Harrison (1977) – *National Tuberculosis Association (1904-1954): A Study of the Voluntary Health Movement in the United States.* Nova Iorque: Arno Press.

SIMAS, J. J. de (1844) – *Tísica pulmonar tratada com óleo de fígado de bacalhau.* «Revista Médica de Lisboa», vol. 1, n.º 1, p. 17-22.

SIMÕES, Augusto Filipe (1879) – *A civilisação, a educação e a phthisica.* Lisboa: Livraria Ferreira.

SOARES, Albino Máximo de Campos (1943) – *O Sanatório de Sant'Ana: Fundação Chamiço Biester.* «Boletim da Assistência Social», n.º 7, p. 299-301.

Sobre a transmissão da tisica pulmonar (1868). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 7, p. 298-299.

Sobre a vaccina anti-tuberculosa (1928). «A Medicina Contemporânea», vol. 31, n.º 15, p. 118.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1899) – *Discussão dos relatórios sobre a hospitalização dos tuberculosos: sessão de 13 de junho de 1899.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 63, p. 148-154.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1897) – *Hospitalisação de Tuberculosos (sessão de 27 de novembro de 1897).* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 61, p. 406-409.

SOUZA, Marcus Vinícios Nora de; VASCONCELOS, Thatyana Rocha Alves (2005) – *Fármacos no combate à tuberculose: Passado, Presente e Futuro.* «*Quim. Nova*», vol. 28, n.º 4, p. 678-682. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/qn/v28n4/25117.pdf>. [Consulta realizada em 03/06/2011].

SUCRE, Richard (s.d.) – *The Great white plage: the culture of death and the tuberculosis sanatorium* Virginia: University of Virginia, [s.d.]. Disponível em <http://www.faculty.virginia.edu/blueridgesanatorium/death.htm>. [Consulta realizada em 15/09/2011].

TANSEY, E (2005) – *Short Course Chemotherapy for Tuberculosis*, vol. 24. Londres: Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL.

TAVARES, André (2005) – *Arquitectura antituberculose: trocas e tráfico na construção terapêutica entre Portugal e Suíça.* Porto: FAUP.

TREUND (1864) – *Nitrato de prata em fumigações contra a tisica.* «*Gazeta Médica de Lisboa*», tomo 3, p. 182.

Tuberculose pulmonar (1858). «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 6, n.º 137, p. 268-270.

Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos (1929). «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», ano 9, n.º 1, p. 68-70.

Uma variedade infecciosa de tuberculose no homem idêntica à tuberculose bovina (1880). «O Correio Médico de Lisboa», vol. 9, n.º 13, p. 162-163.

União Internacional contra a Tuberculose (1936). «Clínica, Higiene e Hidrologia», vol. 2, n.º 7, p. 285.

Vacina contra a tuberculose (1929). «A Medicina Contemporânea», vol. 1, n.º 3, p. 29.

VAZ, J. Machado (1958) – *Alcance e limitações do diagnóstico bacteriológico da tuberculose.* «Portugal Médico», vol. 42, n.º 3, p. 149-164.

VELOSO, António José de Barros (2010) – *Caramulo: ascensão e queda de uma estância de tuberculosos*, 2.ª ed. Lisboa: By The Book.

VIANNA, Francisco José da Cunha (1853) – *Hospicio da Princeza Dona Maria Amelia.* «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 1, n.º 9, p. 137-139.

VIDAL, Carlos (1937) – *X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose.* «Clínica, Higiene e Hidrologia», vol. 3, n.º 10, p. 362-363.

VIEIRA, Ismael Cerqueira (2011) – *O pioneirismo da Madeira no tratamento da tuberculose em meados do século XIX.* «Ler História», n.º 61, p. 83-103.

VILLEMIN, Jean Antoine (1868) – *Études sur la tuberculose: preuves rationelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité.* Paris: J.-B. Baillière.

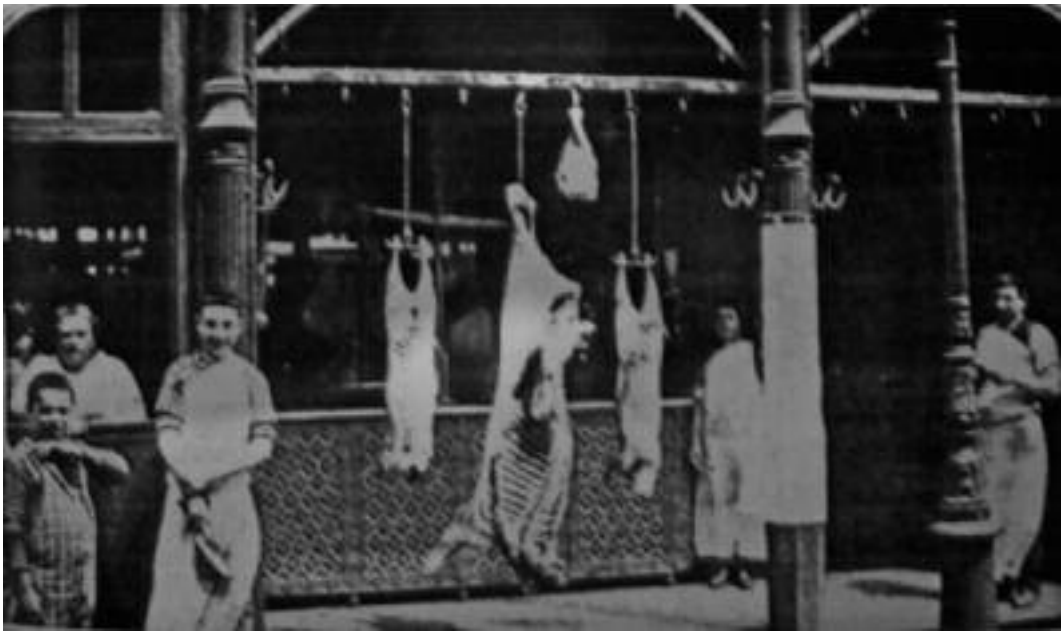
WOILEZ (1863) – *Sobre a applicação do tannino nas molestias dos orgãos respiratórios e principalmente na tisica pulmonar.* «Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa», tomo 27, p. 291-297.

ANEXOS

Anexo n.º 1
Distribuição topográfica da tuberculosidade na cidade do Porto (1903-1912)

Fonte: GARRETT, António de Almeida (1915) – *Tuberculose e habitação no Pôrto*. «Anais Scientíficos da Faculdade de Medicina do Pôrto (1913-1914)». Porto: Typ. a vapor da "Enciclopédia Portuguesa", 1915, extratexto.

Anexo n.º 2
Venda de carne ao ar livre num açougue de Lisboa



Fonte: «A Illustração Portugueza» (1910), n.º 220, p. 601.

Anexo n.º 3
Venda de leite porta à porta em Lisboa

Fonte: «A Illustração Portugueza» (1910), n.º 220, p. 601.

Anexo n.º 4
Composição da ração alimentar tipo dos jornaleiros agrícolas por capital de distrito

Concelho	Ração alimentar diária dum adulto em géneros (média)	Composição elementar				Calorias	Valor local da ração
		Albumi-noides	Hidratos de Carbono	Gorduras	Sais		
Aveiro (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1200g – Legumes secos, 125g – Legumes verdes, 250g – Peixe salgado (bacalhau ou sardinha), 80g ou peixe fresco, 200g – Carne de porco (5 vezes por semana), 100 g – Vinho 1l – Azeite, 25g	170g	781g	82g	43g	4362	200 réis
Beja (jornaleiro agrícola)	Pão de trigo, 1000g – Legumes secos, 150g – Legumes verdes, 250g – Peixe salgado, 80g – Toucinho, 125g – Chouriço, 125g – Carne de chibato (2 vezes por semana), 200g – Azeite, 100g Abuso de aguardentes e vinho muito alcoolizado	172g	607g	115g	28g	3985	240 réis
Braga (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1000g – Legumes secos, 500g – Legumes verdes, 300g – Batata, 500g – Peixe salgado, 100g – Carne de Porco (2 vezes/semana), 150g – Azeite, 100g – Vinho verde	240g	849g	127g	34	5284	160 réis
Bragança (jornaleiro agrícola)	Pão de centeio, 1200g – Legumes secos, 250g – Legumes verdes, 300g – Batatas ou castanhas, 1000g – Peixe salgado, 100g – Carne de porco (toucinho ou chouriço), 200g – Azeite, 50g - Vinho	238g	989g	118g	58g	5733	180/340 réis inverno/ verão
Castelo Branco (jornaleiro agrícola)	Pão de centeio, 1000g – Legumes secos, 200g – Legumes verdes, 250g – Batatas, 500g – Peixe salgado, 100g – Azeite, 50g – Carne de porco (2 vezes/semana), 125g – Queijo, 70g – Azeitonas, 83g Abuso de aguardente e vinho muito alcoolizado	202g	730g	75g	38g	4225	140 réis
Coimbra (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1500g – Legumes secos, 200g – Legumes verdes, 500g – Batatas, 500g – Peixe salgado, 125g – Azeite, 100g – Carne de porco (3 vezes/semana), 150g Abuso do álcool	210g	992g	124g	53g	5677	250 réis
Coimbra (operário)	Pão de trigo, 200g – Pão de milho, 300g - Legumes secos, 125g – Legumes verdes, 500g – Arroz, 50g – Batatas, 300g – Peixe salgado, 150g – Carnes verdes de vaca, carneiro ou porco (2 vezes/semana), 150g - Azeite, 100g – Carne de porco (3 vezes/semana), 150g – Café, 7g – Açúcar, 50g	147g	503g	88g	35g	3253	230 réis
Évora (jornaleiro agrícola)	Pão de trigo, 1000g – Legumes secos, 100g – Legumes verdes, 300g – Peixe salgado, 100g – Carne de porco, 70g – Carnes verdes (5 vezes por semana), 150g – Azeite, 100g – Queijo, 80g – Azeitonas, 100g	193g	584g	100g	29g	3840	240 réis

Faro (jornaleiro agrícola)	Pão de trigo, 500g – Legumes secos, 125g – Legumes verdes, 500g – Batata – 300g - Peixe fresco e salgado, 300g – Carne de porco (1 vez/semana), 50g – Carnes verdes (1 vez por semana), 200g – Farinha de milho, 150g	147g	613g	61g	30g	3526	170 réis
Guarda (jornaleiro agrícola)	Pão de centeio, 1000g – Legumes secos, 250g – Legumes verdes, 1200g – Batatas, 2000g – Carne de porco (1 vez/semana), 250g	214g	1067g	91g	53g	5624	160 réis
Leiria (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1000g – Legumes secos, 125g – Legumes verdes, 250g – Batata – 500g - Peixe salgado, 100g – Carne de porco (2 vezes/semana), 150g – Azeite, 50g	166g	682g	99g	45g	4293	200 réis
Lisboa	–––	–––	–––	–––	–––	–––	–––
Portalegre (jornaleiro agrícola)	Pão de trigo, legumes secos e verdes, batatas, carne de porco e às vezes de carneiro e azeite	–––	–––	–––	–––	–––	200 réis
Porto (ex.: Vila Nova de Gaia	–––	–––	–––	–––	–––	–––	–––
Santarém (jornaleiro agrícola)	Pão de milho ou de milho e centeio, 1000g – Legumes secos, 125g – Legumes verdes, 250g – Batatas, 500g – Peixe salgado, 100g – Azeite, 50g – Carne de porco (toucinho), 50g	164g	683g	119g	46g	4283	160 réis
Viana do Castelo (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1100g – Legumes secos, 250g – Legumes verdes, 500g – Batatas, 250g – Peixe salgado, 100g – Azeite, 100g – Carne de porco (4 vezes/semana), 150g	191g	769g	120g	39g	4675	200 réis
Vila Real (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1000g – Legumes secos, 250g – Legumes verdes, 500g – Batatas, 1000g – Peixe salgado, 60g – Azeite ou gordura de porco, 100g	172g	872g	128g	50g	5101	120 réis
Viseu (jornaleiro agrícola)	Pão de milho, 1000g – Legumes secos, 150g – Legumes verdes, 500g – Batatas, 500g – Peixe salgado, 80g – Azeite, 50g	165g	700g	82g	43g	4033	100 réis

Fonte: NAZARETH, Pedro Dória (1906/1907/1908/1910) – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», n.º 3, 4, 6, 8, 11-12, 19, 24 e 27.

Notas: No distrito de Aveiro não há movimento industrial nem diferenças alimentares que justifiquem tabelas diferentes para operários industriais. Quase todos se alimentam como o jornaleiro agrícola. Beja, Braga a alimentação operária e agrícola é igual. Não faz menção a Lisboa nem ao Porto.

Anexo n.º 5
Composição das dietas alimentares por capital de distrito

Concelho	Almoço (manhã)	Jantar (meio-dia)	Merenda (tarde) Só nos meses de verão	Ceia (noite)
Aveiro	---	---	---	---
Beja	Açorda com sardinhas e azeitonas ou pão com sardinha ou carne de porco fria	Legumes temperados com azeite com peixe salgado, ou carne de porco ou chibato ou gaspacho com peixe ou carne	---	Legumes temperados com azeite com peixe salgado, ou carne de porco ou chibato ou gaspacho com peixe ou carne
Braga	Pão e peixe salgado ou pão e fruta	Caldo, pão e por vezes carne ou peixe	---	Pão e caldo
Bragança	Pão, caldo, batatas, carne de porco e às vezes bacalhau	Pão fruta, toucinho ou sardinha	Pão, toucinho ou chouriço	Caldo, batatas ou castanhas
Castelo Branco	Verão: Batatas ou feijão, pão, azeitonas ou queijo --- Inverno: Feijão pequeno ou miga, sardinha e pão	Feijão, grão ou batata, carne de porco, bacalhau ou sardinha e pão --- Feijão de cor com hortaliça e arroz, às vezes carne de porco ou peixe e pão	Salada de alface ou gaspacho, azeitonas ou queijo --- Não faz	Caldo verde e por vezes carne de porco --- Batata, sardinha e pão
Coimbra	Sardinha assada, batata cozida e pão de milho	Couves cozidas com feijão ou fava misturas com pão de milho; arroz com bacalhau e feijão seco guisado ou carne de porco com batatas cozidas e arroz	---	Pão de milho com sardinha assada e sopas iguais ao jantar
Évora	Açorda (pão com azeite e água quente, coentros e alho), azeitonas e queijo	Caldo de legumes, carne ou peixe e pão	Pão e queijo ou azeitonas	Sopas de pão (inverno), gaspacho (verão), queijo e pão
Faro	Pão de trigo e peixe	Sopa de legumes e batatas ou papas de milho e peixe ou carne	---	Peixe com pão ou restos do jantar
Guarda	Pão, caldo de couve com batatas e batatas cozidas	Caldo de legumes e batatas cozidas ou feijão e pão	Pão e azeitonas; pão e queijo; pão com sardinhas ou bacalhau	Couves, batatas e pão

Leiria	Pão de milho e peixe salgado	Pão, sopa de legumes e peixe ou carne de porco	---	Pão de milho e peixe salgado
Lisboa (ex.: Loures)	Açorda ou bacalhau com batatas e pão	Sopa de legumes, ou batata cozida e feijão temperados com toucinho	---	Pão, sardinhas assadas ou cozidas
Portalegre	Açorda temperada com azeite ou toucinho; pão e peixe assado; chá ou café e pão	Sopa de carne ou de peixe e o alimento com que fazem as sopas	---	Sobras do jantar; Chá ou café e pão
Porto (ex.: Vila Nova de Gaia)	Pão, caldo de hortaliças, sardinhas ou bacalhau	---	---	Pão e caldo
---	---	---	---	---
(ex.: Gondomar)	Caldo, pão de milho e bacalhau ou sardinhas e batatas	Caldo de porco, caldo e pão	Pão e vinho	Caldo, pão, bacalhau ou sardinhas com batata
Santarém	Migas ou açorda de milho e sardinha	Pão e sardinha	---	Hortaliças, legumes, batatas e toucinho
Viana do Castelo	Caldo e pão	Caldo, pão, carne ou peixe	---	Caldo, pão e peixe
Vila Real	Pão, caldo de legumes temperado com azeite ou unto de porco, batatas e sardinhas	Pão, caldo de legumes, batatas cozidas e sardinha cozida ou açorda	Pão, sardinha, salada de pepino ou alface	Caldo de legumes e pão
Viseu	Sardinha e pão de milho	Caldo de legumes, pão e batatas; Feijão com sardinha ou bacalhau	Pão e azeitonas	Caldo, pão, sardinha com batata

Fonte: NAZARETH, Pedro Dória – *Estudo sobre a alimentação das classes trabalhadoras no continente de Portugal.* «Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos», n.º 3 (1906), n.º 4 e 6 (1907), n.º 8, 11-12 e 19 (1908), n.º 24 e 27 (1910).

Anexo n.º 6
Patologias dominantes e número de óbitos no Hospital de S. José (1851 e 1.º 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
TOTAL	1491	5602

Fonte: BARBOSA, António Maria (1853) – *Principaes causas da mortalidade do Hospital de S. José e meios de as attenuar*. «Gazeta Médica de Lisboa», tomo 1, n.º 1, p. 12-16.

Anexo n.º 7
Mortalidade geral em Lisboa (1873-1879)

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

Fonte: «O Correio Médico de Lisboa» (1873-1879).

Nota: não existem dados disponíveis para os anos de 1876, 1877 e 1880.

a) Agrupa doenças como difteria, escarlatina, febre tifoide, sarampo, varíola, tétano, tifo exantemático, tosse convulsa.

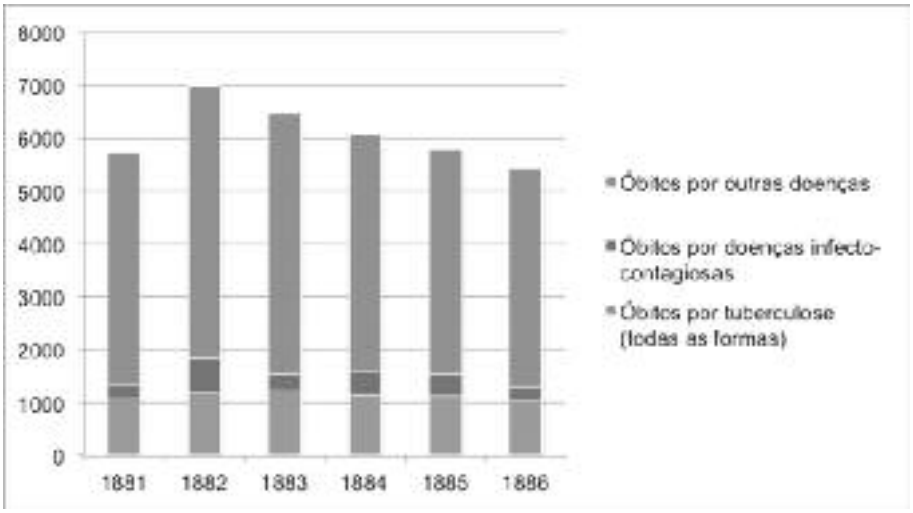
b) Agrupa todas as outras doenças listadas: Angina, apoplexia, bronquite, disenteria, diarreia, enterite, envenenamento, erisipela, febre intermitente, febre mucosa, febre perniciosa, febre puerperal, febre remitente, meningite, metrite puerperal, peritonite puerperal, pneumonia, pneumonite, pulmonite, púrpura hemorrágica e outras causas.

Anexo n.º 8
Mortalidade geral em Coimbra (1881-1884)

	1881	1882	1883	1884	Total	Média	%
Tuberculose pulmonar	69	78	65	49	261	65	11,9
Outras tuberculoses	2	5	9	6	22	6	1,0
Doenças zimóticas	32	116	15	7	170	43	7,8
Outras doenças	315	342	554	242	1453	363	66,4
Não classificadas	35	36	57	153	281	70	12,8
Total	455	577	700	457	2187	547	100

Fonte: «Coimbra Médica» (1881-1885).

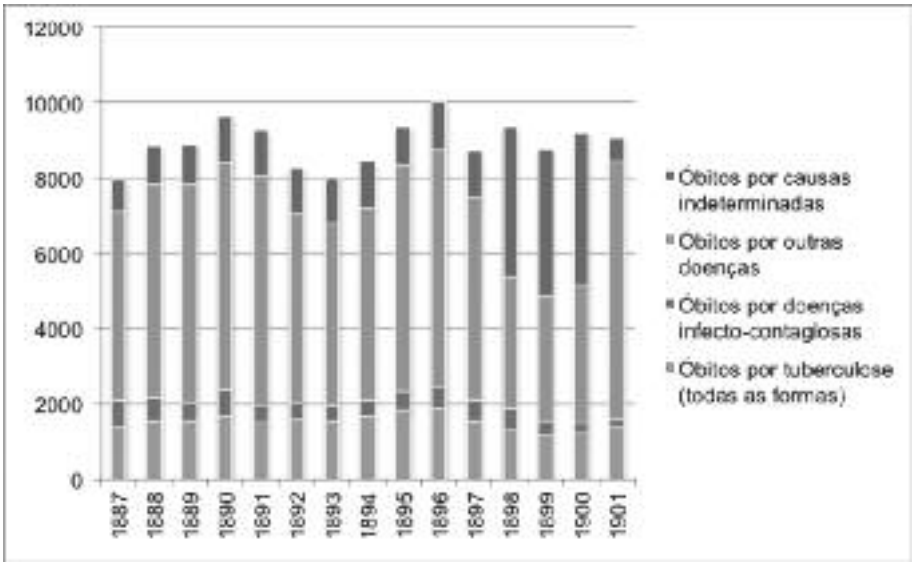
Anexo n.º 9
Mortalidade geral em Lisboa (1881-1886)



Fonte: Dados recolhidos a partir do «Boletim estatístico demográfico e médico» publicado pelo Pelouro da higiene da cidade de Lisboa e inserto em «O Correio Médico de Lisboa» (1881-1886).

Nota: Nos óbitos por tuberculose consideramos a TB pulmonar, meningite tuberculosa, TB mesentérica, TB miliar, e escrofulose; nos óbitos por doenças infetocontagiosas foram consideradas a varíola, sarampo, escarlatina, difteria, garrotilho, tosse convulsa, febre tifoide, tifo exantemático, tétano e cólera nostra; nos óbitos por outras doenças foram consideradas febre intermitentes e remitentes, disenteria, afeções puerperais epidémicas, erisipela, pioémia e septicémia, gangrena nosocomial, catarro intestinal agudo, reumatismo, endocardite e pericardite, lesões orgânicas do coração, apoplexia encefálica, bronquite, pneumonia, pleurisia, empiema, nefrite, debilidade congénita, vícios de conformação e monstruosidades, hidrocefalia, raquitismo, cancro, escorbuto, púrpura hemorrágica, gota, litíase renal e vesical, diabetes e alcoolismo e outras não nominadas.

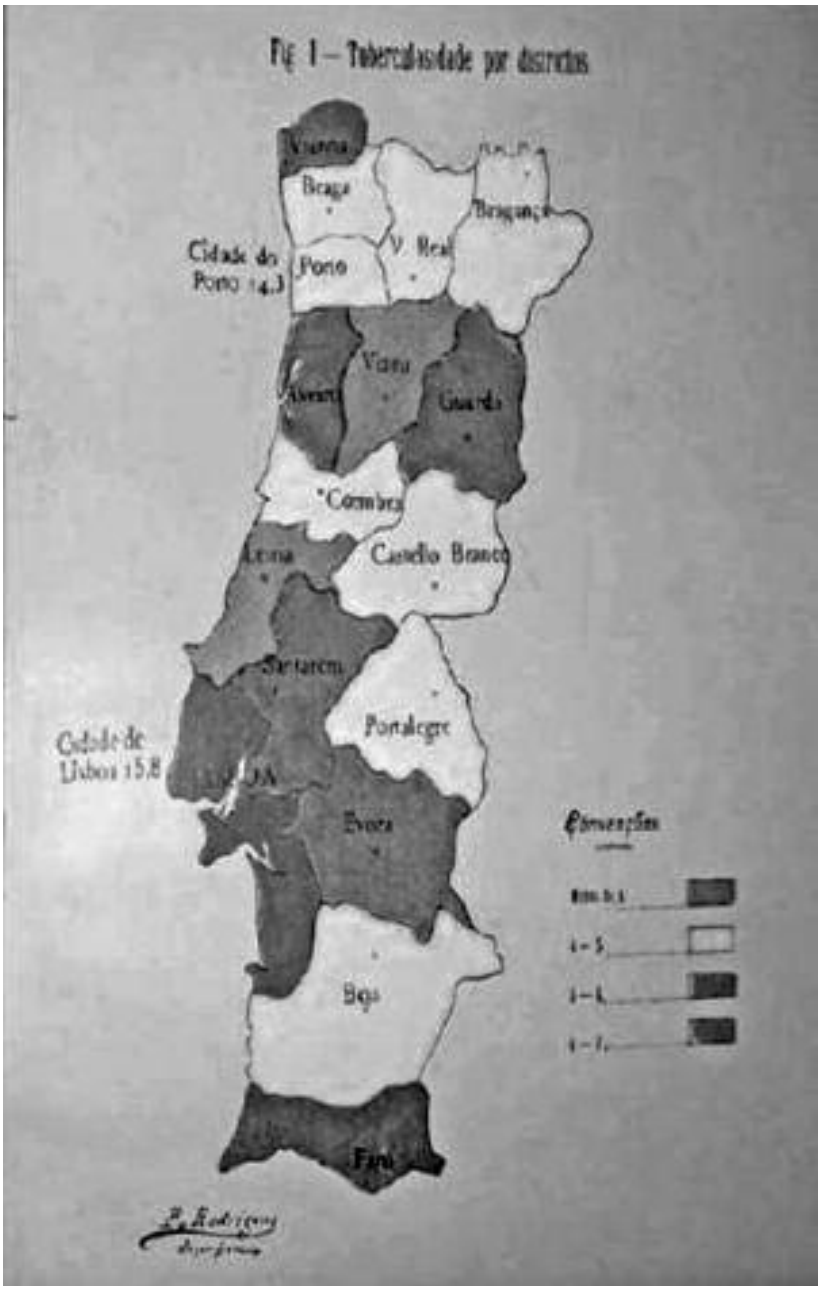
Anexo n.º 10
Mortalidade geral em Lisboa (1887-1901)



Fonte: Dados recolhidos no «Boletim de saúde e higiene municipal de Lisboa» para os anos de 1887 a 1891. Para os anos subsequentes, de 1892 a 1901, recorremos aos dados publicados pelo periódico «A Medicina Contemporânea».

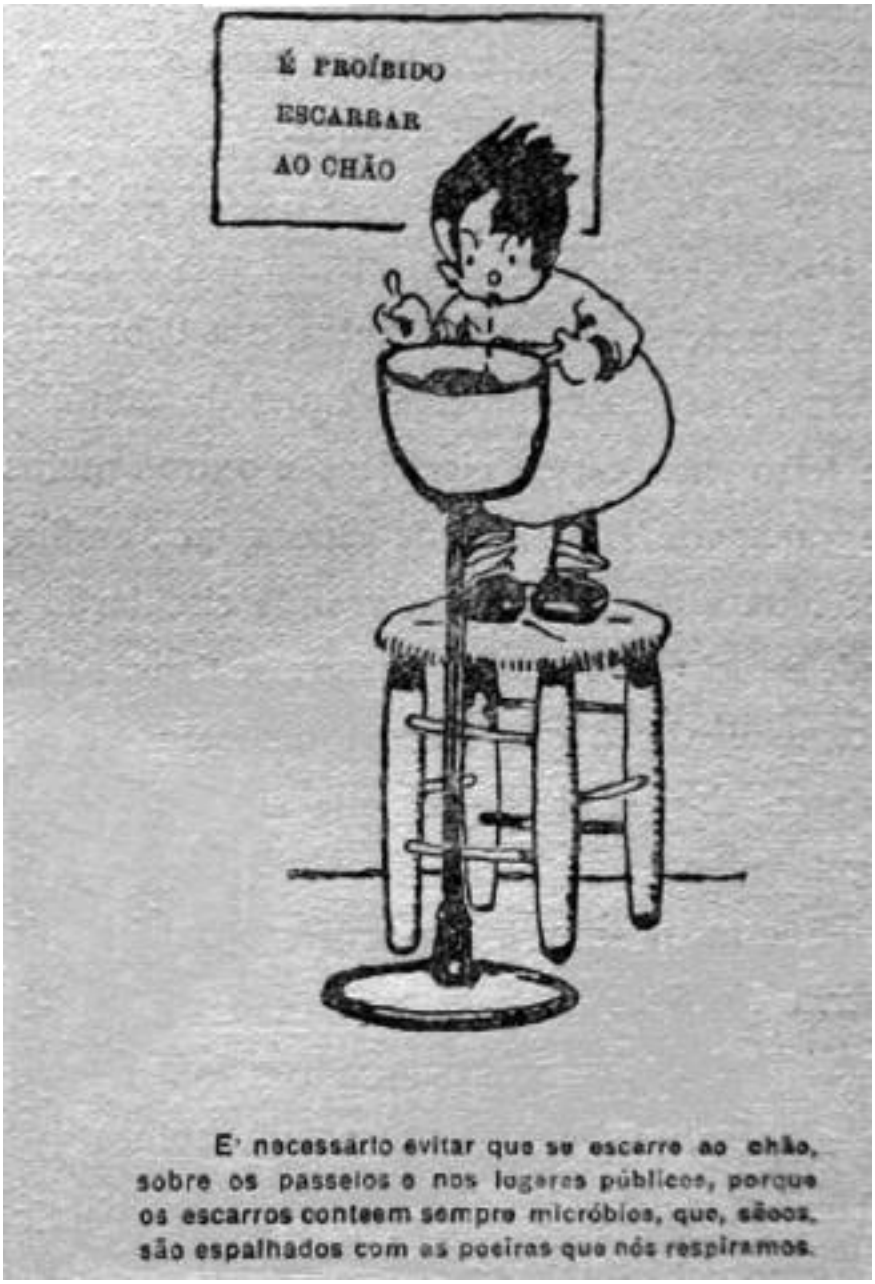
Nota: Nos óbitos por tuberculose consideramos a TB pulmonar, outras TB sem designação de sede e escrofulose; nos óbitos por doenças infectocontagiosas foram consideradas a varíola, sarampo, escarlatina, difteria, garrotilho, tosse convulsa, febre tifoide, tifo exantemático, tétano e cólera *nostra*; nos óbitos por outras doenças foram consideradas febre intermitentes e remitentes, disenteria, afeções puerperais epidémicas, erisipela, pioémia e septicémia, gangrena nosocomial, catarro intestinal agudo, reumatismo, endocardite e pericardite, lesões orgânicas do coração, apoplexia encefálica, bronquite, pneumonia, pleurisia, empiema, nefrite, debilidade congénita, vícios de conformação e monstruosidades, hidrocefalia, raquitismo, cancro, escorbuto, púrpura hemorrágica, gota, litíase renal e vesical, diabetes e alcoolismo e outras não nominadas.

Anexo n.º 11
Tuberculosidade por distrito (1903)



Fonte: CENSO dos tuberculosos do reino em 1 de Janeiro de 1903 (1905). Coimbra: Imprensa da Universidade/Inspecção Geral dos Serviços Sanitários, extratexto.

Anexo n.º 12
Ilustração pertencente à campanha educativa pelo uso do escarrador



Anexo n.º 13
Humedecedor de selos da campanha "Proibido colar selos com a saliva" da Liga Portuguesa de Profilaxia Social

Fonte: Espólio museológico da LPPS. Fotografia de Ismael Vieira.

Anexo n.º 14
Carta de Elio de Vasconcelos dirigida à direção da LPPS em 1942

ASCONCELLOS DIAS

No legítimo direito de querer reivindicar para mim, não por vaidade pessoal, mas por honra profissional e satisfação plena do dever cumprido, e reivindicar para Viana do Castelo e nomeadamente para o Dispensário "Tiago de Almeida", da Assistência Nacional aos Tuberculósos, de que sou segundo Assistente há quinze anos, a prioridade da introdução da vacina B.C.G. em Portugal, venho apresentar a V. Exc.ª os seguintes documentos comprovativos e pedir-lhe para providenciar no sentido de me ser feita pública justiça, já que publicamente tambem se fizeram em 1931 afirmações contrárias á verdade dos factos e se procura reafirmá-las agora, no livro das conferências da Liga Portuguêsa de Profilaxia Social (5ª série).

Em janeiro de 1928, escrevi a Calmette, a pedir-lhe se me enviava a vacina B.C.G., se me informava do seu preço e das condições em que se devia aplicar.

Em 6 de Fevereiro, respondia-me o professor Calmette a carta (Doc.º 1).

Escrevi para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, ao meu colega e amigo Doutor Luís Figueira, a dar-lhe parte do oferecimento do Professor Calmette, e aquêle meu Colega respondeu-me dizendo que em Lisboa ainda se não tinha recebido a primeira cultura. Entretanto, voltei a escrever ao professor Calmette, a informá-lo que até essa altura ainda não chegára ao destino a vacina prometida e êste, por intermédio de um dos seus ajudantes, respondeu-me que a cultura tinha sido enviada n'uma " valise diplomatique" e que, portanto, dentro de pouco tempo deveria

estar nas mãos do professor Doutor Aníbal Bettencourt, o meu querido Mestre de Bacteriologia e a quem devo a vida, por me ter salvo há 42 anos de um garrotilho grêve. Tornei a escrever para Lisbôa para o meu amigo Doutor Luís Figueira a comunicar-lhe esta informação, que me respondeu (Doc.2), dizendo que ainda até essa data 15 de Março, não se sabia dessa vacina e que o assunto andava correndo as variadas repartições do Estado.

Uma conferência médica, porém, que em fins de Fevereiro ou princípios de Março do mesmo ano (1926) tive de fazer em Tuy, com o ilustradíssimo colega Dr. Alejo Díz, que a Guerra Civil de Espanha, infelizmente imolou na sua fúria destruidora da luta de classes, deu-me o ensejo de saber que em Santiago de Compostela, o Instituto de Biologia do Doutor Juan Varela Gil, já recebêra a cultura de Calmette e já preparava as emulsões vacinaes para a Galiza.

Pedi a este seu infortunado colega -- o protector das classes pobres de Tuy e por êsse motivo, denunciado como "rojo" e fusilado pelos nacionalistas -- para me saber se o Doutor Varela Gil não se importaria de me enviar vacinas, emquanto se não preparavam no nosso país.

Entretanto a 20 de Março, nascia um filho de um cliente seu, que previdente e inteligentemente, conhecedor das minhas Ligeiras Palestras Médicas, escritas no jornal local Notícias de Viana, me pediu para eu vacinar essa criança. Telegrafei ao Doutor Alejo Díz, que por sua vez telegrafou ao Doutor Varela Gil de Santiago e a vacina chegou a tempo de eu poder ministrá-la com o leite ma-

CONCELLOS DIAS . 3

terno no 2º, 4º e 6º dia de vida.

É o meu primeiro vacinado, o primeiro do Alto Minho, o primeiro com certeza do País, o rapagão que está hoje o Abel Pelgueiras Afonso, filho de Victorino Afonso, com estabelecimento de droguiste na rua da Piedade, desta cidade.

É ao Doutor Alejo Diz de Tuy, cuja memória evoco com a maior gratidão, admiração e emoção, que devo o ter-me posto em contacto com o Doutor Varela Gil, de Santiago de Compostela, e me permitiu assim, poder assegurar a vacinação anti-tuberculósa de Calmette em Viana do Castelo e até para o resto do País, como vou prover, emquanto as repartições do Estado e as diferentes Ligas, estudavam o assunto e o nosso Govêrno, resolvia convidar oficialmente o professor Doutor Calmette, conforme me dizia o meu Colégas Dr. Luís Figueiras no docº 2, já citado.

Em 17 de Abril de 1928, -- Docº 3 -- escrevia-me o Doutor Varela Gil, enviando-me a segunda vacina, satisfazendo o meu telegrama e afirmando-me a sua amável aquiescencia em entabolar relações profissionais comigo.

E entretanto, continuava a propagandear a necessidade de vacinar tôdas as crianças, vivendo em meios suspeitos, aliás como o já vinha fazendo nos jornais locais -- Noticias de Viana nº 10 de 11 de Fevereiro de 1928 no artigo intitulado Ligeiras Palestras Médicas, de onde recórto o seguinte período:

"É com a maior satisfação pessoal e profissional, que vimos comunicar aos leitôres do "Noticias de Viana"

SCONCELLOS DIAS

4

aos quais pedimos para divulgar e difundir a nova, o mais possível, que dentro em breve esta cidade, vai poder defender as suas crianças dos peóres flagélos da humanidade -- a tuberculóse -- que entre nós tem atingido ultimamente proporções assustadoras, imunisando-se com a vacina B.C.G. do professor A.Calmette do Instituto Pasteur de Paris, de quem um nosso colége nos mostrou hoje uma carta, prometendo-lhe tôdo o auxilio na santa cruzada pró infância e pondo já ao seu dispôr todas as culturas necessárias para êsse fim....."

Assegurado e garantido pelo Instituto de Biologia de Santiago de Compostela, o envio de tôdas as vacinas de que eu precisasse, fiz anunciar nos jornais locais Autore do Lima -- em 27 de Abril de 1928 nº 34 do Ano 73º (Docº nº 4) e no Notícias de Viana nº 20 de 21 de Abril -- na continuação das Ligeiras Palestras Médicas, de divulgação da B.C.G., que a vacina era dada gratuitamente no Dispensário Anti-Tuberculoso de Viana do Castelo, ou por intermédio dos médicos que constituem o seu corpo clínico e ensinava, depois de historiar a forma como tinham obtido essas culturas, como se devian aplicar e que o Dispensário apenas se cobrava da importância do telegráma para Santiago. E terminava essas palestras médicas, que assinava com o pseudónimo de João Semana, da seguinte forma:

".....

A todos os médicos de Viana e parteiras, incumbe pois difundir uma vacinação como a B.C.G., e todo o vianen-

CONCELLOS DIAS

5

se que queira ter as maiores probabilidades de impedir que seus filhos, se infecionem com a terrivel tuberculóse, não tem mais que dirigir-se ás 2.as, 4.as e 6.as feiras ao Dispensário Anti-tuberculoso e nos outros dias, aos médicos que constituem o seu corpo clinico.

.....

No numero 21 do Noticias de Viana de 28 de Abril de 1928, vinha publicado um anuncio igual ao Docº 4, em caracteres bem visiveis.
Em Abril, vacinava eu, uma criança em Viana.
E tanto a noticia se tornou conhecida, não só de Viana, mas de todo o Paiz, confirma-o o pedido que a farmácia Victor Freitas e Paiva, da Praça do Comércio de Coimbra nos fez de uma caixa de vacina B.C.G., que nós enviamos em 26 de Maio de 1928, tendo eu o cuidado de ir pedir ao Inspector dos Caminhos de Ferro Snr. Marcelino da Silva, o favor de a enviar por intermédio do rápido da manhã, para que ela chegásse a tempo de ser empregada, conforme as indicações de Calmette. E com a vacina mandava o seguinte telegrama: (Docº 5).

Em 29, 31 de Maio e 2 de Junho de 1928, era ministrada pelo médico Doutor Jerónimo de Souza Louro, de Braga, a vacina a uma criança de nome Maria Inácia Ramos Vinagre -- Rua Cândido Reis, 74, Braga, que nos fôra solicitada e que eu mandára pedir para Santiago (Docº 6).

Em 2 de Agôsto do mesmo ano, nascia em Vila Viçosa uma filha do capitão Eduardo Knopfli, infelizmente já falecido e em 3, manda-

va eu para Vila Viçosa a vacina B.C.G. com o seguinte telegrama (Doc.º 7).

Em 3 de Agôsto vacinava eu uma criança em Viana (Doc.º 8) e em 6 de Agôsto pedia uma outra vacina para um outro recem-nascido (Doc.º 9).

Em 18 de Setembro, nascia um filho de um cliente meu, já perdidamente atingido por mal que não perdôa, e mandava pedir a vacina para ele, ministrando-a nos 5º, 7º e 9º dias. Essa criança, é hoje estudante do primeiro ano da Escóla Oliveira Martins, do Porto, e chama-se Rolando Vieira de Campos Souza e Silva (Doc.º 10).

Assim fui distribuindo a vacina de Calmette, até que em 25 de Novembro do mesmo ano mandava para o professor Doutor Luiz Rapôso, da Universidade de Coimbra, tambem por intermédio do comboio rápido, uma vacina que este distinto Colégas me pedira (Doc.º 11).

Não anotamos, infelizmente, mais nenhum, embóra tivessemos mandado vacinas para Elvas, Sanatório de Caramulo e até para o Porto, várias emulsões até Janeiro de 1929, data em que deixei de fornecer por intermédio do Dispensário, a vacina de Calmette, visto que o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana de Lisboa, anunciava nos jornais noticiosos, em nóta do próprio Instituto, que já estava habilitado a fornecer a vacina.

No nº 27 do Noticias de Viana de 19 de Janeiro de 1929, no mesmo local Ligeiras Palestras Médicas - dizemos:

" Cabendo-nos a honra de ter sido os introductores no Alto-Minho, das duas vacinas preventivas - a B.C.G.,

CONCELLOS DIAS

7

para a tuberculóse e a anti-difteria de Ramon, foi-nos muito agradável saber pela leitura dos jornais, que tanto uma como outra, continuam a merecer das autoridades competentes, a atenção que lhes é devida e que nós propagandeamos com o calor que nos despertaram sempre os trabalhos scientificos honestos, baseados em experiencias sólidas e estatísticas conscenciosas.

Não se limitou só á propaganda a nossa acção sobre a vacina preventiva. Desde Março do ano passado, que por especial deferencia do Director do Instituto de Biologia Médica Dr. J.Varela Gil de Santiago de Compostela, fornecemos emulsões de B.C.G. para o Porto, Coimbra, Braga, Caramulo, Vila Viçosa, Elvas, aos médicos que no-las pediam e em Viana do Castelo, vacinamos 3 creanças, a primeira desde Março, isto é, há quási um ano e que tem passado admirávelmente, as outras em Abril e em Novembro.....

Findou, pois, a nossa missão de fornecermos gratuitamente, como temos feito sempre, a vacina B.C.G., porque felizmente, para nós, portuguêses, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana de Lisbôa, segundo lemos nos jornais, em nóta do mesmo Instituto, passa a fornecê-la a todos os médicos que lha requisitem.

.....

CONCELLOS DIAS

E depois de agradecer publicamente ao Dr. Varela Gil, enviei a este, um numero deste jornal, o que mereceu a resposta de 28 de Fevereiro -- conforme Docº 12.

Resta-me, depois da apresentação de todos estes documentos e desta exposição, perguntar a V.Exª:

Quem introduziu no Alto Minho a B.C.G. ?

Quem propagandeou a necessidade de vacinação preventiva e quem difundiu pelo Paiz a noticia de que o Dispensário de Viana, ao qual, com o hábito inveterado de nunca individualisar as minhas obras, ou iniciativas, dei o encargo de distribuir a vacina de Calmette, que só pelo meu esforço e vontade ferrea de vencer, tinha feito entrar em Portugal ?

Porque razão eram pedidas do Porto, Coimbra, Braga, etc., e até do Alentejo, vacinas a Viana do Castelo ao médico Élio de Vasconcelos Dias ou ao Dispensário do qual este médico era e é assistente ?

Haveria algum outro médico ou alguma Liga ou estabelecimento médico que fornecesse a vacina de Calmette durante o ano de 1928 ?

Quem foi pois o introdutor da vacina de Calmette em Portugal ? O médico Élio de Vasconcelos Dias ou a Liga Portuguêsa de Profilaxia Social ?

Quantas crianças vacinou a Liga Portuguêsa de Profilaxia Social em 1928 ?

Porque razão fôram infrutiferas as diligências do médico Élio de V.Dias ?

VASCONCELLOS DIAS

O facto de ser um caso isolado, invalida ou ofusca em alguma coisa, o brilho da honra de ter sido o único introdutor da vacina em Portugal ?

Porque razão o Doutor António Martins Delgado, Director Clínico do Dispensário Anti-Tuberculoso de Viana do Castelo, certificava em 3 de Agosto de 1929 o seguinte:(Doc. 13)

.....

"Tambem por sua iniciativa e pelo seu esfôrço, foi pela primeira vez introduzida em Portugal, por intermédio deste Estabelecimento, a vacina B. C. G. de Calmette, para preservação da tuberculose."

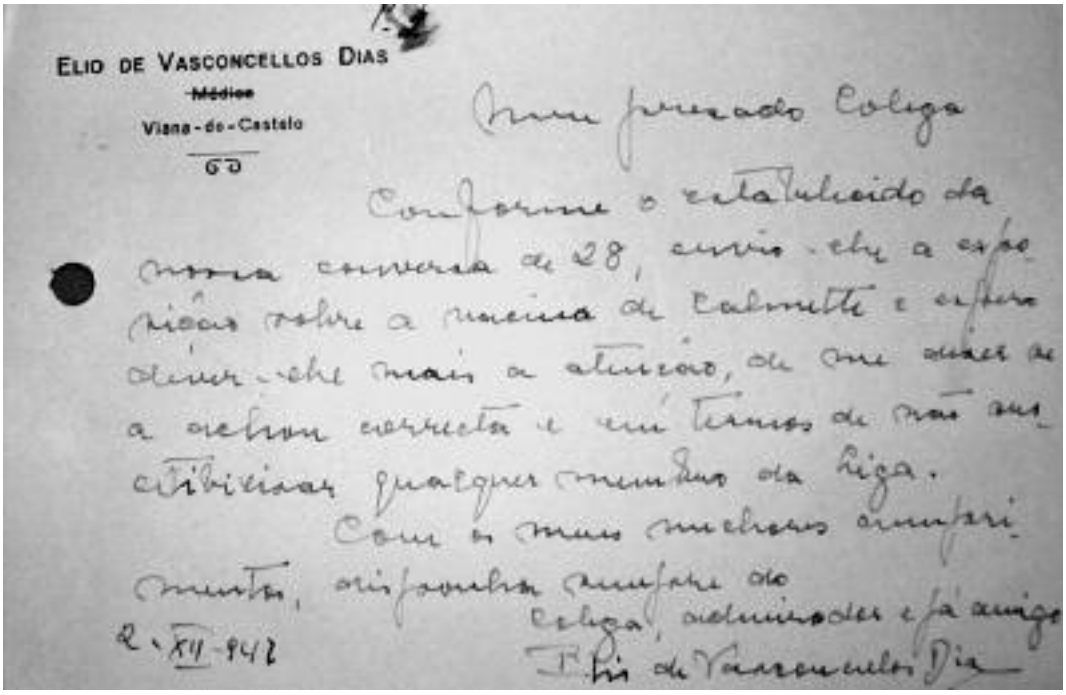
Póde restar alguma dúvida ao ilustre conferente Doutor António Emilio de Magalhães, da Liga Portugueza de Profilaxia Social de que não é verdade a afirmação que:

" Foi, pois, graças á Liga que a vacina B. C. G. foi introduzida em Portugal."

e que é um dever indeclinável repôr essa verdade, no único lugar onde ela deve existir ?

Sendo a obra da Liga Portugueza de Profilaxia Social tão notável a todos os títulos e em todos os sectores da vida nacional, terá necessidade de negar a César o que de direito lhe pertence ?

A honestidade e probidade dos seus processos, repugnará prestar a justiça que é devida, ao médico Élio de Vasconcelos Dias ?



ELIO DE VASCONCELLOS DIAS
~~Médico~~
Viana-do-Castelo
60

Meu prezado Colega

Conforme o estabelecido da nossa conversa de 28, envio-lhe a exposição sobre a vacina de Calmette e espero dever-lhe mais a atenção, de me dizer se a achou correcta e em termos de não suscitibilisar qualquer membro da Liga.

Com os meus melhores cumprimentos, disponha sempre do

Colega, admirador e já amigo

2-XII-942

Elio de Vasconcellos Dias

Fonte: ELIO DE VASCONCELLOS DIAS – *[Carta]* 1942-12-02. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

Anexo n.º 15
Programas dos Congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose (1901-1907)

I Congresso da LNCT – Lisboa
1901

Conferencista	Título da Comunicação	Conferencista
Organização da luta antituberculose	Auxiliares das conferências: mapas, gráficos, projecções, quais e em que ordem de preferência	António de Azevedo
	Preferência a dar aos diferentes modos de propaganda contra a tuberculose	José de Almeida
	Propaganda nas escolas primárias e secundárias, processo de a realizar e interferência dos poderes públicos	Silva Amado
	Bases para uma conferência tipo: factos e preceitos em que se deve insistir em todas as conferências;	Miguel Bombarda
	Papel da imprensa diária na luta contra a tuberculose	Francisco Leitão
	Elementos que devem constituir um mostruário ambulatório de propaganda	Xavier da Costa
	Meio de favorecer as relações dos núcleos locais e os auxílios que esses núcleos reciprocamente se devem prestar	António Cagigal
	Contribuição das associações de socorro mútuo na luta contra a tuberculose	Estevão de Vasconcelos
	Meios de activar a criação e desenvolvimento dos núcleos locais	Santana Marques
Higiene e profilaxia	Profilaxia social prática da tuberculose	Albino Pacheco
	Desinfecção pública nas pequenas aglomerações	Guilherme Ennes
	Desinfecção domiciliária em casos de tuberculose onde não haja desinfecção pública	Guilherme Ennes / Arantes Pereira
	Tuberculose infantil sob o ponto de vista da sua profilaxia e dos seus perigos como foco de propagação da doença	Salazar de Sousa
	Higiene da primeira infância	Amélia Cardia
	Papel do médico no ponto de vista deontológico perante os tuberculosos em domicílio	Belo Morais
	Ensino da higiene nas escolas primárias normais e seminários	Velado da Fonseca
	O bacilo da tuberculose e os anti-sépticos de escolha	Carlos França
	Processos práticos para a extinção da tuberculose dos animais domésticos	Paula Nogueira
	Instrução prática e obrigações dos enfermeiros dos hospitais em relação à tuberculose	Clemente Pinto
Assistência, hospitalização e tratamento	Acção dos municípios na luta contra a tuberculose	Ricardo Jorge
	Isolamento prático dos tuberculosos nos pequenos hospitais	Alfredo Luís Lopes
	Modos de remediar a ausência no país de sanatórios para tísicos: há alguma prática que os possa substituir?	Basílio Freire / Júdice Cabral
	Tratamento moderno da tuberculose nos domicílios	Tiago de Almeida
	Trabalhos a empreender para a escolha de locais para estações de tísicos.	Amândio Paúl / António de Pádua

Fonte: ELIO DE VASCONCELLOS DIAS – *[Carta]* 1942-12-02. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

II Congresso da LNCT – Viana do Castelo
1902

Tema	Título da Comunicação	Conferencista
Luta antituberculose e assistência	Economia social e impostos sobre os alimentos	Silva Carvalho / Augusto Fuschini
	A actual orientação na Europa e na América da luta contra a tuberculose	Alfredo de Magalhães / Sobral Cid
	Defeitos da nossa legislação sanitária vigente em matéria de tuberculose	Augusto Cymbron / Sabino de Sousa
	A tuberculose no exército e na armada	Silva Teles / Eduardo Pimenta
	A federação dos hospitais portugueses em geral e sob o ponto de vista da cura dos tuberculosos indigentes	Afonso Cordeiro
Higiene e profilaxia	Inquérito sobre as relações entre a tuberculose mesentérica e a alimentação láctea	Núcleo de Coimbra
	Compêndio de higiene para as escolas secundárias	Núcleo de Bragança
	Manual de higiene para as escolas primárias	Núcleo de Viana do Castelo
	Rasgamento dos bairros acumulados	Daniel de Matos / João Ramos
	Tuberculose infantil sob o ponto de vista da profilaxia e dos seus perigos como foco de propagação das doenças	Salazar de Sousa / Júlio Cardoso
Questões médico-científicas	Manual para uso dos enfermeiros	Núcleo de Portalegre
	Situação actual das ideias de Koch apresentadas no Congresso de Londres;	Sousa Refoios / Salvador Gamito

Fonte: ELIO DE VASCONCELLOS DIAS – *[Carta]* 1942-12-02. Acessível no Centro Documental da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, Portugal.

III Congresso da LNCT – Coimbra
1904

Tema	Título da Comunicação	Conferencista
Legislação e regulamentação	Regulamentação do trabalho dos menores e das mulheres na indústria	Bernardino Machado
	Bases da criação em Portugal duma lei protectora da primeira infância	Egas Moniz / Cassiano Neves
	Regulamentação do trabalho dos adultos na indústria	Oliveira Simões
	Os regulamentos sanitários e o segredo profissional em matéria de tuberculose	Cândido da Cruz
Questões sociais, higiene e profilaxia	Degenerescência moral do povo português como factor de expansão da tuberculose	Miguel Bombarda
	Acção do saneamento geral sobre a tuberculose	Serras e Silva / SilvaCarvalho
	Colónias de férias	Guilherme Ennes / Tiago de Almeida
	Casamento e tuberculose	Ricardo Jorge / Carlos Santos
	Prostituição e tuberculose	Joaquim Evaristo
	Obrigações do Estado para com os tuberculosos pobres	Estevão de Vasconcelos
	O regímen escolar nas suas relações com a tuberculose	Zeferino Falcão / Jaime Santos
	Estudo dos resultados alcançados no país pelos diversos sistemas de construções de habitações operárias	Núcleo de Lisboa
	Relações do alcoolismo e tuberculose em Portugal	Núcleo de Beja
Questões médicas e científicas	Diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar	António de Pádua / Ayres Kopke
	Impaludismo e tuberculose	Ramada Curto
	A acumulação na etiologia da tuberculose vista à luz do contágio;	Silva Amado / António Macedo
	Exposição e revista dos trabalhos de Behring	Charles Lepierre / Miranda do Vale
	Inquérito sobre as condições climatéricas das diferentes localidades do país que pareçam profícuas para estação de tísicos	Núcleo da Guarda
	Censo dos Tuberculosos do Reino	Ricardo Jorge

Fonte: «A Medicina Contemporânea» (1904), vol. 7, n.º 7, p. 50-51.

IV Congresso da LNCT – Porto

1907

Tema		Título da Comunicação	Conferencista
Questões médicas e científicas		A questão do dualismo da tuberculose	Charles Lepierre
		Estado actual da questão de imunização para a tuberculose	Ângelo da Fonseca
		Ascendência e descendência dos tuberculosos	António Coelho / Manuel de Oliveira / Manuel Laranjeira
Questões sociais, higiene e profilaxia		Influência do meio social no desenvolvimento da tuberculose	Estevão de Vasconcelos
		A tuberculose nas classes ricas	António de Lencastre / Cândido Pinho
		Tuberculosos profissionais	Fernando Chaves
		A mulher na luta contra a tuberculose	Sobral Cid / Cândido da Cruz
		A tuberculose nas prisões	Luís Viegas
		Quantos tuberculosos há no país?	Silva Carvalho
		As cadeias e a saúde pública	Ernesto Vasconcelos
		Federação das associações de socorro mútuo na luta contra a tuberculose	Miguel Bombarda
		A iniciativa particular na luta contra a tuberculose	António de Azevedo
Saúde escolar	Medicina escolar	Papel do médico escolar na sua dupla qualidade de fiscal e director da educação e da saúde física e intelectual dos alunos	Lima Faleiro / Reinaldo dos Santos
		Bibliotecas escolares e as doenças contagiosas	Costa Sacadura
		A antropometria escolar	Costa Ferreira
		Necessidade de uma inspecção médica regular e metódica aos alunos	Almeida Dias / Pacheco de Miranda
		Sedentariedade na escola	Almeida Garrett
		Caderneta sanitária individual	Almeida Dias
	Edu. Física	A escrita direita e a escrita inclinada: sua influência na função respiratória	Costa Sacadura
		Horários e programas escolares	Sanches de Morais
		Preservação infantil contra a tuberculose	António Vaz
		Banhos e exercícios de natação	José de Almeida
		Jogos ao ar livre	Ladislau Piçarra
	Higiene e profilaxia	Vigilância do aluno fora da escola	Sanches de Morais
		Limpeza, varredura e desinfecção das escolas	Guilherme Ennes
		Inconvenientes do ensino mnemónico nas crianças	Jorge Cid
		Da leitura e da escrita em relação às atitudes viciosas do corpo	Bethencourt Ferreira
		Ensino da higiene na escola primária	Ladislau Piçarra
		A higiene escolar e a otorrinolaringologia	Valadares
		Em que idade deve a criança principiar a aprendizagem da leitura e da escrita	João Manita Costa Ferreira
		Jardins-de-infância	Ezequiel Barbosa
		Passeios escolares	João Figueirinhas
		Colónia de férias	Aleixo Guerra
		Condições higiénicas dos estabelecimentos escolares em relação à tuberculose	Nogueira Lobo Henry Mouton /
		Regímen apropriado aos alunos predispostos à tuberculose	Alberto Gonçalves
		A profilaxia da tuberculose nos estabelecimentos de ensino	
		Higiene e educação	Adolfo Coelho

Fonte: «A Medicina Contemporânea» (1907), vol. 10, n.º 9, p. 65.

Anexo n.º 16
Regulamento do Hospício da Princesa Dona Maria Amélia

DO OBJECTO DO HOSPICIO DA PRINCEZA DONA MARIA AMELIA, SUA ADMINISTRAÇÃO E ADMISSÃO DE DOENTES

Artigo 1.º O hospicio da Princeza Dona Maria Amelia, estabelecido na cidade do Funchal, na ilha da Madeira, por Sua Magestade a Imperatriz do Brasil Viuva, e Duqueza de Bragança, Dona Amelia, é destinado para o tratamento de vinte e quatro doentes, de ambos os sexos, affectados de phtisica pulmonar, ou qualquer outra molestia pulmonar chronica, ou de laringite chronica.

Art. 2.º Os doentes das referidas molestias, que podem ser admittidos neste hospicio, são principalmente os que forem habitantes da ilha da Madeira e, não tendo meios para se tratar em suas casas, tiverem repugnacia de entrar no hospital geral.

§1.º Além dos doentes que forem habitantes da ilha da Madeira, serão tambem admittidos no hospicio, 1.º os que Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, para ali mandar; 2.º algum subdito brasileiro, que nelle se apresente com os requisitos necessarios para poder ser admittido.

§2.º Todos estes doentes devem ser pobres, de vida honesta, e não ter menos de quinze annos de idade.

Art. 3.º Este hospicio não deve ser considerado como asylo, em que os doentes, uma vez admittidos, fiquem sempre até ao fim da vida, mas como hospital em que sejam tratados sómente pelo tempo que o respectivo facultativo julgar conveniente.

Art. 4º O hospicio será regido e administrado provisoriamente, conforme este regulamento, e as immediatas ordens de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, por uma commissão composta por cinco membros, nomeados pela Mesma Augusta Senhora, que se queiram prestar a este piedoso serviço, tanto pela sua respeitosa dedicação á Pessoa de Sua Magestade Imperial, como por um nobre sentimento de caridade christã.

Art. 5.º Em quanto esta fórma de administração não fôr alterada, para que o trabalho dos membros da commissão se lhes não torne pezado e incommodo, serão elles, por nova nomeação de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, substituidos, em todo ou em parte, de dois em dois annos.

Art. 6.º A admissão dos doentes é ordenada pela commissão administrativa, havendo logar vago, e apresentando o doente que a pretender, ordem de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, para ser nelle recebido; e quando a não apresente, verificando-se estar nas circumstancias de ser admittido, não só por attestado do parocho, pelo qual conste a sua pobreza, idade e vida honesta, mas tambem por informação do medico do hospicio que declare estar, pela natureza da sua molestia, no caso de ser recebido.

Art. 7.º Á entrada do doente no hospicio se fará o competente registo nos livro para esse fim destinados, e se lavrará a respectiva papeleta com o numero do leito que lhe fôr designado.

Art. 8.º O doente tomará um banho á entrada, se o facultativo o ordenar; e quando não, far-se-hão as lavagens precisas para o devido aceio.

Art. 9.º O fato com que o doente entrar no hospicio será, depois de bem limpo e arranjado, guardado em um armario, para isso destinado, no repartimento correspondente ao numero da cama, para lhe ser entregue na occasião da saida.

DA COMMISSÃO ADMINISTRATIVA.

Art. 10.º Á commissão administrativa compete:

1.º Eleger d'entre os seus membros, presidente, thesoureiro, e secretario;

2.º Acordar sobre a melhor maneira de prover á direcção do hospicio, na conformidade deste regulamento, dando-a mensalmente, e por turno, a cada um de seus membros, ou encarregando por mais tempo a algum delles, que por suas circumstancias possa melhor desempenhar esse encargo;

3.º Ajustar, em quanto o hospicio não tiver botica propria, com alguma das mais proximas e acreditadas, o fornecimento dos remedios da melhor qualidade, e que se faça com toda a regularidade e promptidão;

4.º Admittir os doentes que estiverem nas circumstancias de ser recebidos;

5.º Advertir e admoestar os empregados do hospicio,

quando cometterem falta no serviço, ou contravierem este regulamento, e despedil-os quando forem incorrigiveis;

6.º Admoestar os doentes que não se comportarem bem, ou perturbarem a boa ordem que deve haver no hospicio, e despedil-os quando assim o julgar necessario;

7.º Ordenar o que convier ao bom serviço do hospicio, na conformidade deste regulamento, consultando o facultativo, quando se tratar de objectos que tenham relação com a hygiene, e por isso possam influir sobre a sorte dos doentes;

8.º Despedir as enfermarias, cosinheira, e moços; e prover os seus logares; e em caso de impedimento temporario, nomear quem, durante elle, desempenhe as suas obrigações;

9.º Nomear provisoriamente, em caso de necessidade por doença, impossibilidade, ou qualquer outro motivo, o facultativo, regente ou enfermeiro, ficando de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora;

10.º Vigiar pela boa ordem do serviço, aceio, e limpeza do hospicio, boa qualidade dos alimentos, conservação do edificio, e material que contiver, combinando o bem dos doentes com a economia, e inculcando por todos os modos aos empregados a necessidade e vantagens de tratar os doentes com disvélo e caridade;

11.º Executar e fazer executar este regulamento, e todas as ordens que Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, houver por bem dar;

12.º Fazer subir immediatamente ao conhecimento de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, circumstanciada informação, não só de todos os casos acontecidos no hospicio, e não previstos neste regulamento, que precisam de providencias, mas tambem de tudo quanto nelle occorrer, que possa influir no seu andamento e progresso, e no bem estar dos doentes:

13.º Informar a Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, no fim de cada semestre, do comportamento de cada um os empregados do hospicio, fazendo particular menção daquelles que por seu zêlo e caridade no serviço dos doentes se tornarem mais recommendaveis;

14.º Propôr a Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, quaesquer reformas ou medidas que repute convenientes para a prosperidade e maior perfeição d'este estabelecimento;

15.º Remetter todos os mezes a Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, uma conta da despeza do mez antecedente, extrahida do livro da despesa geral, conforme o modêlo junto ao dito livro;

16.º Enviar promptamente a Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, cópia de todas as resoluções que tomar, e ficarem transcriptas no livro destinado para ellas se lançarem;

17.º Levar á presença de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, no fim de cada anno, uma conta corrente da receita e despeza do hospicio durante elle, assignada pelo presidente e thesoureiro, e um mappa estatistico, extraido dos competentes livros de registo, e assignado pelo facultativo, que mostre o numero de doentes tratados no hospicio, o resultado dos diversos tratamentos, e a referencia numerica a cada um das particularidades inscriptas no respectivo livro; de maneira que claramente se possam conhecer quaes as condições em que mais se desenvolve a phtisica pulmonar e qual o seu tratamento mais util e efficaz.

18.º Designar aquelle de seus membros, que deve assistir ao balanço, que no principio de cada mez se deve dar a todo o material do hospicio na conformidade do artigo 21.º, n.º 3.º

19.º Receber os dinheiros que Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, houver por bem mandar remetter para as despezas do hospicio, entregal-os ao thesoureiro, e dar-lhe as devidas applicações;

20.º Tomar, no mez de Janeiro, contas do anno antecedente ao thesoureiro, e submettêl-as com a sua opinião á approvação de Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora.

§ unico. A commissão administrativa, quando tiver de dirigir-se a Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, fal-o-ha por intervenção do seu presidente.

Art. 11.º Os negocios decidem-se na commissão á pluralidade de votos.

DO PRESIDENTE DA COMMISSÃO ADMINISTRATIVA

Art. 12.º Incumbe ao presidente da commissão administrativa:

1.º Corresponder-se directamente com a pessoa de Lisboa para esse fim designada por Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, e com as authoridades da ilha da Madeira quando assim o pedirem os casos ocurrentes;

2.º Convocar a commissão, quando as circumstancias o exigirem, e pelo menos uma vez por mez;

3.º Dirigir os trabalhos da commissão, e apurar a votação;

4.º Assignar a conta corrente annual da receita e despeza do hospicio;

5.º Encerrar, rubricar e numerar em cada uma das suas folhas os livros da escripturação;

Art. 13.º No impedimento do presidente fará as suas vezes o membro da commisão mais antigo, e em igualdade de circumstancias, o mais velho que nella não tiver cargo algum, menos na parte relativa á correspondencia de que trata o n.º 1.º do artigo antecedente.

DO THESOUREIRO

Art. 14.º Ao thesoureiro da commissão administrariva pertence;

1.º Receber e guardar os dinheiros remettidos ou destinados para a manutenção do hospicio;

2.º Pagar os ordenados aos empregados, o aluguer da casa, a conta da botica, e todas as mais despezas, ordenadas pela commissão, recebendo os competentes recibos;

3.º Ter a escripturação em dia e regular;

4.º Extrahir no fim do anno, do livro de caixa, e assignar, a conta da receita e despeza annual;

5.º Prestar, no mez de Janeiro, contas da sua gerencia do anno findo á commissão administrativa, para ella as submetter á approvação de Sua Magestade, a Augusta Fundadora.

Art. 15.º Os pagamentos do hospicio devem ser promptos, e por caso nenhum retardados. Os dos ordenados devem ser feitos no fim do mez; os dos generos á vista, logo que se apresente a respectiva conta; e os do aluguer da casa, e da conta da botica, conforme os ajustes que se tiverem feito.

Art. 16.º No impedimento do thesoureiro, a commissão designará qual dos seus membros ha de fazer as suas vezes.

DO SECRETARIADO

Art. 17.º Ao secretario compete:

1.º A redacção das actas, e resolução da commissão;

2.º Todo o expediente da commissão;

3.º Votar nos negocios que a commissão tiver a decidir;

4.º Dirigir e manter, no impedimento do presidente, a correspondencia de que trata o n.º 1.º do artigo 12.º

Art. 18.º No impedimento do secretario a commissão designará qual dos seus membros ha-de fazer as suas vezes.

DOS EMPREGADOS NO HOSPICIO

Art. 19.º Haverá para o serviço do hospicio, um medico, uma regente, um enfermeiro, quatro enfermeiras, uma cosinheira, e os moços que forem necessarios.

DO MEDICO

Art. 20.º Ao medico pertence:

1.º Examinar os doentes que pretenderem entrar no hospicio, e informar se pela sua molestia estão no caso de ser n'elle admittidos;

2.º Visitar os doentes diariamente, e todas as vezes que em seu zêlo e caridade julgar necessario;

3.º Fazer a sua visita diaria, quando seja possivel a hora certa e compativel com o serviço do hospicio, excepto quando julgar que a alteração da hora é mais util para os doentes, ou desejar vel-os a differentes horas;

4.º Entrar a qualquer hora no hospicio, não só para visitar os doentes, mas para examinar e fiscalisar a maneira por que se faz o serviço;

5.º Escrever, ou mandar escrever, nas papeletas, na occasião da visita, os remedios e dietas dos doentes, e o mais que julgar util;

6.º Dirigir a escripturação do registo medico, e a conta e estatistica annual que d'elle se ha de extrahir;

7.º Assignar esta conta, a estatitica, e todas as receitas para a botica;

8.º Dar á regente e ao enfermeiro as direcções e explicações necessarias para a applicação do tratamento externo e interno, e fazer-lhes todas as recommendações que julgar convenientes;

9.º Vigiar todo o hospicio, pelo que toca á parte hygie-

nica, e propôr á commissão administrativa os melhoramentos que julgar convenientes;

10.º Advertir e admoestar os empregados que faltarem ás suas obrigações; e se o caso fôr tal, que por elle devam ser despedidos, represental-o á commissão administrativa;

11.º Admoestar os doentes, que por impaciencia ou má indole se não comportarem bem, ou perturbarem a boa ordem; e quando entender que por isso devem ser despedidos, represental-o á commisão administrativa;

12.º Despedir os doentes, quando o julgar util para elles, ou quando elles lh'o requererem, ou mostrarem que estão no hospicio contra a sua vontade;

13.º Fazer, de accôrdo com a commissão administrativa, um tabella de dietas, declarando a quantidade de generos que devem entrar em cada uma d'ellas, e reservando o uso dos alimentos mais dispendiosos só para os casos em que sejam indispensaveis;

14.º Conceder licença para os doentes receberem visitas nas horas para isso determinadas;

15.º Conceder tambem licença para os doentes saírem fóra do hospicio; e quando o julgue util, aconselhar-lhes passeios, indicando-lhes as horas em que devem ter logar;

16.º Aprovar a distribuição do serviço das enfermeiras, feita pela regente;

17.º Assignar as papeletas dos doentes que saírem, e pôr nas dos que morrerem o dia e hora do fallecimento.

DA REGENTE

Art. 21.º Á regente compete:

1.º Dirigir o hospicio, na conformidade d'este regulamento, debaixo das ordens da commissão administrativa, na parte economica e policial, e das do medico, na parte relativa ao tratamento immediato dos doentes;

2.º Receber por inventario, arrecadar e guardar todo o material do hospicio, e responder por elle;

3.º Fazer no principio de cada mez o balanço de todo este material, roupas, vestuario, utensilios e moveis, na presença d'um dos membros da commissão administrativa, que conferirá os objectos existente com os respectivos numeros do inventario, declarando-se no mesmo inventario, e n'essa data, todas as alterações que esse material tiver soffrido desde o ultimo balanço;

4.º Assistir á visita do facultativo, dando-lhe todas as informações de que precisar, e recebendo as instruções para a applicação dos remedios e subsequente tratamento dos doentes;

5.º Distribuir e fazer administrar os remedios á vista do bilhete do serviço, entregando-os ás enfermeiras, promptos para cada doente; vigiando se elles os tomam, e exhortando-os a que vençam qualquer repugnancia que a isso tenham;

6.º Examinar na occasião da distribuição dos remedios se algum se acha alterado, e achando que o está, deixar de applical-o, e mandar immediatamente á botica buscar outro para a vez seguinte, informando depois o facultativo, na proxima visita, de todo o occorrido, e procurando com o seu conselho conservar em local fresco os remedios que se alteram facilmente;

7.º Ordenar a distribuição das dietas, na conformidade do determinado pelo facultativo, e vigiar que se faça com todo o aceio, e de modo que a comida não vá fria; vendo esta antes de distribuida, e provando-a, se o julgar necessario;

8.º Fazer a distribuição do serviço pelas enfermeiras, com approvação do medico, repartindo-o com igualdade; e, quando fôr possivel, por uma escala escripta;

9.º Vigiar o aceio, limpeza, e boa ordem das enfermarias, corredores, cosinha, e todas as partes do hospicio:

10.º Rondar, durante a noite, em todo o hospicio, a horas incertas, para vêr se a enfermeira vigia, se as luzes estão acauteladas, se os remedios se applicam á hora propria, e se tudo está em boa ordem;

11.º Receber e arrecadar os generos que forem para o hospicio, para sustentação dos doentes e empregados, examinando a sua qualidade; conferindo-os com as amostras, se as houver; examinando o seu peso ou medida, quando o julgar necessario; e informando de tudo a commissão administrativa;

12.º Dar todos os dias para a cosinha e hospicio, por conta, peso e medida, os generos necessarios para o serviço e para o sustento dos empregados e doentes, tendo quanto a estes, sempre em vista a tabella das dietas;

13.º Lançar nos livros competentes a entrada e saída dos generos recebidos, e escripturar os applicados para sustento dos empregados;

14.º Ter fechadas as casas da arrecadação, e guardar em seu poder as chaves;

15.º Dar a roupa á lavadeira, em dias fixos e proximos, para que a enxovalhada se não demore no hospicio; tomando nota da quantidade de cada uma das peças no competente rol, que guardará fechado, e recebendo-a por elle, depois de lavada; notando as peças esquecidas, ou perdidas, para as reclamar, e fazer pagar, no caso de perda;

16.º Mandar avisar o facultativo para immediatamente visitar o doente, a que sobreviver algum accidente grave, e não previsto, nem prevenido, e se o caso lhe parecer mortal ou perigoso, mandar pedir ao parocho para administrar os Sacramentos que o doente pode receber;

17.º Conceder licença aos empregados para saírem do hospicio, ou n'elle receberem visitas, poucas vezes, e quando isso não possa distrahil-os do cumprimento das suas obrigações; dando sempre parte á commissão administrativa, ou ao membro d'ella, que tiver a direcção do hospicio;

18.º Ter a seu cuidado, e sempre bem regulado, o relogio do hospicio, não sendo permitido a pessoa alguma tocar-lhe, sem ser ordenado, a fim do serviço se poder fazer com exatidão e boa ordem;

19.º Ordenar o serviço de tal modo que sem prejuizo d'elle os empregados do hospicio possam assistir á missa nos dias santificados;

20.º Advertir e admoestar os empregados que faltarem ás suas obrigações; e se o caso fôr tal, que por elle devam ser despedidos, represental-o á commissão administrativa;

21.º Admoestar os doentes, que por impaciencia ou má indole, se não comportarem bem, ou perturbarem a boa ordem;

22.º Dar immediatamente parte do escripto a quem tiver a direcção do hospicio de todo e qualquer caso extraordinario que n'elle aconteça, como desobediencia, ou falta de respeito da parte dos empregados, falta de alguns utensilios ou roupa; máo comportamento dos doentes; administração de Sacramento; e a morte de doente; acompanhando essa participação com todas as circumstancias que possam esclarecer a commissão;

23.º Informar a commissão administrativa de tudo quanto notar na qualidade dos generos, na deterioração das roupas, moveis, e utensilios, e no serviço dos empregados, e geralmente de quando occorrer no hospicio, ou julgar util para melhorar o seu estado, e a sorte dos doentes;

24.º Lêr em voz alta, todos os sabbados, em cada uma das divisões, os artigos 36.º e 71.º d'este regulamento;

25.º Receber todas as pessoas que com a devida authorisação forem visitar o hospicio, mostrar-lhes todo o estabelecimento, e fazer-lhes vêr como n'elles são tratados os doentes.

DO ENFERMEIRO

Art. 22.º Ao enfermeiro pertence:

1.º Assistir á visita do facultativo para lhe dar todos os esclarecimentos de que precisar;

2.º Tomar sentido no modo por que os remedio dever ser applicados;

3.º Escrever logo na papeleta de cada doente o que lhe fôr ordenado pelo facultativo, principalmente a respeito de remedios e dietas;

4.º Extrahir no fim da visita, para a folha do serviço, por modo claro e intelligivel, o resumo do tratamento e dieta, ordenados pelo facultativo, para cada doente, e entregal-o á regente;

5.º Fazer os curativos, principalmente dos homens, e todos os que lhe ordenar o facultativo, começando pelos mais urgentes;

6.º Ensinar e dirigir as enfermeiras no tratamento dos causticos, cauterios, sedenhos e ulceras, e vigiar os seus curativos, para que sejam perfeitos;

7.º Escripturar o livro das entradas dos doentes;

8.º Ter a seu cargo o registo medico, e extrahir d'elle uma conta estatistica annual, debaixo da direcção do facultativo;

9.º Fazer toda a escripturação referente ao hospicio, se para isso tiver aptidão, recebendo por esse trabalho uma gratificação, que será arbitrada pela commissão administrativa.

Art. 23.º O enfermeiro não tem obrigação de permanecer no hospicio, acabado o serviço que lhe incumbe, mas voltará ali, sempre que o facultativo lh'o determinar, e demorar-se-ha o tempo que este lhe recommendar, ou fôr necessario para curativo ou observação dos doentes.

DAS ENFERMEIRAS

Art. 24.º Ás enfermeiras pertence:

1.º Fazer o tratamento dos doentes e o serviço interno

do hospicio, na fórma que lhes fôr distribuido e ordenado pela regente;

2.º Assistir á visita do facultativo, quando lhes competir, para darem os esclarecimentos que elle lhes pedir, ajudarem a mover os doentes, e prestarem todo o serviço necessario:

3.º Tomar sentido no modo por que os remedios devem ser applicados;

4.º Fazer o curativo dos doentes e a limpeza, e arranjar as camas e as enfermarias;

5.º Administrar os remedios debaixo da direcção da regente;

6.º Distribuir as dietas, tambem debaixo da direcção da regente, dando a cada doente o que lhe tiver sido destinado pelo facultativo, á vista do bilhete de serviço, com todo o aceio, e de modo que a comida não chegue fria;

7.º Obedecer á regente em tudo o que lhes ordenar, para serviço dos doentes e do hospicio.

Art. 25.º De noite haverá sempre uma enfermeira de véla, e se fôr, em caso grave, duas.

§ 1.º Este serviço deve ser feito por escála, e dividido de maneira que a administração dos remedios de noute se faça exactamente, e haja toda a vigilancia para com os doentes, sem cansaço das enfermeiras.

§ 2.º Enfermeira velante terá cuidado não só em servir os doentes, que o precisarem e administrar os remedios e caldos, que lhe tiveram sido recommendados, mas tambem, em vigiar as luzes, para que não molestem os doentes, e se conservem dando a claridade moderada que em taes casos exige, evitando-se o fogo, ou que o fumo e cheiro das que se apagam ou fumam, provoque tosse ou outro incommodo.

DA COSINHEIRA

Art. 26.º Á cosinheira pertence:

1.º Fazer a comida para os doentes e empregados, recebendo para isso os generos por conta, peso e medida;

2.º Repartir as dietas para os doentes, e as rações para os empregados;

3.º Lavar a louça;

4.º Conservar os caldos, segundo lhe fôr ordenado;

5.º Ter sempre agua quente para serviço das enfermarias.

DOS MOÇOS

Art. 27.º Aos moços pertence;

1.º Ir buscar os remedios á botica, chamar o facultativo e o parocho, a qualquer hora; conduzir os generos e fazer todo o serviço de fóra do hospicio que lhes fôr ordenado;

2.º Lavar as casas, arear a louça de estanho ou cobre; ajudar na cosinha quando fôr necessario, e tambem a mover os doentes, ou moveis pezados do hospicio, quando para isso fôrem chamados.

DISPOSIÇÕES RELATIVAS A TODOS ESTES EMPREGADOS

Art. 28.º Os empregados do hospicio vencerão os ordenados que lhes forem estabelecidos por Sua Magestade Imperial, a Augusta Fundadora, e serão pagos promptamente no fim de cada mez.

Art. 29 Os empregados do hospicio que n'elle morarem levantar-se-hão ás 6 horas da manha, para se darem os remedios ás 6 e meia, e começar o serviço de manhã, varrendo-se as enfermarias, arranjando-se as camas, e fazendo-se a limpeza de maneira que o hospicio esteja prompto ás 8 horas para se fazer a visita, e dar-se o almoço.

Art. 30.º Os empregados do hospicio devem ter o maior aceio nas suas pessoas, e no modo de fazer o serviço.

Art. 31.º As roupas, utensilios e moveis do uso dos empregados serão differentes dos do uso dos doentes, e nunca se confundirão uns com os outros.

Art. 32.º Os empregados do hospicio que n'elle habitam, não podem sair, nem receber visitas sem licença da regente.

Art. 33.º Os empregados do hospicio não podem receber e conservar em seu poder, a titulo de deposito, dinheiro ou algum objecto dos doentes tratados no hospicio. Quando, porém, algum doente pretender fazer algum deposito no hospicio, podêl-o-ha fazer com a necessaria clareza, em poder do thesoureiro do hospicio, obtendo para isso a licença da commissão.

Art. 34.º É prohibido aos empregados do hospicio receber alguma gratificação dos doentes, e aconselhal-os a que os contemplem nas suas disposições testamentarias.

Art. 35.º Os empregados do hospicio que commetterem alguma falta no serviço ou contravierem este Regula-

mento, serão advertidos e admoestados, suave, mas firmemente, pela commissão, pelo facultativo, ou pela regente. E sendo incorrigiveis serão despedidos pela commissão administrativa.

Art. 37.º Os empregados do hospicio, que d'elle forem despedidos sem o requerer, nunca mais serão n'elle admittidos.

DO SERVIÇO DE SAUDE.

Art. 38.º As horas de remedio são: seis horas e meia da manhã - onze horas e meia da manhã - seis horas e meia da tarde, e mais aquellas que o facultativo determinar.

§ unico. Durante a noite os remedios que pela sua natureza o permittirem devem ficar promptos e medidos nas mezas das cabeceiras dos doentes.

Art. 39.º Na sua visita o facultativo será sempre acompanhado pela regente, pelo enfermeiro, e por duas enfermeiras, que lhe darão todas as informações de que precisar, e farão o serviço que durante a visita fôr necessario.

Art. 40.º O hospico deve estar convenientemente ventilado, regulando-se a entrada do ar de maneira que este, não incommodando os doentes, seja constantemente renovado. Por caso nenhum deve haver no hospicio cheiro infecto, ou que indique casa de doentes.

Art. 41.º As roupas, utensilios, e moveis do uso dos doentes, deverão servir só a elles, e estar sempre separados dos objectos do uso dos empregados.

Art. 42.º É proibido aos doentes receber comida ou remedios de fóra, qualquer que seja o pretexto, sem licença do facultativo.

Art. 43.º As visitas aos doentes não são permittidas nas horas da comida, e logo que tocar a sineta para ella, todos os visitantes devem sair immediatamente do hospicio.

Art. 44.º Os doentes sairão do hospicio a dar os passeios que o facultativo lhes aconselhar, mas deverão sempre ter regressado ás horas das comidas e dos remédios.

Art. 45.º No hospicio deve haver o maior socego; evitando-se cuidadosamente tudo quanto puder incomodar ou inquietar os doentes; recommendando-se a todos que não fallem alto; e prohibindo-se a entrada a qualquer pessoa, que a elle não fôr por objecto de serviço, ou com a competente licença.

Art. 46.º Se algum doente por effeito da sua molestia incommodar os outros, procurar-se-ha evitar ou atenuar esse mal, separando-o delles se fôr possivel.

Art. 47.º Quando algum doente estiver em agonia, e houver mais doentes na mesma sala, far-se-ha com biombos a conveniente separação, de modo, que não aflija o moribundo, mas evite aos outros doentes a impressão que n'elles poderá produzir tão triste espectaculo.

DO VESTUARIO E ACEIO DOS DOENTES

Art. 48.º Os doentes, em quanto se demorarem no hospicio, usarão de fato do mesmo hospicio.

Art. 49.º Os doentes farão a barba, cortarão o cabello, e tomarão banhos todas as vezes que o facultativo o ordenar.

Art. 50.º Haverá sempre o mais escropuloso aceio nos doentes e nas suas camas, fato, roupas. Serão para isso aconselhados ou advertidos a conservarem-se limpos, e não sujarem as camas, fatos, roupas, trastes, chão, paredes etc., tanto quanto fôr possivel; e logo que haja a este respeito qualquer descuido, tratar-se-ha de o remediar.

DO TRATAMENTO ALIMENTICIO

Art. 51.º Os doentes terão a dieta prescrita pelo facultativo.

Art. 52.º A comida dos empregados do hospicio far-se-ha separada da dos doentes; será determinada todos os dias pela regente, segundo as ordens da commissão administrativa, e deverá ser saudavel, sufficiente, bem confeccionada, e variada tanto quanto fôr possivel.

Art. 53.º Tanto os doentes como os empregados do hospicio, poderão queixar-se a respeito da comida á regente, ao facultativo, á commissão administrativa, ou áquelle de seus membros que tiver a direcção do hospicio, e as suas queixas serão tomadas na consideração que merecerem.

Art. 54.º As horas da comida para os doentes são, as oito da manhã para o almoço; uma da tarde para o jantar; e as sete e meia da tarde para a ceia. Os empregados do hospicio comem depois dos doentes.

Art. 55.º É prohibido aos doentes dar alguma cousa da sua ração ás pessoas que os visitarem, ou aos outros doentes.

DA POLICIA DO HOSPICIO

Art. 56.º O passeio no jardim é permittido aos doentes de ambos os sexos durante o dia, pela fórma que a commissão administrativa determinar o accôrdo com o facultativo, mas á noite é absolutamente prohibido.

Art. 57.º Os doentes devem conservar-se dentro do espaço destinado á divisão pertencente ao seu sexo, ou no jardim durante o dia, e não ir para as escadas, corredores, cosinha, ou outras partes do hospicio, excepto sendo chamados pela regente; mas neste caso devem voltar para a respectiva divisão, quando por ela lhe fôr ordenado, ou quando para isso forem advertidos pelas enfermeiras.

§ unico. Em algum caso especial o facultativo, quando permittirá aos doentes o sahirem da sua respectiva divisão, e irem á outra fazer alguma visita, mas sempre á sua vista, ou na presença da regente.

Art. 58.º Não é permittido fumar dentro do edificio do hospicio, mas sim no jardim, quando em rasão da molestia não fôr isso prohibido ao doente.

Art. 59.º É prohibido jogar dentro do edificio, jardim ou pertenças do hospicio.

Art. 60.º Os doentes que não respeitarem este regulamento, e as ordens dadas pelas pessoas competentes; que tratarem mal os empregados, ou os outros doentes; que perturbarem a ordem ou o socego do hospicio; ou commetterem outros actos de qualquer sorte reprehensiveis, serão admoestados, uma ou mais vezes, pela commissão administrativa, pelo medico, ou pela regente, ou despedidos pela commissão administrativa, se assim fôr necessario na conformidade do n.º 6 do artigo 10.º e do n.º 11.º do artigo 20.º

DA SAIDA DOS DOENTES

Art. 61.º Os doentes sairão despedidos pelo facultativo:

1.º Quando estiverem curados;

2.º Quando o facultativo pensar que a saída do hospicio lhes será mais conveniente;

3.º Quando o desejarem ou mostrarem que estão no hospicio contra a sua vontade, ainda que outra seja a das pessoas, que sobre elles tenham authoridade;

§ unico. Fóra destes casos os doentes só podem ser despedidos pela commissão administrativa na conformidade deste regulamento.

DA ESCRIPTURAÇÃO

Art. 62.º A escripturação do hospicio deve ser facil, clara e correcta, e estar sempre em dia, e para ella haverá conforme os modêlos que acompanham este regulamento, os seguintes livros, e qualquer outro que a commissão administrativa julgue conveniente, encerrados todos pelo presidente da mesma commissão, e por elle rubricados e numerados em cada uma das suas folhas.

1.º Livro. - Regulamento do hospicio, ordens de Sua Magestade Imperial a Augusta Fundadora, actas e resoluções da commissão administrativa.

2.º - Correspondencia.

3.º - Caixa.

4.º - Registo, entrada e saída dos doentes.

5.º - Registo medico.

6.º - Inventario.

7.º - Despeza geral.

8.º - Despeza do sustento dos doentes e empregados.

9.º - Entrada e saída dos generos.

10.º - Receituario.

11.º - Visitas.

Art. 63.º A escripturação será feita pelo enfermeiro se tiver para isso a necessaria aptidão, na conformidade do n.º 9 do artigo 22.º E quando não tenha, o presidente da commissão administrativa encarregará della provisoriamente pessoa habil, estabelecendo-lhe uma gratificação annual correspondente ao seu trabalho, e dando de tudo parte a Sua Magestade a Augusta Fundadora para providenciar definitivamente.

DA CONTA E ESTATÍSTICA ANNUAL

Art. 64.º No fim do anno a commissão administrativa fará tirar e lançar no livro da caixa, e da despeza geral, uma conta corrente das receitas e despeza do hospicio durante todo o anno. Esta conta será assignada pelo presidente e thesoureiro, e della se enviará cópia, por elles assignada, a Sua Magestade Imperial a Augusta Fundadora, na conformidade do n.º 17 do artigo 10.º

Art. 65.º No fim do anno a commissão administrativa fará igualmente extrair dos livros de registo do hospicio um mappa estatistico, que mostre o numero de doentes tratados no hospicio, o resultado dos diversos tratamentos, e a referencia numerica a cada uma das particularidades escriptas no primeiro respectivo livro: de modo que se possa saber quaes as condições em que mais se desenvolve a tisica pulmonar, para que isso sirva a melhorar essas condições, ou attenuar os seus effeitos quando fôr possivel. Este mappa será assignado pelo facultativo do hospicio, e delle se enviará tambem a Sua Magestade Imperial a Augusta Fundadora uma cópia, assignada pelo mesmo facultativo, na conformidade do n.º 17.º do artigo 16.º

DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Art. 66.º Sendo a instituição do hospicio da Princeza D. Maria Amelia um obra de caridade, e symbolizando a sua denominação a virtude, o soffrimento, e a resignação, devem tanto os enfermos que nelle forem tratados, como os seus empregados ter sempre em vista o pensamento que presidiu á sua origem e invocação.

Art. 67.º Feitas as despezas annuaes do hospicio, o que no fim do anno restar dos fundos para ellas destinados nesse anno, será applicado á substituição ou melhoramento da parte material do hospicio, que com o tempo se fôr deteriorando, e em dar algum socorro aos doentes que saírem para se transportarem a suas casas, ou remediarem as suas primeiras necessidades.

Art. 68.º A parte deste regulamento que diz respeito ao serviço das enfermarias, e á policia do hospicio, será copiada, e posta em um quadro, que estará pendurado em logar onde possa ser lida por todos.

Art. 69.º Estará sempre na cosinha posta igualmente em um quadro onde possa ser lida por todos, uma cópia da tabella das dietas.

Art.º 70.º Os doentes não devem ser empregados em serviço algum do hospicio, excepto querendo fazer algum trabalho pequeno e ligeiro, e consentindo o facultativo, por entender que isso lhes servirá de distracção e beneficio. Neste caso porém o próprio facultativo designará e regulará esse trabalho.

Art. 71.º Os doentes têem direito a queixar-se aos membros da commissão administrativa, ao facultativo, ou á regente quando julguem que forem offendidos, ou menos bem tratados, devendo para isso ser ouvidos em particular, quando assim o requeiram.

Art. 72.º O doente que fôr despedido por máo comportamento, na conformidade do artigo 16.º deste regulamento, será sempre tratado com caridade, qualquer que fosse a sua falta.

Art. 73.º Se algum doente quizer fazer testamento, mandar-se-ha chamar logo para esse fim um tabellião, e as testemunhas que necessarias forem.

Art. 74.º A obrigação de se administrar e receberem os Sacramentos deve ser exacta, e cuidadosamente cumprida nos casos graves, sendo os doentes, quando seja necessario, dispostos e preparados para o seu comprimento, com palavras de caridade e devoção.

Art. 75.º Os doentes que fallecerem, serão levados decentemente amortalhados para a casa do deposito, aonde ficarão o tempo ordenado pelo facultativo, sendo vigiados, e applicando-se-lhes as precauções que ha nessa casa para um caso possivel de morte apparente. Dar-se-ha parte da morte ás authoridades competentes para se fazer o enterro pelo modo que se pratica com os doentes pobres. O dia e hora da morte assentar-se-hão nos livros de registo, e na papelada que será assiganda pelo facultativo.

Art. 76.º Se algum doente que fallecer no hospicio, deixar nelle dinheiro o outro algum objecto seu ou alheio, far-se-ha disso annuncio em algum periodico da cidade do Funchal, dentro do prazo de quinze dias contados do seu fallecimento, e entregar-se-ha tudo a quem dentro de sessenta dias, contados desse annuncio, se mostrar com direito a recebe-lo na conformidade das leis, fazendo-se essa entrega na presença de duas testemunhas, pelo menos, que assignarão o competente recibo conjunctamente com a pessoa que o passar. E quando ninguem para

esse fim se apresente dentro deste ultimo praso, entregar-se-ha tudo á respectiva authoridade para proceder á sua arrecadação.

Art. 77.º As pessoas que quizerem visitar o hospicio, deverão pedir a competente licença á commissão administrativa, ou ao facultativo, que lh'a concederá em horas em que as visitas não perturbem os serviços nem o socego dos doentes. Haverá um livro em que os visitantes possam escrever seus nomes se quizerem.

Fonte: «Gazeta Médica de Lisboa». Tomo 1, n. º 23 e 24 (1854), p. 367-369 e 377-378 e Tomo 2, n.º 25 e 26 (1854), p. 6-7 e 29-31.
Notas: Na transcrição deste documento optamos por manter a grafia original.

Anexo n.º 17
Entrada de doentes no Hospício D. Maria Amélia segundo género, estado civil e profissão

Entrada de doentes por género							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Homens	?	26	30	34	28	32	150
Mulheres	?	39	50	54	46	53	242
Transporte	10	7	16	8	10	0	51
Total	36	65	80	88	74	85	392

Doentes segundo o estado civil							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Solteiros	24	?	58	49	45	61	237
Casados	9	?	16	27	21	18	91
Viúvos	3	?	6	12	8	6	35
Total	36	0	80	88	74	85	363

Doentes segundo a profissão						
	1853	1854	1855	1856	1857	1858
Trabalhos domésticos	27	1.º	1.º	1.º	1.º	1.º
Trabalhos do campo	9	2.º	2.º	2.º	2.º	2.º
Outras	0	3.º	3.º	3.º	3.º	3.º

Fonte: «Gazeta Médica de Lisboa» (1854-1859).

Anexo n.º 18
Entrada de doentes no Hospício D. Maria Amélia segundo a proveniência

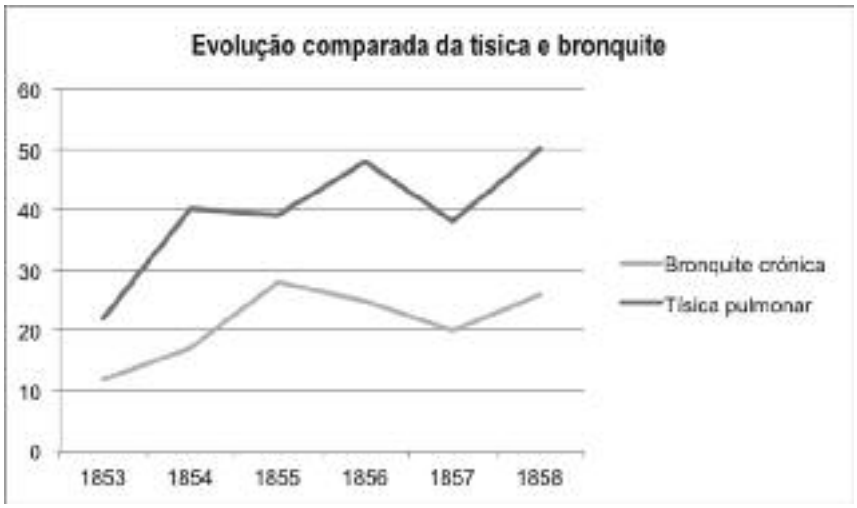
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Madeira	34	60	73	83	63	72	385
Portugal continental	1	4	5	3	3	9	25
Goa	1	1	0	0	0	0	2
Porto Santo	0	0	2	2	6	2	12
Pico	0	0	0	0	1	1	2
Graciosa	0	0	0	0	1	0	1
Total	36	65	80	88	74	84	427

Fonte: «Gazeta Médica de Lisboa» (1854-1859).

Anexo n.º 19
Entrada de doentes no Hospício D. Maria Amélia segundo a patologia

Fonte: «Gazeta Médica de Lisboa» (1854-1859).

Anexo n.º 20
Evolução comparada dos casos de tísica pulmonar e bronquite no Hospício Dona Maria Amélia



Fonte: «Gazeta Médica de Lisboa» (1854-1859).

Anexo n.º 21
Resultados terapêuticos no Hospício D. Maria Amélia (1853-1858)

	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
Total	30	79	93	103	98	96	499

Curados							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Abcesso pulmonar	0	0	0	0	1	0	1
Aderências pulmonares e pleuríticas	0	0	0	0	1	0	1
Bronquite asmática	0	0	0	1	2	0	3
Bronquite crónica	8	9	4	13	14	15	63
Congestões pulmonares c/ hemoptise	0	0	1	0	0	0	1
Ferimento no trabalho	0	0	0	1	0	0	1
Laringite crónica	0	4	0	0	0	0	4
Pleurite crónica	0	0	1	0	0	2	3
Pleuro-pneumonite crónica	0	1	0	1	0	0	2
Pneumonite crónica	0	1	2	0	2	0	5
Tísica 1.º grau	1	4	1	2	1	2	11
Total	9	19	9	18	21	19	95

Melhorados							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Broncopenumonite crónica	0	0	1	0	0	0	1
Bronquite asmática	0	0	0	2	4	1	7
Bronquite crónica	3	5	7	9	3	10	37
Laringite crónica	0	0	0	0	0	1	1
Laringo-traqueite	0	0	0	1	1	0	2
Pleurite	0	0	0	0	0	1	1
Pleuropneumonia crónica	1	0	0	0	0	0	1
Pleuro-pneumonite crónica	0	0	1	1	1	0	3
Pneumonite crónica	0	1	0	2	0	0	3
Tísica	1	0	0	0	14	0	15
Tísica asmática	0	1	0	0	0	0	1
Tísica de 1.º grau	0	4	2	5	0	2	13
Tísica de 2.º grau	0	8	6	12	0	15	41
Tísica de 3.º grau	0	0	5	4	0	3	12
Tísica laringea	0	0	1	1	0	0	2
Total	5	19	23	37	23	33	140

Aliviados							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Bronquite asmática	0	0	0	1	0	0	1
Bronquite crónica	0	0	0	0	0	1	1
Tísica 2.º grau	1	0	1	0	0	2	4
Tísica 3.º grau	6	13	5	3	2	4	33
Total	7	13	6	4	2	7	39

Falecidos							
	1853	1854	1855	1856	1857	1858	Total
Bronco-cefalite	0	0	0	1	0	0	1
Bronquite crónica	0	0	0	0	1	0	1
Pleuro-pneumonite crónica	0	0	0	0	1	0	1
Pneumonite crónica c/ abcesso	0	0	1	0	0	0	1
Pulmonite crónica	0	0	0	0	0	1	1
Tísca laringea e pulmonar	0	0	0	0	1	0	1
Tísica não tuberculosa	0	0	0	1	0	0	1
Tísica pulmonar no 3.º grau	0	0	12	18	14	15	59
Total	0	0	13	20	17	16	66

Fonte: «Gazeta Médica de Lisboa» (1854-1859).

Anexo n.º 22
Comparação climatológica da Serra da Estrela com Davos-Platz

		Davos-Platz	Serra da Estrela
Pressão atmosférica		626mm	645mm
Temperatura	Média	-2,16º C	5,54º C
	Máxima absoluta	23,89º C	21,6º C
	Mínima absoluta	-27,5º C	-10º C
	Média das máximas	3,88º C	8,60º C
	Média das mínimas	-8,16º C	3,04º C
Ventos	Desvio médio	6º C	2,75º C
	Direção geral	N, NE e SO	OSO, O, ONO e NO
	Intensidade	Geral fraca	Geral fraca
Radiação solar		45,77	62,30
Humidade		19,44	85,38

Fonte: GUIMARÃES, Rodrigo António Teixeira (1887) – *O tratamento climaterico da tuberculose pulmonar e a Serra da Estrella.* Porto: Typographia de A. J. da Silva Teixeira. Tese Inaugural, p. 82.

ISMAEL CERQUEIRA VIEIRA

É historiador e investigador afiliado ao Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória», inserido no grupo «Memória, Património e Construção de Identidades». Desde 2014 é igualmente colaborador do Centro de Estudos do Século XX da Universidade de Coimbra. Licenciou-se em História na Faculdade de Letras da Universidade do Porto em 2007 e concluiu o Doutoramento em História em 2012 na mesma universidade. Dedica-se ao estudo da história do período moderno e contemporâneo, tendo como principais áreas de investigação a história da medicina, história das instituições médicas e história social das doenças e da saúde. Desenvolve atualmente um novo projeto da história da endocrinologia em Portugal como bolseiro de investigação da SPEDM – Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.

ISBN 978-972-36-1498-5
9 789723 614985

CONHECER, TRATAR E COMBATER A «PESTE BRANCA»

A TISIOLOGIA E A LUTA CONTRA WA TUBERCULOSE EM PORTUGAL (1853-1975)

ISMAEL CERQUEIRA VIEIRA

CITCEM
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO TRANSDISCIPLINAR
CULTURA, ESPAÇO E MEMÓRIA
FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR
U.PORTO
FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DO PORTO
COMPETE 2020
PORTUGAL 2020
UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional