

*UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE LETRAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA*



**→ O COMBATE À TUBERCULOSE
UMA ABORDAGEM DEMOGRÁFICO-EPIDEMIOLÓGICA
O HOSPITAL DE REPOUSO DE LISBOA (1882-1975) ←**

António Fernando Castanheira Pinto Santos
MESTRADO EM HISTÓRIA REGIONAL E LOCAL

2010

*UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE LETRAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA*



**→ O COMBATE À TUBERCULOSE
UMA ABORDAGEM DEMOGRÁFICO-EPIDEMIOLÓGICA
O HOSPITAL DE REPOUSO DE LISBOA (1882-1975) ←**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Cosme

António Fernando Castanheira Pinto Santos
MESTRADO EM HISTÓRIA REGIONAL E LOCAL
2010

SUMÁRIO

PALAVRAS CHAVE:

DISPENSÁRIOS – ENSINO – HOSPITAIS – TUBERCULOSE – VISÃO
EPIDEMIOLÓGICA

SUMÁRIO:

Aflorou-se o emergir da saúde pública como consequência de movimentos cívicos, associativos, científicos e religiosos, que nasceram por toda a Europa nos finais do século XIX, em consequência do desenvolvimento industrial e dos problemas sociais que a industrialização provocou. Houve a tentativa para se compreender porque se associa a tuberculose às cidades industrializadas, onde se localizam as maiores manchas sociais da doença.

Com esta dissertação pretendeu-se estudar o nascimento e desenvolvimento do Hospital de Repouso de Lisboa, a sua acção no combate à tuberculose em Lisboa, assim como das mulheres e homens a quem pertenceu tal iniciativa. Qual a sua aplicabilidade, e como o mesmo se articulou; que capitais foram investidos, como se aplicaram, que tipos de empregos proporcionaram, por que vicissitudes passaram até ao actual Hospital de Pulido Valente e demais organizações que em conjunto tentam curar o flagelo da tuberculose, através da prevenção e diagnóstico precoce, como forma de baixar a incidência da tuberculose no nosso País.

A baliza cronológica em que o estudo se debruça é de 1882, data da descoberta do bacilo da tuberculose por Robert Koch, até 1975 ano em que foi reestruturado o IANT, e o Hospital do Repouso passou a denominar-se por Hospital Pulido Valente.

KEYWORDS:

DISPENSARIES - EDUCATION - HOSPITALS - TUBERCULOSIS -
EPIDEMIOLOGICAL VISION

ABSTRACT:

The emergence of public health, as a result of several movements, such as, associations, science and religion, appeared throughout Europe in the nineteenth century due to the industrial development and social issues caused by industrialization. There was an attempt to understand why tuberculosis is associated with industrialized cities, where the larger patches of this social disease are detected.

This thesis reflects the birth and development of the “Hospital de Repouso de Lisboa” (Lisbon Home Hospital), its action in fighting tuberculosis in Lisbon. It points out the men and women who took initiative, investing, providing jobs, and articulating actions, to achieve the “Hospital de Pulido Valente” as it is known today, as well as other organizations which together tried to cure the scourge of tuberculosis, throughout prevention and early diagnosis, as a way of lowering the incidence of tuberculosis in our country.

The chronological focus of this search is between 1882 and 1975, *ie*, since the discovery of the tuberculosis bacillus by Robert Koch, until 1975, when the IANT was restructured, and the home hospital was named Pulido Valente.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
SIGLAS E ABREVIATURAS	7
AGRADECIMENTOS	8
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR.....	 16
CAPÍTULO II - A LUTA ANTITUBERCULOSA EM PORTUGAL.....	25
2.1 – De meados do séc.XIX à implantação da República	25
2.2 – Da implantação da República ao 28 de Maio de 1926.....	39
2.3 – Do 28 de Maio de 1926 à década de Sessenta do séc.XX.....	43
2.4 – Da década de Sessenta do séc. XX a 1975	57
CAPÍTULO III - O HIGIO-SANITARISMO	60
3.1 – As preocupações higienistas no ensino médico.....	60
3.2 – O higio-sanitarismo através da Legislação	62
3.2.1 – Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública de 24 de dezembro de 1901.....	 63
3.2.2 – Regulamento dos serviços de higiene pública de 24 de Dezembro de 1901	 66
3.2.3 – Portaria de 4 de Agosto de 1902	69
3.2.4 – Regulamento (30 de Agosto de 1902) dos serviços de profilaxia da tuberculose.....	 70
3.2.5 – Associação Nacional contra a Tuberculose	71

3.2.5.1 – Os Estatutos	71
3.2.5.2 – A Organização	72
3.2.5.3 – Comissão de Vulgarização	72
3.2.5.4 – Comissão de Legislação	73
3.2.5.5 – Comissão de Propaganda dos Sanatórios	73
3.2.6 – Portaria de 5 de Outubro de 1903	73
3.2.7 – Relatório de 30 de Outubro de 1903	74
3.2.8 – O Decreto-Lei 12.477 de 12 de Outubro de 1926.....	81
3.2.9 – O Decreto-Lei nº.413/71 de 27 de Setembro	82
3.2.10 – O Decreto-Lei nº.414/71 de 27 de Setembro	83
3.2.11 – O Decreto-Lei nº.260/75 de 26 de Maio	85
CAPÍTULO IV – AS OCORRÊNCIAS ESTATÍSTICAS	86
4.1 – Os Doentes e a Acção Médica	86
4.2 – A Mortalidade	100
CAPÍTULO V – O HOSPITAL DE REPOUSO DE LISBOA.....	110
5.1 – A necessidade de construir um Hospital de Repouso.....	110
5.2 – Novas Valências	118
5.3 – Novo Sanatório do Lumiar	126
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
CAPÍTULO VII - FONTES E BIBLIOGRAFIA.....	137
7.1 - FONTES	137
7.1.1 - FONTES MANUSCRITAS.....	137
7.1.1.1 - Arquivo Histórico do Ministério das Obras Públicas.....	137
7.1.1.2 - Arquivo Nacional da Torre do Tombo	137

7.1.2 - FONTES IMPRESSAS.....	137
7.1.2.1 – Fotografias (Arquivo Pessoal - António Fernando Castanheira Pinto Santos).....	137
7.1.2.2 – Boletins, Jornais e Revistas.....	137
7.1.2.3 – Legislação	139
7.1.2.4 – Estatística	139
7.1.2.5 – Literatura.....	139
7.1.2.6 – Outras Fontes	140
7.1.2.7 – Mapas	140
7.2 - BIBLIOGRAFIA	140
7.2.1 - COROGRAFIAS, DICIONÁRIOS E ENCICLOPÉDIAS.....	140
7.2.2 - BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA.....	141
GLOSSÁRIO.....	148
ANEXOS	153

SIGLAS E ABREVIATURAS

A.F.C.T.	- Assistência aos Funcionários Cíveis Tuberculosos
A.H.M.	- Arquivo Histórico Militar
A.H.M.O.P.	- Arquivo Histórico do Ministério das Obras Públicas
A.N.T.	- Assistência Nacional aos Tuberculosos
A.N.T.T.	- Arquivo Nacional da Torre do Tombo
A.P.	- Arquivo do Próprio (António Fernando Castanheira Pinto Santos)
B.C.G.	- Bacilo de Calmett e Guérin
B.K.	- Bacilo de Koch
B.N.P.	- Biblioteca Nacional de Portugal
DOTS	- Tratamento Directamente Observado de Curta Duração
F.M.L.	- Faculdade de Medicina de Lisboa
H.P.V.	- Hospital de Pulido Valente
I.A.N.T.	- Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
M.D.R.	- Tuberculose Multirresistente a qualquer Fluoroquinolona+Capreomicina
O.M.S.	- Organização Mundial de Saúde
O.R.L.	- Otorrinolaringologia
PALOP	- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
P.A.S.	- Ácido Paraaminosalicílico
P.N.T	- Plano Nacional contra a Tuberculose
S.L.A.T.	- Serviço de Luta Anti-Tuberculosa
T.B.M.R.	- Tuberculose Multirresistente
T.P.	- Tuberculose Pulmonar
V.I.H.	- Vírus da Imuno-deficiência Humana
X.D.R.	- Tuberculose Extensivamente Resistente

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação deste tipo, em que se multiplicam perspectivas e pontos de apoio documentais e que representa, sobretudo, um trabalho de continuidade, obriga o seu autor a ter várias dívidas de gratidão para com múltiplas pessoas, desde médicos, profissionais de enfermagem, mais antigos na carreira, que se dispuseram a fazer relatos que nos abriram caminho, até às pessoas que, em arquivos e instituições, nos ajudaram a descobrir materiais bibliográficos ou documentais ou, ainda, alguns colegas que se deram ao trabalho de ler versões iniciais do texto e produziram críticas pertinentes. Agradecemos particularmente aos médicos e enfermeiros, muitos deles já retirados do serviço activo, que se disponibilizaram a conceder-nos entrevistas sobre os seus percursos de formação e de acção profissional e que surgem nesta tese referenciados através de código, prática habitual para garantir o sigilo de informação.

Não podemos esquecer também a rectaguarda familiar, desde a resignação da mulher, do Nuno e do Pedro pelas ausências e indisponibilidades do pai, até à colaboração do Miguel Freitas na pesquisa documental e nas críticas ao enquadramento histórico.

Na impossibilidade de referenciar todas as ajudas que aqui, globalmente, agradecemos, permitimo-nos sublinhar ainda algumas contribuições determinantes.

Não podemos esquecer também o privilégio de partilha de conhecimentos de que tivemos oportunidade de usufruir através do Dr. Prista Monteiro, Médico e Escritor, que trabalhou muitos anos no Sanatório D. Carlos I, tendo assistido à sua evolução e nos forneceu indicações preciosas para a recolha bibliográfica.

Aos Drs. Jaime Pina, Director do Departamento de Pneumologia do H.P.V., Dr. João Pedro Yglésias do Oliveira e seu Pai, Dr. Miguel Pedro Collares Pereira Yglésias de Oliveira, que nos cederam alguns livros das suas bibliotecas pessoais e nos elucidaram sobre alguns pormenores dos Sanatórios D. Carlos I e Rainha D. Amélia.

Ao Sr. António José Madureira Pimentel (cujo último cargo exercido no Hospital de Pulido Valente foi o de Chefe de Repartição) que nos tirou algumas

dúvidas sobre a História do Sanatório e nos pôs à disposição alguns artigos (parte deles não publicados) sobre o Contributo para a História do Hospital de Pulido Valente.

Ao Sr. Luís Malheiro, autor das gravuras (figuras 1¹ – Fachada do Hospital de Repouso e figura 2² – Galeria de cura do Pavilhão BII).

À Sra. D. Maria Emília Salgueiro Antunes, que prontamente nos relatou o seu internamento no Sanatório D. Carlos I.

Ao Professor Doutor Pedro Gomes Barbosa, Director e Coordenador deste Mestrado, cuja proficiente acção e direcção se reflectiram no sucesso deste curso que tive o privilégio de frequentar, privilégio esse acrescido pelo facto de também o ter tido como mestre em dois seminários, assim beneficiando directamente do seu vasto saber e grande experiência.

Ao Professor Doutor António Ventura e demais corpo docente deste Curso de História Regional e Local, pela sua competência e dedicação colocados ao serviço dos objectivos traçados, os quais me habilitaram com as “ferramentas” essenciais para intentar este trabalho final que agora vai ser apreciado e discutido.

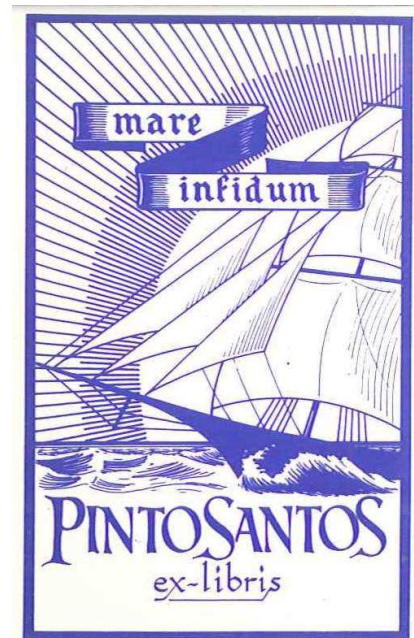
Finalmente, o meu profundo reconhecimento ao Professor Doutor João Cosme, pelo seu papel fundamental como orientador, pela partilha do seu saber, pela ilimitada disponibilidade com que me obsequiou, pela amizade e simpatia que pontuaram o nosso relacionamento e ainda pela constante paciência. Porque sempre soube estar ao meu lado, incentivando-me, abrindo-me horizontes de trabalho, orientando-me num longo percurso, certamente que cheguei onde alguma vez jamais pensaria chegar.

¹ “Documento 1”, em Anexos.

² “Documento 2”, em Anexos.

« ... Escrever história é buscar-nos,
compreender-nos, definir-nos,
sentir-nos solidários de um imenso
movimento que nos inclui e nos leva,
nada mais vivo, sem dúvida, visto
ser aquilo que em nós é anterior a nós
e que nos sobreviverá ... »

(JOÃO AMEAL)



INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta dissertação, como qualquer opção, está condicionada pela minha formação na área da saúde. O estado da tuberculose do ponto de vista histórico e demográfico representa para nós um desafio académico já que a tuberculose é uma das doenças mais antigas, com as primeiras referências históricas a surgirem em relatos de Hipócrates³ na Grécia. Também no antigo Egipto a tuberculose já matava, como demonstram lesões detectadas em múmias do Séc. III a.C.. Seria, porém, no séculos XVIII e XIX que ocorreu uma “explosão” da tuberculose no espaço europeu. As suas consequências foram de tal modo gravosas, que esta doença ficou conhecida pela Peste Branca por oposição à Peste Negra, que em meados do século XIV dizimou cerca de um terço da população europeia.

Nos meados do Século XIX, na Europa, a maioria dos trabalhadores assalariados eram obrigados a suportar um ambiente de trabalho físico, psíquico e socialmente degradante pois as instalações onde trabalhavam, para além de muito quentes ou muito frias, eram barulhentas e impregnadas de fumo, de poeira e de humidade; as suas casas eram velhas e insalubres; os seus salários, extremamente baixos, eram insuficientes para se bastarem a si próprios e às suas famílias. Deste modo, as várias doenças encontravam neste ambiente condições propícias à sua proliferação e, de entre elas, tomava proporções assustadoras a TUBERCULOSE.

Esta situação começou a perturbar a consciência social da época e deu origem à chamada “QUESTÃO SOCIAL DO SÉCULO XIX: ALGUMAS RESPOSTAS”.

Os problemas sociais adensaram-se; daí a literatura nacional e internacional, através de alguns dos seus poetas mais representativos, fazer eco deste flagelo que atormentava a humanidade: a tuberculose.

*Ó Cidades fabris, industriais,
De nevoeiros, poeiradas de ulha,
Que pensais do país que vos atulha
Com a fruta que sai de seus quintais?
- Cesário Verde - Nós⁴*

³ “Documento 4”, em Anexos.

⁴ Cesário Verde, *Obra Completa de Cesário Verde*, Escrito em 1899 no Funchal (Ilha da Madeira), Portugália Editora, Lisboa, 1964, p.129.

Assim invectivava o poeta Cesário Verde as cidades industriais do Norte da Europa, mas a verdade é que, ao seu tempo, esse panorama nebuloso das cidades ou vilas industriais assombradas pela presença da fábrica “*sempre a ranger*”, essa “*fábrica [que] trabalha e não cansa: vomita poeira, fumo e range a engrenagem*”, ali no “*vale macio e verde*”, acinzentando a paisagem com “*o fumo que asfixia e incomoda*”⁵.

A opinião pública foi sendo sensibilizada por três tipos de intervenção:

- a *ideológica*, através dos socialismos, dos marxismos e do catolicismo social;
- a *literária*, através dos romances sociais;
- a *investigação social*, através de inquéritos sobre as condições dos operários levados a efeito por iniciativa de entidades públicas e privadas.

Em Portugal, a tuberculose atingiu números alarmantes nos últimos anos do Século XIX, o que levou algumas individualidades e instituições a ocuparem-se profundamente na luta contra esta terrível doença. Após o fim da Iª Guerra Mundial (1918), regressaram 5.000 soldados com tuberculose pulmonar, ficando a maioria em péssimas condições económicas, constituindo um foco difusor da doença.

Esta doença não se fez sentir apenas sobre a população anónima dos grandes meios urbanos, mas também estendeu a sua acção contagiosa sobre nomes ilustres.

Entre as vítimas contam-se ainda compositores ilustres como Mozart, Schubert e Chopin. Na literatura, Edgar Allan Põe, Franz Kafka, Robert L. Stevenson, as irmãs Brönte, Anton Tchekhov e George Orwell. Na pintura afectou também figuras como Gaugin e Modigliani.

António Nobre que viria a falecer contagiado por esta doença em Fevereiro de 1899, em jeito de catarse, escreveu um belo e amargurado poema:

“Antes de partir”
Vários poetas vieram à Madeira
(*Pela fama que tem*) a ares do Mar;
Uns pra, breve, voltarem à lareira
Outros, ai delles! para aqui ficar.

Esta ilha é Portugal, mesma é a bandeira,

⁵ Afonso Lopes Vieira, in *Os versos de Afonso Lopes Vieira*, cit. por Manuel Fernando Ferreira Rodrigues – *A historiografia portuguesa da indústria, 1892-1931*, Coimbra, 1993, Tese de Mestrado em História Contemporânea, p. 49.

Morrer nesta ilha não deve custar,
Mas para mim sempre é terra estrangeira,
À minha pátria quero, enfim, voltar.

Ilhas amadas! Céu cheio de luas!
Ah como é triste andar por essas ruas,
Pálido, de olhos grandes, a tossir!

Eu vou-me embora, adeus! mas volto a vê-las,
Vou com as ondas, voltarei com elas,
Mas como elas pra tornar a ir!

António Nobre⁶

DESPEDIDAS

No final do século XIX o combate fazia-se com recurso essencialmente às medidas higio-sanitárias. No campo científico, haviam ocorrido pequenos contributos, entre os quais se deve destacar a invenção do estetoscópio por René-Théophile-Hyacinthe Laënnec em 1816. Este médico, em 1818, publicava uma obra intitulada *Trate de l'Auscultation Médiante* contribuindo de modo significativo para o conhecimento desta doença.

Seria todavia Robert Koch que em 24 de Março de 1882 na sua comunicação à Sociedade de Fisiologia Berlinense deu a conhecer o microorganismo (*mycobacterium tuberculosis*) responsável por esta doença. Cumpre ainda assinalar de modo sucinto o contributo de Konrad Roentgen que em 1895 descobriu o Raio X, permitindo observar as lesões de tuberculose activas. Robert Koch seria, neste mesmo ano, galardoado com o prémio Nobel da Medicina.

Em 1921, Calmette e Guérin conseguiram apresentar uma vacina (BGC) cuja primeira aplicação ocorreu em 21 de Junho deste mesmo ano. Todavia, só em 1928 foi aceite internacionalmente.

Em 1935, foram divulgados os resultados do primeiro estudo controlado comprovando-se que 75% tinham sido protegidos pela vacina. Nesta sequência, entre 1948 e 1951, a OMS organizou campanhas internacionais de vacinação da BCG.

⁶ António Nobre, *Poesia Completa*, Círculo dos Leitores, Lisboa, 1988, p. 293.

Em Portugal, em 1975, em consonância com os novos conhecimentos e meios profiláticos e terapêuticos de combate à doença, procedeu-se à reestruturação do IANT.

Após este breve excuro passaremos a explicitar as balizas cronológicas do nosso trabalho. A data inicial (1882) assenta no ano fundamental da descoberta do bacilo de Koch condição essencial para que o combate à tuberculose ganhasse uma dimensão científica; por sua vez, com a opção do ano de 1975 como baliza final desejamos vincar o salto qualitativo que ocorreu na abordagem ao combate à tuberculose. Foi também neste mesmo ano que o Hospital do Repouso passou a denominar-se Hospital Pulido Valente.

Depois desta nota sobre as balizas cronológicas deste trabalho impunha tecer alguns considerandos sobre a organização da sua estrutura.

Assim, no capítulo I teceremos algumas notas de carácter geral sobre a evolução histórica do tratamento da tuberculose. Neste mesmo capítulo, assim, como no seguinte, teremos em conta, na nossa exposição, que no séc. XIX a Teoria Miasmática ganhou proeminência como modelo epidemiológico explicativo das doenças. Segundo a Teoria Masmática o adoecer era causado por certos odores venenosos, gases ou resíduos nocivos (miasmas), que se originavam na atmosfera ou a partir da terra e eram subsequentemente arrastados pelo vento até ao hospedeiro susceptível, que após a exposição adoecia. Como se sabia que as terras pantanosas geravam gás, era lógico assumir-se que, por exemplo, a malária era causada pela doença de ar nocivo, como resulta da própria designação da doença (malária) que derivou da palavra italiana *mala ária* (maus ares). De facto, só apenas no final do século XIX é que o papel do mosquito na disseminação e distribuição da malária e febre amarela ocorreu com uma explicação mais racional para o conhecimento destas doenças. Contudo, muitas das medidas correntes de saúde pública, tais como o enterro dos mortos, a recolha do lixo e reformas sanitárias, foram originalmente influenciadas pela crença no conceito miasmático.

É neste contexto que surgem e são criados os primeiros dispensários e sanatórios.

No capítulo II, faremos referência às acções, personagens e estruturas que surgiram em Portugal no combate à tuberculose. Para maior comodidade de exposição sistematizámos este capítulo em períodos.

Dedicamos o capítulo III ao Hígio-Sanitarismo, pois entendemos que *Consciência Sanitária* teve uma acção relevantíssima no combate à proliferação da tuberculose. Nesta sequência, num primeiro ponto referiremos como as preocupações higiénicas se inseriram no ensino médico, e no segundo ponto falaremos da legislação sanitaria já que ela é o reflexo da assunção da Consciência Sanitária por parte do Poder.

No capítulo IV apresentaremos dados quantitativos sobre a tuberculose. Isto é, através dos números tentaremos demonstrar o impacto que a doença teve sobre as populações.

Por fim, no capítulo V, vamos debruçar-nos sobre o Hospital do Repouso. Esta opção assentou em dois postulados. A primeira razão, de ordem subjectiva, prende-se com a nossa ligação profissional (por inerência também afectiva) a este estabelecimento. Em segundo lugar, desejamos complementar o nosso estudo com o conhecimento da importância de um espaço específico no combate à tuberculose.

Não podemos terminar sem exarar publicamente as dificuldades que se nos depararam na elaboração deste trabalho. É muito difícil e complicado estudar as instituições hospitalares portuguesas não só porque os seus arquivos se encontram desorganizados mas também porque existe uma «cultura de afastamento dos estranhos» que se interessam por conhecer o passado das instituições hospitalares.

Pretendemos, por isso, que este trabalho seja um alerta para a necessidade de se preservar os arquivos históricos dos hospitais portugueses.

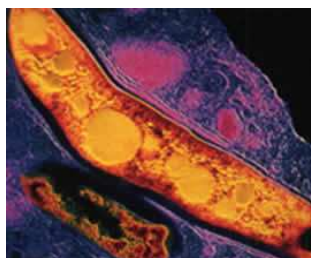
CAPÍTULO I - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

A Tuberculose Pulmonar (T.P.) ou Tísica é uma doença infecciosa bastante antiga, parecendo acompanhar a Humanidade desde as civilizações mais antigas⁷. Durante muitos séculos foi mal conhecida e confundida com outras doenças, sendo companheira do povo judaico, no seu Êxodo do cativeiro no Egito, e também dos povos do continente europeu, aquando das invasões bárbara e árabe.

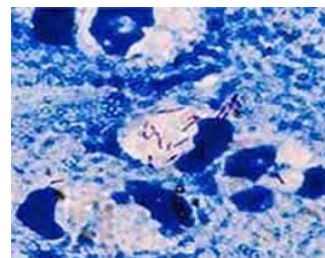
Apresenta uma endemicidade variável de continente para continente, de país para país, e, num mesmo país, de região para região, tem por vezes, "picos" de recrudescimento sempre que surge agravamento nas condições de vida dos povos, especialmente quando sujeitos a crises de fome e de destruição, por guerras ou por cataclismos naturais de certa amplitude. Jerome Fracastor, que viveu em Verona na 2ª metade do século XVI, afirmava que a tísica era contagiosa e aconselhava a queimar enxofre no quarto dos doentes infecciosos acabados de morrer⁸.

Nos séculos XVII e XVIII, e também no século XIX (guerras napoleónicas e Revolução Industrial), a tísica volta a ter, na Europa, grande expansão, com alta mortalidade em crianças e adultos jovens, pelo que foi designada por *Peste Branca*. Durante muitos séculos os tuberculosos foram abandonados à sua sorte, apesar de terem sido tentados variadíssimos *remédios* e *mesinhas*.

Porém, seria Robert Koch que, em 24 de Março de 1882 deu a conhecer que tinha identificado o microorganismo responsável pela doença, o qual passou a ser designado por *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo da tuberculose) ou Bacilo de Koch (B.K.).



Mycobacterium tuberculosis



Bacilos de Koch

Fonte: <http://saude.hsw.uol.com.br/tuberculose2.htm>

⁷ Para mais pormenores, veja-se Jaime Pina, «A Tuberculose através dos seus marcos históricos» in *A tuberculose na viragem do milénio*, Lidel Edições Técnicas, Lisboa, 2000, pp.9-17.

⁸ Forma de desinfecção na profilaxia da tuberculose pulmonar.

O ar puro sempre foi considerado como o melhor *remédio* contra a doença. Celso (século II a.c.) aconselhava os tísicos a procurarem os ares de Alexandria, e quatro séculos depois, Galeno (século II d.c.), recomendava a estes doentes viagens e estadias no Egipto, na Líbia ou em Itália (próximo do Vesúvio).

Entre os séculos XVII e XVIII a doença alastrou pelas cidades europeias e o conhecimento sobre as mesmas cresceu (matando 500 em cada 100 mil habitantes).

Nestas *pandemias* dos séculos XVII e XVIII, na Europa, os doentes voltaram a ser aconselhados a procurarem o *ar do campo, de preferência próximo do mar*, pelo que tiveram grande procura, desde então, as zonas de clima temperado ou quente e seco (evitando os climas húmidos) de preferência em colinas e planaltos, sendo aconselhadas as ilhas da Madeira, as Baleares (pelo que Chopin foi aconselhado, pelo seu médico, a fazer uma estadia em Maiorca), a Cote d'Azur e o Egipto, mas com a condição de, nos locais mais frios ou mais húmidos, durante o Inverno, os doentes ficarem fechados nos seus quartos aquecidos.

Antes das descobertas relatadas, por Robert Koch e Louis Pasteur, nas últimas décadas do século XIX, a importância dos microorganismos nas doenças, eram praticamente desconhecidas. Por isso, os avanços no controlo da doença nas populações eram muito reduzidos.

Por esta altura na Europa desenvolvem-se as preocupações com a higiene pública. Quase todos os aspectos da vida humana passaram a merecer o interesse médico e a questão da prevenção da doença tornou-se numa questão central na administração pública. Este desenvolvimento sanitarista é indissociável da anterior valorização da medicina, em função da emergência da medicina experimental que Claude Bernard (1813-1878) teorizou e divulgou, mostrando a sua superioridade, apoiada no contributo fundamental das ciências físico-químicas, como caminho para se atingir o desiderato de «*conservar a saúde e curar os doentes*». Para se conseguir este objectivo central, apontou a via da convergência disciplinar interna no sentido da construção de uma medicina científica:

*«Para abranger o problema médico no seu conjunto, a medicina experimental deve englobar três pontos fundamentais: a **fisiologia**, a **patologia** e a **terapêutica**: o conhecimento das causas dos fenómenos da vida no estado normal, ou seja, a fisiologia, ensinar-*

nos-á a manter as condições normais da vida e a conservar a saúde. O conhecimento das doenças e das causas que a determinam, ou seja, a patologia, conduzir-nos-á, por um lado, a evitar o desenvolvimento dessas condições mórbidas, e por outro, a combater-lhes os efeitos com agentes medicamentosos, isto é, a curar as doenças.

Durante o período empírico da medicina que, sem dúvida, virá ainda a prolongar-se por mais algum tempo, a fisiologia, a patologia e a terapêutica puderam caminhar separadamente porque, não estando constituídas, nem umas nem outras, não se encontravam em condições de se prestar um mútuo apoio na prática médica. Mas tratando-se de uma concepção já assim não poderá suceder: a base terá de ser a fisiologia. Estabelecendo-se a ciência apenas por via da comparação, o conhecimento do estado patológico ou anormal não deveria ser obtido sem o conhecimento do estado normal, tal como a acção terapêutica dos agentes normais ou medicamentos sobre o organismo, não poderia ser compreendida cientificamente sem o estudo prévio da acção fisiológica dos agentes normais que mantêm entre si os fenómenos da vida»⁹.

A afirmação da medicina experimental como modelo dominante da medicina ajudou a promover ainda mais o envolvimento do poder político na regulação das questões de saúde, na medida em que fornecia provas dos contágios bacteriológicos no desenvolvimento de epidemias e endemias. E, por isso, à medida que os problemas da higiene se configuraram como problemas sociais mais evidentes, o campo da saúde pública ganhou mais espaço no interior das actividades administrativas, afirmou-se como um poder-saber perante o objectivo de defesa da sociedade como um todo, reforçando a influência médica.

Daí resultou legislação normalizadora para múltiplos domínios da higiene e a criação de organismos fiscalizadores e/ou executivos das regras em vigor, surgindo ainda a multiplicação de profissões sanitárias, que constituíram verdadeiros corpos de prevenção, a que foi preciso dar uma formação considerada conveniente em vista de competências esperadas, com soluções escolares específicas.

Brehmer, em 1856, preconiza a *cura de ar e repouso*, em zonas de clima privilegiado, em especial do *tipo de montanha* e em estabelecimentos destinados exclusivamente a estes doentes. Três anos mais tarde obtém autorização para fundar um Sanatório - nome derivado do verbo latino *sanare* (curar) - em Goersberdorf, na Silésia. Estes estabelecimentos, com boas instalações, possuíam quartos individuais,

⁹ Claude Bernard, *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães Editores, s/d, p. 12

aquecidos, que, mais tarde, passaram a ser complementados por um prolongamento - o chamado *Solarium* ou *galeria de cura* - ao ar livre, onde os doentes passavam uma parte do dia, após o almoço, deitados em camas de repouso e tapados com bons cobertores e sem poderem conversar, nem ler nem dormir.

No que concerne à cura de repouso em local de clima são, merece ainda particular destaque a acção de Bennett (conjuntamente com Brehmer) que abriu o primeiro Sanatório em Goebersdorf, na Silésia, em 1861. Estes dois médicos tuberculosos, que encontraram cura nos climas frígidos, no repouso e na super-alimentação¹⁰, deram publicidade às suas experiências em 1856, o que levou a Alemanha, a Itália, a França e a Suíça a criarem sanatórios de altitude entre 500 e 1500 metros dispondo de galerias ao ar livre para que o bacilo pudesse ser exterminado pelo abaixamento da temperatura e pela pureza do ar das montanhas.

Acreditava-se que os métodos naturais - climoterapia ou helioterapia e o repouso – chegariam para curar a doença, o que não se verificou, tendo apenas efeito em 10% de doentes contra os 67% inicialmente previstos. Tiveram fama, na época, os Sanatórios da Suíça, em especial o de Davos¹¹.

Foi Albert Robin, por volta de 1860, quem sustentou a ideia de que o tratamento da tuberculose tinha de ser não só higiénico (repousante e ao ar livre), mas também alimentar e medicamentosa.

Surgiu então a ideia da super alimentação à base de leite, ovos, carne, frutas, açúcar e vinhos, tendo sido propostas várias dietas. Foi também aconselhado o aumento do número de refeições diárias (pequeno-almoço, almoço reforçado, lanche, jantar e ceia). Foram usados vários tónicos caseiros, à base de gemadas com açúcar, xaropadas à base de vinho do Porto ou de vinho quinado com mel ou açúcar *mascavado* e gemas de ovos, que se tomavam às colheres. Foram também usados variados chás e *mesinhas* prescritas por Veterinários e curandeiros, e outras extravagâncias, tais como caracóis crus enrolados com açúcar mascavado, petróleo

¹⁰ Alimentação rica em proteínas, vitaminas e oligoelementos.

¹¹ Davos Dorfli situa-se na orla do Lago de Davos, no Vale dos Alpes, na Suíça. Possui o mais importante Sanatório Alpino para tratamento da T.P. de toda a Europa, é também famosa pelos banhos de água sulfúrico-alcalinas.

branco (tomado às gotas, de modo progressivo) e muitos outros apoiados em crenças populares.

Dieta de tuberculose em Falkenstein instituída por Dettweiler¹²

De manhã entre as 7 e 8 horas – Café, chá ou cacau com bolos, bolacha ou pão com manteiga, e a seguir um copo de leite tomado por pequenos golos.

Às 10 horas - dois copos de leite ou uma garrafa de Koumis com pão e manteiga.

Em casos especiais caldo com ovos ou carne assada fria com pão e manteiga e sempre que possível um copo de leite.

Jantar às 13 horas - Assado, legumes e sobremesa, vinho com água de Seltz ou Kronthaler.

Às 16 horas - Um copo de leite mugido ou Koumis e um pequeno pão quente com manteiga, que pode ser tomado com um pouco de vinho ou *cognac*.

Das 19 às 19.30 - Carne quente com batatas, arroz, *nouilles*, carne fria, chouriço especial ou ave com salada e compota. Vinho.

Pelas 22 horas - Copo de leite com cinco colheres de *cognac*.

Esta ração representa mais de 3000 calorias e adverte Ewald que, exagerada em álcool, muitos doentes de Falkenstein tiveram de ser tratados de alcoolismo crónico¹³.

A esta dieta contrapropomos a seguinte:

Das 7 às 8 horas - dois ovos quentes, 350 gramas de leite e açúcar, bolachas ou pão com manteiga.

Às 10 horas - Uma chávena de caldo com uma gema de ovo e 40 gramas de carne de carneiro crua, raspada e 15 gramas de *cognac*, ou 60 gramas de vinho generoso (Porto ou Madeira).

Às 13 horas – Puré de um legume seco, 100 a 200 gramas de carne quente ou fria (vaca, ave ou peixe), um legume fresco cozido, compota, queijo, fruta 200 gramas de vinho tinto. Pão.

Às 16 horas – Chávena de caldo com uma gema de ovo e 40 gramas de carne de carneiro crua, 15 gramas de *cognac* ou 60 de vinho generoso.

Às 19.30 horas - 100 a 120 gramas de carne, parte vaca, vitela, carneiro ou galinha e parte presunto de fiambre, batatas, arroz, compota, pão e 200 gramas de vinho tinto.

Às 23 horas - 350gr de leite e açúcar com 40 gramas de cacau e biscoitos secos¹⁴.

Esta dieta pretende, fornecendo uma hiper alimentação, fortalecer o organismo, por forma a melhorar o sistema imunitário e as defesas naturais do organismo, uma vez que a doença favorece a perda de peso dos doentes.

No que respeita a medicamentos, também a diversidade foi grande, havendo muitas tentativas e outros tantos fracassos, dado que nenhum deles era específico. E assim cabe citar: a velha tuberculina de Koch (Koch e Villermin), a creosota, o óleo de chaulmoogra, os iodetos, a sanocrisina, os sais de aura, o cálcio (simples e vitaminado

¹² Médico alemão famoso na luta contra a tuberculose.

¹³ A. Teles Araújo, *História da Pneumologia Portuguesa*, Editada pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Lisboa, 1994, p. 144.

¹⁴ *Ibidem*. Dieta tipo, que fornecia um alto valor calórico e nutricional.

= Calcioterapia), as sulfamidas antituberculosas (promina, pramizol, diazona) e muitos outros.

Nesta época usava-se a técnica do pneumotórax, associada à cura de repouso em local de clima considerado são. Seria Forlanini (em 1882) a propor como tratamento das lesões dos lóbulos pulmonares superiores, a colapsoterapia médica, conhecida por **Pneumotórax intra-pleural, artificial** ou **terapêutico** (Fig. 8)¹⁵, que tinha por finalidade colocar em repouso as zonas doentes do pulmão. Este tratamento consistia em introduzir um catéter, por meio de aparelho apropriado, no espaço intra-pleural, que de virtual se tornava real. Este método terapêutico teve grande expansão e permitiu resultados até então nunca conseguidos, mantendo-se em uso até 1960.

Como muitos destes *Pneumas* eram insatisfatórios, devido à existência de aderências pleuro-pulmonares, que impediam o colapso do parenquima próximo da caverna, Jacobeus propôs a secção das aderências das cavernas sub-claviculares, por meio duma pleuroscopia que permitia a cauterização endopleural ou *cavernoterapia* da aderência. A este método de tratamento foi dado o nome de *Pneumólise intra-pleural*, mas vulgarizou-se popularmente pelo termo de *corte de aderências*.

Como o Pneumotórax não tinha indicação em todos os tipos de doença, foram tentados outros métodos, tais como a intervenção sobre o nervo frénico (Freni-paralísia, por alcoolização, o esmagamento do nervo frénico e a Frenicectomia, mais indicada nas cavernas da base e da parte média do pulmão), o Pneumotórax extra-pleural e a Toracoplastia.

O Pneumotórax ou Pneumólise extra-pleural, foi criado por Tuffier (em 1891), e consistia na criação duma bolsa extrapleural que era cheia de ar. Como tinha o inconveniente de necessitar de repetidas insuflações (o que não era praticável em doentes de fracos recursos económicos e que viviam longe dos centros fisiológicos) passou, depois de Nissen e Graff (1930) e Bayer (1931), a ser substituído pela Pleumólise extra-musculo-perióstica, que consistia na criação cirúrgica duma bolsa extrapleural que se enchia com uma substância espessa, de modo a manter o colapso, o mais definitivo possível, da zona lesional. As substâncias utilizadas foram o sangue, a

¹⁵ “Documento 8”, em Anexos.

linfa, o exsudado seroso, a pasta bismutada de Bauer, o óleo de parafina (Oleotorax) e, mais tarde, material acrílico tal coma as bolas de lucite e o Polistan-Spongostam.

A Toracoplastia, iniciada nos finais do século XIX, por Quinck, e vulgarmente conhecida por *corte de costelas*, consistia na extracção dum número, maior ou menor, de arcos costais, com o conseqüente rebatimento da parede torácica, originando um colapso pulmonar, mais ou menos extenso, mas definitivo, com a conseqüente deformidade externa da caixa torácica. Este método foi sucessivamente modificado por vários autores, que criaram diversas variantes, cabendo citar Brauer (1906), Semb (1930), Brock, Monod, Bernou, Bjork e, entre nós (a partir de 1940), Esteves Pinto, Quintela, Rui de Lima e o Prof. Rafael Bello de Morais.

Tuffier (em 1891) realiza a primeira ressecção ou exeresse pulmonar, em doentes não tuberculosos – supurações pulmonares. Contudo esta intervenção tinha o inconveniente de apresentar alta mortalidade. Só mais tarde, em 1933, mercê das melhorias na técnica cirúrgica e na anestesia, é utilizada no tratamento do cancro por Graham e foi tentada como tratamento de tuberculose pulmonar, mas devido às complicações que ocasionava (disseminações homo e contra-laterais, fístulas bronco-pleurais, piotórax), só a partir de 1950 e graças ao uso de medicamentos anti-bacilares eficazes - Estreptomicina, Isoniazida, Ácido ParaAminoSalicílico (PAS) (que faziam um *arrefecimento das lesões* e uma conveniente cobertura antimicobacteriana), se expande o uso da cirurgia de exérese pulmonar - lobectomia e pneumectomia.

A primeira ressecção pulmonar realizada em Portugal, foi feita pelo Prof. Dr. Rafael Bello de Morais. Mais tarde, Esteves Pinto, Quintella e Rui de Lima consolidaram a cirurgia torácica em Portugal, já acima citados.

A partir de 1906, Calmette e Guerin iniciaram estudos com vista à obtenção duma vacina activa contra a tuberculose, a qual só foi obtida mais tarde (à volta de 1920) – vacina BCG (em 1928 foi criado o Serviço BCG por Aníbal Magalhães no Instituto Câmara Pestana) – tendo como principal indicação, a profilaxia da doença, enquanto que a tuberculina se mantinha apenas como meio auxiliar de diagnóstico. Provas de tuberculina ou testes tuberculínicos - com a finalidade de ajudar a distinguir os indivíduos infectados, em especial os que apresentavam *tuberculosas ocultas e latentes* - dos não infectados. Monaldi, criou, em 1920, a aspiração endo-cavitária, e

Bernou a cavernostomia, que não teve grande aceitação entre os nossos cirurgiões torácicos.

Chevalier Jackson desenvolveu, especialmente a partir de 1935, a Broncoscopia, que foi complementada, em 1962, pela Fibrobroncoscopia. Em 1944, a descoberta da Estreptomicina, por Waksman, marca o início do tratamento da T.P. com medicamentos específicos, aos quais foi dado o nome genérico de Tuberculostáticos ou Quimioterápicos anti-bacilares. Destes foram utilizados o TB1 (Tiosemicarbazona), o PAS (1946), a Penicilina (1947), a Isoniazida (1951), a Pirazinamida (1952), a Etionamida (1956), a Cicloserina e a Kanamicina (1957), a Capriomicina (1960) e a Rifampicina (1964), tendo-se conseguido resultados terapêuticos excepcionais que levaram a pensar que a Tuberculose rapidamente estaria dominada e passaria a fazer parte do grupo de doenças infecciosas *insignificantes*.

Podemos dizer que a quimioterapia da tuberculose foi o primeiro tipo de tratamento a beneficiar de ensaios clínicos científicos e verdadeiramente significativos pela sua qualidade e precisão (ensaio cego, multicêntrico, com grupo de controle); o primeiro estudo é feito pela comprovação da actividade clínica da estreptomicina, em 1948.

Resistência aos antibióticos – Recorde-se que a multirresistência (TBMR) se define como resistência à Isoniazida e à Rifampicina em simultâneo, ou seja, dois antibacilares de primeira linha. Assim, consideram-se dois tipos de resistência:

- Resistência primária: quando o doente nunca fez nenhum tratamento anti-tuberculoso;
- Resistência adquirida: quando os doentes tiveram tratamento anti-tuberculoso e o abandonaram.

Estes fenómenos traduzem, em parte, erros dos tratamentos em termos de regimes incorrectos ou incompletos e é corrigível com melhorias nas orientações do programa da luta anti-tuberculosa em relação aos esquemas terapêuticos.

Neste aspecto, Portugal encontra-se entre os países com situação aparentemente mais favorável, na Região Europeia, embora possa e deva melhorar a sua posição pois tem motivos para permanecer vigilante, uma vez que Portugal se encontra entre os

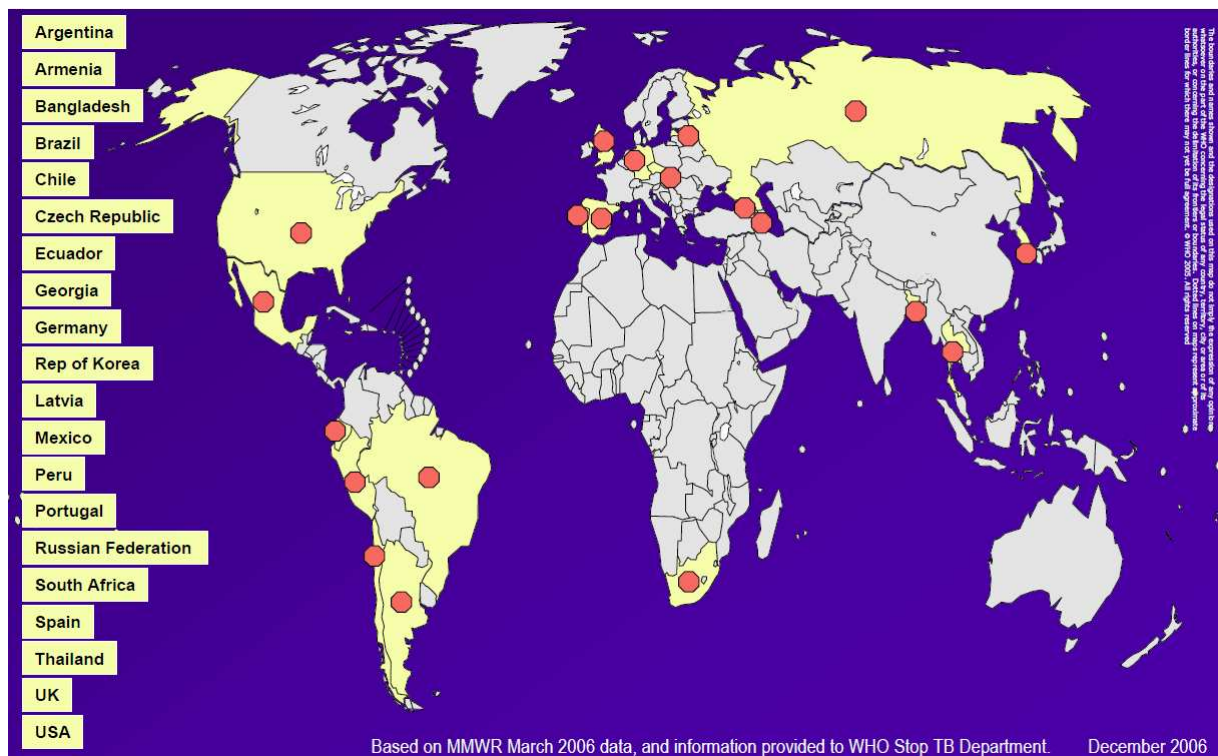
vinte primeiros países que constam no mapa mundial como carecendo de especial vigilância e prevenção.

Esta evidência depende da proporção de casos realmente submetidos a testes de sensibilidade aos antibióticos, o que justifica uma valorização cautelosa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), preocupada com o fenómeno da TBMR, estudou a prevalência do mesmo. Para essa pesquisa, englobou laboratórios de reconhecida competência na área da microbiologia, e médicos ligados aos programas de luta anti-tuberculosa de alguns países¹⁶.

A tuberculose extensivamente resistente aos antibióticos (XDR) é a mais temível de todas as formas de resistência.

Países com tuberculose XDR



Fonte: OMS, 2006 http://www.who.int/tb/xdr/xdr_what_where_how.pdf

¹⁶ Maria de Lourdes Antunes, *Tuberculose em Portugal*, Acta Médica Portuguesa, Lisboa, 1995, pp. 559-561.

CAPÍTULO II - A LUTA ANTI-TUBERCULOSE EM PORTUGAL

2.1- De meados do séc. XIX à implantação da República

“Nos inícios do século XIX a epidemia transformava-se em Portugal num verdadeiro assunto de Estado”¹⁷. Ultrapassadas as Invasões Francesas e a Guerra Civil que se lhe seguiu (Lutas entre Liberais e Miguelistas), o País entra em acalmia política, pelo que as atenções se voltam para os vários problemas que urge resolver, sendo um deles os de Saúde Pública, que eram múltiplos, como era o caso da tuberculose pulmonar, cujo número de mortes anuais rondava os 20.000.

Importa referir que, em 1859, foi criado na Madeira (na cidade do Funchal) o primeiro estabelecimento português destinado ao tratamento de doentes tuberculosos (Fig. 9)¹⁸, por iniciativa da ex-imperatriz do Brasil, viúva de D. Pedro IV, em memória de sua filha, a Princesa D. Maria Amélia, que falecera, três anos antes, naquela cidade, vitimada por esta doença, com apenas 22 anos de idade. Este estabelecimento recebeu os primeiros doentes em 1862, e muito contribuiu para que aquela ilha passasse a ser considerada como tendo um clima preferencial nesta doença, pelo que foi muito procurada por doentes de toda a Europa, em especial ingleses.

A cura através do ar puro era a base de todo o tratamento da tuberculose. Na época Marfan era também uma autoridade no estudo sobre a tuberculose. Ele valorizou a cura pelo ar, sobretudo em regiões onde as temperaturas apresentassem fracas oscilações, o Sol penetrasse largamente, o ar fosse puro sem nevoeiros e o solo seco.

Em alguns desses locais deviam ser construídos sanatórios, para onde se dirigissem os doentes que pretendessem fazer a sua cura. As condições climáticas propostas por Marfan correspondiam às características climáticas da Ilha da Madeira, que apresentava as seguintes temperaturas médias:

- Na Primavera 16,95°C
- No Verão 21,41°C
- No Outono 20,37°C

¹⁷ Jorge Creso, *A Economia do Corpo em Portugal nos finais do Antigo Regime*, UTL, Vol.1, Lisboa, 1984, p.192.

¹⁸ “Documento 9”, em Anexos.

- No Inverno 15,94°C

Em relação ao teor de humidade também é demonstrado que a Ilha da Madeira estava longe de ser um clima nefastamente húmido.

O Funchal foi apontado por médicos ilustres tanto portugueses como estrangeiros, como o local ideal para a construção de um sanatório para doentes com tuberculose. O seu primeiro médico foi o Dr. António da Luz Pita Até 1899 os resultados obtidos na cura da tuberculose verificaram-se a um nível filantrópico e provocaram algumas iniciativas de que se destacam a da viúva de D. Pedro IV, ex-Imperatriz do Brasil, que mandou construir em 1856, no Funchal (onde em 1853 morrera de tuberculose sua filha D. Maria Amélia), um hospital (Hospício da Princesa D. Maria Amélia) para tuberculosos, que admitiu os primeiros 24 doentes pobres em 1862, assim nasceu o primeiro Sanatório em Portugal. Foi seu primeiro médico, o Dr. António da Luz Pita. O Hospício Princesa D. Maria Amélia foi-se transformando e passou a Hospital de primeira linha, a Lar de Terceira Idade. Por ali passaram como doentes:

Príncipe Nicolau Maximiliano;
 Imperatriz Isabel da Áustria (Sissi);
 Princesa D. Maria Amélia (filha de D. Pedro II e da Imperatriz D. Amélia);
 Paul Langerhans;
 Rainer Marie Rilke;
 Anatole France;
 Bernard Shaw;
 John dos Passos;
 Júlio Diniz;
 António Feliciano de Castilho;
 Bulhão Pato;
 Ferreira de Castro;
 Miguel Torga;

A tísica (tuberculose) foi fatal para inúmeras figuras ilustres, de diversas áreas da arte, que morreram com esta doença. Em Portugal, além do atrás referido, a doença também vitimou Cesário Verde.

Em 1866, no Hospital da Misericórdia do Porto foi instalada uma sala de isolamento para tuberculosos e em 1890, no mesmo Hospital, era instalada uma segunda sala para o mesmo efeito. Este médico, neste mesmo ano, dirigiu ao Presidente do Conselho de Ministros um relatório sobre «*A Tuberculose Pulmonar e o*

Clima de Altitude na Serra da Estrela»¹⁹ pedindo o aproveitamento daquela Serra com sanatórios e casas de saúde; em 1894, em Lisboa, foi criado um posto de desinfecção para tudo o que estivesse em contacto com doentes infecciosos e passou a ser obrigatória a notificação de todos os casos de tuberculose.

Em 1881, o Dr. Sousa Martins (Fig. 10)²⁰, seguindo as ideias que predominavam na Europa (Alemanha, Dinamarca, Inglaterra, Suíça), bem como nos Estados Unidos, defendendo o tratamento em altitude, preconizou o clima de montanha (Serra da Estrela) para tratamento dos doentes tuberculosos, tendo sido construído, na Guarda, um Sanatório (Fig. 11)²¹, a que foi dado o nome de Sanatório Hospital Príncipe da Beira que, poucos anos depois, foi encerrado por razões económicas.

A partir de 1882, a Guarda começa a ser procurada, cada vez mais, por tuberculosos, muitos deles de fracos recursos económicos, que tentavam alojar-se em pensões modestas ou em casas particulares devolutas. Mais tarde abriram-se pensões destinadas exclusivamente a alojamento destes doentes, tendo sido publicada uma disposição camarária que proibia os doentes tuberculosos de escarrarem para o chão, na tentativa de proteger a população sã da cidade. A vinda para esta urbe de uma enorme quantidade de tísicos que aí procuravam cura para a sua doença, originou, por sua vez, a fundação do «*Clube dos Hermínios*», sociedade de beneficência destinada a promover o tratamento de pobres atacados por tuberculose. Esta instituição, da qual Sousa Martins foi seu Presidente Perpétuo, esteve na génese da construção em 1897 de um hotel com 54 quartos, concluído em 1899.

Na realidade oitocentista, a batalha do homem contra a inevitabilidade de morte foi travada em duas frentes, ligeiramente desfasadas em termos cronológicos. Numa primeira fase ela baseou-se nos progressos concretizados a nível preventivo, que os responsáveis conseguiram erguer ao avanço a difusão de certas doenças de foro epidémico, de que os cordões sanitários constituem o melhor exemplo²².

¹⁹ José Thomás de Sousa Martins, *A Tuberculose Pulmonar e o Clima de Altitude na Serra da Estrela*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1890.

²⁰ “Documento 10”, em Anexos.

²¹ “Documento 11”, em Anexos.

²² Cf. Teresa Rodrigues e Piedade Braga Santos, «Poder Central e Poder Local, um caso de conflito», in *Ler História*, nº 34, 1998, pp. 65-84.

Com efeito, o poder central protagonizou um papel da máxima importância no debelar das várias crises que ao longo da centúria foram surgindo em diferentes pontos do país. Muito embora as medidas preventivas e profiláticas, accionadas por ocasião de cada um destes momentos, pouco tivessem de inovadoras na época, a prontidão com que foram tomadas as decisões necessárias para erguer o aparelho de combate à doença tiveram uma importância indiscutível, designadamente ao minorarem as perdas prováveis.

A partir de 1890, e dado que a tuberculose assumia grande acuidade começaram a movimentar-se figuras destacadas, que levaram à tomada das seguintes medidas:

- Criação em Lisboa, de um posto de desinfecção de todos os materiais que tivessem estado em contacto com tuberculosos;
- Senhoras, sob a presidência da Duquesa de Palmela, criaram *cozinhas económicas* destinadas a fornecer refeições aos indivíduos mais pobres;
- Em 1895, realiza-se, em Coimbra, o 1º Congresso Nacional de Tuberculose, sob a direcção do Prof. Augusto Rocha, e Lopo de Carvalho (Pai) escrevia sobre os processos profiláticos usados na Guarda;
- O perigo de contágio da tuberculose é finalmente reconhecido, pelo que em 1896, o Hospital da Marinha, no Campo de Santa Clara, em Lisboa, cria uma enfermaria de isolamento para tísicos e infectocontagiosos. Por este motivo, as autoridades administrativas de Lisboa determinam a obrigatoriedade dos gerentes dos hotéis declararem todos os tísicos por eles alojados;
- Em 1897, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em colaboração com o Dr. Miguel Bombarda, inicia uma campanha de propaganda contra a tuberculose, a qual levou à formação, em 1899, da Liga Nacional Contra a Tuberculose, que criou comissões em várias cidades do país, e vai desenvolver uma óptima actividade, a par da futura ANT. Também no mesmo ano (1897), por iniciativa do poeta Tomás Ribeiro (ao tempo Ministro do Reino) e do Dr. José Joaquim de Almeida, foi cedido o forte da Junqueira, em Carcavelos (Fig.12)²³, que era propriedade do Ministério da Guerra, para ser transformado em Preventório, destinado a filhos de tuberculosos, isolando-os, assim, temporariamente, dos familiares doentes. Este Preventório foi inaugurado em 1902, mas em 1905 foi ampliado e transformado em Sanatório marítimo, mais tarde designado Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida e destinado ao tratamento de tuberculosos ósseas.

²³ “Documento 12”, em Anexos.

Com o intuito de debater este flagelo, em 1895 realizou-se, em Coimbra, o 1.º Congresso Português sobre Tuberculose a que presidiu o Prof. Augusto Rocha, sendo ainda que, neste mesmo ano, Roentgen descobriu o R.X..

Em 1896 o Hospital da Marinha, no Campo de Santa Clara em Lisboa, instalou uma sala de isolamento para tuberculosos. A Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa iniciou uma campanha de propaganda e combate à tuberculose, à qual o Dr. Miguel Bombarda²⁴ prestou grande colaboração ao publicar o livro «*Medicina Contemporânea*», originando-se a formação da Liga Nacional Contra a Tuberculose; ainda em 1896 o Casal Curie descobriu o rádio²⁵.

Em Portugal, o Dr. Sousa Martins também foi um grande defensor do tratamento sanatorial em clima de altitude, o que teve como consequência que a cidade da Guarda fosse invadida por uma enorme quantidade de tísicos que aí procuravam cura para a sua doença, o que, por sua vez, originou a fundação do «*Clube dos Hermínios*», sociedade de beneficência destinada a promover o tratamento de pobres atacados por tuberculose, tal como referimos anteriormente. Esta instituição, da qual Sousa Martins foi seu Presidente Perpétuo, esteve na génese da construção em 1897 de um hotel com 54 quartos, concluído em 1899.

Em 1866, no Hospital da Misericórdia do Porto foi instalada uma sala de isolamento para tuberculosos e em 1890, no mesmo Hospital, era instalada uma segunda sala para o mesmo efeito. Este médico, neste mesmo ano, dirigiu ao Presidente do Conselho de Ministros um relatório sobre «*A Tuberculose Pulmonar e o Clima de Altitude na Serra da Estrela*»²⁶ pedindo o aproveitamento daquela Serra com sanatórios e casas de saúde; em 1894, em Lisboa, foi criado um posto de desinfecção para tudo o que estivesse em contacto com doentes infecciosos e passou a ser obrigatória a notificação de todos os casos de tuberculose.

A luta contra a tuberculose não abrandava, por isso, em 1897, o poeta Tomás Ribeiro, então Ministro, e o Dr. José Joaquim de Almeida, médico municipal do concelho de Oeiras, conseguiram que o Ministro da Guerra lhes cedesse o forte do

²⁴ “Documento 6”, em Anexos.

²⁵ Tem o número atómico 88. Nas aplicações à medicina é particularmente importante a radiação gama emitida nas transmutações; radiologia – *diagnóstico e terapia*; TSF; TV; astronomia, etc..

²⁶ José Thomás de Sousa Martins, *A Tuberculose Pulmonar e o Clima de Altitude na Serra da Estrela*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1890.

Junqueiro, em Carcavelos, para aí instalar crianças escrofulosas e linfáticas carentes de clima marítimo. No ano seguinte o Prof. Silva Amado procedeu a melhoramentos no Hospital de Arroios que passou a receber, apenas, doentes tuberculosos e passou a designar-se Hospital Rainha D. Amélia.

Em 1899, o deputado Moreira Júnior, no Parlamento, chamou a atenção do país para o grave problema da tuberculose e foi então que a Rainha D. Amélia²⁷ se encarregou da dinamização da luta contra a tuberculose convocando e presidindo a uma reunião que decorreu na sala das Sessões do Conselho de Estado do Ministério do Reino no dia 12 de Junho de 1899, entre as 16 e as 17,30 horas²⁸, e que concentrou muitas individualidades, a quem deu a conhecer os seus intentos de estabelecer Institutos em todas as capitais de distrito, para estudo e tratamento da «Tísica».

Do discurso da Rainha D. Amélia salientamos a seguinte passagem:

«Aflita pelo que vi nas casas pobres, nos hospitais que percorri e ainda pelas misérias descritas nos inúmeros requerimentos que li e em que a tísica aparecia sempre como a nota mais sombria, já há muitos anos o meu ardente desejo era dedicar-me ao serviço dos tuberculosos. Entre vós deve haver alguém dos que nessa ocasião me ajudaram a estudar o assunto. Mas, então, surgiram mil dificuldades, e a ideia não estava bastante vulgarizada para eu poder, como faço hoje, dirigir-me a vós para levar a fim este meu fundo empenho. A situação de hoje é diferente. A experiência está feita, e em grande, em quase todos os países civilizados; com certeza sei que o nosso seguirá a sua bizarra tradição de benfeitor e o exemplo dos mais. Não precisando traçar o horrendo quadro da mais mortífera e da mais frequente de todas as doenças, porque todos têm, de certo, sentido bem perto a sua lutuosa passagem, simplesmente direi que vos reuni hoje aqui para fundarmos uma associação em que queria ver entrar todos os portugueses, e a que chamarei «assistência nacional aos tuberculosos». A minha aspiração é grande, mas infelizmente os recursos são poucos. Eu queria, tratando-se da tuberculose:

- 1.º construir hospitais marítimos para modificar o organismo das crianças que mais tarde serão as vítimas dilectas da doença;*
- 2.º fundar sanatórios em clima de montanha e de altitude, para tratamento dos tuberculosos curáveis;*
- 3.º estabelecer, em todas as capitais de distrito, Institutos que servirão não só para o estudo e tratamento da tísica, mas de socorro aos doentes, que têm de trabalhar para sustentar as suas famílias, socorro que seria em alimentos, em aplicações terapêuticas e em conselhos de higiene;*
- 4.º e, sobretudo, criar os hospitais para tísicos, destinados aos incuráveis, para cuidar desse grande mal, que todos nós lamentamos e consiste na promiscuidade dos tísicos, que tudo*

²⁷ “Documento 7”, em Anexos.

²⁸ *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, Nº 81, Sessão de 12 de Junho de 1899, p. 3.

infectam, com os outros doentes, que entram nos hospitais ordinários para curar enfermidade banal e saem dali eivados de um mal que em breve os há-de matar, depois deles terem transmitido a doença à própria família; hospitais que permitam uma extensão muito maior na admissão dos tísicos.

A minha intenção é começar por obviar a este grande mal e construir hospitais junto às três cidades de Lisboa, Porto e Coimbra, em situação que os técnicos aconselharem podendo, quando os recursos o permitam, estender este benefício a outras terras. O benefício será duplo: para os tísicos que terão as melhores condições para o seu estado; para os doentes dos outros hospitais e para as famílias dos doentes que não correrão o perigo de se contagiarem.

Para o cumprimento deste altíssimo fim, é que vos reúno hoje aqui, apelando para a generosidade dos que podem, para a ciência dos que sabem, para a boa vontade de todos, pois tenho a certeza que assim auxiliada não haverá dificuldades que se não vençam.»²⁹

Deste discurso se infere a importância e preocupação que a doença começa a ter nas instâncias superiores do Reino, incluindo a própria Rainha, que chama a si a vontade de mobilizar esforços do governo, da sociedade em geral e da filantropia em particular, uma vez que o Reino não tem capacidade financeira própria para assumir tais responsabilidades no combate a este flagelo.

Foi nesta sequência que, em 11 de Junho desse ano, a Rainha D. Amélia (Fig. 13)³⁰ a criar uma obra de beneficência, de carácter particular, designada por Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) com Estatutos bem definidos que foram promulgados, pelo Rei D. Carlos I (Fig. 14)³¹, em Fevereiro de 1900, e que estipulavam o seguinte:

- 1º - Estabelecer hospícios, asilos ou enfermarias privativas para tísicos, a fim de lhes minorar o sofrimento e impedir o contágio, de que eles possam ser a causa;
- 2º - Construir Sanatórios para tratamento de tuberculosos curáveis;
- 3º - Criar hospitais marítimos para crianças escrofulosas, ou predispostas por qualquer tara hereditária, ou vício nutritivo adquirido, a contrair tuberculose;
- 4º - Fundar institutos regionais de observação, estudo e tratamento da tuberculose e distribuição de socorro aos doentes desta moléstia e suas famílias (Dispensários);
- 5º - Centralizar e fortalecer quaisquer meios de acção preventivos do aumento da tuberculose, capazes de minorar os seus efeitos, e

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ “Documento 13”, em Anexos.

³¹ “Documento 14”, em Anexos.

fazer práticas de regras de higiene destinadas a travar a marcha da doença.

Deste discurso se infere a importância e preocupação que a doença começa a ter nas instâncias superiores do Reino, incluindo a própria Rainha, que chama a si a vontade de mobilizar esforços do governo, da sociedade em geral e da filantropia em particular, uma vez que o Reino não tem capacidade financeira própria para assumir tais responsabilidades no combate a este flagelo.

Pela Lei de 17 de Agosto de 1899 foi criado um fundo especial de beneficência pública destinado à defesa sanitária contra a tuberculose, e para a ANT executar medidas de profilaxia e de terapêutica da tuberculose. A mesma lei criou uma franquia postal própria para a ANT, a ser aplicada nas cartas e impressos expedidos, tendo sido também criado o símbolo da ANT (Fig. 15)³².

Ricardo Jorge (1858-1939), médico e humanista (Figs. 16)³³, uma das figuras mais extraordinárias da Saúde Pública de todos os tempos, nascido e formado no Porto, reparte a sua vida profissional entre uma fulgurante carreira docente, a prática como médico epidemiologista e sanitarista, e a sua arte como escritor nos mais variados domínios, desde a higiene pública à história da medicina e da crítica literária. Foi um homem do conhecimento mas também de acção. Um Cientista, mas também um reformador. Assim, integrado na reforma da Saúde Pública de 1899, é criado em Lisboa o Instituto Central de Higiene, a décima instituição deste tipo a ser fundada em todo o mundo, destinada a contribuir para a defesa da saúde pública da população portuguesa através da educação, formação e investigação. Criou dois cursos já avançados para a época: o curso de Medicina Sanitária, precursor da actual Curso de Especialização em Saúde Pública (hoje leccionado na Escola Nacional de Saúde Pública e de frequência obrigatória na formação específica da carreira médica de saúde pública) e o Curso de Engenharia Sanitária.

Em 11 de Junho de 1899 a Rainha D. Amélia funda a ANT. Por alvará de 26 de Dezembro de 1899 são aprovados os Estatutos da ANT. Foi também determinado que

³² “Documento 15”, em Anexos.

³³ “Documento 16”, em Anexos.

o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana criasse um serviço de pesquisa de BK na expectoração, o qual funcionaria gratuitamente para os pobres.

Os primeiros órgãos sociais da ANT, que compreendiam um Conselho Central presidido pela Rainha, com o título de Presidente-Perpétua (Fig.17)³⁴, tiveram a seguinte constituição:

ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS	
Corpos gerentes	
Conselho Central	Comissão Executiva
Segundo presidente – Marquez da Praia e de Monforte	Presidente – D. António Maria de Lencastre
Primeiro vice-presidente – José Maria dos Santos	Secretário – Guilherme Maria da Silva Jones
Segundo vice-presidente – José Joaquim da Silva Amado	Vogais:
Tesoureiro – António Augusto Mereira Miranda	Conde de Casal Ribeiro
Advogado – Vicente Rodrigues Monteiro	Antonio Augusto Pereira de Miranda
Secretario geral – D. António Maria de Lencastre	Vicente Rodrigues Monteiro
Primeiro secretario – Carlos Roma do Bocage	
Segundo secretario – Guilherme Maria da Silva Jones	Comissão Técnica
Vogais:	Presidente – Alfredo da Costa
Conde de Ficalho	Secretario – Sebastião Cabral Sacadura
Conde de Casal Ribeiro	Vogais:
José Curry da Camara Cabral	Alfredo de Figueiredo
Policarpo Pecquet Ferreira do Anjos	Antonio Augusto David Telles
Conselho Fiscal	Carlos Bello de Moraes
Antonio Augusto de Carvalho Monteiro	Carlos Joaquim Tavares
Francisco Augusto de Oliveira Feijão	Fernando Eduardo de Serpa
Manuel de Castro Guimarães	José Luiz Monteiro

Em 6 de Junho de 1900 é inaugurado o Sanatório Marítimo do Outão (Fig. 18)³⁵, situado a 7km de Setúbal, instalado numa velha fortaleza do tempo de D. João I, que fora preparada para residência de Verão da família real, mas nunca utilizada. Este estabelecimento, destinado a tratar as tuberculoses ósseas, dispunha apenas de 36 camas, pelo que logo se pensou na sua ampliação.

A ANT desenvolve grande actividade de propaganda (Fig.19)³⁶ e de angariação de fundos, quer por meio de donativos, quer através de festas, peditórios (Fig.20)³⁷ e espectáculos (Fig.21)³⁸ (ópera, teatro, bailes) muitos deles organizados pela própria

³⁴ “Documento 17”, em Anexos.

³⁵ “Documento 18”, em Anexos.

³⁶ “Documento 19”, em Anexos.

³⁷ “Documento 20”, em Anexos.

³⁸ “Documento 21”, em Anexos.

Rainha D. Amélia ou com o seu patrocínio, tentando levar por diante uma obra tão grandiosa e tão dispendiosa, que os Reis e o governo, só por si, não podiam suportar. Daí o papel extremamente importante dos beneméritos e demais filantropos que, com a sua generosidade, em tempo e recursos, muito contribuíram desde a assessoria técnico-científica até à construção e edificação das mais variadas instalações necessárias para o combate à doença.

Em 20 de Dezembro de 1900 na Sociedade de Geografia de Lisboa realizou-se a primeira Assembleia-Geral da ANT. Fazem-se projectos e adquirem-se terrenos para a construção de Dispensários e de Sanatórios, bem como da futura sede da ANT.

Em 1901, a título provisório, é inaugurado numa casa da Rua do Alecrim, o primeiro dispensário anti-tuberculoso de Lisboa, que depressa é *invadido* por doentes.

Ainda em 1901, a Liga Contra a Tuberculose, da Sociedade de Ciências Médicas, realiza, em Lisboa, o seu 1º Congresso Nacional de Tuberculose (Fig.22)³⁹, que constitui uma importante jornada de propaganda contra esta doença, tendo ficado logo anunciado o 2º Congresso, para 1902, em Viana do Castelo. O 3º Congresso teve lugar em 1904, em Coimbra, e o 4º em 1907, no Porto.

Nos hospitais começam a criar-se enfermarias só para tuberculosos, para os separar dos outros doentes, merecendo destaque a do Hospital do Rêgo, e a do Hospital de Arroios, em Lisboa.

O primeiro foi inaugurado em 1906. Esta unidade, mais tarde denominada Hospital Curry Cabral (em homenagem ao médico José Curry da Câmara Cabral, seu principal impulsionador), foi inicialmente criada para prestar assistência a tuberculosos e outros pacientes com doenças infecto-contagiosas. A novidade da sua arquitectura, vem da sua concepção pavilhonar inspirada nos lazaretos, pequenas barracas de madeira utilizadas inicialmente durante a Guerra Civil Americana (1861-1865) e a seguir durante a Guerra da Prússia (1870-1871), segundo indicações de Rudolf Virchow (em 1858, publica *Die Cellularpathologie*, a sua teoria celular baseada no conceito de *omnis cellula e cellulas* – “toda e qualquer célula nasce a partir de células pré-existentes”. Esta arquitectura modelar permitia a destruição pelo fogo de um ou outro pavilhão em caso de contaminação grave, pelas *doenças do Hospital ou*

³⁹ “Documento 22”, em Anexos.

nosocomiais descritas nessa época – a erisipela, o tétano, a piemia, a septicemia e a chamada *podridão do hospital* – evitando assim a sua difusão de dentro para fora e de fora para dentro da Instituição.

Por sua vez o Hospital de Arroios teve na sua génese o Convento de Arroios (construído em 1705 para a formação dos Jesuítas), transformado, em 1892, em unidade para isolamento de portadores de doenças infecto-contagiosas dependente do Hospital Real de S. José. Em 1898 especializa-se na prevenção e tratamento de doentes com tuberculose, passando a denominar-se Hospital Rainha D. Amélia e, em 1911, Hospital de Arroios, em virtude do número de mortes/ano por tuberculose em Portugal ser assustador (entre 15.000 a 20.000).

Em 1902 é inaugurado, em Lisboa, pelos próprios Reis, o Dispensário Central de Lisboa (mais tarde Dispensário D. Amélia (Fig. 23)⁴⁰ e a sede do ANT (Fig. 24)⁴¹, ambos na Av. 24 de Julho.

No Porto, aquando da visita dos Reis a esta cidade, no mesmo ano (1902), foi inaugurado o Dispensário Dr. Arantes Pereira (Fig.25)⁴², tendo sido também adquirido terreno, na Areosa, para a construção do Sanatório do Norte, o qual, posteriormente, se mostrou ser insuficiente para o fim em vista, não só pela área como por se encontrar dentro da cidade.

Ainda neste ano de 1902, a Rainha lança a ideia da construção do Hospital de Repouso em Lisboa, para tuberculosos, tendo contribuído com avultada quantia que serviu para a compra de um terreno nas Picoas, que é hoje a Av. 5 de Outubro, mas como se verificasse que era insuficiente, foram adquiridos 130.000 m² no Asilo Municipal na quinta das Mouras, ao Lumiar, tendo o Rei procedido ao lançamento da primeira pedra, em 10 de Janeiro de 1904 às 14h30⁴³, mas as obras só se iniciaram em 20 de Fevereiro de 1909, tendo ficado concluídas em 01 de Dezembro de 1910 (Fig. 26)⁴⁴, sendo inaugurado em



⁴⁰ “Documento 23”, em Anexos.

⁴¹ “Documento 24”, em Anexos.

⁴² “Documento 25”, em Anexos.

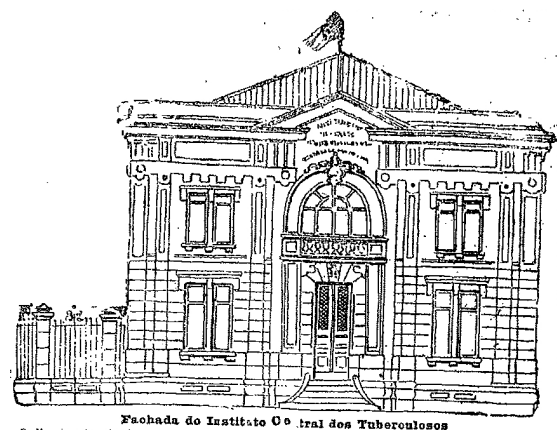
⁴³ Cf. *Jornal O Século*, Ano 24º, N.º.7.918, de 11/01/1904, p. 1.

⁴⁴ “Documento 26”, em Anexos.

20 de Agosto de 1912⁴⁵.

Em Junho de 1903, por carta régia, os municípios são obrigados a contribuir, anualmente, para o fundo de benefício da ANT, a fim de a auxiliar na luta contra a tuberculose, tendo também sido dadas vantagens fiscais à ANT, através da Lei de 17-08-1899, e às empresas particulares que proporcionassem auxílio a doentes pobres.

Neste ano são inaugurados os dispensários de Faro e de Bragança, em 1905 o de Viana do Castelo e em 1908 o de Ponta Delgada (Açores).



Fachada do Instituto Central dos Tuberculosos

Em 10 de Janeiro de 1904 é lançada a primeira pedra para a construção do Instituto Central dos Tuberculosos⁴⁶, no local do antigo mercado na Ribeira Nova, ao Aterro. Este Instituto é destinado a receber os serviços gerais de Assistência e o Dispensário de Tuberculosos de Lisboa. O edifício terá dois pisos. No primeiro

estabelecer-se-á o Dispensário, com gabinetes de radiologia, laringologia, bacteriologia e amplas salas de espera para doentes. Haverá no isolamento para os menores e adultos de ambos os sexos. No prolongamento da Travessa da Ribeira terá vários anexos onde se instalará as estufas de desinfecção e a lavandaria para roupa dos tuberculosos.

O edifício mede 25 metros de frente por 60 metros de fundo no seu maior comprimento. A construção tem a forma de um rectângulo e consta de quatro fachadas. Os planos são executados pelo Arquitecto Carvalheira e obedecem ao ante-projecto elaborado pela Direcção da Assistência.

O Dispensário destina-se ao tratameto ambulatório.

Também a 11 de Janeiro de 1904 foi anunciada a cerimónia do lançamento da pedra fundamental para a construção do Hospital de Repouso que lhe há-de ficar anexo.

⁴⁵ Cf. Jornal *O Século*, Ano 32º, Nº 11.025, de 20/08/1904, p. 3.

⁴⁶ Cf. Jornal *O Século*, Ano 24º, Nº 7.917, de 10/01/1904, p. 3.

Em 1904 foram iniciadas as construções dos Sanatórios da Guarda, do Norte e de Portalegre. Em 1906, a ANT inicia a publicação do seu boletim mensal, com o título de *Tuberculose* e que continha artigos médicos de relevante interesse não só sobre tuberculose.

Em 1907 é inaugurado o Sanatório Sousa Martins (na Guarda), constituído por um pavilhão principal e por dois pavilhões secundários, com a capacidade total de 84 camas, e recebendo doentes de ambos os sexos e das três categorias sociais: pobres, porcionistas e pensionistas. Foi seu primeiro director o tisiologista português Dr. Lopo de Carvalho (pai) e mais tarde o Dr. Ladislau Patrício. Nos finais da década de 40 foi construído um novo pavilhão, com capacidade para 250 camas, ao qual foi dado o nome de Pavilhão Dr. Lopo de Carvalho (Pai) (Fig. 27)⁴⁷.

Na 4ª sessão da Câmara Municipal de Lisboa, sob a Presidência do Exmo. Senhor Anselmo Braamcamp Freire (Vice-Presidente), realizada na Sala das Sessões da Câmara, em 28 de Janeiro de 1909, ficou registado o seguinte louvor proferido pelo Senhor Vice-Presidente *“foi dito que no Bairro Alto estava estabelecido um Dispensário para crianças, mantido pela Senhora D. Maria de Mello (Ficalho) apenas auxiliada por alguns médicos; que esta instituição tratava em média 50 crianças por dia e sem reclamo de espécie alguma, pelo que propunha que se consignasse na presente nota um voto de louvor àquela benemérita e assídua Senhora.”*⁴⁸

Após o regicídio em 1 de Fevereiro de 1908 e a implantação da República em 5 de Outubro 1910, há um relegar, para segundo plano, das actividades da ANT. Também o seu Secretário-geral, Dr. António Lencastre (Fig. 28)⁴⁹, é substituído em 1911, pelo Dr. Cassiano Neves (Fig. 29)⁵⁰, que se manteve neste lugar até ao seu pedido de demissão em 30/11/1930.

Em 1910, após a conclusão das obras, no dia 1 de Dezembro, o Hospital de Repouso de Lisboa, passou a chamar-se Sanatório D. Carlos I, em homenagem à memória do Rei D. Carlos. Concluem-se também as obras no de Portalegre, passando

⁴⁷ “Documento 27”, em Anexos.

⁴⁸ ANTT, *Ministério do Reino – Direcção-Geral de Administração Política e Civil – 2ª Repartição, Maço 406, Caixa 168, Lº 6752/7: Louvor, D. Maria de Mello (Ficalho)*.

⁴⁹ “Documento 28”, em Anexos.

⁵⁰ “Documento 29”, em Anexos.

a ANT a dispor de cinco sanatórios e de cinco dispensários na luta contra a tuberculose, assim discriminados:

<u>SANATÓRIOS:</u>		<u>CAMAS:</u>
2 Sanatórios Marítimos	- Outão,	120
	- Carcavelos.	95
1 Sanatório de Montanha	- Guarda.	89
2 Sanatórios de Planície	- Lisboa (Hospital de Repouso),	64
	- Portalegre.	20
1 Sanatório em construção:	- Porto (Norte).	--
	TOTAL	388
<u>DISPENSÁRIOS:</u>	- Central de Lisboa (1901);	--
	- Porto (1902);	--
	- Faro (1903);	--
	- Bragança (1903),	--
	- Viana do Castelo (1905).	--

O esforço efectuado quer na construção de sanatórios quer na construção de dispensários foi, neste período, como se verifica, notável, dado o nosso atraso (de ± 50 anos) no combate à tuberculose, em relação ao resto da Europa.

A este propósito, transcrevemos um trecho interessante de Victor Ribeiro, onde podemos ler que:

«A estatística obituária começou a despertar em toda a humanidade um brado de assombro perante a observação da percentagem extraordinariamente elevada das mortes por tuberculose. Outros valores estatísticos mostravam que os centros populosos da Europa se achavam invadidos pelo bacilo da tuberculose e que as cidades de Lisboa e Porto eram das mais terrivelmente atacadas vitimando nelas milhares de pessoas, quase todas jovens. Iniciou-se então uma campanha com duas frentes: uma no campo científico, procurando os meios de debelar o mal, exterminando o bacilo; outra no campo da beneficência, estendendo esta protecção até aos pobres, classe que, por ser mais numerosa e

desprovida de recursos, com deficiência de alimentos, de habitação, de isolamento e de desinfecção, era a mais atacada por esta doença»⁵¹.

2.2- Da implantação da República ao 28 de Maio de 1926

O governo republicano cujo regime se implantara, no País, em 5 de Outubro de 1910, não tardou em proceder a alterações das instituições com responsabilidade na saúde. A tuberculose fazia-se sentir com grande premência. Por isso, em Julho de 1911 foi decretada a reorganização da ANT, a qual foi integrada nos Serviços de Assistência e Saúde, mas continuando a referida Associação como instituição de iniciativa privada. A sua direcção era composta por um Conselho Executivo, cujo presidente era de nomeação governamental, e mais 4 elementos eleitos pelos sócios, tendo sido nomeado seu Presidente, o Dr. Cassiano Neves. Para efeitos práticos, o país foi dividido em 3 circunscrições - Lisboa, Coimbra e Porto – cada uma delas com delegações nas capitais de distrito. Em 1912, uma Assembleia-geral da ANT reformulou os seus Estatutos, em conformidade com a nova legislação.

As alterações do regime governativo criaram graves dificuldades financeiras à ANT, posteriormente agravadas pela Iª Guerra Mundial (1914-18), tendo valido, uma vez mais, a filantropia e generosidade de particulares que permitiram concluir alguns sanatórios e dispensários.

Em 1913 foi inaugurado o Dispensário de Viseu e, no ano seguinte, o de Ponta Delgada inicia a sua actividade.

Por Decreto-Lei de 1924, a ANT passa a ser considerada organismo de utilidade pública e, como tal, isenta de várias taxas. Também um decreto do mesmo ano obrigou a Companhia de Caminhos de Ferro a criar um fundo destinado à construção e manutenção dum sanatório, para tratamento dos seus empregados, surgindo o Sanatório de S. Brás de Alportel (Algarve).

Em 1926, Cassiano Neves retoma a publicação do boletim da ANT, mantendo-lhe o título de "Tuberculose", o qual estivera parado vários anos.

No final de 1926, a luta contra a tuberculose, contava com:

⁵¹ Victor Ribeiro, *História da Beneficência Pública em Portugal*, Imprensa da Universidade, Coimbra, 1907, p.135

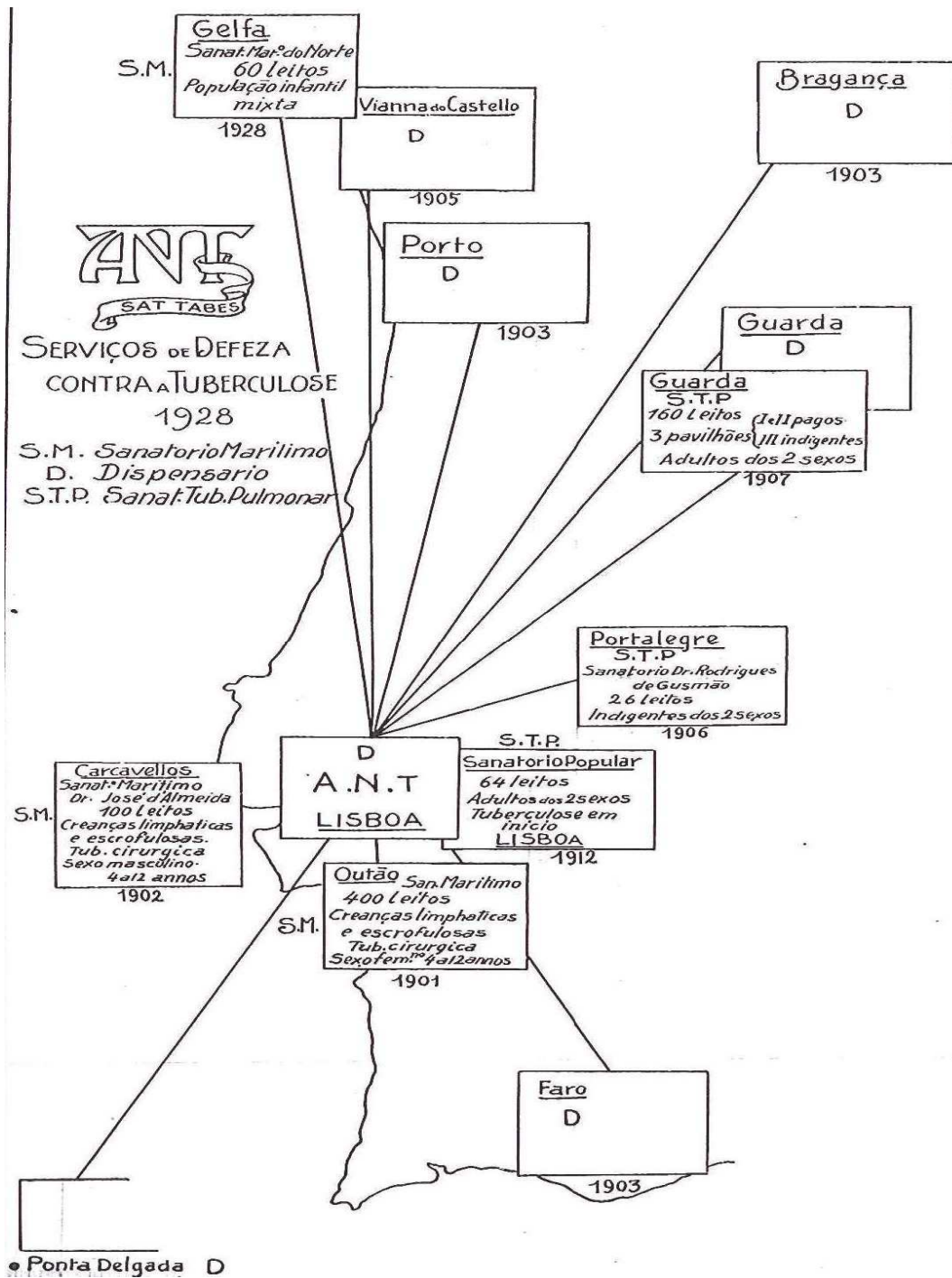
5 Sanatórios:

- Sanatório do Outão	120 camas
- Sanatório de Carcavelos	95 camas
- Sanatório Popular D. Carlos I.....	64 camas
- Sanatório Sousa Martins (Guarda)	89 camas
- Sanatório Dr. Rodrigues Gusmão (Portalegre)	20 camas
TOTAL	388 camas

e 7 Dispensários:

- Central de Lisboa
- Porto
- Faro
- Bragança
- Viseu
- Viana do Castelo
- Ponta Delgada (Açores)

Verifica-se uma estagnação no processo de luta antituberculosa, por força das constantes dificuldades económicas sentidas nesta época republicana, como aliás resulta do número de camas disponíveis, que se mantém inalterável.



Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT 1899-1928, p.85

A. N. T.

Associação filantropica exercendo a sua acção no Continente, Ilhas Adjacentes e Colonias. (Art.º 1.º)

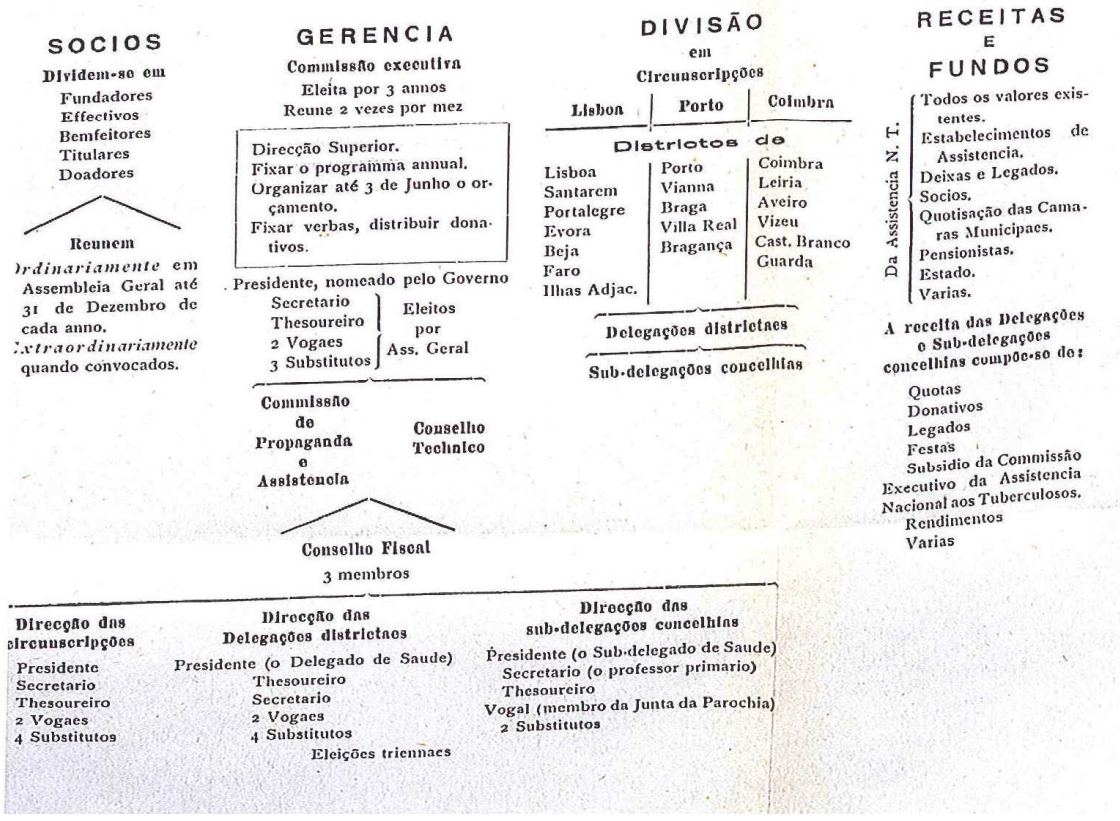
SÉDE EM LISBOA

ESQUEMA DOS ESTATUTOS

Organizados nos termos do Decreto de 17 de Julho de 1911
Aprovados em Assembleia Geral de 29 de Fevereiro de 1912 — Alvará n.º 239

FINS

Estabelecer hospitaes, asilos ou enfermarias para tísicos (assistencia e prophylaxia).
Construir Sanatorios para tratamento de tuberculosos curaveis.
Crear Sanatorios e hospitaes marítimos.
Fundar Institutos regionaes de observação, estudo e tratamento.
Promover ou auxiliar todas as iniciativas ou obras preventivas da tuberculose.
Publicar um jornal onde se faça a estatística da morbidade e mortalidade pela tuberculose.



Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT 1899-1928, p.28

2.3- Do 28 de Maio de 1926 à década de Sessenta do séc. XX

O Decreto-Lei n.º13.192 de 12/08/1927, que criou a Assistência aos Funcionários Civis Tuberculosos (AFCT), tornou obrigatório, a todos os funcionários públicos, o pagamento de uma quotização anual destinada a um fundo de auxílio aos seus doentes tuberculosos, os quais seriam internados, gratuitamente, num sanatório ou em qualquer estação climatérica, e sem redução do seu vencimento mensal.

Em 1928, o Decreto n.º 15.497 de 21 de Maio, reorganiza a *Comissão de Profilaxia da Tuberculose*, incumbindo-a do estudo de medidas a tomar para organizar a profilaxia, a divulgação científica e a propaganda popular sobre a tuberculose e o Decreto n.º. 15.518, de 27 do mesmo mês e ano transferia para a Direcção-Geral de Assistência os Serviços da AFCT.

Entretanto inicia-se um grande movimento de construção de sanatórios e ampliação dos já existentes, bem como de dispensários e preventórios. Jerónimo Lacerda, em 1928, cria, no Caramulo (altitude 650 m), uma Estância Sanatorial (Fig. 30)⁵², composta por um grande hotel e por pequenos hotéis e pensões, que mais tarde foram melhorados ou ampliados ou substituídos por verdadeiros sanatórios. Foi chamado para director Científico, o tisiologista espanhol Manuel Tapia (Fig.31)⁵³, que aqui se manteve muitos anos, e criou um alfofre de muitos e grandes tisiologistas portugueses.

Ainda em 1928, a Dra. Irlinda Rebelo, funcionária da ANT, cria o selo anti-tuberculoso, sendo a primeira emissão feita a expensas suas em 1929, e o mesmo adquirido, em geral, pelas empresas e grandes casas comerciais. A sua emissão mantém-se praticamente contínua, até 1975 (Fig. 32)⁵⁴.

Em Coimbra, a Comissão Distrital da ANT, com subvenções estatais e donativos particulares, criou os Sanatórios de Celas (para doentes do sexo feminino) e dos Covões (de planície) (Fig. 33)⁵⁵, que mais tarde foram entregues à assistência.

A Misericórdia do Porto construiu o Sanatório de Semide e os Caminhos-de-Ferro o Sanatório Carlos Vasconcelos Porto.

⁵² “Documento 30”, em Anexos.

⁵³ “Documento 31”, em Anexos.

⁵⁴ “Documento 32”, em Anexos.

⁵⁵ “Documento 33”, em Anexos.

Em 1929 a ANT cria mais um dispensário no Porto, abre o Sanatório marítimo da Gelfa (em Caminha - iniciado em 1909) e o Hospital Sanatório da Ajuda, com capacidade para 100 camas, que tinha sido utilizado, durante anos, como asilo de crianças, e anexando a ele um Dispensário anti-tuberculoso.

O casal Lambert de Moraes ofereceu 800 mil escudos para a ampliação do Sanatório D. Carlos I (ou Sanatório Popular de Lisboa) (Fig. 34)⁵⁶, tendo-se construído um pavilhão de 60 camas, no lado sul do pavilhão inicial sendo-lhe dado o nome de *Pavilhão Lambert* (Fig.35)⁵⁷. Um grupo de senhoras promoveu festas e peditórios, conseguindo dinheiro para construir um outro pavilhão, no lado norte, também para 60 camas, dando ao conjunto a forma de H (Fig.35b)⁵⁸; este pavilhão tomou o nome de *Pavilhão das Senhoras da Caridade* (Fig.35a)⁵⁹. O Sanatório D. Carlos I ficou, nessa data, com lotação de 182 camas. Estes pavilhões foram inaugurados em 1932.

Também por essa altura, em vários pontos da Serra da Estrela, se foram construindo pequenos hotéis e pensões (nas Penhas da Saúde e nas Penhas Douradas) destinados a receber doentes tuberculosos.



Serra da Estrela – Casa de César Henriques – Lado do Sul
Fonte: Quatro dias na Serra da Estrela, p.4

Em finais de 1930, o Dr. Cassiano Neves pede a demissão de Presidente da ANT, sendo nomeada em 11/1/1931 uma nova Comissão presidida pelo Prof. Dr. Lopo de Carvalho, tendo como vogais: Fernando Ulrich, Prof. Dr. Ferreira Mira, Prof. Dr. Bissaia Barreto e Dr. Cancela de Abreu, que estabeleceu um plano de acção tendente a criar uma rede de dispensários por todo o país além de mais Sanatórios e Preventórios.

⁵⁶ “Documento 34”, em Anexos.

⁵⁷ “Documento 35”, em Anexos.

⁵⁸ “Documento 35 b)”, em Anexos.

⁵⁹ “Documento 35 a)”, em Anexos.

Quanto a Dispensários foram classificados em três categorias:

a) Grandes dispensários os Dispensários Centrais e Distritais: localizados nas principais cidades do país, tinham capacidade para atender diariamente grande número de doentes (consultas, tratamento e profilaxia), possuíam um laboratório para realizar análises de rotina e de expectoração (pesquisa de BK e inoculação na cobaia) e dispunham de uma instalação de Raios X, que permitia fazer radioscopias e radiografias de tórax, e de aparelhos de pneumotórax (Fig.36)⁶⁰.

b) Os dispensários tipo A: localizavam-se nas cidades e concelhos mais populosos, possuindo um aparelho de radioscopia, um pequeno laboratório, um gabinete de consulta e um gabinete de tratamento.

c) Os dispensários tipo B: localizados em sedes de concelho, possuíam um gabinete de consulta e uma sala de tratamento, sendo as análises e as radiografias efectuadas nos dispensários do escalão superior que estivessem mais próximo.

Aos *Dispensários* caberiam funções de profilaxia, diagnóstico e tratamento da tuberculose. Era sua função alargar o rastreio por forma a permitir um diagnóstico precoce, aumentar os meios profiláticos, permitindo efectuar deslocações ao domicílio dos doentes. Procedia também à vigilância de crianças e adultos em risco de contágio, fazendo os técnicos do dispensário o levantamento das condições económicas e sociais dos agregados familiares dos doentes, fazendo ainda, por fim, o encaminhamento dos doentes para o Sanatório, Hospital Marítimo ou de Planície, consoante os casos. Os restantes familiares dos doentes eram também rastreados, vacinados e sensibilizados do ponto de vista sanitário a fim de evitar o contágio. Procedia-se ainda à desinfecção das habitações e à distribuição de escarradores para evitar a proliferação bacilar.

⁶⁰ “Documento 36”, em Anexos.

Quanto aos *Sanatórios* passaram a ser destinados a tratamento de doentes com capacidade de cura ou de franca melhoria; isto é, que pudessem beneficiar com a estadia nestes estabelecimentos. Estes são apetrechados para receber 3 tipos de doentes: **pobres, porcionistas e pensionistas** (estes tendo direito a quartos privativos com casa-de-banho). Eles seriam instalados em pontos previamente estudados sob o ponto de vista climatérico. Enquanto os dispensários recebiam os doentes da zona de residência, os Sanatórios receberiam doentes vindos de qualquer ponto do país, sendo a sua distribuição feita pelo Serviço de doentes da sede da ANT (Lisboa).

Para os doentes contagiosos, de difícil solução (doentes crónicos), são criados pavilhões independentes ou anexos a hospitais, a que se deu o nome de Enfermarias-Abrigo, para os isolar da população, evitando assim os contágios fáceis. Outro aspecto humanitário foi oferecer aos doentes em fase terminal das suas vidas, algum alívio no seu sofrimento e alguma dignidade humana.

Os *Preventórios* (Fig.37)⁶¹ (Penacova, Parede e Funchal) destinavam-se a alojar, temporariamente, as crianças, filhos de tuberculosos, para os isolar das fontes de contágio, e também as mais débeis da Sociedade e, conseqüentemente, de mais fácil contágio, tendo por finalidade melhorar as suas condições de vida e de resistência à doença.

A juntar a estas crianças, que representavam um elevado número de casos, muitas delas sem família, ainda existiam alguns casos de doentes com crianças com atraso mental, que representavam um pesado encargo quer para as famílias quer para a sociedade devido à necessidade de terem que ficar separadas da família.

Neste contexto social tornou-se necessária na organização anti-tuberculosa portuguesa a construção de mais preventórios a fim de poder albergar todas estas crianças.

Foram também propostas a criação das colónias de férias (Fig.38)⁶², para crianças mais necessitadas, à beira-mar ou em clima de altitude.

⁶¹ “Documento 37”, em Anexos.

⁶² “Documento 38”, em Anexos.

O Comité resolveu ainda dividir o país em 3 regiões: **Norte, Centro e Sul**, com respectivas sedes no Porto, em Coimbra e Lisboa, mantendo-se a sede da ANT em Lisboa, na Av. 24 de Julho.

Em 1931 nasce a ideia do peditório voluntário, de âmbito nacional chamado *Semana da Tuberculose*, e que se vai manter por muitos anos, e permitir arrecadar grandes somas para a ANT, que logo no primeiro ano atingiu um milhão de escudos (Fig. 39)⁶³. O entusiasmo foi tão grande, que sócios do Automóvel Club de Portugal, colocaram, durante essa semana, os seus carros, guiados por eles próprios, a fazer serviço de táxis, sendo identificados pelo símbolo da ANT colado no vidro frontal (Fig. 40)⁶⁴. É de facto curioso que até o próprio carro particular do Presidente da República participou nesta actuação.

O Decreto n.º. 20.285 de 2/09/1931 estabeleceu as bases jurídicas da Direcção-Geral de Assistência, dependente do Ministério do Interior, e com capacidade para superintender e fiscalizar os serviços e estabelecimentos de assistência pública, bem como as Misericórdias. A partir de 1931 foi iniciada a construção de vários Dispensários tendo o Decreto n.º. 21.357 de 14/06/1932 autorizado as Câmaras Municipais a ceder à ANT, a título gratuito, os terrenos indispensáveis à construção de Sanatórios, Dispensários e Preventórios anti-tuberculosos, tendo, em poucos anos, sido construídos e instalados 40 Dispensários, 37 do tipo A e 3 do tipo B, os Preventórios da Parede e do Funchal e iniciada a construção ou ampliação de Sanatórios, que se manteve até final deste período (1939) e nos anos seguintes.

Em Maio de 1933 foi adquirido novo terreno para a construção do Sanatório D. Manuel II, no Porto (no Monte da Virgem) (Fig. 41)⁶⁵, o qual, por falta de verbas, só ficou concluído em 1947. Em Dezembro de 1933, a Obra Anti-Tuberculosa da Madeira mercê do produto obtido na 2ª e 3ª *Semanas da Tuberculose*, inicia a construção dum Dispensário, e no ano seguinte, mercê do Decreto n.º. 23.487, de 14/05/1934, que agravava o imposto sobre o tabaco, iniciou a construção do Sanatório Dr. João de Almada, com capacidade para 131 camas, que só foi inaugurado em 1/12/1940.

⁶³ “Documento 39”, em Anexos.

⁶⁴ “Documento 40”, em Anexos.

⁶⁵ “Documento 41”, em Anexos.

A tuberculose fazia sentir-se de forma intensa sobre a população portuguesa. Por isso, o Poder Político numa acção de inteligente publicidade conseguiu que a *Xª Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose* se reunisse em Lisboa, de 1 a 9 de Setembro de 1937.

Com esta acção conseguia não só passar a imagem de preocupação e acção eficaz no combate à doença como também evitar o isolamento científico, trazendo a Portugal a nata da medicina mundial. Nesta Conferência vincaram-se os progressos científicos alcançados, que tiveram repercussão na imprensa da época e da qual se destacam a seguir algumas passagens:

“Inicia-se no domingo, em Lisboa, a Xª Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose. Reunião da mais alta importância para a medicina, e que, de certo modo, contribuirá não só para o estudo e até, à solução de graves problemas da ciência, como incontestável, para uma boa e prática propaganda de Portugal e da notável obra anti-tuberculosa. Estiveram presentes alguns dos homens mais notáveis da ciência da Europa e dos Estados Unidos ao todo 44 países, para o estudo desta terrível doença que aflige a humanidade. É presidida com a presença dos Chefes de Estado e do Governo e demais membros do Governo e o Sr. Dr. António Lencastre – 1º Secretário-Geral da ANT, o Congresso apreciará e discutirá algumas teses que são profundos trabalhos, de observação, de análise e de interpretação de fenómenos ainda desconhecidos, de pormenores inéditos, da trágica doença, a peste branca fantasma diabólico que persegue os povos e os extermina. Nos dias 9 e 10 visitam Coimbra e o Porto.”⁶⁶

“Mais de 400 médicos nacionais e estrangeiros tomaram parte na Xª Conferência Internacional Contra a Tuberculose (que se reúne de 1 a 5/9/1937).

Os conhecidos fisiologistas espanhóis Prof. L. Sayé e Dr. Tapia que estudaram largamente o relatório do Dr. Olaff Scheel (Noruega) sobre «a primo infecção tuberculosa do adolescente e do adulto».”⁶⁷

“Depois de entregue, durante vários anos, à simples iniciativa particular, bem intencionada, mas insuficiente, a luta contra a tuberculose ocupa hoje o plano destacado que deveria ter ocupado sempre e orientada por governantes conscientes e realizada por técnicos competentíssimos, a defesa contra a terrível doença, organizou-se, fortificou-se, alastrou-se.

Em 30 anos de luta organizada, a percentagem de mortes pela tuberculose decresceu, nos Estados Unidos de 210 para 47, por

⁶⁶ Cf. *Jornal O Século*, Ano 56º, Nº.19.922, de 01/09/1937, pp. 1 e 2.

⁶⁷ Cf. *Jornal O Século*, Ano 56º, Nº.19.923, de 02/09/1937, pp. 1 e 5.

ano, em cada 100.000 habitantes. Mas gastaram em sanatórios ± 5 milhões de dólares (12.500 contos da nossa moeda).”⁶⁸

“O Sr. Dr. Cassiano Neves, Director do Sanatório Popular de Lisboa (Lumiar), um dos mais ilustres fisiologistas de Portugal, publicou agora, em elegante volume, um dos seus últimos trabalhos científicos, saído, há tempo, na Revista Médica «Clínica, Higiene e Hidrologia».

«Sanatórios de Planície», assim se denomina a obra. É o trabalho consciencioso, profundo, dum médico que conhece como poucos o ramo científico a que dedicou toda a sua vida, e toda a sua brilhante inteligência. Nele estuda o autor os climas, em geral, e os de Portugal, para, depois, os relacionar com a tuberculose e estudar os vários relatórios dos sanatórios de planície onde se encontram. A segunda parte do volume dedica-o ao Sanatório do Lumiar, que, com tanto carinho e dedicação dirige há anos, onde realizou uma obra notável.”⁶⁹

“O Chefe do Estado inaugura hoje a «Xª Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose», a que assistem centenas de médicos ilustres de 44 países, aos quais saudará em nome do Povo e do Governo de Portugal.

A sessão decorreu na Faculdade de Medicina do Campo de Santana.

O Sr. Prof. Dr. Oliveira Salazar, assistirá também à sessão, assim como os outros membros do Governo e o Corpo Diplomático.”⁷⁰

“Encerrou-se a sessão com as brilhantes apresentações dos Professores:

Dr. Kleinschmidt – Alemanha;

Dr. W. Munro – Grã-Bretanha;

Dr. Jacobaeus – Suécia;

Dr. H. C. Sweany – U.S.A.;

Dr. A. Hoffmann – Checo-Eslováquia;

Dr. Koganas – Lituânia;

Dr. Lopo de Carvalho – Portugal – eleito Presidente da U.I.C.T. até 1939;

Dr. Fernand Bezançon – França;

Dr. Olaff Scheel – Noruega.”⁷¹

“O Chefe do Estado recebeu em Belém muito afectuosamente os Congressistas.”⁷²

“Prosseguiram os trabalhos da Xª Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose.”⁷³

⁶⁸ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.924, de 03/09/1937, pp. 1 e 2.

⁶⁹ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.925, de 04/09/1937, pp. 1 e 2.

⁷⁰ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.926, de 05/09/1937, pp. 1, 2 e 7.

⁷¹ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.927, de 06/09/1937, pp. 1 e 2.

⁷² Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.928, de 07/09/1937, pp. 1 e 5.

⁷³ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.929, de 08/09/1937, pp. 1 e 2.

“Encerramento da Xª Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose, partem hoje para a Batalha e Coimbra, onde visitarão os Sanatórios e depois o Porto.

Na sessão de encerramento o Sr. Prof. Dr. Lopo de Carvalho, lê o seu discurso de saudação aos Congressistas.

O Dr. Carlos Santos apresentou no Sanatório do Lumiar o seu aparelho de Estereoradiografia de sua invenção.”⁷⁴

“Os Congressistas deslocaram-se à Batalha e a Coimbra.”⁷⁵

“Terminaram a visita ao nosso País na cidade do Porto.”⁷⁶

Com a eclosão da IIª Guerra Mundial (1.09.39) encerramos este período, pelas implicações políticas, económicas e sociais que vão ocorrer.

No final deste período o País dispunha dos seguintes meios de combate à Tuberculose:

7 Sanatórios para tuberculosos - 900 camas
3 Sanatórios marítimos - 600 camas
5 novos Sanatórios em construção e 63 Dispensários.

Como se verifica houve um incremento substancial, no período em análise, do número de camas disponível, que quase quadruplica, relativamente ao período anterior da Primeira República (de 388 para 1500 camas).

Os 63 Dispensários estão distribuídos como segue:

1. Sanatórios pertencentes à ANT

a) Zona Centro:

- Sanatório Sousa Martins (Guarda) altitude: 1000 metros

inicial - 89 camas

ampliado - 160 camas

- Sanatório Dr. Rodrigues Gusmão (Portalegre) altitude: 500 m

inicial - 28 camas

ampliado - 70 camas

b) Zona Sul:

- Sanatório Popular de Lisboa ou de D. Carlos I – sanatório de planície

inicial - 64 camas

ampliado - 120 camas

- Sanatório da Ajuda (1928) - 100 camas

- Sanatório Dr. João de Almada (Funchal)- 130 camas (aguardando inauguração).

⁷⁴ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.930, de 09/09/1937, pp. 1 e 5.

⁷⁵ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.931, de 10/09/1937, p. 6.

⁷⁶ Cf. Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº 19.932, de 11/09/1937, p. 6.

2. Sanatórios Marítimos (para tuberculoses ósseas)

- Sanatório Marítimo do Outão (Setúbal) – 40 camas
- Sanatório Dr. José de Almeida (Carcavelos)
inicial - 26 camas
ampliado (1905) - 10 camas
- Sanatório marítimo da Gelfa (Vila Praia de Ancora, Caminha - 1929)
inicial - 60 camas
ampliado - 100 camas

3. Dispensários pertencentes à ANT

a) Dispensários centrais

Lisboa: 2 - central ou de D. Amélia

- Dr. Lopo de Carvalho
(Dispensário Escola ligado à FML)

Porto: 1 central e 2-3 do tipo A

b) Dispensários distritais:

Aveiro, Beja, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Funchal, Guarda, Leiria, Lisboa (Ajuda, Lumiar), Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real, Viseu.

c) Dispensários concelhios, tipo A (38)

Abrantes, Águeda, Alcanena, Alcobaça, Amarante, Anadia, Barcelos, Barreiro, Caldas da Rainha, Campo Maior, Cartaxo, Cascais, Chaves, Covilhã, Crato, Elvas, Estremoz, Ferreira do Alentejo, Figueira da Foz, Gouveia, Idanha-a-Nova, Lamego, Macedo de Cavaleiros, Marinha Grande, Matosinhos, Monchique, Moura, Nazaré, Póvoa de Varzim, Seia, Sabóia, Seixal, Sintra, Tomar, Trancoso, Vidigueira, Vila do Conde e Vila Real de St.º António.

d) Dispensários tipo B (3)

Tortosendo, Barquinha, Sangalhos.

4. Enfermarias-Abrigo

Em geral tinham capacidade para cerca de 30 doentes.

Covilhã, Marinha Grande, Alcabideche (pertencente à Armada, 23 camas).

5. Preventórios

Parede (Cascais), Santa Isabel (Funchal Madeira).

6. Dispensários não pertencentes à ANT

Coimbra (Dispensário da Universidade de Coimbra, Dispensário do Pátio da Inquisição), Porto (Cedofeita: Dispensário da Associação dos Tuberculosos do Norte de Portugal).

7. Sanatórios não pertencentes à ANT

Sanatório da Covilhã (nas Penhas da Saúde) propriedade dos Caminhos-de-Ferro Portugueses, altitude 1200 m, fachada de 170 metros, 3 pisos, 180 camas. A sua fachada exterior era muito semelhante à do célebre Sanatório de Davos (Suiça).

Sanatório General Carmona (Paredes de Coura: pertencente aos empregados dos Caminhos de Ferro, 750 m de altitude, 2 andares, 40 doentes).

Estância Sanatorial do Caramulo (Fig. 42)⁷⁷ (600 m de altitude, composto por vários estabelecimentos: Grande Hotel e Sanatórios anexos, com a lotação de 500 doentes).⁷⁸

Corpo Clínico da Estância Sanatorial do Caramulo (Fig.43)⁷⁹

Hospital Sanatório de Celas (Coimbra): pertencente à administração do distrito, destinado exclusivamente a doentes do sexo feminino.

Hospital Sanatório dos Covões (Coimbra) (Fig. 44)⁸⁰: estabelecimento de planície destinado a doentes do sexo masculino. Construído com dádivas dos portugueses residentes no Brasil, era conhecido por Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, tendo sido inicialmente destinado a receber órfãos de soldados mortos na Iª Grande Guerra.

Hospital Sanatório de Semide (Porto): pertencente à Misericórdia da cidade, com 2 pavilhões, enfermarias, uma para homens, outra para mulheres, no total de 98 camas.

Sanatório Vasconcelos Porto (S. Brás de Alportel): fundado pelos empregados dos Caminhos de Ferro, tinha capacidade para 20 camas.

⁷⁷ “Documento 42”, em Anexos.

⁷⁸ Em 1946 esta estância possuía um corpo clínico extenso e de elevada categoria profissional, como por exemplo o Prof. Manuel Tapia, médico espanhol que fora Director do “Hospital Nacional de Enfermidades Infecciosas e Tuberculose” de Madrid, e do “Sanatório de Fuenfria”. Fugido à Guerra Civil de Espanha, acabou por vir para Portugal tendo sido convidado a integrar, como Director Científico, o corpo clínico da Estância Sanatorial do Caramulo onde se encontravam em tratamento mais de 600 tuberculosos. Muito influenciado pela medicina germânica de raiz anatomo-clínica, reuniu em poucos anos um vasto material clínico e radiográfico que serviu de base à elaboração dum tratado que iria ser, durante cerca de uma década, o livro de texto de referência no estudo da tuberculose pulmonar. Destaca-se ainda, pela sua importância, o Prof. Dr. Bissaya-Barreto, reputado cirurgião e filantropo a quem se deve uma vasta obra no campo da saúde em geral e da tuberculose em particular.

⁷⁹ Em 1946, o Corpo Clínico da Estância Sanatorial do Caramulo era o seguinte: **Director Científico:** Dr. Manuel Tapia; **Director Clínico:** Dr. Celso Horta e Vale; **Chefes de Clínica:** Dr. Joaquim Pinto Nunes, Dr. António de Lucena Sampaio, Dr. António de Almeida Figueiredo e Dr. José Correia de Sá; **Assistentes:** Dr. José Maria Antunes, Dr. Manuel Pizarro Beleza, Dr. António de Lacerda Pinheiro, Dr. António de Lacerda B. Pereira e Sousa, Dr. Arnaldo Magalhães, Dr. Mário Geraldês Barba e Dr. Trajano da Costa Pinheiro; **Cirurgiões:** Prof. Dr. Bissaya-Barreto, Dr. Luís Quintela e Dr. Manuel Martins de Queirós; **Radiologista:** Dr. Carlos Guedes; **Analista e estomatologista:** Dr. Francisco Maurício Veloso; **Otorrinolaringologista:** Dr. Mário de Oliveira; **Estagiários:** Dr. Eduardo Esteves Pinto; **Cirurgião bolsheiro do IAC.,** Dr. Laureano Menendez de la Puente, Dr. Manuel Otero dos Santos, Dr. José Góis Guerreiro, Dr. Camilo Rodrigues de Almeida, Dr. Armando Guimarães Pinheiro, Dr. Manuel da Rocha Soeiro e Dr. Miguel Iglésias de Oliveira. V. “Documento 43”, em Anexos.

⁸⁰ “Documento 44”, em Anexos.

Sanatório Marítimo do Norte (Valadares, Porto): pertencente à Associação do Sanatório Marítimo do Norte, tinha capacidade para 100 doentes.

Sanatório Marítimo de Sant'Ana (Parede, Cascais): construído e instalado pela Sra. D. Freitas Chamaço, foi doado mais tarde à Misericórdia de Lisboa. Exclusivamente para mulheres e crianças, possuía 126 camas (Fig. 45)⁸¹.

8. Preventórios não pertencentes à ANT

*Preventório de Penacova (Coimbra): pertencente à Administração do Distrito de Coimbra.
Capacidade: 40 crianças.*

Ninho dos Pequenos (Coimbra): como o anterior, pertencia à Administração do distrito.

Preventório de Colares (Sintra): pertencente à Associação Preventiva da Tuberculose na Infância. Capacidade: 30 crianças.

Colónias de Férias à beira-mar: colónia balnear de “O Século” (S. João do Estoril), patrocinada pelo jornal do mesmo nome e colónia das Juntas de Freguesia de Lisboa (Cruz Quebrada, Costa do Sol) (Fig. 46)⁸², com capacidade para 120 crianças em sistema rotativo, de 15 em 15 dias, durante os meses de Junho a Setembro.

No cinquentenário da Fundação da A.N.T. (1899-1949), o Professor Costa Sacadura, da Academia das Ciências de Portugal, elaborou um opúsculo a enaltecer as excelsas virtudes que exornam o carácter da Senhora D. Amélia de Orléans e Bragança, referentes às obras de assistência que criou em Portugal. Essas suas três criações admiráveis que perduram e testemunham bem alto e claro – a Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e o Dispensário de Alcântara. Criou também a Comissão Técnica da A.N.T.:

⁸¹ “Documento 45”, em Anexos.

⁸² “Documento 46”, em Anexos.



Comissão técnica da A. N. T. nomeada em Junho de 1899—Prof. Alfredo da Costa (Presidente); Prof. Belo de Moraes; Dr. Santos Figueiredo; Prof. Carlos Tavares; Eng.º Duval Teles; Eng.º Serpa Pimentel; Arquitecto J. Lulz Monteiro e Dr. Costa-Sacadura (Secretário);



Fonte: Costa-Sacadura, *A obra da A.N. aos Tuberculosos e a Rainha D. Amélia através de algumas cartas inéditas*, Lisboa, 1949, p. 14

A construção e instalação das estruturas físicas de combate à tuberculose continuaram. E em Dezembro de 1940 foi inaugurado o sanatório Dr. João de Almada, na Madeira (Fig.47)⁸³.

Em 1941, no Sanatório Popular D. Carlos I, inicia-se o Serviço de Cirurgia Cárdio-Torácica, para aliviar o trabalho do serviço idêntico existente no Hospital Escolar de Sta. Marta.

Também a organização dos serviços não foi descurada. E, por isso mesmo, em 7 de Novembro de 1945 foi publicado o Decreto-Lei n.º 35.108, que reorganiza todos os Serviços de Assistência Social, e, no caso da luta anti-tuberculosa, nos Art.ºs 139º e 154º, extingue a ANT e cria o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT), dotado de personalidade jurídica e de autonomia técnica, administrativa e financeira, deixando de ter actividade particular e passando a ser financiado pelo Orçamento Geral do Estado, cujas estruturas foram aprovadas por despacho datado de 23 de Janeiro de 1946, com várias orientações programáticas, entre os quais ressalta:

⁸³ “Documento 47”, em Anexos.

- Direcção do IANT, com um Director (pasta médica) e um sub-director (pasta económica-administrativa).
- Responsabilidade do combate à tuberculose, de âmbito nacional, tanto no campo do diagnóstico como na da profilaxia e do tratamento.
- Criação de Centros de Profilaxia e Vacinação.
- Esboço de carreiras médicas e de enfermagem, obrigando todos os que quizessem trabalhar em Tisiologia (mesmo em Dispensários), a efectuar um estágio de especialização em Tisiologia (duração mínima de 30 dias).
- A direcção de Sanatórios só poderia ser exercida por Tisiologistas.
- A carreira médica do IANT compreendia as seguintes categorias: médico estagiário; 2º assistente; 1º assistente; chefe de Serviço e Director de Sanatório.

Deixou o Prof. Lopo de Carvalho (em finais de 1945), de ser o Director da ANT, passando a dirigir o novo Instituto, em 1946, o Dr. Albano Castelo-Branco, que já fazia parte da Comissão Executiva da ANT. Por limite de idade, cessou funções em Abril de 1952, sendo nomeado para o lugar o Dr. Carlos Miguéis Carvalho Dias, que, em 1964, também por limite de idade, foi substituído pelo Dr. Fausto Cancela de Abreu o qual, tendo posteriormente sido nomeado Ministro da Saúde, foi substituído pelo Dr. Eduardo Vilarinho que se manteve como Director da IANT até à sua extinção em 1974.

Em 27/4/1946 o IANT inicia a publicação de *Ordens de Serviço*, que eram enviadas a todos os serviços e estabelecimentos, e nelas se dava conta, a todos os funcionários, das deliberações da Direcção e da abertura de concursos para os quadros da instituição (médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos).

Em Dezembro de 1946 é inaugurado o Sanatório de Abravezes (Viseu) com capacidade para 100 doentes. Em 1947, no Sanatório Popular D. Carlos I, são construídos mais 4 pavilhões, passando a sua lotação para 600 doentes. De notar o significativo aumento que estas edificações vêm trazer, quando comparado com os períodos anteriores em que a capacidade deste Sanatório de referência não ultrapassava as 64 camas/doentes.

Neste mesmo ano é inaugurado, no Porto, o novo Sanatório de D. Manuel II, que, estando inicialmente previsto para 250 camas, foi ampliado podendo receber 600 doentes. Foi seu primeiro Director o Dr. Mário Cardoso a que se seguiu o Dr. Veiga de

Macedo. Também no ano de 1947, o IANT adquiriu a Quinta da Flamenga, na Via Longa, Póvoa de Sta. Iria, onde foi instalado um Sanatório com capacidade para 100 camas.

O Decreto n.º 36.600, de 22/11/1947, dividiu o País, para efeitos hospitalares, em 3 zonas (Norte, Centro e Sul), em regiões e sub-regiões. O IANT cria também 3 zonas idênticas, cada uma delas sob coordenação e controle de um inspector, tendo sido nomeados, respectivamente: Dr. Arnaldo Magalhães (Norte), Dr. Fernando Neves de Almeida (Centro) e Dr. Jorge Vieira (Sul), e nomeia ainda, como Delegado na Direcção do IANT na Zona Norte, o Dr. José Cabral.

Criam-se também os Centros de Diagnóstico e de Profilaxia, um para cada zona, com brigadas técnicas de provas tuberculínicas e de vacinação BCG da população anérgica, e brigadas de rádio-rastreio que, dispondo de aparelhos de microrradiografias, percorrem o país de lés-a-lés, incidindo a sua acção nos grupos de maior risco: escolas primárias e secundárias, faculdades, mancebos incorporados nas Forças Armadas, funcionários públicos e empresas com grande número de funcionários de grande risco tuberculoso (mineiros, siderurgia, indústrias química e metalomecânica, etc.).

Os sanatórios particulares passaram, por doação, a pertencer ao IANT, tais como o de Paredes de Coura, o de Semide (Porto), o das Penhas da Saúde (Covilhã) e o de S. Brás de Alportel (Algarve) (100 camas).

A Estância Sanatorial do Caramulo e o Sanatório de Celas e dos Covões (Coimbra), mantêm-se ligados a particulares.

Em 1952 inicia-se uma consulta de Doenças Cardio-Vasculares; em 1953 é criado o Centro de Cirurgia Torácica, e no ano seguinte, o serviço de Broncologia passa a estar a cargo do Dr. Pereira Dias, no Sanatório Popular D. Carlos I.

Em 1956, no Convento do Barro (em Torres Vedras) é instalado um Sanatório com capacidade para 120 pessoas, do sexo masculino, sendo nomeado seu Director, o Dr. José Maria Antunes, que se manteve até à sua morte, em 1990.

2.4- Da década de Sessenta do séc. XX a 1975

As campanhas internacionais de BCG levadas a cabo pela OMS tiveram o seu impacto também em Portugal. Assim, logo em 1960, nos terrenos pertencentes ao Sanatório Popular D. Carlos I (Lisboa), é inaugurado um novo pavilhão, com capacidade para 248 doentes, designado Sanatório Rainha D. Amélia, com direcção técnica e administrativa independente daquele, sendo nomeado seu Director, o Dr. Álvaro Negrão, e gerente o Sr. António José Madureira Primparel. Mas em finais de 1973, os dois sanatórios, são fundidos, juntamente com o Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul, num único estabelecimento, o Centro Sanatorial do Lumiar, com capacidade para cerca de 850 doentes.

Em finais de 1964, e baseado na sua anterior experiência na Guiné Portuguesa, o Dr. Fernando Neves de Almeida (inspector da Zona Centro), com o apoio da fundação Calouste Gulbenkian, põe em marcha o Projecto-Piloto de Erradicação da Tuberculose do distrito de Leiria, o qual, baseado em equipas de rastreio tuberculínico de toda a população do distrito, de vacinação BCG, dos anérgicos, rastreio microrradiográfico dos adultos e consulta e despiste, em dispensário Móvel, a cargo dum tisiologista (Dr. Jesus Martins), apoiado por um aparelho de Raios X que efectuava radiografias do tórax aos indivíduos com imagens suspeitas ou duvidosas na micro, procurava despistar os novos casos de TP e encaminhá-los para tratamento domiciliário (os casos mais simples, ficariam adstritos aos Dispensários da sua área de residência, e com enfermeiras-visitadoras para controle da tomada de medicamentos) ou para Sanatório, sempre que a situação o justificasse.

Em 1969, os 3 Dispensários da zona do Porto, sob a acção coordenadora e impulsionadora do Dr. José Cabral, levam a cabo a tomada controlada de medicamenos antibacilares em doentes ambulatorios.

Por volta de 1970, convencidas as instâncias superiores e muitos pneumologistas, de que a T.P. estava controlada e erradicada da Europa, graças à existência de medicamentos específicos para combater o BK, os Sanatórios perdem a sua importância como estabelecimentos de cura de repouso (*tendo sido esquecida a sua outra grande função, que nunca foi suficientemente valorizada e que era o isolamento dos doentes crónicos bacilíferos, multi-resistentes*) e são considerados

obsoletos, assistindo-se ao seu encerramento progressivo. Tiveram este destino os Sanatórios de Abravezes, de Paredes de Coura, das Penhas da Saúde, da Flamenga e da Ajuda, bem como a desactivação de muitos Dispensários.

Depois de 11 de Março de 1975 (tentativa falhada de golpe militar), os Sanatórios que ainda não tinham sido encerrados, passam a Hospitais, ou são desactivados.

Pelo Decreto-Lei 260/75, o Centro Sanatorial do Lumiar é transformado no Hospital Central de Pulido Valente, com prevalência pneumológica, na dependência da Direcção-Geral dos Hospitais (homenageando-se, assim, uma figura da Medicina Portuguesa, o Professor Doutor Pulido Valente)⁸⁴; por outros decretos, o Sanatório D. Manuel II, passa a Hospital Central Santos Silva; os Sanatórios de Celas e Covões passam a integrar o Centro Hospitalar de Coimbra. Os Sanatórios de Portalegre e S. Brás de Alportel, são desactivados, mantendo um número restrito (30) de camas, destinados a doentes tuberculosos. O Sanatório do Barro (Torres Vedras) mantém-se como tal e serve de apoio, no que respeita à tuberculose, ao Hospital de Pulido Valente.

A maioria dos Dispensários anti-tuberculosos é varrida por um *vendaval de encerramentos*, passando os *resistentes* a pertencer à Direcção-Geral de Saúde, com a designação de Serviço de Luta Anti-Tuberculosa (SLAT).

Mas esqueceram-se de uma coisa. A tuberculose é uma doença multi-facetada, causada por um bacilo com grandes capacidades morfológicas, adaptando-se facilmente aos novos medicamentos e criando doentes multirresistentes.

⁸⁴ O Professor Francisco Pulido Valente, Patrono do Hospital foi fundador da Escola de Medicina Interna, que dominou, no século passado, a cena médica portuguesa, trazendo para a clínica o rigor e os métodos de análise das ciências fundamentais. Pulido Valente produziu no Hospital Escolar e nas Ciências Médicas a grande acção reformadora e revolucionária do século passado. Fê-lo quer como professor universitário, quer como clínico. Pode dizer-se que Pulido Valente encarou a medicina interna dum modo diferente do das influências reinantes no seu tempo. Contrapôs a essa medicina a da escola alemã, que então dominava a ciência médica mundial, com grande apoio na morfologia e nas ciências laboratoriais nascentes – à impressão clínica contrapunha a certeza laboral. Mas não foi só no plano científico e clínico que o Professor Pulido Valente marcou o seu tempo. Também no caminho cultural, social e cívico a figura do Professor assumiu projecção nacional. Ficou célebre a tertúlia do seu consultório, admiravelmente pintado por Abel Manta, onde se juntavam artistas e homens de letras, cientistas e políticos. Naqueles tempos obscuros de ditadura, a inflexível postura democrática do Professor Pulido Valente custou-lhe o lugar de Professor Catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, do qual viria a ser demitido em 1947.

O regresso dum grande número de indivíduos, desalojados do antigo Ultramar Português (entre 700 mil a 1 milhão), cria novas condições para uma maior incidência de novos casos de tuberculose.

E, deste modo, desintegrando-se uma estrutura que, por erros vários, não conseguira erradicar a Tuberculose, mantém-se a sua endemicidade no país e não se constroem estruturas que consigam obter a erradicação da doença, tendo, no sentido negativo, acabado com os Boletins de Sanidade e com os Rastreios tuberculínicos e microrradiográficos dos indivíduos dos grupos de risco (emigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa - PALOP).

CAPÍTULO III – O HIGIO-SANITARISMO

3.1- As preocupações higienistas no Ensino Médico

A partir dos finais do sécu. XVIII, os governos europeus começaram a assumir responsabilidades na manutenção da saúde da nação, e os médicos interessaram-se, cada vez mais, pela higiene colectiva⁸⁵. Em consonância com estas preocupações, a Reforma Pombalina dos Estudos Médicos da Universidade de Coimbra, cujos estudos foram promulgados em 1773, colocava a Higiene e a Terapêutica entre as matérias leccionadas no 3º ano. Por sua vez, em 1866, o curso de Medicina de Coimbra incluía no 5º ano a disciplina «Higiene Pública e Polícia Médica»; ao passo que as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto colocavam no 4º ano a disciplina de «Higiene», e no 5º ano a de «Medicina Legal e Higiene Pública».

Com a criação das Universidades de Lisboa e do Porto, em 1911, o ensino médico foi equiparado nas três universidades portuguesas.

De facto, como refere Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro, foi essencialmente, a partir do século XIX que «se desenvolveram as estratégias sanitárias que se desenharam com a chamada “polícia médica”, enquanto quadro mais ou menos integrado de medidas pensadas em conjunto, marcadas pela aproximação do médico ao domínio político. Essa relação promoveu o controlo e a vigilância pela Medicina das diversas áreas da vida social, com o predomínio do Saber erudito e veiculado pelas universidades sobre os Saberes populares, transmitidos de geração em geração e pelos processos corporativos tradicionais. Foi neste contexto que se verificou a influência da Medicina sobre o ordenamento social, doutrinando sobre comportamentos colectivos, sobretudo nas práticas relativas à limpeza urbana e aos problemas de focos de insalubridade, para atingir depois a dimensão familiar e intimidade. Ganhou então relevo como palavra-chave o termo “higiene”⁸⁶».

⁸⁵ Para mais pormenores sobre o Ensino Médico, veja-se F. A. Gonçalves Ferreira, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, 1990, pp. 204-212.

⁸⁶ Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro, *Ajudar a Nascer. Parteiras, Saberes Obstétricos e Modelos de Formação (Sécs. XV-XX)*, tese de doutoramento, Porto, 2003, p. 58.

Existe, a partir de finais do século XIX, uma figura pública que merece destaque pelo seu prestígio e conhecimento nas áreas da investigação e das ciências médicas. Trata-se do Prof. Dr. Ricardo Jorge (Fig. 67)⁸⁷ que ocupava os cargos de:

- Inspector dos Serviços Sanitários
- Lente da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa
- Director do Instituto Central de Higiene.

No edital de 9 de Janeiro de 1903 da autoria de Ricardo Jorge é publicada a abertura de matrícula, para a admissão e frequência do curso de medicina. O documento define o perfil dos candidatos que podem inscrever-se no referido curso e os documentos a apresentar.

Assim, os candidatos a médicos sanitários teriam que ser:

- Médicos formados pelas Escolas de Medicina do país.
- Alunos de Medicina que tenham concluído o último ano de curso médico-cirúrgico.

O diploma de médico sanitário seria passado pelo Instituto Central de Higiene. Estes cursos tinham por objectivo dar formação na área da administração, da legislação, da polícia sanitária, da demografia, da estatística, da epidemiologia da bacteriologia aplicada à higiene, da profilaxia anti-infecciosa, da meteorologia, da hidrografia, da microscopia e da clínica sanitária.

Pode concluir-se que o regulamento anterior dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose, sobre as inspecções sanitárias, pretendeu articular de forma eficaz, os estabelecimentos públicos e privados de instrução e os serviços de higiene sanitária.

Essa articulação sobressai principalmente na definição de normas dirigidas principalmente à profilaxia e ao tratamento dos alunos e respectivas famílias, com doenças consideradas transmissíveis como a tuberculose e perigosas para a colectividade.

No referido Regulamento também se estabelecem regras para a construção e reparação das escolas primárias rurais e urbanas. Essas construções tinham que considerar alguns aspectos como, por exemplo, a conveniência do ensino e os preceitos de higiene (local apropriado, iluminação, arejamento, material...).

⁸⁷ “Documento 67”, em Anexos.

3.2- O higio-sanitarismo através da Legislação

Tal como já referimos anteriormente, a criação e consolidação da Consciência Sanitária⁸⁸ por parte da sociedade e a sua transferência para a legislação por parte do Poder político tiveram um papel importantíssimo no combate à proliferação da tuberculose. Por isso, passaremos a analisar os diplomas que, em nosso entender, tiveram impacto na organização do combate à tuberculose já que o estudo de qualquer fenómeno social deve inserir-se também numa lógica normativa. Assim, ao pretender-se estudar uma doença como a tuberculose torna-se necessário aflorar o pensamento legal da época. Tendo em conta esse princípio, será feita seguidamente uma abordagem a alguns documentos de legislação sanitária, que nos permitirão interpretar a evolução das preocupações do Estado Português em relação à tuberculose.

Para melhor percebermos a realidade de meados do séc. XIX, trazemos à colação um trecho de Albino de Figueiredo sobre os problemas sociais sentidos na urbe olissiponense bem como nas suas periferias:

“As vilas do distrito de Lisboa e a cidade propriamente dita têm chegado a um ponto notável de decadência (...). O tempo, não encontrando na sua acção destruidora o trabalho e indústria do homem, vai reduzindo os edifícios a pardieiros, fazendo estes já uma considerável parte das vilas”⁸⁹.

Semelhante quadro deixa antever a existência de graves problemas de salubridade que, aliás, se prolongariam no tempo, deles fazendo eco a imprensa quando então se começou a publicar, no último quartel de 1900. Como lembra João Cosme, foi em meados de *Oitocentos* que os poderes instalados começaram a olhar de modo acentuado para o problema sanitário, tomando medidas que levariam o seu tempo a surtir resultados.

Segundo este autor:

“Pode dizer-se que o Movimento Regenerador não se preocupou única e exclusivamente com a dinâmica económica. Também tomou medidas importantes, com vista à prevenção da saúde dos

⁸⁸ Sobre este conceito, veja-se E. Robles González, J. Bernabeu Mestre e F. G. Benavides, «La tansición sanitária: una revisión conceptual», in *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, I, 1996, pp. 117-144.

⁸⁹ Albino de Abranches Freire de Figueiredo, *Memória sobre alguns melhoramentos possíveis da vila e do concelho de Alenquer*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1851, p. 5.

*trabalhadores. O ano de 1855 é uma data marcante na consubstanciação da defesa da salubridade industrial”.*⁹⁰

Datam precisamente deste período os códigos e posturas municipais em relação às preocupações com a indústria, mas dando acolhimento a uma, ainda que tímida, tentativa em colocar alguma ordem na vivência cidadina e nas relações sociais entre os seus habitantes.

Tal viria a acontecer com o Código de Posturas que entrou em vigor em 1888. Segundo este autor:

*“(...) os anos de 1894 e 1899 distinguiram-se pela publicação de medidas protectoras da qualidade dos produtos de consumo alimentar (...). A legislação higio-sanitária apresentava duas linhas de acção estratégica. Havia normas de âmbito geral que eram complementadas, numa perfeita articulação sistémica, pelas regras de acção regional e local”*⁹¹.

O decreto de 28 de Dezembro de 1899 deu forma legal ao Instituto Central de Higiene, decreto esse que foi revalidado pela carta de lei em 12 de Junho de 1900.

3.2.1 - Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública de 24 de dezembro de 1901

Logo nos inícios do século XX, ainda na vigência da monarquia, o sistema sanitário em Portugal passou a ter uma nova estrutura institucional com a publicação, em 24 de Dezembro de 1901, pelo governo de Hintz Ribeiro, do *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e de Beneficência Pública*, redigido pelo higienista Ricardo Jorge. Importa prestar alguma atenção ao preâmbulo do decreto que aprova esse regulamento, pois, na sua linguagem mecanicista, permite-nos intuir a finalidade sistémica do articulado, em nome da necessidade de ultrapassar o «*período embrionário*» dos serviços de sanidade e ajustar a política «*às exigências científicas e sociais da higiene, bem como às condições administrativas e económicas do país*»:

«Reconcertar o mecanismo sanitário nas suas rodagens activas, sistematizando-lhe peça por peça as relações, o funcionamento e a

⁹⁰ João Cosme, «As preocupações higio-sanitárias em Portugal (2ª metade do Séc. XIX e princípio do Séc. XX)», in *História – Revista da Faculdade de Letras*, 3ª Série, Vol. 7, Porto, 2006, p. 194.

⁹¹ *Ibidem*, p. 194

finalidade, de modo a assegurar o pleno exercício do seu trabalho em proveito da saúde pública, tornava-se de facto a obra essencial; a seguir viriam encadeados os regulamentos parciais e as instruções referentes às variadas espécies higiénicas, a cada qual compete capitulação própria de regime, o que nos países que primeiro romperam e avançaram modernamente na legislação sanitária, se foi a pouco e pouco incorporando num código de tomo, sempre aberto às adições que os progressos da ciência e a sua integração administrativa incessantemente promovem»⁹².

Tratou-se, assim, de definir os novos organismos centrais e os órgãos externos, nomeando os funcionários, distribuindo poderes e atribuições, chamando, de uma forma mais clara para a administração geral (o governo) o controlo e a fiscalização das políticas sanitárias. E, a classe médica, passou a ser «*confiadamente, o esteio do sistema sanitário inaugurado*».

Prescrevem-se normas de estatística, declarações profiláticas, em suma, impõe-se um «*direito sanitário*», tomando como exemplos a Inglaterra e a Alemanha, fechando o decreto com a invocação da máxima de Leibniz: «*a saúde e o bem-estar são o melhor alvo da preocupação do homem*». Com este regulamento, a superintendência dos serviços de saúde e beneficência passavam para a imediata dependência do Ministério do Reino, competindo os serviços à *Direcção-Geral da Saúde e Beneficência Pública*, que passaria a informar praticamente todas as decisões políticas neste domínio e cujo Director-Geral seria obrigatoriamente um médico higienista. Sublinhe-se a mesma supervisão administrativa para os dois tipos de problemas - acção sanitária e acção beneficente - um aspecto ambivalente que perdurou na administração portuguesa até 1911 (ao nível da direcção-geral).

A palavra «*beneficência*» deu lugar, mais tarde, a «*assistência*», o que sedimentou uma ambiguidade manifesta na organização dos serviços públicos de saúde em Portugal, durante a maior parte do século XX, em que as funções de controlo da salubridade se confundiam com as do controlo social, como se as duas vertentes («*patologia biológica*» e «*patologia social*») se resumissem a uma só patologia.

Nos seus termos regulamentares, estes serviços de saúde contemplariam o estudo e a vigilância da sanidade pública, higiene social e vida física da população,

⁹² «Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901», in *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº 1, 1902, p. 3.

promovendo as condições da sua melhoria, abrangendo a defesa contra a invasão de moléstias exótico-pestilenciais, desenvolvendo a estatística demográfico-sanitária, a prevenção e combate das moléstias infecciosas, a salubridade de lugares e habitações, a inspecção das substâncias alimentícias, a higiene da indústria e do trabalho, a polícia mortuária, o exercício médico-profissional e quaisquer outras aplicações de higiene pública. No âmbito destes largos poderes (que se regulam por 347 artigos), cabia às autoridades sanitárias a matrícula de facultativos, farmacêuticos e dentistas (as três profissões admitidas no quadro de saúde), registar os respectivos diplomas de habilitações, proceder contra os que se subtraíssem ao registo ou exercessem sem as condições previstas na lei ou, ainda, contra os que recusassem o auxílio da sua profissão quando convocados.

Institucionalizou-se, por este regulamento de 1901, o Instituto Central de Higiene (já antes criado por Decreto de 28 de Dezembro de 1899) para fazer investigação, dar formação em saúde pública, fazer a divulgação das conquistas da higiene e promover análises relativas a fiscalizações, ao qual se veio, mais tarde, a dar o nome de Instituto Ricardo Jorge, em reconhecimento ao conhecido médico que liderou e concebeu este novo ordenamento sanitário. E, para tornar conhecida a legislação, as circulares, as ordens, as nomeações e outros assuntos que passavam pela Direcção-Geral e interessavam a todo o sistema, passou-se a publicar o *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*⁹³.

São atribuídas às Câmaras Municipais responsabilidades no âmbito da saúde pública, nomeadamente nas obras de salubridade e no combate das doenças infecciosas. Também torna obrigatório, em todo o país, a desinfecção dos alojamentos dos tísicos quando mudam de domicílio, ou quando morrem.

Este regulamento destaca o papel do médico na profilaxia das doenças infecciosas que na época eram vistas como um grande entrave ao progresso social.

No âmbito da saúde pública é realçada a importância das cidades de Lisboa e do Porto na área da especialização e investigação sanitária, pois é nessas zonas que se encontram os grandes aglomerados urbanos, e como tal, mais facilmente podem ser alvos de epidemias.

⁹³ *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, 1903, pp.146 -148.

Segundo a fonte em análise, a cidade do Porto entre 1868 e 1898, «*jazia ainda nos obsoletos e mesquinhos moldes*»⁹⁴ da organização sanitária.

3.2.2 - Regulamento dos serviços de higiene pública de 24 de Dezembro de 1901⁹⁵

Este documento realça alguns aspectos na área sanitária que merecem destaque:

- Que a «*riqueza pública e a sanidade pública*»⁹⁶, numa sociedade moderna, devem andar a par.
- Que o progresso sanitário do país teria que passar pela melhoria efectiva da saúde pública geral e, sobretudo, as regras a aplicar visavam regular e estabilizar o sistema sanitário do país que nunca foi valorizado, permitindo o avanço de focos epidémicos de difícil controlo como foi a peste no Porto.

Com o regulamento referido o governo criou novas regras de actuação da inspecção sanitária marítima. Os governantes estavam conscientes, que «*a casa naval carecia de uma salubridade severa*»⁹⁷.

Os navios que transportavam passageiros e colonos tinham de obedecer a requisitos que assegurassem os interesses sanitários da sua população em viagem. Assim, a sanidade dos portos e embarcações mereceu a atenção dos governantes o que não tinha sido contemplado nas práticas anteriores de controlo sanitário.

Neste regulamento também ressalta um aspecto digno de destaque que tem a ver com a abertura à navegação de novos portos. Lisboa até essa data era a única cidade que controlava a sanidade marítima e, por isso, a única porta aberta à navegação. Ora, esta situação restritiva criava prejuízo ao comércio de outras cidades do reino. Assim,

⁹⁴ «Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência», de 24 de Dezembro de 1901, in *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº.1, 1902, p. 5.

⁹⁵ Publicado no *Diário do Governo*, nº.291, 24 de Dezembro de 1901, pp. 1037-1070.

⁹⁶ «Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência», de 24 de Dezembro de 1901, in *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº.1, 1902, p. 6.

⁹⁷ *Ibidem*.

a abertura de novos portos seria autorizada depois desses locais serem dotados de um sistema de quarentena.

Com este regulamento procedeu-se não só a uma melhor estruturação e organização (Artº 11º), mas também se especificou a missão desta Direcção.

Assim, segundo o Artº 10º

«Os serviços de saúde têm por fim vigiar e estudar quanto diz respeito à sanidade pública, à higiene social e à vida física da população, promovendo as condições da sua melhoria, e abrangem a defesa contra a invasão das moléstias exótico-pestilenciais, a estatística demográfico-sanitária, a prevenção e combate das moléstias infecciosas, a salubridade dos lugares e habitações, a inspecção das substâncias alimentícias, a higiene da indústria e do trabalho, a polícia mortuária, o exercício médico-profissional e quaisquer outras aplicações da higiene pública.»

Neste mesmo regulamento foram atribuídas competências aos Serviços Externos, os quais tinham as competências e responsabilidades seguintes:

« Artº 49º - Os serviços sanitários externos competem aos médicos e funcionários do corpo de saúde pública, aos corpos administrativos, magistrados e autoridades administrativas e policiais, nos limites da respectiva jurisdição e segundo as atribuições que lhes incumbem por leis, decretos e regulamentos, devendo todos cooperar na melhor harmonia e eficácia para o cabal desempenho dos serviços de saúde pública»

«Artº 50º - Compete em geral ao médico sanitário, dentro da área territorial consignada:

1º Vigiar o estado sanitário, fiscalizar e promover a execução das leis, regulamentos e posturas, referentes à sanidade pública;

2º Prover às necessidades sanitárias, dentro das faculdades e recursos de que dispõe, e desempenhar directamente, com autoridade e responsabilidade próprias, os serviços da sua exclusiva competência profissional, tomando deliberações e medidas no uso das atribuições designadas neste regulamento geral e nos regulamentos especiais;

3º Solicitar, nos mesmos termos, dos poderes locais a sua cooperação e requisitar a sua intervenção para execução dos trabalhos e providências sanitárias, devendo reclamar para a estância técnica imediatamente superior contra os embaraços postos ao legítimo cumprimento das suas atribuições, requisições e propostas;

4º Prestar toda a coadjuvação, conselho e informações no que depende das suas funções, às autoridades e corporações locais correspondentes;

5º Cumprir as requisições de serviço que lhe forem feitas pelas mesmas entidades, no uso da autoridade que devidamente lhes couber; e

6º Promover junto das autoridades competentes, civis, administrativas e judiciais, a coibição ou punição das transgressões das leis e regulamentos sanitários.»

Também os governadores civis passaram a integrar o conjunto dos agentes com responsabilidades na luta fiscalizadora e preventiva da saúde pública.

Também os administradores dos concelhos, assim como as câmaras municipais, não ficaram isentas destas tarefas. Também eles tinham atribuições distribuídas neste combate pela saúde pública.

Este regulamento não se alheou da nova realidade da ciência. Assim, o Real Instituto Bacteriológico de Lisboa foi inserido neste projecto. Estava-se no início das grandes descobertas bacteriológicas pelo que, esta instituição, em conformidade com o Artº 162º deveria:

« 1º Proceder às análises bacteriológicas que lhe sejam requisitadas pelos serviços sanitários, ou solicitadas por corporações particulares, na conformidade regulamentar;

2º Instituir trabalhos científicos de investigação bacteriológica de qualquer ordem, e especialmente os de aplicação profiláctica e higiénica, assim como cursos de instrução doutrinal e prática da bacteriologia;

3º Contribuir com os trabalhos da sua competência para o estudo e determinação das moléstias infecciosas e epidémicas que grassem no país;

4º Praticar as vacinações anti-rábicas em todas as pessoas, qualquer que seja o seu domicílio e nacionalidade, que para tal fim se apresentem e ofereçam indicações para semelhante tratamento;

5º Preparar os soros terapêuticos e profilácticos contra a difteria, tétano, peste e quaisquer outras doenças, sempre que a sua aplicação seja de reconhecida eficácia e a instalação do Instituto se preste ao seu preparo;

6º Fabricar as vacinas eficazmente empregadas na profilaxia das doenças contagiosas;

7º Hospitalizar e tratar os mordidos por animais considerados raivosos, os diftéricos, e outros enfermos de moléstias infecciosas que por conveniência de estudo ou outro qualquer motivo possam ser internados nas enfermarias anexas ao Instituto; e

8º Desempenhar os serviços conformes ao seu destino, que lhe forem superiormente cometidos.

§ único. Os trabalhos científicos e estatísticos do Instituto serão coligidos em publicação especial nas condições superiormente designadas sob proposta do director.»

A propagação das doenças infecciosas por contágio era uma preocupação deveras importante, já que era assim que a doença se expandia, pelo que foi

estruturado o Serviço Sanitário da Fronteira quer na dimensão marítima quer na dimensão terrestre.

Nesta realidade, o Artº 226º especificava:

« Às autoridades sanitárias dos distritos limítrofes da raia compete normalmente, e nos termos regulamentares da sanidade interna, a vigilância do estado sanitário e a aplicação das providências urgentes no sentido de evitar a entrada e disseminação de moléstias epidémicas que grassem nas zonas fronteiriças do reino vizinho.»

Os serviços marítimos sanitários foram integrados no plano estabelecido para a sanidade geral. Em cada porto esses serviços eram organizados do ponto de vista racional bem como prático. Aos chefes dos serviços em causa foram atribuídas responsabilidades sanitárias numa perspectiva de vigilância consciente e eficaz.

3.2.3 - Portaria de 4 de Agosto de 1902

Tal como referimos anteriormente, a bacteriologia começava a marcar profundamente a perspectiva epidemiológica de abordagem da doença. A decisão impunha-se cada vez mais. Em consonância com esta nova realidade; e, por isso, a pedido da ANT, o Rei autorizou o director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana a ampliar provisoriamente o serviço de análises bacteriológicas, para pesquisar tudo o que estivesse associado ao bacilo da tuberculose. Com esta autorização a ANT pode aprofundar as pesquisas experimentais sobre a tuberculose. Segundo a portaria⁹⁸ de 4 de Agosto de 1902 o referido laboratório ficaria sob responsabilidade de um médico especialista, contratado pela associação ANT que custearia também as despesas com as pesquisas laboratoriais.

Transparece à primeira vista que as associações particulares e a sociedade civil, de uma forma geral, estavam sensibilizadas e até se sentiam responsabilizadas em procurar resolver o flagelo da tuberculose.

Em 30 de Agosto de 1902 é publicado um decreto que define novas regras sobre os serviços profiláticos contra a tuberculose. Como nos apercebemos pelas datas dos dois documentos legislativos (4 e 30 de Agosto), é notória a preocupação do governo,

⁹⁸ Publicada no *Diário do Governo*, 4 de Agosto de 1902, p. 794.

da sociedade civil e da comunidade médica em assumirem responsabilidades na luta contra a tuberculose.

Tratando-se da principal doença infecciosa que na época atingia Portugal houve necessidade de adequar as leis sanitárias, para assim dar voz ao movimento médico-social criado à volta da tuberculose.

Segundo o decreto em análise, neste período ainda não tinham sido feitos estudos sobre as consequências ou os reais estragos provocados no país pela tuberculose. Mas como o combate a esta doença era também uma das formas de a conhecer melhor, o governo tomou a iniciativa de promover um censo geral dos tuberculosos. Apelou à classe médica para sua colaboração na realização do referido censo.

Embora não houvesse estudos epidemiológicos da tuberculose no nosso país, o número de mortos nas duas principais cidades (Lisboa e Porto) associados à tuberculose era muito elevado. Os serviços de saúde também constataram que havia lugares na província indemnes, isto é, que não tinham sofrido danos infecciosos de destaque, e que estavam a ser atingidos pelos emigrantes que infeccionados nos grandes centros urbanos procuravam terras isoladas ou locais saudáveis para aliviar o seu sofrimento.

O avanço da tuberculose no nosso país sensibilizou as autoridades sanitárias, a classe médica e a sociedade civil, levando-as a concluir que era necessário «sopear»⁹⁹ a tuberculose. Para o governo da época combater a doença significava aumentar a população e melhorar a sua qualidade de vida; por outro lado a riqueza pública teria grandes vantagens, pela melhoria das suas fontes produtivas e pela poupança realizada, combatendo-se a tuberculose.

3.2.4 - Regulamento (30 de Agosto de 1902) dos serviços de profilaxia da tuberculose¹⁰⁰

Este combate ganhava cada vez mais adeptos e formas de actuação. Assim, usava-se a “propaganda” (leia-se educação para a saúde) bem como o recurso à

⁹⁹ «Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose», de 30 de Agosto de 1902, in *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº 2, p. 3.

¹⁰⁰ Publicado no *Diário do Governo*, 30 de Agosto de 1902, pp. 864-865.

componente preventiva. Porém, o efectivo conhecimento desta “calamidade” não era descuidado, já que só se poderia combater se efectivamente se conhecesse a sua verdadeira dimensão.

Esta preocupação está bem visível nas preocupações dos governantes, pelo que passamos a transcrever um extracto da mesma:

« A tuberculose assume o lugar primacial entre as moléstias infecciosas que importa combater por todos os modos, é trivialidade que nem merece já ser repetida, e justo é reconhecer quanto esse princípio nos últimos tempos abriu caminho entre nós por todos os modos – por ideias, por palavras e por obras.

O balanço dos estragos da tuberculose no país está ainda por precisar; e, como tanto mais vantajoso é o combate quanto melhor se conhece o inimigo, o Governo toma a iniciativa de promover um censo geral dos tuberculosos, esperando da classe médica todo o seu esclarecido e benemérito concurso.»

Salienta-se apenas o artigo 1º deste regulamento referindo que os médicos eram obrigados a informar as delegações ou sub-delegações de saúde se nas suas práticas clínicas encontrassem casos ou óbitos relacionados com a tuberculose.

Com a publicação destes dois regulamentos começa a desenvolver-se uma consciência sanitária.

3.2.5 - Associação Nacional contra a Tuberculose

A portaria de 20 de Fevereiro de 1903 aprova os estatutos da Associação Nacional contra a Tuberculose. A referida organização é constituída pela aliança de associações locais, tendo a sua sede em todos os pontos do país onde se possam instituir, particularmente nas capitais de distrito. Esta associação tinha por fim combater por todos os modos (de propaganda e de divulgação)¹⁰¹ a tuberculose.

3.2.5.1 - Os Estatutos

- Cada associação local usa o nome da Liga/Associação acrescentado do nome da localidade onde tem a sua sede (Artº. 2º).
- As associações locais regem-se e administram-se de forma autónoma e independente de todas as outras (Artº. 3º).
- Os diferentes núcleos associativos locais estão ligados por laços de auxílio recíproco, tanto moral como material (Artº. 4º).

¹⁰¹ *Ibidem.*

- Somente constitui lei comum o que for decidido por maioria de votos em congresso de delegados dos diferentes núcleos (Artº. 5º).
- A Liga Nacional contra a Tuberculose, núcleo de Lisboa, compõe-se de um número ilimitado de sócios, que se distribuem por duas classes, a dos sócios técnicos, só composta por médicos, e a dos sócios aderentes de que fazem parte os sócios não médicos (Artº. 7º).
- Cada sócio pagará 15.000 reis de quota anual para as duas classes (Artº.9º).
- A Direcção da Liga é constituída por um presidente, um secretário-geral, um 1º e 2º secretários e um tesoureiro (Artº. 12º).

3.2.5.2 A Organização

Os trabalhos da liga distribuíam-se por três comissões. Cada comissão era constituída por trinta e um membros:

- A comissão de Vulgarização
- A comissão de Legislação
- A comissão de Propaganda dos Sanatórios (Artº. 25º)

3.2.5.3 Comissão de Vulgarização

A Comissão de Vulgarização destinava-se a divulgar os conhecimentos científicos indispensáveis a uma defesa individual e colectiva da doença (Artº. 20º).

A acção desta comissão estender-se-ia ao distrito de Lisboa e acidentalmente a todas as localidades do país, onde não houvesse e não se pudesse formar outros núcleos locais (Artº. 21º).

A atenção da Comissão de Vulgarização também foi particularmente dirigida para os seguintes aspectos:

- Instrução popular
- Barateamento dos alimentos
- Falsificação dos alimentos
- Alimentos tuberculizados
- Bairros operários
- Trabalho de mulheres e crianças
- Limpeza municipal
- Águas
- Esgotos
- Associações de socorros mútuos
- Declaração obrigatória de doenças
- Desinfecções
- Escarradores nos lugares públicos (Artº. 24º)

A divulgação do conhecimento científico seria feito da seguinte forma:

- Por conferências em bairros ou freguesias nas cidades ou fora delas.
- Por folhetos para serem distribuídos em abundância e tanto quanto o permitisse os recursos da Liga.
- Por folhetos especialmente destinados aos professores de instrução primária e outros funcionários.
- Criar inserções na imprensa diária.
- Publicar um jornal de divulgação.
- Por todos os modos considerados eficazes (Artº. 22º).

3.2.5.4 Comissão de Legislação

A Comissão de Legislação destinava-se a:

- Estudo de todas as questões sociais que influenciam na extensão da tuberculose.
- Divulgação das medidas a adoptar para realizar melhoramentos nas leis, nas posturas municipais ou nos costumes oficialmente adoptados.
- Elaboração de projectos a dirigir aos poderes do Estado ou às municipalidades.
- Estudo das organizações associativas de previdência e outras igualmente relacionadas com a Liga (Artº. 23º).

3.2.5.5 Comissão de Propaganda dos Sanatórios

A Comissão de Propaganda destinava-se a fazer propaganda a favor da criação de sanatórios, dispensários, associações de apoio às famílias dos tuberculosos hospitalizados ou saídos dos hospitais e sanatórios (Artº. 25º).

3.2.6 - Portaria de 5 de outubro de 1903

Depois de uma análise sucinta a esta portaria destaca-se o seguinte:

- O governo nomeou uma comissão para estudar tudo quanto estivesse relacionado com a «*invasão da tísica*»¹⁰² no exército.
- Que o exército recebia da população civil o «*germe do mal*»¹⁰³, que por toda a parte se desenvolvia de modo ameaçador.
- Era necessário opor uma barreira ao «*mal temeroso*»¹⁰⁴ e assegurar as melhores condições de salubridade no exército.
- Que destino dar aos soldados em que a tuberculose se tenha manifestado.

¹⁰² Relatório de 30 de Outubro 1903, in *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº 3, pp. 131-146.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Ibidem*.

Ressalta deste documento uma preocupação das autoridades perante a tuberculose, que começava também a ser muito visível no exército e que era necessário combater.

3.2.7 – Relatório de 30 de outubro de 1903

Este documento reflecte o estudo que o médico António Maria Lencastre e uma comissão, chefiada pelo Príncipe Frederico Carlos Hohenlohe, fizeram na Ilha da Madeira para a criação de um sanatório para doentes com tuberculose.

O referido relatório começa por situar-nos no contexto científico do passado e do presente. Realça o papel dos médicos, dos cientistas e dos filósofos no campo da medicina, como Hipócrates, Laennec, Villemin, Koch, Pasteur e outros. As conquistas que as ciências médicas fizeram até se chegarem ao diagnóstico, patologia e etiologia da tuberculose.

Segundo o texto em análise havia dois aspectos que urgia esclarecer: a profilaxia e a terapêutica da tuberculose.

A profilaxia, com os estudos de Behring que imunizou vacas com o bacilo de Koch, começava a desenvolver-se. Dado o avanço científico na área da bacteriologia a imunização do homem, com o bacilo seria uma realidade num futuro próximo.

Por outro lado a terapêutica, e na sequência do documento em análise, envolvia de forma empenhada os físicos, os químicos e os biólogos embora os resultados ainda fossem pouco animadores.

Também a cura higiénica da tuberculose revelava-se com pouca eficácia.

No relatório transparece a convicção de que na cura higiénica o factor clima era o mais importante. Admite também que há climas que favorecem a «*germinação da tuberculose*»¹⁰⁵ e outros que auxiliam o organismo na sua defesa contra o bacilo de Koch.

Significativa, do ponto de vista doutrinário, era a atenção dada à «*solidariedade higiénica internacional*», que nos impunha a necessidade de tomar medidas. Invocava-se, para este efeito, o papel harmonizador da Sociedade das Nações que, logo no

¹⁰⁵ Relatório de 30 de Outubro 1903, in *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, nº 3, p. 131.

Tratado de Paris para a sua fundação, no pós-guerra, instituiu uma «*organização internacional permanente de sanidade*», que foi instalada em Genebra e impunha deveres às potências aderentes:

*«Toda esta situação europeia e mundial, cada vez mais aguda, cria obrigações reais, de execução contínua e rigorosa, obrigações impreteríveis de cumprimento por parte de Portugal, sob pena de nos vermos apontados sanitariamente como menos desejáveis. Importa pois evitar essa nódoa, empenhando um esforço enérgico e sério para o fomento progressivo da higiene nacional sem poupar sacrifícios»*¹⁰⁶.

Na reforma de 12 de Outubro de 1926 ressalta o princípio de que os serviços de saúde devem ser prestigiados e eficazes. Como tal, devem ter instalações condignas e adequadas às suas atribuições e responsabilidades. A seguir são referidos alguns pontos da reforma em análise.

- O governo da República decidiu realojar em edifícios independentes, o Instituto Central de Higiene e a Direcção-Geral de Saúde.
- Formar equipas com agentes especializados e responsáveis para trabalharem no sistema de sanidade pública.
- Criar brigadas sanitárias com pessoal e material próprio para acudir, rápido e eficazmente às epidemias que surgissem em qualquer local do país.
- Dividir a Direcção-Geral de Saúde em secções técnicas com funções de fiscalização.
- Anexar o Conselho dos Melhoramentos Sanitários na Direcção-Geral de Saúde.
- Reformar a sanidade escolar, fundindo-a na Sanidade Geral, acrescida do exercício de «*propaganda*»¹⁰⁷ de higiene no meio escolar.
- Criar um fundo de construções escolares destinado a assegurar a edificação e reparação dos prédios destinados à instalação do Ensino Primário (Art.º 39º).

¹⁰⁶ «Decreto 12.477, de 12 de Outubro de 1926», in *Boletim dos Serviços Sanitários*, nº 8, 1931.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

O novo código legal de 12 de Outubro de 1926 alargou de certa forma o controlo sanitário. A partir desta data foram criadas brigadas sanitárias que passaram a deslocar-se aos locais de contágio, «*desafiando ou controlando os agentes epidémicos*»¹⁰⁸.

O estudo do período em causa revela que Portugal era o único país europeu onde a luta contra as doenças infecciosas como a tuberculose estava praticamente por iniciar e que a dispersão dos serviços de saúde pelos diferentes ministérios teriam de ser alvo de intervenção.

Também o serviço da salubridade dos lugares e das habitações foi alvo da nova reforma.

Preocupações explicitadas no preâmbulo do Decreto N.º 12.477, que passamos a transcrever:

*« Estamos, no tocante a higiene pública, em considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional. Ao passo que Portugal estacionou e até certo ponto retrocedeu, os outros países desenvolveram e aperfeiçoaram à compita a sua sanidade. Foi sobretudo após a guerra, onde a medicina preventiva assinalou o êxito triunfante dos seus processos remidores de males e vidas, que este movimento ascensional se atçou. Países assolados por todas as calamidades e esmagados por gravíssima crise económica trataram apressadamente, sem olhar a sacrifícios, de reconstruir desde os alicerces a sua sanidade. Citem-se em primeira linha a Rússia Soviética, a Polónia, a Checo-Eslováquia, a Sérvia, a Roménia, onde hoje se encontram magníficas instituições que são para nós outros verdadeiras maravilhas. Apesar da penúria, não pouparam dinheiro para atalhar os seus males físicos e às minguas da higiene e da profilaxia, tais quais elas são hoje compreendidas e exercidas nos países onde se ostentam como padrões de acção social.»*¹⁰⁹

Invocando vários tipos de problemas a resolver (nomeadamente os flagelos do sezonismo, da sífilis e da tuberculose, então com muita incidência), pretendia-se lançar as bases da «restauração sanitária». Centralizava-se na Direcção-Geral de Saúde a gestão técnica e administrativa dos serviços públicos de sanidade e higiene, conferia-se nova regulamentação aos diversos serviços centrais e locais, requalificando as suas competências e atribuições ao nível concelhio, mas suprimindo-se as delegações de

¹⁰⁸ *Ibidem.*

¹⁰⁹ Publicado no *Diário do Governo*, de 12 de Outubro de 1926, p. 1519.

saúde distritais (mais tarde repostas). Pela Direcção-Geral de Saúde, que seria dirigida sempre por um médico, segundo as disposições regulamentares, passava a concepção e a definição de directivas relativamente à criação de novos serviços, das novas carreiras profissionais no campo da saúde ou das suas reconfigurações, bem como o desenho das estruturas formativas subjacentes em articulação com as entidades formadoras. Cada vez mais, a noção de sistema ganhava maior significado, tudo se articulando na máquina burocrática que a sanidade pública, nas suas diversas facetas, representava, embora a responsabilidade estatal fosse restrita.

Na verdade, o sistema público de saúde não progredia à imagem do que se começava a verificar em alguns países estrangeiros. Pela década de 1930, o Estado Novo preferia as soluções corporativas, isto é, o entendimento entre o capital e o trabalho através de contratos colectivos entre sindicatos e grémios, em vez daquilo que designava como «*utopia socialista do Estado-Providência*», pensando nos seguros sociais obrigatórios que já corriam em alguns países, sob administração governamental. É isso que o regime do Estado Novo explica quando estabeleceu as bases para a criação das instituições de previdência social, em 1935, que deixava a cargo dos sindicatos e grémios, das Casas do Povo e Casas de Pescadores, recusando a sua direcção pelo Estado:

«Concentrar no Estado os cuidados e as responsabilidades da administração das instituições de previdência seria praticar erro duplamente funesto. Erro económico porque a burocratização de tais serviços é sempre cara e de precário rendimento. Erro político e social porque iria concorrer para diminuir a já débil capacidade da iniciativa privada, tão pronta nos tempos que vão correndo a fugir ao cumprimento dos seus deveres e a entregar tudo ao Estado (...) o Estado desiste portanto de montar a máquina burocrática da previdência»¹¹⁰.

O Governo do Estado Novo limitava-se a reservar para si a fiscalização e a orientação técnica da previdência¹¹¹. Para além disso, o Estado assumia apenas aquilo que passou a designar de «*assistência social*», desde 1937, cujo campo surgia

¹¹⁰ Decreto n° 25935, de 12.10.1935, que regulamenta as caixas de previdência, previstas pela Lei n° 1884, de 16.3.1935.

¹¹¹ A Lei n° 1884, de 16.3.1935, especifica o quadro de criação das instituições de previdência. O Decreto n° 25935, de 12.10.1935, regulamenta as caixas sindicais de previdência. O Decreto n° 35311, de 25.4.1946, foi constituída a Federação das Caixas de Previdência, que concentrou e organizou um serviço de assistência antes dispersos pelas pequenas «caixas» de diversos sindicatos.

arrumado em três áreas fundamentais, todas elas dedicadas a elementos não-ativos da sociedade:

- Assistência à vida na sua formação e preparação física, intelectual e moral (preventórios, colónias de férias, orfanatos e patronatos);
- Defesa da vida ameaçada por infecções físicas, mentais ou morais (hospitais, casas de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração);
- Assistência à vida diminuída pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues)¹¹².

Estas linhas configuravam formas de «*assistência paliativa e curativa, de assistência preventiva e assistência construtiva*». Mais tarde, foram enquadradas numa nova organização, traçada pelo Decreto n° 35.108 de 7 de Novembro de 1945, alargando-se o âmbito das atribuições aos serviços centrais e estabelecendo novo ordenamento jurídico, decorrente da aprovação do Estatuto da Assistência Social (aprovado pela Lei n° 1998, de 15 de Maio de 1944). Para tutelar politicamente a área designava-se Subsecretaria de Estado da Assistência Social (que já tinha sido criada em 1936), na qual se integraram a Direcção-Geral da Saúde e a Direcção-Geral da Assistência, bem como a Inspeção de Assistência Social. Repare-se como na designação da tutela política se hierarquiza e subalterniza a saúde perante a assistência, vendo-se a função do Estado essencialmente como uma função assistencial. Os serviços de saúde em geral eram deixados a cargo da iniciativa privada (clínica livre, organizações com vocação na área, como as misericórdias e algumas ordens terceiras, além das recentes caixas de previdência).

Entretanto, no campo da saúde pública, pela reforma implementada pelo Decreto n° 35108, de 17 de Novembro de 1945, reforçava-se a rede da autoridade sanitária: criavam-se de novo os serviços distritais de saúde, através da implementação de delegações de saúde sedeadas na capital do distrito, sendo todas elas hierarquizadas em categorias de 1ª e 2ª classe, posicionadas acima das subdelegações de saúde

¹¹² Decreto-Lei 31.666, de 22.11.1941.

concelhias. Nestas, os subdelegados assumiam localmente as atribuições de delegado, tornando-se as suas medidas sanitárias obrigatórias para as autoridades administrativas e policiais. Foi ainda revisto o Conselho Superior de Higiene que, criado em 1901, passava a Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, cujas áreas de tutela passaram a ser: salubridade, higiene geral da alimentação e epidemiologia, sanidade internacional, tuberculose, oncologia, assistência psiquiátrica e higiene mental, defesa da família, estudos e inquéritos sociais. Entregaram-se a alguns institutos, dotados de personalidade jurídica, as funções de orientação e coordenação no âmbito das áreas específicas da assistência social, relativas, em geral, à população não-activa: Instituto Maternal, Instituto de Assistência à Família, Instituto de Assistência aos Menores, Instituto de Assistência aos Inválidos; Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

A palavra «*assistência*» reforçou, assim, a sua posição na lógica dos serviços, o que, dada a sua indefinição e polissemia, adensou a confusão e perturbou a identidade das estruturas de saúde, no sentido de um serviço público de saúde. Subjacente ao princípio de organização das estruturas hospitalares do Estado estaria sempre presente uma ideia de amparo, de socorro, de auxílio, obstruindo, por falta de delimitação de espaços, os esforços de alguns para o aprofundamento científico e técnico da medicina e, sobretudo, para uma organização estatal de um sistema de saúde que viabilizasse a criação de um corpo articulado de funcionários. Entretanto, a reforma de 1945 sobre a Assistência Social forneceu o quadro sanitário até à reorganização observada em 1971, embora acrescida de algumas medidas complementares, que importa registar:

- Lei nº 2011, em 1946, que estabelece as bases para a organização hospitalar (uma carta hospitalar, para criar estruturas centrais, regionais e sub-regionais), que começou a ser implementada na década de 1950;
- a subida da Subsecretaria da Assistência Social a Ministério da Saúde e Assistência, em 1958, numa evidente valorização política (Decreto Lei nº 40825, de 13 de Agosto de 1958), que, a partir de 1973 assume a designação de Ministério da Saúde (amputado da Assistência)

- A criação da Direcção-Geral dos Hospitais, em 1961, que organizou, nomeadamente, o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº.48357, de 27 de Abril de 1968).

Para se fazer um balanço dos resultados das medidas sanitárias deste segundo período do Estado Novo, pós-segunda guerra mundial, importa reter a avaliação realizada por F. A. Gonçalves Ferreira, autor basilar para a história dos serviços de saúde em Portugal:

«Durante este período de 1945 a 1971, o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde.

Como resultado, os portugueses não tinham um serviço de saúde, mas vários serviços de saúde de tipo vertical, mal dotados e mal equipados, com os trabalhadores de saúde com salários baixos, obrigando-os à solução do pluriemprego, com as respectivas consequências negativas que todos conhecemos (...). Serviços importantes como a protecção à mãe e à criança foram em grande parte atribuídos às Misericórdias, que na sua grande maioria não tinham rendimentos próprios e tinham de ser subsidiadas pelo Estado ou por cortejos de oferendas, que, além do interesse folclórico, pouco contribuíram para os objectivos em vista»¹¹³.

O fim da primeira guerra mundial deixou aos povos que directa ou indirectamente nela se envolveram situações graves para resolver no âmbito da saúde pública. Por todo o lado começava a falar-se na necessidade de se implementar serviços de higiene pública e nos direitos das «gentes à moralidade física geral»¹¹⁴.

O alerta para estes problemas começou a ter expressão concreta e foi dado por algumas instâncias internacionais por volta de 1920.

Os países assolados pela guerra fizeram grandes investimentos na reconstrução e inovação dos seus sistemas de sanidade pública.

¹¹³ F. A. Gonçalves Ferreira, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 343.

¹¹⁴ Decreto-Lei nº 12.477, publicado no *Diário do Governo*, Iª Série, de 12 de Outubro de 1926, p. 1519.

As condições higiénicas e profiláticas bem como os padrões de acção social começaram a ser debatidos em conferências e convenções internacionais. A conferência sanitária de Paris, em 1926, da qual resultou um protocolo a impor deveres aos países aderentes é disso exemplo.

Por outro lado, começaram a despertar no mundo laços de solidariedade para as questões da sanidade pública. O código da Sociedade das Nações redigido no tratado de Versalhes levou à constituição de uma comissão técnica que começou a funcionar em Genebra e desenvolveu um notável trabalho nas questões da sanidade pública sendo outro exemplo de destaque.

A pressão internacional no sentido de serem postas em prática importantes medidas higienistas sensibilizou o governo português, do qual fazia parte Artur Ricardo Jorge, para a necessidade de mudanças na área da saúde pública, daí resultando a reorganização geral dos serviços da saúde pública de que a seguir trataremos.

3.2.8- O Decreto-Lei 12.477 de 12 de Outubro de 1926¹¹⁵

O governo republicano, em 1911, autonomizou a Direcção Geral de Saúde, desligando-a da Beneficência, mantendo-se os restantes princípios regulamentadores. Depois, em 1926, a organização do sistema sanitário em Portugal foi revista novamente, já em pleno governo da Ditadura Nacional. Essa reorganização foi liderada, mais uma vez, por Ricardo Jorge. No preâmbulo do diploma que estabelecia a reorganização (defendia-se a validade dos princípios da reforma de 1901, a que teria faltado «*a força e o dinheiro*» e reconhecia-se o «*atraso*» nacional entretanto criado relativamente à situação de outros países¹¹⁶).

¹¹⁵ Publicado no *Diário do Governo*, 1ª Série, de 12 de Outubro de 1926, pp. 1519-1530.

¹¹⁶ Nomeadamente países pobres que, apesar da guerra e da crise económica, tinham investido na reconstrução dos seus sistemas sanitários -«a Rússia soviética, a Polónia, a Checoslováquia, a Sérvia, a Roménia, onde hoje se encontram magníficas instituições que são para nós outros verdadeiras maravilhas» (Decreto 12.477, de 12 de Outubro de 1926).

3.2.9- O Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro¹¹⁷

A diferença de perspectivas na organização da saúde terá ocorrido apenas em 1971, já na designada «primavera marcelista». Com o Decreto-Lei nº 413/71 reorganizaram-se os serviços centrais e expendeu-se uma doutrina que apontava para o «reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses (...) cabendo ao Estado a responsabilidade de lhe assegurar», para uma «política unitária de saúde», a ser gerida pelo Ministério da Saúde, para a «integração de todas as actividades de saúde e assistência», para a criação de organismos de «planeamento central e descentralização na execução». É, nesta altura, que surge o Instituto Nacional de Saúde, em substituição do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, e que se criam, ao nível do ministério, o Gabinete de Estudos e Planeamento e a Secretaria-Geral. Implementaram-se também os centros de saúde distritais e os centros de saúde concelhios, estabelecendo-se uma perspectiva programática e faseada para a organização da criação da rede de cuidados de saúde primários.

Conforme é explanado no preâmbulo deste Decreto-Lei:

«A complexidade dos problemas de saúde e de acção social não se compadece com improvisações de índole administrativa ou técnica, nem permite soluções definitivas a partir de esquemas rígidos. É forçosa a prudência na escolha dos caminhos que se reputam tènicamente mais perfeitos, sem prejuízo de, nos sectores já estudados e experimentados, se adoptarem as medidas de execução adequadas.

O Estatuto da Saúde e Assistência fixou as bases gerais em que deve assentar a política naqueles domínios e o seu regime jurídico. O presente diploma, que estabelece a orgânica dos serviços, parte dos seguintes corolários fundamentais:

a) Os princípios e os métodos de administração da saúde pública e da estratégia sanitária, informadores da estruturação dos serviços, condicionam o funcionamento destes à disciplina do planeamento e à verificação regular da eficiência do trabalho realizado;

b) A reconversão da orgânica actual, de acentuadas características individualistas, deve conduzir a uma estrutura de serviços subordinados a uma política unitária de saúde e assistência com capacidade bastante para, progressivamente, por si e em ligação com outros serviços e instituições, assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social;

¹¹⁷ Publicado no *Diário do Governo*, 1ª Série, nº 228, de 27 de Setembro de 1926, pp. 1406-1434.

c) *O aperfeiçoamento e a intensificação das medidas atinentes à preparação do pessoal técnico, a incluir em quadros devidamente hierarquizados sob a forma de carreiras profissionais, constituem meio indispensável para a eficiência dos serviços;*

d) *Em correlação com a acção de saúde pública, os serviços assistenciais têm por objectivo a integração social da infância, juventude e população idosa ou diminuída carecidas de auxílio e o incremento da promoção comunitária e social da população, sempre atendendo à dignidade da pessoa humana e à família como agrupamento social imprescindível ao desenvolvimento integral do homem.*

2. *Os serviços de prevenção da doença e de promoção da saúde, apesar da importância fundamental que têm para o desenvolvimento social e económico da Nação, não ocupam ainda a posição que lhes compete no conjunto dos serviços de saúde, tanto no Ministério da Saúde e Assistência como noutros Ministérios. O facto torna-se ainda mais assinalável por ser nestes serviços que o índice de rendimento é maior e, por conseguinte, ser neles que importa investir com carácter prioritário, para mais rápida melhoria das actuais condições sanitárias do País. Por virtude do seu já assinalado carácter complexo, quer no aspecto das modalidades que reveste, quer das entidades que a prestam, a acção médico-social, sanitária e assistencial carece de ser planificada, orientada e executada com a preocupação fundamental de evitar gastos desnecessários e duplicações de esforços, de maneira a conseguir o rendimento máximo dos meios disponíveis.*

3. *Ao Ministro da Saúde e Assistência compete dirigir a política do sector, definindo as suas directrizes e planos gerais de actuação e coordenando as respectivas actividades.»¹¹⁸*

3.2.10 - O Decreto-Lei Nº 414/71 de 27 de Setembro¹¹⁹

Na mesma altura, pelo Decreto-Lei nº 414/71, estabeleceram-se as carreiras profissionais do pessoal de saúde, o que acontecia pela primeira vez em Portugal, cuja doutrina preambular explicava não ser só para obedecer a um «*princípio de organização de trabalho*» e de maior eficácia das organizações, mas também para assegurar estímulo aos funcionários. Explicava-se a necessidade de atrair para o serviço público valores de competência e, ao mesmo tempo, exigir «*habilitações apropriadas à diferenciação de tarefas*», para se acabar com as improvisações, o que se conseguiria através da institucionalização de «*carreiras profissionais devidamente*

¹¹⁸ Publicado no *Diário do Governo*, de 27 de Setembro de 1971, p. 1407.

¹¹⁹ Publicado no *Diário do Governo*, Iª Série, nº 228, de 27 de Setembro de 1926, pp. 1434-1445.

estruturadas e hierarquizadas», de forma a acompanhar o «*desenvolvimento da ciência e o progresso das técnicas*»¹²⁰. A falta de concretização das medidas programáticas em toda a extensão prevista terá sido o grande problema, dada a complexidade do ambiente político da altura, que desembocou na revolução de 25 de Abril de 1974.

Em resumo, e de acordo ainda com F. A. Gonçalves Ferreira, pode dizer-se que «*a política de saúde condiciona a escolha e aplicação dos sistemas de cuidados de saúde*». Segundo o mesmo autor, desde a reforma dos serviços de saúde, promovida por Ricardo Jorge em 1899-1901, e durante cerca de 70 anos, a política portuguesa de saúde, na sua generalidade, adoptou e manteve o *tipo caritativo*, para os pobres e indigentes, e o *tipo comercial, de clínica livre*, para o resto da população, sendo identificáveis três períodos ao longo dos referidos 70 anos:

- a) até 1930, o Estado quase não intervinha, apenas assegurava, sob a forma de assistência pública, uma protecção mínima de pobres e indigentes;
- b) de 1930 até 1945, tendo surgido a aplicação legal do princípio de que o Estado e autarquias apenas deviam ter uma intervenção supletiva, procurou-se estimular e apenas complementar a iniciativa privada, numa postura que invocava a *privacidade* e a *semioficialidade*;
- c) de 1945 a 1971, em que se verificava um discurso de coordenação, de reconhecimento do atraso português no domínio da saúde, e de medidas avulsas no sentido da organização de alguns serviços e da profissionalização de algum pessoal, com melhorias sectoriais, mas sem que se lograsse estabelecer uma organização satisfatória de conjunto;
- d) Em 1971 publicou-se nova legislação e preparou-se outra ao nível ministerial mas que só mitigadamente teve aplicação ou nem chegou a ser publicada¹²¹.

¹²⁰ F. A. Gonçalves Ferreira, *Ob. cit.*, p. 343-349.

¹²¹ F. A. Gonçalves Ferreira, *Ob. cit.*, p.23-27. Tal como sublinha o autor, em 1944, a Inglaterra criava o Serviço Nacional de Saúde, com base no plano Beveridge, divulgado em 1942-43.

3.2.11 - O Decreto-Lei Nº 260/75 de 26 de Maio¹²²

Em 1975, foi promulgado o Decreto-Lei 260/75 de 26 de Maio, que criou o Serviço de Luta Anti-Tuberculosa.

Embora já posterior a 1975 refere-se, pela importância que teve, a criação do Serviço Nacional de Saúde pela Lei Nº 56/79 de 15 de Setembro, em que o Estado se comprometeu a assegurar o direito à protecção da saúde e a fazer funcionar, em sistema, estruturado e a estruturar, na base de uma política de saúde e assistência na doença.

Esta cronologia e a caracterização breve dos seus períodos parece-nos do maior interesse para conhecermos o tipo de preocupações e os modelos adoptados no campo da saúde e a sua relação institucional com o campo da assistência.

Os novos conhecimentos científicos bem como as novas estratégias de combate à tuberculose que a OMS desde finais da década de quarenta implementou teve o seu impacto na reestruturação dos serviços de combate a esta doença, com a sua inserção no recém criado Serviço Nacional de Saúde, que o Regime Político saído da Revolução de Abril de 1974 criara como forma de implementação da igualdade de acesso e tratamento de todos os Cidadãos independentemente da sua condição sócio-económica. Em que a tuberculose fazia sentir essencialmente a sua acção perniciosa sobre os mais desfavorecidos.

Os objectivos traçados pelos responsáveis políticos estão bem visíveis no nº 3 do preâmbulo do Decreto-Lei nº 260/75, cujo texto citamos:

«Com a publicação do presente diploma, para além de se orientar a luta contra a tuberculose segundo a estratégia modernamente aconselhada, prossegue-se igualmente no lançamento das bases de um serviço nacional de saúde, de harmonia com o programa estabelecido pelo Governo Provisório, uma vez que se avança no sentido da unificação de todas as actividades de saúde do País, que aquele serviço necessariamente pressupõe.»

¹²² Publicado no *Diário do Governo*, 1ª Série, nº 121, de 26 de Maio de 1975, pp. 729-730.

CAPÍTULO IV - AS OCORRÊNCIAS ESTATÍSTICAS

4.1- Os Doentes e a Acção Médica

Para que fiquemos com um quadro objectivo das ocorrências da tuberculose, passamos a apresentar um quadro com um resumo do movimento anual de doentes nos Hospitais Civis de Lisboa, no período de 1892 a 1975.

QUADRO Nº 1

HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA – MOVIMENTO DE DOENTES TUBERCULOSOS (1892-1975)

ANO	TOTAL GERAL	MASC	FEM
1892	18.676	11.194	7.482
<hr/>			
ANO	TOTAL GERAL	MASC	FEM
1893 a 1900	22.999	22.181	818
<hr/>			
ANO	TOTAL GERAL	MASC	FEM
1901 a 1903 - períodos considerados de Julho a Junho	18.876	14.729	4.147
Julho 1904 a Junho 1905	4.276	2.705	1.571
Julho 1905 a Junho 1906	72.584	26.945	45.639
Julho 1906 a Junho 1907	76.471	27.324	49.147
Julho 1907 a Junho 1908	75.829	22.992	52.837
Julho 1908 a Junho 1909	86.879	22.463	64.416
Julho 1909 a Junho 1910	71.994	22.081	49.913
Julho 1914 a Junho 1915	39.694	11.677	28.017
Julho 1916 a Junho 1917	30.484	10.269	20.215
Julho 1917 a Junho 1918	28.352	9.155	19.197
Julho 1918 a Junho 1919	22.065	7.018	15.047
Julho 1919 a Junho 1920	25.675	7.517	18.158
Julho 1920 a Junho 1921	24.761	7.215	17.546
Julho 1921 a Junho 1922	21.669	6.518	15.151
Julho 1922 a Junho 1923	2.962	1.187	1.775
Julho 1923 a Junho 1924	3.196	1.179	2.017
Julho 1924 a Junho 1925	3.594	1.281	2.313
Julho 1925 a Junho 1926	2.701	1.100	1.601
Julho 1926 a Junho 1927	12.089	5.922	6.167
Julho 1927 a Junho 1928	51.000	43.235	7.765
Julho 1928 a Junho 1929	3.023	1.087	1.936
<hr/>			
1930 - inclui Sanatórios (e outras instituições) não dependentes da ANT	15.522	7.478	8.044
<hr/>			
1931	18.601	7.527	11.074
1932	18.603	7.719	10.884
1933	20.491	9.588	10.903

1934	18.181	7.936	10.245
1935	60.557	20.962	39.595
1936	38.737	14.734	24.003
1937	35.504	15.447	20.057
1938	67.614	30.218	37.396
1939	53.358	16.111	37.247
1940	47.689	13.752	33.937
1941	11.870	4.892	6.978
1942	6.687	2.393	4.294
1943	6.071	2.143	3.928
1944	1.391	588	803
1945	775	467	308
1946	1.725	972	753
1947	1.441	812	629
1948	1.916	949	967
1949	2.254	1.068	1.186
1950	2.584	1.242	1.342
1951	2.557	1.197	1.360
1952	3.016	1.726	1.290
1953	1.884	939	945
1954	4.435	2.509	1.926
1955	10.597	6.900	3.697
1956	10.584	6.910	3.674
1957	12.472	8.546	3.926
1958	6.117	4.069	2.048
1959	5.188		
1960	5.181		
1961	6.314		
1962	6.238		
1963	6.140		
1964	4.927		
1965	4.996		
1966	5.586		
1967	5.613		
1968	5.254		

Fonte: Ministério dos Negócios da Fazenda (Direcção-Geral da Estatística e das Populações Nacionais) – *Movimento da População – Estatística Especial, 1892 – 1968*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1968. *Elaboração própria.*

Quadro Nº 1a

MOVIMENTO DE DOENTES TUBERCULOSOS (1969-1975)

ANO	TOTAL GERAL
1969	24.381
1970	21.943
1971	24.518
1972	19.173

1973	22.684
1974	13.218
1975	12.875

Fonte: *Estatísticas da Saúde: INE (Serviços Centrais), 1969-1975*, Imprensa Nacional. Lisboa, 1975.
Elaboração própria.

Embora a sistematização dos registos dos dados tenha sofrido algumas adaptações, torna-se necessário tecer alguns comentários sobre os valores que acabamos de apresentar.

Assim, é interessante como até 1930 o número de homens registados com tuberculose é muito inferior ao das mulheres. Provavelmente existirão dois factores explicativos desta realidade. Por um lado, o sub-registo feminino e por outro o maior isolamento social das mesmas. Esta especificidade alterou-se a partir da década de trinta.

A partir de 1930 verificamos que, em termos médios, houve um aumento do número de doentes com tuberculose até ao ano de 1940. A partir de 1941 o número de tuberculosos começa a descer significativamente. Esta dinâmica foi alterada no triénio 1955-1957, onde aconteceu um pico secundário.

Nos anos 1950, apesar do progresso e crescimento do pós-guerra, continua a haver fome e miséria em Portugal. Pelas contas das Nações Unidas, por estes anos a maioria dos portugueses tem uma alimentação diária que está, em média, 100 calorias abaixo do mínimo indispensável para a sobrevivência¹²³. As deficiências alimentares causam os mais diversos problemas de saúde aos estratos mais baixos da população portuguesa. A tuberculose continua a vitimar milhares de pessoas por ano e a mortalidade infantil, sobretudo de crianças com menos de 2 anos de idade, mantêm-se em índices demasiado elevados face à Europa.

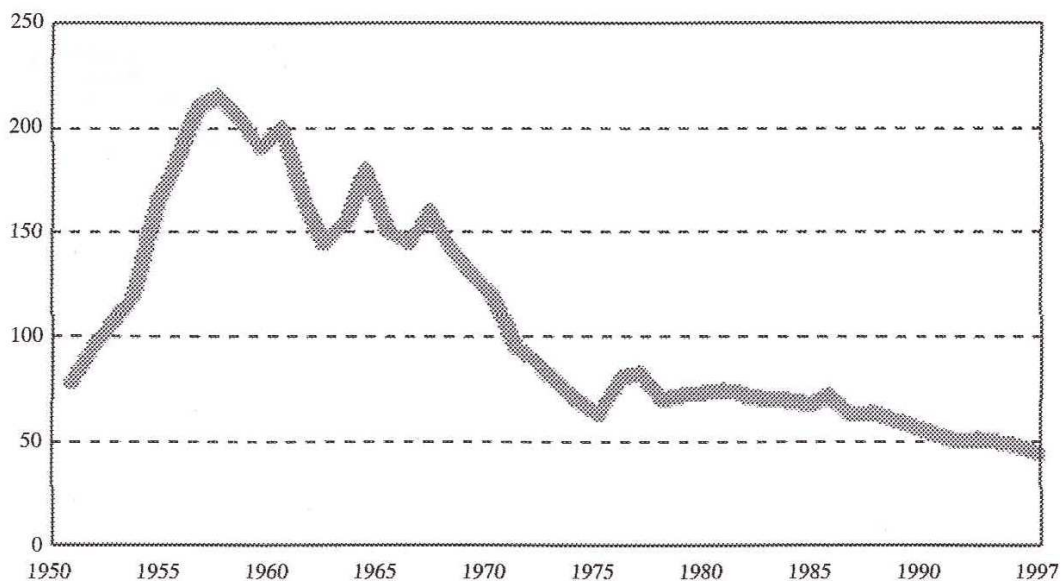
Com vista a documentarmos a evolução da tuberculose em Portugal, passamos a apresentar o Gráfico 1.

¹²³ Lopo de Carvalho, «A luta contra a tuberculose em Portugal», Separata do *Jornal Lisboa Médica*, 1935, p. 7.

Gráfico 1

A evolução da tuberculose em Portugal

Taxas de incidência de tuberculose notificada em Portugal, de 1951 a 1997 (todas as formas, 10^{-5} habitantes)



Fonte: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.27, Nº.1, Lisboa, 2009, p. 23.

Os dados deste gráfico estão em consonância com as nossas observações anteriores, já que é extremamente visível o pico de 1955-1957.

Seria a partir de finais da década de sessenta do século passado que o combate à doença se torna mais eficaz e que, fruto dos esforços das autoridades sanitárias e da sociedade em geral (também esta mais consciente e atenta às problemáticas deste flagelo), que se começa a reduzir seriamente a incidência da doença no país, atingindo-se em 1975 um valor baixíssimo.

A linguagem quantitativa é uma das melhores maneiras de se conhecerem as consequências de uma determinada ocorrência epidemiológica sobre os seres humanos. Por este motivo, começamos este nosso capítulo pela abordagem do número dos actos de combate à tuberculose em Lisboa.

Assim, começamos por apresentar os dados referentes aos Dispensários anti-tuberculosos:

QUADRO Nº 2

Assistência Nacional aos Tuberculosos

Movimento dos doentes nos Dispensários Anti-Tuberculosos

ANOS ECONÓMICOS	DISPENSÁRIOS	Número de doentes inscritos para tratamento								Assistência prestada				
		Total dos doentes inscritos			Vindos da gerência do ano económico anterior			Inscritos durante a gerência do ano anterior		Nº consultas	Nº visitas domiciliárias	Nº fórmulas ou remédios fornecidos	Nº rações alimentares fornecidas	Nº fornecimento artigos profiláticos
		Crianças	Masc.	Fem.	Crianças	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.					
1919-1920	DE LISBOA	--	7461	18066	--	6731	16947	730	1119	25367	27	26049	3960	82
1920-1921	DE LISBOA	--	7149	17460	--	6478	16297	671	1163	23579	15	26630	3698	110
1921-1922	DE LISBOA	--	6447	15060	--	--	--	--	--	21504	--	26901	10990	451
1922-1923	DE LISBOA	--	1158	1870	--	--	--	--	--	21810	105	24393	6285	89
1924-1925	DE LISBOA	--	1281	2108	--	--	--	--	--	19326	84	29865	5500	158
1925-1926	DE LISBOA	--	940	1601	--	--	--	--	--	15608	355	30061	--	7
1926-1927	DE LISBOA	--	1079	1860	--	--	--	--	--	18165	480	33050	--	11
1927-1928	DE LISBOA	--	1121	1898	--	--	--	--	--	26036	301	42474	--	--
1928-1929	DE LISBOA	--	1087	1877	--	--	--	--	--	24205	20	45768	--	20
1930	DE LISBOA	--	1152	2390	--	--	--	--	--	27822	59	61946	--	133
1931	DE LISBOA	--	1160	2460	--	--	--	--	--	23239	164	51649	--	985
1932	DE LISBOA	--	1160	2402	--	--	--	--	--	15576	125	21503	--	435
1935	DE LISBOA a)	--	2006	3679	--	1063	1106	--	--	43541	17884	198639	--	7868
1936	DE LISBOA a)	--	1658	3159	--	1095	1214	--	--	43422	18070	177414	--	10828
1937	DE LISBOA b)	--	2646	4622	--	1578	1718	--	--	44612	19079	196219	--	8984
1938	DE LISBOA b)	--	2578	4900	--	1419	1523	--	--	40848	17760	142748	--	6423
1939	DE LISBOA a)	2308	1787	3440	834	897	1264	--	--	32790	18003	110182	--	3423
1940	DE LISBOA c)	2393	1777	3403	2776	1910	3705	--	--	28266	16670	185329	--	3918
1941	DE LISBOA b)	4073	5816	6947	542	3086	4316	--	--	162224	1354	194879	707	--
1942	DE LISBOA a)	2544	1858	3676	698	6910	8620	--	--	33764	17280	132459	--	3701
1943	DE LISBOA a)	2851	2164	3998	630	6140	7020	--	--	31523	13446	123377	--	2826
1944	DE LISBOA a)	1322	1098	2645	2868	1878	3589	--	--	2159	--	--	--	--
1933	DR. A. AZEVEDO - LX	--	323	383	--	--	--	--	--	8249	1713	23154	--	1134
1934	DR. A. AZEVEDO - LX	--	275	462	--	--	--	--	--	8022	624	26184	--	1488
1933	DR. A. LENCASTRE-LX	--	29	55	--	--	--	--	--	625	181	2323	--	12
1934	DR. A. LENCASTRE-LX	--	322	526	--	--	--	--	--	10727	603	39011	--	1353
1933	DR. L. CARVALHO - LX	--	283	387	--	--	--	--	--	39	42	2051	--	18
1934	DR. L. CARVALHO - LX	--	235	377	--	--	--	--	--	7847	373	30395	--	647
1933	DR. M. BOMBARDA - LX	--	470	911	--	--	--	--	--	9542	3346	35482	--	1146
1934	DR. M. BOMBARDA - LX	--	221	552	--	--	--	--	--	7297	829	24624	--	1364
1934	D. AMÉLIA - LX	--	428	866	--	--	--	--	--	9684	820	43207	--	1744
1945	A partir desta data a informação é fornecida por Distritos. Juntaram à Saúde Pública a Assistência.													

Fonte: Anuário Estatístico de Portugal, Imprensa Nacional, Lisboa

NOTAS: a) inclui 5 dispensários
b) inclui 6 dispensários
c) inclui 4 dispensários

Elaboração Própria.

Os dados atrás anotados permitem que se tirem algumas ilações, que passamos a anotar:

- Foi no grupo dispensários de Lisboa (por não existirem ainda outros em funcionamento no país) que se concentrou a acção neste combate na década de Vinte do séc. XX. Merece particular referência o número de consultas realizadas nos anos de 1930 e 1931, respectivamente 27.822 e 23.239. Foi também no ano de 1930 e 1931 que se atingiu o pico máximo do número de remédios fornecidos 61.946 e 51.649, até estas datas.
- Na sequência desta efectiva acção de combate à tuberculose a partir dos anos de 1933, 1934 e 1935, a luta anti-tuberculose pelos respectivos Dispensários alargou-se a outras unidades, tais como os Dispensários Dr. A. Azevedo; Dr. A. Lencastre; Dr. L. Carvalho; Dr. M. Bombarda e D. Amélia.
- Seria na segunda metade da década de trinta de Novecentos que se observa um novo esforço de combate à doença. É o que se pode depreender do número de consultas realizadas no quadriénio 1932-1935, assim como o número de remédios fornecidos, bem como do número de artigos profilácticos entregues.
- Esta acção diminuiu a partir do início da década de quarenta.

Para complementarmos esta análise, passamos a apresentar um quadro com os dados dos Dispensários não dependentes da ANT:

QUADRO Nº 3

Movimento de doentes nos Dispensários não dependentes da ANT

ANOS ECONÓMICOS	DISPENSÁRIOS	Número doentes inscritos para tratamento				Assistência prestada				
		TOTAL	Crianças	Masc.	Fem.	Consultas	Visitas domiciliárias	Fórmulas ou reméd. fornecidos	Rações alimentares fornecidas	Fornecimento de artigos profilácticos
1920-1921	LISBOA		--	9.484	21.991	4.415	192	61.137	10.973	442
1921-1922	LISBOA		--	9.936	22.923	51.832	137	47.004	19.911	826
1922-1923	LISBOA		--	1.499	2.411	31.773	451	18.454	15.868	580
1923-1924	LISBOA		--	1.489	2.334	28.727	304	29.229	14.974	485
1924-1925	LISBOA		--	1.281	2.108	19.326	84	29.865	5.500	158
1925-1926	LISBOA		--	940	1.601	15.608	335	30.061	--	--
1926-1927	LISBOA		--	1.079	1.860	18.165	480	33.055	--	11
1929	LISBOA	2.964	--	1.087	1.877	24.205	20	45.768	--	20
1930	LISBOA	11.903	--	6.320	5.583	39.163	231	57.126	13.203	--
1935	LISBOA (a)	54.362	--	18.732	35.630	47.552	1.980	200.022	95.928	107

1936	LISBOA (b)	33.488	--	12.884	20.604	76.768	1.841	200.430	145.325	--
1937	LISBOA (b)	29.711	--	13.453	16.258	80.491	813	230.590	15.458	--
1938	LISBOA (b)	59.899	--	26.954	32.945	72.082	1.270	238.174	98.022	--
1939	LISBOA (c)	24.845	6.710	5.216	12.919	45.770	598	159.119	1.264	--
1940	LISBOA (d)	24.806	6.999	4.512	13.295	43.701	1.392	197.253	17.452	--
1941	LISBOA (c)	7.944	542	3.086	4.316	162.224	1.354	194.879	707	--
1942	LISBOA (c)	8.078	2.544	1.858	3.676	4.796	1.244	8.704	2.348	--
1928	Irmandade Nª Srª Dores –Lx	136	--	24	112	--	--	--	--	--
1928	Popular Alcântara – Lx	11.595	--	5.900	5.695	--	--	--	--	--
1931	Popular Alcântara – Lx	9.935	--	4.972	4.963	26.343	417	60.946	79.776	--
1932	Popular Alcântara – Lx	10.702	--	5.409	5.293	35.544	235	--	68.617	--
1933	Popular Alcântara – Lx	11.818	--	6.010	5.808	34.287	385	--	132.718	--
1934	Popular Alcântara – Lx	11.537	--	5.731	5.806	32.318	324	--	106.598	--
1928	Misericórdia - Lisboa	36.214	--	36.214	--	--	--	--	--	--
1931	Misericórdia - Lisboa	4.796	--	912	3.884	26.371	299	26.371	--	--
1932	Misericórdia - Lisboa	3.580	--	863	2.717	28.040	492	--	--	--
1933	Misericórdia - Lisboa	2.715	--	668	2.047	33.688	544	176.242	--	--
1934	Misericórdia - Lisboa	1.547	--	421	1.126	37.131	493	198.185	--	--
1931	Higiene Social - Lisboa	1.024	--	459	565	2.142	--	11.833	--	--
1931	Ajuda e Belém - Lisboa	115	--	22	93	96	21	497	--	--
1932	Ajuda e Belém - Lisboa	141	--	39	102	94	23	572	--	--
1933	Ajuda e Belém - Lisboa	88	--	23	65	87	17	334	--	--
1934	Ajuda e Belém - Lisboa	75	--	19	56	76	12	234	--	--
1933	Junta Freguesia Sta. Isabel – Lx	2.515	--	1.587	928	6.287	--	3.953	25.440	--
1934	Florinhas da Rua Lisboa - Lx	230	--	65	165	499	--	3.240	--	3.940
1934	OEIRAS	1.034	--	444	590	2.588	256	298	40	82
1943	SEM DADOS - Por se ter juntado a Saúde Pública e Assistência.									

Fonte: *Anuário Estatístico de Portugal*, Imprensa Nacional, Lisboa

NOTAS: a) inclui 13 dispensários
b) inclui 11 dispensários
c) inclui 8 dispensários
d) inclui 13 dispensários

Elaboração Própria.

A importância de outras instituições, nomeadamente do Dispensário de Lisboa no biénio de 1921-1922, no período anterior aos dependentes da ANT.

Algo que também aconteceu com o Sanatório Popular de Alcântara em 1932, quando os números dos sanatórios dependentes também baixaram.

Deve anotar-se ainda a actividade da Misericórdia de Lisboa que em 1931-1934 teve uma acção meritória com 33.688 e 37.131 consultas, respectivamente.

Deve desde logo frisar-se que os números de consultas nestas décadas são elevadíssimos. Observa-se também que a quebra do número das consultas e visitas domiciliárias dos dispensários dependentes da ANT era compensada pelas actividades dos dispensários que não estavam dependentes e vice-versa.

Pode concluir-se que ocorreu uma acção concertada no combate a esta doença.

Para complementarmos esta análise passamos agora à análise dos valores referentes ao movimento dos doentes nos sanatórios:

QUADRO Nº 4
Assistência Nacional aos Tuberculosos / I.A.N.T.
Movimento dos doentes nos Sanatórios

ANOS ECONÓMICOS	SANATÓRIOS	Número de doentes que receberam tratamento								Número de doentes que receberam tratamento desde a data de inauguração do Sanatório		
		Total doentes para tratamento		Vindos da gerência do ano económico anterior			Entrados durante a gerência do ano económico					
		Masc.	Fem.	Crianças	Masc.	Fem.	Crianças	Masc.	Fem.	Crianças	Masc.	Fem.
1919-1920	POPULAR LISBOA	56	92	--	22	30	--	34	62	--	1.296	--
1920-1921	POPULAR LISBOA	66	86	--	26	30	--	40	56	--	1.448	--
1921-1922	POPULAR LISBOA	71	91	--	--	--	--	--	--	--	744	775
1922-1923	POPULAR LISBOA	21	147	--	--	--	--	--	--	--	--	966
1924-1925	POPULAR LISBOA	--	205	--	--	--	--	--	--	--	40	1.171
1925-1926	POPULAR LISBOA	--	160	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1926-1927	POPULAR LISBOA	--	182	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1927-1928	POPULAR LISBOA	--	172	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1928-1929	POPULAR LISBOA	--	59	--	--	--	--	--	150	--	--	--
1930	POPULAR LISBOA	--	65	--	--	--	--	--	131	--	--	--
1931	POPULAR LISBOA	--	64	--	--	--	--	--	97	--	--	--
1932	POPULAR LISBOA	--	51	--	--	--	--	7	355	--	--	--
1933	POPULAR LISBOA	26	354	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1934	POPULAR LISBOA	19	321	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1935	POPULAR LISBOA	8	286	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1936	POPULAR LISBOA	7	177	--	--	--	--	9	240	--	10	207
1937	POPULAR LISBOA	4	173	--	--	--	--	15	265	--	8	231
1938	POPULAR LISBOA	6	277	--	--	--	--	10	246	--	1	165
1939	POPULAR LISBOA	--	--	--	--	158	--	--	280	--	--	--
1940	POPULAR LISBOA	--	--	--	--	--	--	--	285	--	--	--
1941	POPULAR LISBOA	--	--	30	--	131	36	10	260	22	7	220
1943	POPULAR LISBOA	--	--	8	5	172	8	45	339	10	50	335
1944	POPULAR LISBOA	--	--	--	160	--	--	56	311	--	95	254
1945	POPULAR LISBOA	--	--	--	1	161	--	65	278	--	112	201
1946	POPULAR LISBOA	--	--	--	2	167	--	101	268	--	93	251
1947	POPULAR LISBOA	--	--	--	6	165	--	107	241	--	105	272
1948	POPULAR LISBOA	--	--	--	7	116	--	160	541	--	154	263
1949	POP. D.CARLOS I	--	--	--	20	118	--	191	762	--	185	557
1950	POP. D.CARLOS I	--	--	--	23	424	--	157	701	--	155	644
1951	POPULAR LISBOA	--	--	--	6	165	--	107	241	--	105	273
1952	POPULAR LISBOA	--	--	--	23	424	--	131	715	--	133	569
1953	POPULAR LISBOA	--	--	--	18	500	--	262	603	--	197	617
1954	POPULAR LISBOA	--	--	--	91	395	--	269	926	--	273	844

1927-1928	DR. J. ALMEIDA	61	43	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1928-1929	DR. J. ALMEIDA	38	27	--	--	--	--	11	36	--	--	--
1930	DR. J. ALMEIDA	35	46	--	--	--	--	30	26	--	--	--
1931	DR. J. ALMEIDA	31	38	--	--	--	--	13	21	--	--	--
1932	DR. J. ALMEIDA	28	36	--	--	--	--	28	49	--	--	--
1933	DR. J. ALMEIDA	14	27	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1934	DR. J. ALMEIDA	14	27	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1935	DR. J. ALMEIDA	4	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1936	DR. J. ALMEIDA	27	37	--	--	--	--	23	29	--	10	24
1937	DR. J. ALMEIDA	40	41	--	--	--	--	8	11	--	--	--
1938	DR. J. ALMEIDA	32	30	--	--	--	--	2	2	--	30	28
1939	DR. J. ALMEIDA	--	--	45	--	13	29	--	29	--	--	--
1940	DR. J. ALMEIDA	--	--	68	--	--	--	--	10	--	--	--
1941	DR. J. ALMEIDA	--	--	68	--	28	11	--	2	--	--	--
1942	DR. J. ALMEIDA	--	--	66	--	26	8	--	4	6	--	2
1943	DR. J. ALMEIDA	--	--	67	--	28	11	--	8	10	--	10
1944	DR. J. ALMEIDA	--	--	--	94	38	--	21	7	--	5	4
1927-1928	OUTÃO	209	279	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1928-1929	OUTÃO	164	183	--	--	--	--	136	--	--	--	--
1930	OUTÃO	204	178	--	--	--	--	114	84	--	--	--
1931	OUTÃO	220	146	--	--	--	--	78	53	--	--	--
1932	OUTÃO	210	116	--	--	--	--	109	90	--	--	--
1933	OUTÃO	126	98	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1934	OUTÃO	94	84	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1935	OUTÃO	79	83	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1936	OUTÃO	193	168	--	--	--	--	78	73	--	6	4
1937	OUTÃO	190	174	--	--	--	--	75	71	--	61	79
1938	OUTÃO	201	165	--	--	--	--	80	67	--	203	161
1939	OUTÃO	--	--	277	41	46	87	8	21	--	--	--
1940	OUTÃO	--	--	225	--	--	113	4	21	--	--	--
1941	OUTÃO	--	--	297	8	39	108	--	24	82	22	19
1942	OUTÃO	--	--	301	5	37	126	--	28	113	4	27
1943	OUTÃO	--	--	313	1	37	89	--	25	101	1	22
1944	OUTÃO	--	--	--	193	145	--	61	70	--	78	75
1933	HOSP. S. AJUDA	320	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1934	HOSP. S. AJUDA	277	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1935	HOSP. S. AJUDA	216	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1936	HOSP. S. AJUDA	111	--	--	--	--	--	183	--	--	32	--
1937	HOSP. S. AJUDA	104	--	--	--	--	--	234	--	--	201	--
1938	HOSP. S. AJUDA	226	--	--	--	--	--	191	--	--	112	--
1939	HOSP. S. AJUDA	--	--	--	112	--	--	205	--	--	--	--
1940	HOSP. S. AJUDA	--	--	--	--	--	--	188	--	--	--	--
1941	HOSP. S. AJUDA	--	--	1	94	--	12	183	--	3	91	--
1942	HOSP. S. AJUDA	--	--	10	106	--	14	221	--	13	193	--
1943	HOSP. S. AJUDA	--	--	11	103	--	4	220	--	4	190	--
1944	HOSP. S. AJUDA	--	--	--	109	109	--	258	258	--	121	100
1934	PAREDE	3	6	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1935	PAREDE	6	7	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1936	PAREDE	13	30	--	--	--	--	9	15	--	4	5
1937	PAREDE	18	40	--	--	--	--	16	18	--	--	--
1938	PAREDE	26	49	--	--	--	--	10	13	--	22	48
1939	PAREDE	--	--	174	--	--	50	--	--	--	--	--
1940	PAREDE	--	--	197	--	--	65	--	--	--	--	--
1941	PAREDE	--	--	76	--	--	22	--	--	25	--	--
1942	PAREDE	--	--	73	--	--	25	--	--	24	--	--
1943	PAREDE	--	--	74	--	--	20	--	--	27	--	--
1955	Nesta data arubrica passou a ser "Estabelecimentos para doenças especiais", constando apenas 'Sanatório para Tuberculosos'											
1956	Nesta data arubrica passou a ser "Estabelecimentos para doenças especiais", constando apenas 'Sanatório para Tuberculosos'											
1957	Nesta data arubrica passou a ser "Estabelecimentos para doenças especiais", constando apenas 'Sanatório para Tuberculosos'											
1958	Nesta data arubrica passou a ser "Estabelecimentos para doenças especiais", constando apenas 'Sanatório para Tuberculosos'											
1959	Já só consta 'Saúde Pública'.											
1959	Doenças e acção desenvolvida sem internamento; aparece unicamente os dispensários materno-infantis sem referências a TB.											
	(IDEM Até 1968)											
1969	Ano em que se começa a publicar as "Estatísticas da Saúde"											
1969	No capítulo I "MORBILIDADE", apresenta apenas os Dispensários Anti-Tuberculosos do IANT - assistidos/não assistidos e totais sem internamento											
	(IDEM Até 1973)											
1974	Na nota introdutória refere não ter sido possível pelo seu atraso no envio, apresentar os dados relativos ao S.L.A.T.											

Fonte: *Anuário Estatístico de Portugal*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1919-1974.

Elaboração Própria.

Os dados apresentados no quadro número 4 permitem afirmar que os Sanatórios do Outão, Popular de Lisboa, Hospital Sanatório da Ajuda, e Dr. José de Almeida detinham uma importância extraordinária na região de Lisboa dentro dos sanatórios dependentes da ANT. Analisando cada um, de *per si*, observa-se que na década de trinta, com particular incidência para os anos de 1932 e 1933, recorreram ao Sanatório Popular de Lisboa um número muito elevado de Lisboa.

A década de trinta também foi marcante para o Sanatório Dr. José de Almeida. Neste caso, os anos de 1937 e 1938 foram os mais significativos. Algo similar ao que ocorreu no sanatório do Outão onde os anos de 1930-1932 e 1936-1938 apresentaram os valores mais elevados. O ano de 1933 foi o mais significativo no hospital Sanatório da Ajuda, embora no ano de 1944 tivessem entrado neste estabelecimento hospitalar 258 homens e 258 mulheres. Por sua vez, os resultados do Sanatório da Parede são ínfimos com um número de registos muito baixo.

QUADRO Nº 5

Movimento de doentes nos Sanatórios não dependentes da ANT

ANOS ECONÓMICOS	SANATÓRIOS	Existiam em tratamento em 01JAN			Entraram durante o ano			Saíram durante o ano						Ficaram Existindo			
		Crianças	Masc.	Fem.	Crianças	Masc.	Fem.	Curados, melhorados ou mesmo estado			Falecidos			Crianças	Masc.	Fem.	
								Crianças	Masc.	Fem.	Crianças	Masc.	Fem.				
1926	Conde de São Marçal - Benfica	--	--	--	--	8	9	--	57	69	--	--	--	--	--	--	
1928	Conde de São Marçal - Benfica	--	--	--	--	13	11	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
1930	Conde de São Marçal - Benfica	--	6	6	--	7	10	--	8	9	--	--	--	--	5	7	
1931	Conde de São Marçal - Benfica	--	5	7	--	2	12	--	7	8	--	--	--	--	--	11	
1932	Conde de São Marçal - Benfica	--	--	11	--	20	14	--	13	17	--	--	--	--	7	8	
1926	Marítimo Afonso Costa - Parede	--	--	--	--	26	--	--	151	--	--	--	--	--	--	--	
1927	Dr. Afonso Costa - Parede	--	--	--	--	33	--	--	184	--	--	--	--	--	--	--	
1928	Dr. Afonso Costa - Parede	--	--	--	--	26	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
1926	Sant'Ana - Parede	--	--	--	--	10	50	--	103	1.224	--	--	--	--	--	--	
1927	Sant'Ana - Parede	--	--	--	--	24	77	--	102	1.262	--	--	--	--	--	--	
1928	Sant'Ana - Parede	--	--	--	--	25	112	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
1930	Sant'Ana - Parede	--	18	89	--	3	63	--	20	71	--	--	--	--	1	81	
1931	Sant'Ana - Parede	--	1	81	--	--	118	--	--	72	--	1	3	--	--	124	
1932	Sant'Ana - Parede	--	--	124	--	2	75	--	--	74	--	1	4	--	1	121	
1933	Sant'Ana - Parede	--	1	121	--	--	72	--	--	70	--	--	2	--	1	121	
1934	Sant'Ana - Parede	--	1	121	--	--	62	--	--	60	--	--	4	--	1	119	
1935	Sant'Ana - Parede	--	1	119	--	--	73	--	--	70	--	--	1	--	--	121	
1936	Sant'Ana - Parede	--	--	121	--	--	54	--	--	52	--	--	2	--	--	116	
1937	Sant'Ana - Parede	--	--	116	--	--	56	--	--	59	--	--	2	--	--	111	
1938	Sant'Ana - Parede	--	--	111	--	--	54	--	--	38	--	--	1	--	--	124	
1939	Sant'Ana - Parede	124	--	--	30	--	--	25	--	--	1	--	--	118	--	--	
1940	Sant'Ana - Parede	120	--	--	41	--	--	38	--	--	1	--	--	67	--	120	
1941	Sant'Ana - Parede	119	--	--	54	--	--	51	--	--	--	--	--	120	--	--	
1942	Sant'Ana - Parede	120	--	--	63	--	--	58	--	--	3	--	--	122	--	--	
1943	Sant'Ana - Parede	120	--	--	62	--	6	56	--	5	5	--	--	123	--	1	
1927	Ana Val do Rio - Oeiras	--	--	--	--	30	30	--	330	330	--	--	--	--	--	--	
1927	Popular Alcântara - Lisboa	--	--	--	--	4.661	4.307	--	136.430	--	--	--	--	--	--	--	
1927	Nossa Senhora das Dores - Lisboa	--	--	--	--	12	94	--	217	2.203	--	--	--	--	--	--	
1929	Dr. José de Almeida - Carcavelos	--	38	27	--	11	36	--	13	17	--	1	--	--	35	46	
1929	Outão	--	164	183	--	136	111	--	93	115	--	3	1	--	204	178	
1944	SEM DADOS - Por se ter juntado a Saúde Pública e Assistência.																

Fonte: Anuário Estatístico de Portugal, Imprensa Nacional, Lisboa, 1926-1944.

Elaboração Própria.

A observação dos registos dos números de doentes entrados nos sanatórios não dependentes do ANT revela-se, mais uma vez, de extremo interesse.

Estes denotam uma acção de menor dimensão destes mesmos sanatórios já que o número de registos é muito inferior ao que encontrámos para os sanatórios

dependentes do ANT. Todavia, merece particular nota o número elevadíssimo de entradas no ano de 1927 no Sanatório Popular de Alcântara. Os registos apontam a entrada de 4661 homens e 4307 mulheres, o que perfaz a quantia de 8968 doentes.

Passemos agora ao movimento nosográfico dos doentes dos Hospitais Militares:

QUADRO Nº 6

Movimento nosográfico dos doentes TB dos Hospitais Militares do Continente e Ilhas (a)

T.P. - T.B. MENINGES - OUTRAS T.B.

ANOS	Existiam	Entraram	SAÍDOS				Ficam existindo
			Curados ou melhorados	Hosp. Marinha	Falecidos	Hosp. Marinha	
1919 (TP)	64	840	730	--	--	--	88
1919 (TBM)	1	3	3	--	--	--	1
1919 (O.TB)	18	371	338	--	--	--	8
SOMA	83	1.214	1.071	--	--	--	97
1920 (TP)	35	486	449	--	55	--	17
1920(TBM)	--	--	--	--	--	--	--
1920 (O.TB)	5	79	79	--	4	--	1
SOMA	40	565	528	--	59	--	18
1921 (TP)	17	246	203	--	35	--	25
1921 (TBM)	--	34	34	--	--	--	--
1921 (O.TB)	--	--	--	--	--	--	--
SOMA	17	280	237	--	35	--	25
1922 (TP)	35	303	263	--	57	--	18
1922 (TBM)	--	42	42	--	--	--	--
1922 (O.TB)	5	36	38	--	2	--	1
SOMA	40	381	343	--	59	--	19
1923 (TP)	18	273	230	--	34	--	27
1923 (TBM)	--	116	115	--	1	--	--
1923 (O.TB)	1	43	31	--	10	--	3
SOMA	19	432	376	--	45	--	30
1924 (TP)	27	219	192	--	40	--	14
1924 (TBM)	--	110	109	--	1	--	--
1924 (O.TB)	3	36	30	--	6	--	3
SOMA	30	365	331	--	47	--	17
1925 (TP)	15	229	180	--	37	--	27
1925 (TBM)	--	--	--	--	--	--	--

1925 (O.TB)	2	90	87	--	4	--	1
SOMA	17	319	267	--	41	--	28
1926 (TP)	27	243	224	--	27	--	19
1926 (TBM)	--	4	--	--	4	--	--
1926 (O.TB)	1	117	113	--	2	--	3
SOMA	28	364	337	--	33	--	22
1927 (TP)	18	195	170	67	32	9	11
1927 (TBM)	--	1	--	--	1	--	--
1927 (O.TB)	3	26	14	5	6	1	9
SOMA	21	222	184	72	39	10	20
1928 (TP)	11	269	229	86	25	5	26
1928 (TBM)	--	2	--	--	2	--	--
1928 (O.TB)	9	28	34	7	2	--	1
SOMA	20	299	263	93	29	5	27
1929 (TP)	26	491	466	--	43	--	8
1929 (TBM)	--	--	--	--	--	--	--
1929 (O.TB)	1	46	35	--	9	--	3
SOMA	27	537	501	--	52	--	11
1930 (TP)	8	441	407	--	22	--	20
1930 (TBM)	--	3	1	--	2	--	--
1930 (O.TB)	3	25	22	--	5	--	1
SOMA	11	469	440	--	29	--	21
1931 (TP)	22	442	427	--	25	--	12
1931 (O.TB)	--	28	17	--	11	--	--
SOMA	22	470	444	--	36	--	12
1932 (TP)	12	422	384	--	29	--	21
1932 (O.TB)	--	29	23	--	5	--	1
SOMA	12	451	407	--	34	--	22
1933 (TP)	21	443	406	--	30	--	28
1933 (O.TB)	1	28	22	--	6	--	1
SOMA	23	471	428	--	36	--	29
1934 (TP)	28	430	403	--	40	--	15
1934 (O.TB)	1	25	21	--	4	--	1
SOMA	29	455	424	--	44	--	16
1935 (TP)	15	387	354	--	34	--	14
1935 (O.TB)	2	24	25	--	--	--	1
SOMA	17	411	379	--	34	--	15
1936 (TP)	14	422	379	--	32	--	25
1936 (O.TB)	1	24	20	--	2	--	3
SOMA	15	446	399	--	34	--	28
1937 (TP)	25	459	425	--	28	--	31
1937 (O.TB)	3	33	29	--	2	--	5
SOMA	28	492	454	--	30	--	36

1938 (TP)	41	403	384	--	35	--	25
1938 (O.TB)	5	37	32	--	4	--	6
SOMA	46	440	416	--	39	--	31
1939 (TP)	76	3.129	3.096	--	33	--	76
SOMA	76	3.129(b)	3.096	--	33	--	76
1940 (TP)	70	3.371	3.217	--	19	--	71
SOMA	70	3.371	3.217	--	19	--	71
1941	A partir desta data a informação é fornecida por distritos em conjunto com os Hospitais Cíveis, constando unicamente o movimento de doentes com a inclusão de alunas do IFET.						

Fonte: Anuário Estatístico de Portugal, Imprensa Nacional, Lisboa, 1919-1940.

NOTAS: (a) Incluindo o Hospital da Marinha

(b) Incluindo 313 alunas do Instituto Feminino de Educação e Trabalho que saíram curadas.

Elaboração Própria.

Os dados do quadro nº 6 permitem conhecer mais outra especificidade do combate à tuberculose. Neste quadro encontramos os números de entradas de doentes nos hospitais militares do continente e ilhas.

Estes quantitativos levam-nos a tecer dois tipos de comentário: assim, num primeiro momento, desejamos frisar que, no período decorrente de 1919 a 1938, os anos com maior número de entradas foram os de 1919, 1929, respectivamente com 1214 e 539 casos. Os anos de 1939 e 1940 merecem ainda uma nota particular já que também se caracterizaram por valores muito elevados. Do ponto vista factual, torna-se premente vincar a coincidência destes picos máximos com os acontecimentos que marcaram História da Humanidade; em 1919 vivia-se a I Guerra Mundial, o ano de 1929 segue-se à Grande Depressão americana de 1928, e, por fim, os anos de 1939-1940 contextualizam-se na II Guerra Mundial. Portanto, pode concluir-se que estes surtos estão interligados com momentos de degradação das condições de vida da Humanidade.

Em segundo lugar, pretendemos vincar que saíram curados muitos doentes. Por exemplo, em 1940, observa-se que o número de doentes entrados foi de 3.371 e saíram curados 3.217, o que significa 95,43%.

4.2 - A Mortalidade

Passamos agora a analisar outra das consequências da tuberculose que é a mortalidade. Agora, teremos, por isso, como objectivo apresentar dados sobre a tuberculose como causa de morte.

Deste modo, começamos por lembrar que na segunda metade do século XIX, a mortalidade atingia valores altíssimos, cujas taxas passamos a apresentar:

Taxa Bruta (base 10⁵) de Mortalidade em Portugal no século XIX

Anos	T.B.M.
1850	22,7
1862	23,5
1875	24,1
1890	25,5
1895	20,8
1900	20,5

Fonte: IV^o Recenseamento Geral da População, Publicações do INE, Lisboa
Elaboração própria

Estes dados permitem dizer que a mortalidade geral aumentou a partir de meados do séc.XIX; ocorrendo por sua vez uma quebra em 1895 e 1900.

Os dados referentes ao número de óbitos causados pela tuberculose para as décadas de oitenta e noventa do séc. XIX são escassos; todavia, não podemos desprezar estes quantitativos.

Quadro N^o. 7

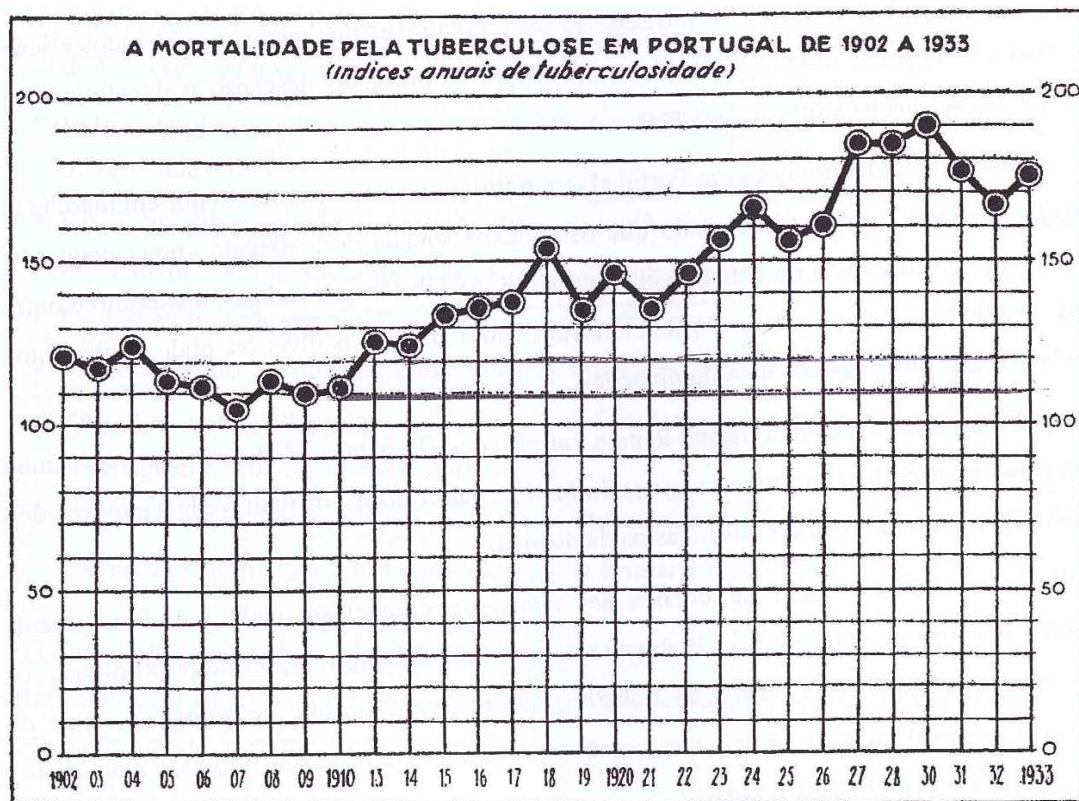
Em Lisboa,	em 1881	havia por 10.000 habitantes	58 óbitos
Em Lisboa,	em 1882	essa taxa era de	64 óbitos
Em Lisboa,	em 1885	houve um declínio	36 óbitos
Em Lisboa,	em 1891		69 óbitos
Em Lisboa,	em 1892		79 óbitos
Em Lisboa,	em 1903 a 1911	as taxas obituárias oscilam pouco	

Fonte: Ministério dos Negócios da Fazenda (Direcção-Geral da Estatística e das Populações Nacionais) – Movimento da População – Estatística Especial, 1881 – 1924. Imprensa Nacional, Lisboa, 1925.
Elaboração própria.

Os dados que acabamos de apresentar permitem dizer que o número de óbitos, em Lisboa, causados pela tuberculose aumentou no princípio dos anos noventa de Oitocentos; quando paradoxalmente à taxa bruta de mortalidade, o número de óbitos causados pela tuberculose atingiu a taxa mais elevada (base 100mil) em 1892, certamente influenciada pela crise deste ano, o que poderá ter como factor explicativo a maior incidência da tuberculose nos meios urbanos.

Para melhor elucidarmos a evolução da mortalidade causada pela tuberculose em Portugal no período decorrente de 1902 e 1933, passamos a apresentar o

Gráfico 1



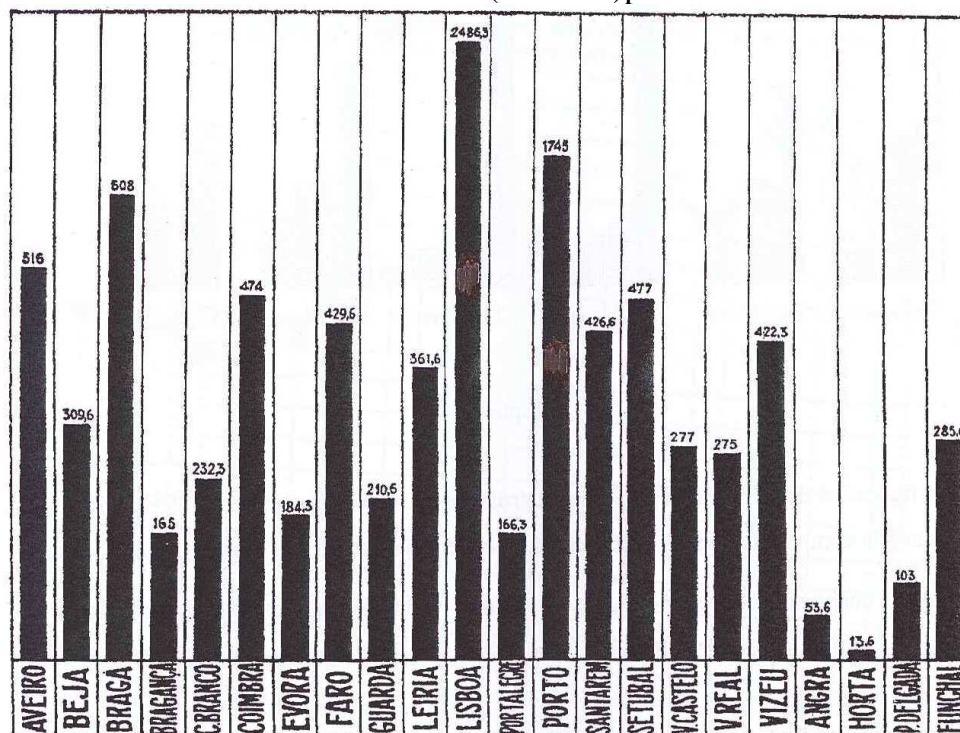
Fonte: Lopo de Carvalho, «A luta contra a tuberculose em Portugal», Separata do *Jornal Lisboa Médica*, 1935, p. 7.

Como se pode observar pelo gráfico anterior o número de óbitos causados pela tuberculose na primeira década do séc.XX manteve-se estacionária, tendo tido uma pequena quebra nos anos de 1907 e 1909. Por sua vez, em 1910 começou a aumentar até ao ano de 1930, onde atingiu o pico máximo. A causa encontra-se certamente no

agravamento das dificuldades económicas e financeiras provocadas pela Iª Guerra Mundial e pela crise americana de 1928-29.

Com o intuito de melhor compreendermos o impacto da mortalidade nas estruturas demográficas, passamos a apresentar um gráfico com a mortalidade agrupada por distritos no triénio de 1930-32.

Gráfico 2
Taxa de mortalidade (base 10⁵) por distritos



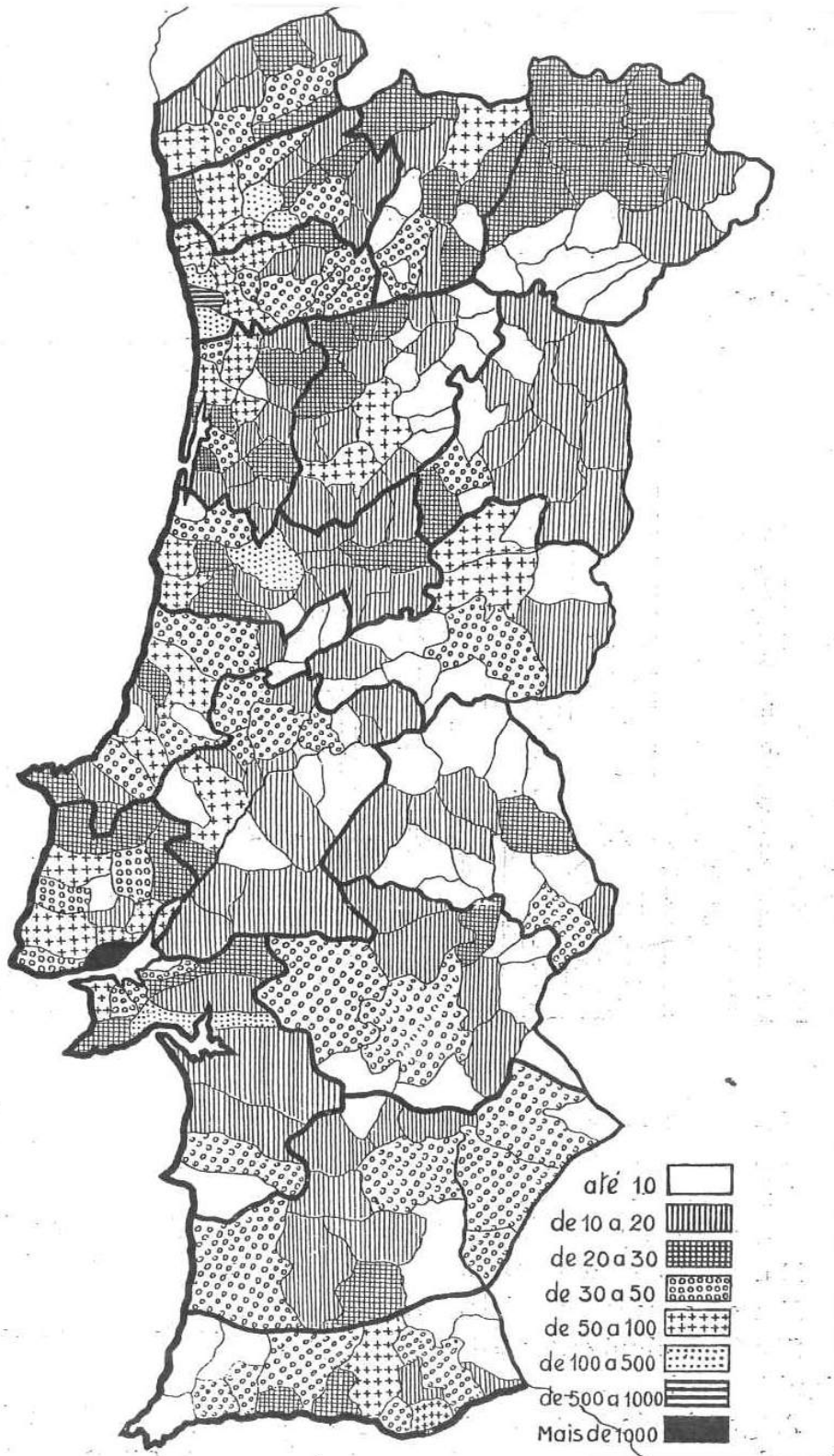
Fonte: Lopo de Carvalho, «A luta contra a tuberculose em Portugal», Separata do *Jornal Lisboa Médica*, 1935, p. 9.

Este gráfico demonstra à saciedade como a tuberculose se fez sentir de modo mais acentuado nos distritos de maior urbanização. Foi nos distritos de Lisboa, Porto e Braga, onde as taxas ultrapassaram as 500 mortes por cada 100.000. No continente, apenas três distritos viram as suas taxas ficar abaixo de 200 mortes (base cem mil); foram eles Bragança, Portalegre e Évora. Facto interessante, já que todos eles se situam no interior de Portugal continental e eram marcadamente de cariz rural. Incluíram-se, também neste patamar os distritos açoreanos Horta, Angra e Ponta Delgada.

Esta mesma realidade pode confirmar-se através da representação que se encontra no mapa que se segue (mapa nº I).

MAPA Nº.1

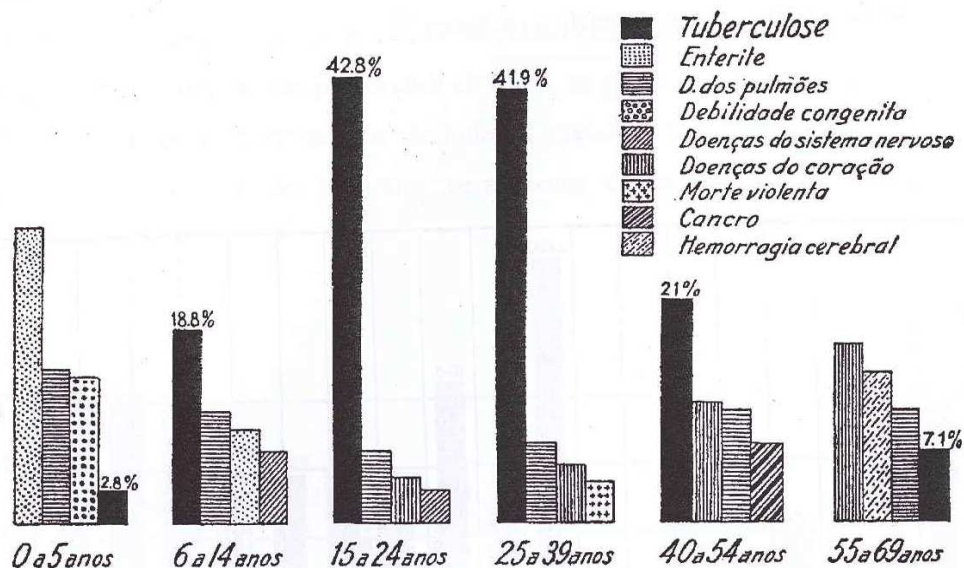
MORTALIDADE PELA TUBERCULOSE PULMONAR EM PORTUGAL
SUA DISTRIBUIÇÃO POR CONCELHOS



Fonte: Lopo de Carvalho, «A luta contra a tuberculose em Portugal», Separata do *Jornal Lisboa Médica*, 1935, p. 10.

Gráfico 3

As quatro principais causas de morte nos vários períodos da vida (1930-1932)



Fonte: CARVALHO, Lopo de – *A luta contra a tuberculose em Portugal*, Separata do Jornal Lisboa Médica, 1935, p.8.

A tuberculose era a principal causa de morte nos grupos etários 6 a 54. Curiosamente não o era nos dois grupos etários extremos (mais jovens: 0-5; e mais idosos: 55 a 69); onde as enterites tinham a primazia do primeiro grupo e as doenças do coração detinham lugar cimeiro no estrato mais elevado.

Da observação do gráfico nº.3, bem como do mapa anterior, podemos afirmar que as taxas mais elevadas de mortalidade se registam nos distritos de maior densidade populacional (Lisboa, Porto e Braga), assim como nos concelhos mais populosos como Lisboa, o único com um valor superior a mil.

Para melhor compreender o impacto da tuberculose na mortalidade passamos agora a analisar de forma relativa o número de óbitos causados pela tuberculose (nas diversas formas), com o número de óbitos causados pelas doenças cardio-vasculares.

Para mais cabal conhecimento dos dados passamos a apresentá-los:

Quadro N°. 8

Óbitos por causas de morte (números absolutos)

ANOS	TOTAL GERAL	DOENÇAS INFECCIOSAS			DOENÇAS DO CORAÇÃO		
		TOTAL	T.P.	Outras formas T.B.	TOTAL	Coração	Ap.Circulat.
1931	115.225	12.172	10.153	2.019	11.184	9.843	1.341
1932	118.595	11.685	9.647	2.038	11.637	10.102	1.535
1933	120.996	12.370	10.426	1.944	12.512	10.735	1.777
1934	118.539	11.812	9.906	1.906	12.720	10.929	1.791
1935	123.051	11.658	9.743	1.915	13.257	11.421	1.836
1936	119.003	11.688	9.684	2.004	13.662	11.722	1.940
1937	117.291	11.181	9.209	1.972	12.806	10.936	1.870
1938	115.331	11.467	9.560	1.907	13.253	11.165	2.088
1939	116.075	10.867	8.979	1.888	13.472	11.486	1.986
1940	120.486	11.764	9.849	1.915	14.132	12.163	1.969
1941	134.937	21.082	12.454	8.628	22.306	9.237	13.069
1942	126.531	20.800	12.566	8.234	21.797	8.778	13.019
1943	121.887	19.820	12.068	7.752	20.829	8.377	12.452
1944	119.275	18.393	11.645	6.748	21.348	8.493	12.855
1945	115.596	18.421	12.336	6.085	20.758	8.454	12.304
1946	120.800	18.505	12.905	5.600	23.025	9.208	13.817
1947	110.437	17.349	12.724	4.625	22.090	9.002	13.088
1948	107.536	16.970	12.423	4.547	21.198	8.714	12.484
1949	117.499	16.582	12.635	3.947	22.830	9.417	13.413
1950	102.798	15.139	12.069	3.070	21.981	9.286	12.695
1951	105.473	13.869	11.281	2.588	23.385	9.918	13.467
1952	100.486	11.086	8.279	2.807	22.948	9.292	13.656
1953	97.460	7.876	5.408	2.468	22.110	9.581	12.529
1954	95.088	7.565	5.348	2.217	25.428	9.750	15.678
1955	99.472	7.702	5.518	2.184	24.466	8.401	16.065
1956	106.919	7.493	5.587	1.906	27.525	9.862	17.663
1957	101.784	7.007	5.201	1.806	25.750	9.982	15.768
1958	91.891	6.380	4.580	1.800	24.727	10.842	13.885
1959	97.754	6.663	4.628	2.035	25.703	11.722	13.981
1960	95.007	5.757	4.274	1.483	26.963	12.394	14.569
1961	99.590	5.419	3.622	1.797	26.759	12.171	14.588

1962	96.864	4.844	3.291	1.553	27.637	12.541	15.096
1963	98.011	4.681	3.235	1.446	28.407	13.763	14.644
1964	96.878	2.912	2.637	275	12.429	10.434	1.995
1965	95.187	2.762	2.504	258	12.586	10.749	1.837
1966	100.088	2.741	2.490	251	13.046	11.277	1.769
1967	95.816	2.474	2.245	229	13.117	11.196	1.921
1968	97.415	2.276	2.080	196	13.980	12.013	1.967
1969	101.088	2.070	1.902	168	14.702	12.870	1.832
1970	93.093	1.463	1.328	135	13.242	11.633	1.609
1971	98.688	1.680	1.551	129	12.937	6.848	6.089
1972	90.315	1.245	1.109	136	11.935	7.807	4.128
1973	95.435	1.061	965	96	34.187	7.873	26.314
1974	97.034	906	837	69	34.551	7.519	27.032
1975	97.936	910	814	96	34.148	7.960	26.188

Nota: A coluna do Total Geral, não é o somatório dos Totais das colunas seguintes, incluindo outras causas de óbito.

Fonte: *Anuário Demográfico de Portugal*, publicações do INE, Lisboa, 1931-1975.

Elaboração própria.

Anualmente, entre 1931 e 1932, o número de óbitos causados pela tuberculose é superior a dez mil e os respectivos quantitativos estão muito próximos do número de óbitos motivados pelas doenças do coração.

O ano de 1946 é uma data charneira na alteração do número destas ocorrências. Assim, enquanto que a partir desta data o número de óbitos causados pela tuberculose começa a diminuir, registando-se apenas 910 casos em 1975, o número de óbitos com causa cardio-vascular manteve-se sempre acima das duas dezenas de milhares atingindo mesmo 28.407 casos em 1963, a que se seguiu uma quebra para na década de setenta do século XX subir, registando 34.148 casos em 1975, muito superior aos 910 casos originados pela tuberculose.

Tal como já referimos anteriormente observou-se uma quebra do número de óbitos causados pela tuberculose a partir de meados da década de quarenta de *Novecentos*.

O quadro publicado no *Dicionário Enciclopédico de Medicina*¹²⁴, sedimenta esta mesma conclusão.

¹²⁴ *Dicionário Enciclopédico de Medicina*, Coord. de A. Céu Coutinho, Argo Editora, 3ª Ed., Lisboa, 1977, p. 2304.

Quadro Nº. 9

ÓBITOS E MORTALIDADE POR TUBERCULOSE

Anos	Tuberculose do aparelho respiratório		Outras formas		Todas as formas de tuberculose	
	Óbitos	100 000 habitantes	Óbitos	100 000 habitantes	Óbitos	100 000 habitantes
1951	9 271	109,5	2 010	23,7	11 281	133,3
1952	6 671	78,4	1 608	18,9	8 279	97,3
1953	4 347	50,8	1 061	12,4	5 408	63,2
1954	4 395	51,1	953	11,1	5 348	62,2
1955	4 598	53,2	920	10,6	5 518	63,8
1956	4 787	55,1	800	9,2	5 587	64,3
1957	4 498	51,5	703	8,1	5 201	59,6
1958	3 986	45,5	583	6,6	4 569	52,2
1959	4 007	45,4	621	7,1	4 628	52,5
1960	3 699	41,7	575	6,5	4 274	48,2
1961	3 214	36,2	408	4,6	3 622	40,8
1962	2 945	33,3	346	3,9	3 291	37,2
1963	2 934	33,2	301	3,4	3 235	36,6
1964	2 637	29,9	275	3,1	2 912	33,0
1965	2 504	28,5	258	2,9	2 762	31,4
1966	2 490	28,4	251	2,9	2 741	31,3
1967	2 245	25,7	229	2,6	2 474	28,3
1968	2 032	23,3	184	2,1	2 216	25,4
1969	1 902	21,8	168	1,9	2 070	23,8
1970	1 328	15,3	135	1,6	1 463	16,9
1971	1 551	17,9	129	1,5	1 680	19,4
1972	1 109	12,8	136	1,6	1 245	14,4
1973	965	11,2	96	1,1	1 061	12,3
1974	837	9,7	69	0,8	906	10,5
1975	814	9,5	96	1,1	910	10,6

Fonte: *Dicionário Enciclopédico de Medicina*, Coord. De A. Céu Coutinho, Argo Editora, 3ª Ed., Lisboa, 1977, p. 2304.

Segundo os dados aqui apresentados o ano de 1951 foi o último onde o número bruto de óbitos causados por todas as formas de tuberculose foi superior a onze mil; a partir daí os quantitativos ficaram muito abaixo dos dez mil; e as outras taxas específicas de mortalidade causadas pela tuberculose em 1956 foi inferior a dez mortos por cem mil habitantes.

A partir desta data a queda desta taxa específica continuou a dominar, atingindo em 1974 um valor inferior a um morto por cada cem mil habitantes.

Terminamos este capítulo com uma apresentação sistematizada das causas de morte, em Portugal, nas décadas de vinte até 1980 do século XX.

Quadro N° 10
Óbitos (em %) segundo grandes grupos de causas de morte - Entre 1920 e 1980

Revisões da CID	2 ^a		4 ^a		6 ^a		9 ^a
Anos	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980
Causas de morte	%	%	%	%	%	%	%
Aparelho Respiratório	10,16	9,36	17,53	15,93	13,91	10,64	5,44
Com tuberculose	5,48	9,36	8,16	9,55	3,65	-	-
Pneumonia	2,73	-	7,49	6,38	7,82	8,01	2,85
Bronquite	1,95	-	1,88	-	2,44	2,63	2,59
Aparelho digestivo	11,10	14,20	14,25	9,21	7,64	5,81	3,22
Com diarreia e enterite (antes 2 anos)	7,69	10,99	11,23	7,20	-	-	-
diarreia e enterite (2 e mais anos)	3,41	3,21	3,02	-	-	-	-
Cirrose	-	-	-	-	-	2,91	3,22
Aparelho circulatório	5,16	8,52	9,90	12,42	12,41	12,36	43,20
Com doenças							
Cérebro - vasculares	-	-	-	-	-	-	-
Tumores	-	2,67	2,90	4,89	9,14	11,72	15,06
Acidentes, violências (excepto suicídios)	-	2,44	2,51	2,74	4,61	4,70	6,15
Com acidentes com veículo a motor	-	-	-	-	-	2,15	-
Sintomas e Estados mórbidos mal definidos	49,61	20,87	17,23	17,71	14,95	19,78	12,83
Com senilidade	4,69	6,70	9,64	11,02	-	-	-

Fonte: I.N.E. *Estatísticas da Saúde*, 2000.

Os dados deste quadro são deveras elucidativos para percebermos a mudança do regime epidemiológico em Portugal. Assim, em 1920, as doenças responsáveis pelo maior número de mortes foram as do aparelho digestivo, seguidas do aparelho respiratório, com particular incidência para tuberculose; onde as do aparelho circulatório tinham ainda uma acção pouco significativa. Porém, esta realidade alterou-se de modo muito significativo em

1950 com as doenças do aparelho circulatório a suplantarem as do aparelho digestivo. E por fim, em 1970 as do aparelho circulatório ultrapassaram também as do aparelho respiratório, algo que se acentuou em 1980.

CAPÍTULO V – O HOSPITAL DE REPOUSO DE LISBOA

5.1- A necessidade de construir um Hospital de Repouso

A primeira referência ao Hospital de Repouso de Lisboa encontra-se numa circular¹²⁵ publicada em 22-4-1905, onde se informava que a A.N.T. desejava completar a obra do seu Dispensário de Lisboa com a construção de um Hospital de Repouso, cujo texto damos a conhecer:

«... Está demonstrado que um doente, quando começa a sua tuberculose, pode curar-se completamente se conseguir equilibrar a sua nutrição; quer dizer, algumas semanas de repouso, boa alimentação e bom ar, podem, com a maior segurança, suster o desenvolvimento de uma doença que, de outro modo, vai lentamente matar um indivíduo tornando-o origem de graves contágios para os outros.

Um doente curado será um cidadão restituído ao trabalho, um factor de riqueza nacional e ao mesmo tempo um grande perigo evitado.

O Hospital de Repouso valerá mais do que os Sanatórios: estes apenas prolongam a vida dos tuberculosos, pois recebem em geral, doentes relativamente avançados; aquele, mercê da grande função dos Dispensários, receberá só os doentes que mal foram tocados de tuberculose e que, por meio de cuidados especiais, lograrão facilmente curar-se.

... a todos se pede o seu auxílio, que será recebido na Quinta das Mouras, ao Lumiar, ou no Aterro, na obra do futuro Instituto Central.

(...)

A Assistência avança mais um passo, na organização do Hospital de Repouso. Procura suspender logo, nas primeiras arremetidas, a doença, colocando os enfermos no início da infecção, em condições que lhes dêem elementos de resistência para saírem vitoriosos na luta, que o organismo trava com o agente desse mal. Curando estes doentes, não contribui só para a riqueza do país, conseguindo homens aptos para o trabalho, faz a melhor profilaxia, impedindo que eles se tornem cavernosos.

O Hospital de Repouso vai ser construído na Quinta das Mouras, que a Assistência adquiriu no Lumiar. A Quinta oferece uns treze hectares de terreno, onde se fazem já plantações importantes e tem a melhor disposição para um Sanatório. Com efeito, o Hospital de Repouso é um Sanatório com fins especiais. Dedicar-se apenas aos tuberculosos, que começam a sua doença, que se traduz por um certo estado de anemia, emagrecimento, tosse e febre. Ora é sabido em tisioterapia que sempre que nestas condições se pode suprimir a febre, reparar a nutrição, a cura torna-se possível. Para obter estes resultados, também se sabe que os principais

¹²⁵ Boletim da A.N.T., nº 2, 1906, pp. 2-3.

elementos são bom ar, repouso e alimentação substancial. Está também estabelecido que a eficácia destes meios será tanto mais rápida, quanto mais no início da doença forem aplicados.

Ora no Dispensário de Lisboa, mercê da sua organização, acodem por ano centenas de doentes nas melhores condições de utilizarem este tratamento.

É a eles que se dedica o Hospital de Repouso.

O Hospital de Repouso terá camas, e, como o tratamento deve durar umas seis semanas, pode servir a muitíssimos doentes.

A brevidade do tratamento importa muito à economia do operário, que, se tem família, representa a sua ausência gravíssimo prejuízo para a sua família.

No Hospital de Repouso, o doente repara as forças, equilibra a sua nutrição perturbada, de modo que saindo dali, pode continuar, com muito maior proveito o seu tratamento no Dispensário.

A experiência já de anos tem demonstrado que muitíssimos doentes têm melhorado e mesmo se têm curado, continuando a trabalhar, graças aos cuidados ministrados no nosso Dispensário de Lisboa.

Quanto não são melhores os resultados proporcionando a esses doentes uma cura de repouso, nas mais perfeitas condições de higiene?»

D. António de Lencastre

Por esta citação depreende-se a importância que tiveram na altura os hospitais de repouso na Luta Anti-Tuberculosa, cuja diferença relativamente aos Sanatórios dizia principalmente respeito à fase da doença dos indivíduos internados (*fase inicial*). Assim, a finalidade específica do Hospital de Repouso era a de obter um maior número de curas, o que melhorava a profilaxia da doença ao diminuir o perigo de contágio, pois procurava-se actuar logo na fase inicial quando o doente apresentava os primeiros sintomas desta patologia.

Segundo o extracto que acabamos de transcrever, a probabilidade de cura que os doentes tinham nestes estabelecimentos era muito superior à encontrada nos sanatórios.

Com o objectivo de angariar fundos para a construção do Hospital de Repouso em Lisboa (Hospital de Repouso D. Carlos I), a Rainha D. Amélia editou em 1903, à sua custa, o livro do Conde de Sabugosa *O Paço de Cintra*. Com este propósito criou um fundo especial para aquisição do terreno, aceitaram-se donativos, promoveram-se festas e uma tourada (Fig.48)¹²⁶ e receberam-se legados. O produto destas iniciativas

¹²⁶ “Documento 48”, em Anexos.

permitiu que, em 1904, a A.N.T., adquirisse, no Asilo Municipal, metade da Quinta das Mouras, ao Lumiar, com uma área de 130.000 m², por 14.140\$00¹²⁷.

O arquitecto Rosendo Carvalheira elaborou um projecto do Hospital de Repouso, com uma capacidade para 100 camas. A carência de recursos para a sua construção levou a Comissão Executiva da A.N.T. a encarregar João Arriaga da modificação daquele projecto, reduzindo o número de camas para 64.

As obras, cujo orçamento foi de 33.680\$00, iniciaram-se em 20 de Fevereiro de 1909, com a colocação da primeira pedra, na presença da Rainha D. Amélia¹²⁸ e ficaram concluídas um ano depois com um saldo de 532\$32. Estava edificado o Hospital de Repouso de Lisboa, que passou a chamar-se Sanatório D. Carlos I, em homenagem à memória do Rei D. Carlos I, morto a 1 de Fevereiro de 1908 (Fig. 49)¹²⁹.

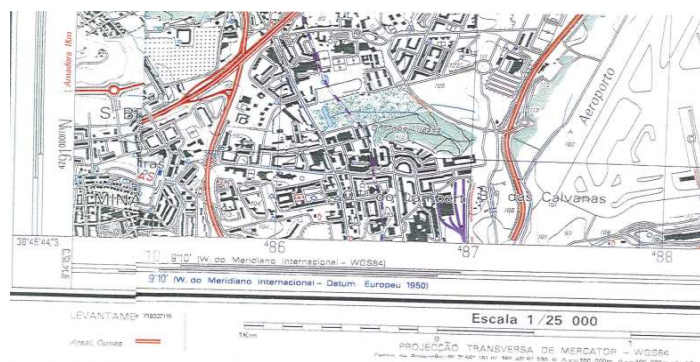
Este hospital está situado na freguesia do Lumiar, cuja planta de localização se passa a apresentar:

PLANTA DE LOCALIZAÇÃO:

WGS84 (graus decimais)

Latitude: 38,765585

Longitude: 9,158342



Era um estabelecimento que pertencia ao grupo dos Sanatórios de Planície, cujo clima se pensava ser aconselhável nos casos febris ou sub-febris, nas tuberculosas fibrosas já com um certo grau de insuficiência cardio-respiratória e em doentes com hemoptises de repetição. Em 1 de Dezembro de 1910, logo após a implementação da República, passou a denominar-se Sanatório Popular do Lumiar.

¹²⁷ *História da Pneumologia Portuguesa*, p. 320.

¹²⁸ *Ibidem*.

¹²⁹ “Documento 49”, em Anexos.

Esta construção que corresponde ao actual Hospital de Pulido Valente, começou a ser utilizado nos finais de 1911 para isolamento dos doentes com febre tifóide. Segundo a notícia no jornal «O Século», este hospital foi inaugurado oficialmente, em 27 de Agosto de 1912, com a presença do Presidente da República¹³⁰.

Dado a pertinência da notícia publicada no referido periódico, passamos a transcrever um extracto:

«Este edifício, que por ocasião da epidemia do tifo, serviu para receber grande número de doentes, fica situado entre o Campo Grande e Lumiar, no meio duma enorme cerca.

No primeiro pavimento estão duas vastas enfermarias muito arejadas, tendo cada uma 32 camas. Há dias foram para ali 19 mulheres e 6 homens. No mesmo pavimento estão os quartos dos vigias, arrecadações, casa de banho com esquentadores e refeitórios. Na parte exterior do edifício há 2 galerias para onde os doentes vão deitar-se sobre as chamadas cadeiras para a cura ao ar livre, e durante um tempo determinado não podem falar, fumar, nem fazer qualquer movimento. Ao fundo do pavimento a que nos referimos ficam a cozinha, casas da copa, de desinfecção, das louças, esterilização das águas e refeitório para o pessoal. Num pequeno edifício anexo, próximo da cozinha, está instalada a máquina que tira água de uma mina, visto a água fornecida pela companhia faltar ali algumas vezes ao dia.

No segundo pavimento, vêm-se os quartos para o pensionistas e pessoal, o gabinete do fiscal, depósito de farmácia e laboratório, refeitório dos empregados e ainda várias salas destinadas a arrecadações, etc..

Os doentes têm também dois passeios na cerca durante o dia, e servem-se da água filtrada. É director do sanatório o senhor doutor Henrique Mouton, assistente o senhor doutor Moreira, fiscal o senhor Eduardo Dias Alves e enfermeiros os senhores Custódio Santos e Constâncio de Jesus Miranda Santos. O pessoal menor é composto de um cozinheiro, ajudante-servente, quatro serventes de enfermarias e dois para serviço geral, um porteiro, um guarda da noite e um carroceiro.»¹³¹.

Convém, no entanto, frisar que os *Anuários Estatísticos de Portugal* apresentam datas¹³² diversas que variam. Neles são apontados os dias 18 de Julho de 1912 e 18 de Agosto de 1912. Algo que não é completamente discordante com a notícia do jornal «O Século». Pensamos que a data de 18 de Julho de 1912 será a da conclusão das obras, enquanto a data de 18 de Agosto de 1912 pode reportar-se ao início do seu

¹³⁰ *Jornal O Século*, Ano 34º, Nº. 687, de 27/08/1912, p. 3.

¹³¹ *Ibidem*.

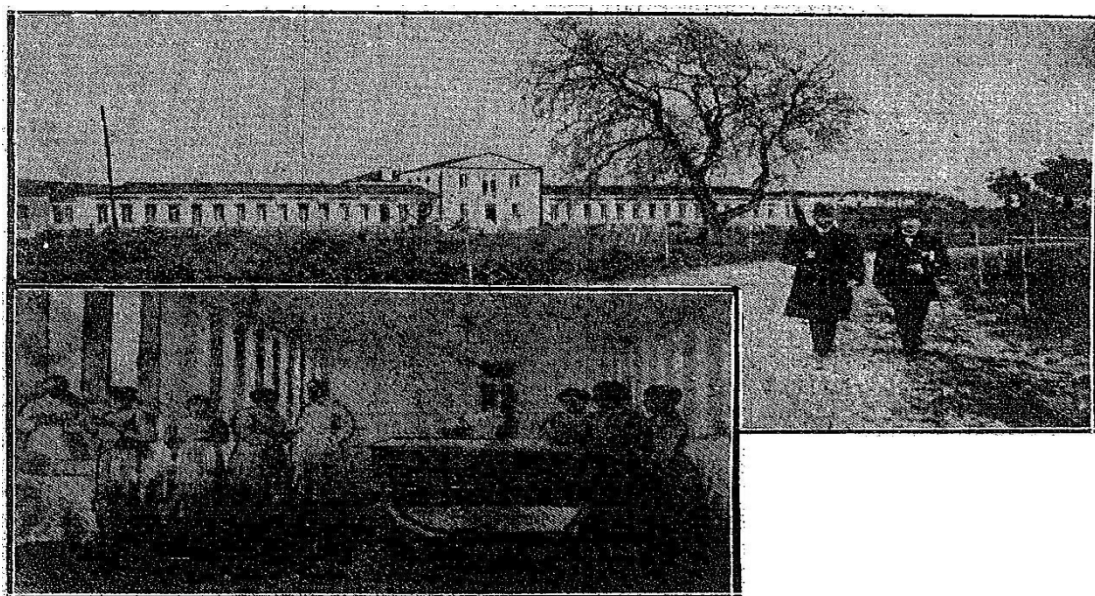
¹³² INE, *Anuários Estatísticos de Portugal*, de 1923, p. 44; e ano de 1926, p. 93.

funcionamento como hospital de repouso, e o dia 27 de Agosto de 1912 teria sido a data da inauguração oficial.

A descrição deste mesmo edifício foi apresentada de forma mais pormenorizada por Cassiano Neves, da seguinte forma:

«...tem a forma de um paralelograma de 110 metros de comprimento, 12,2 metros de largura, na direcção norte-sul, achando-se a fachada principal voltada a leste, paralela à Alameda das Linhas de Torres. Ao centro um corpo central mais elevado e aos lados dois corpos iguais, de 38,8 metros por 8 metros de largura, destinados, inicialmente, um, a enfermaria para doentes do sexo masculino, outro, a enfermaria para doentes do sexo feminino. No topo de cada enfermaria há os refeitórios. Cada enfermaria tem uma galeria coberta de 38x3x5 metros. A poente há um anexo onde se estabeleceu: rés-do-chão, cozinha, casa de distribuição das refeições, etc., e no primeiro andar, quartos do pessoal, etc. Cada enfermaria tem 32 camas»¹³³.

Segundo este mesmo autor, na enfermaria dos homens havia sempre vagas para os doentes deste sexo. Cassiano Neves justifica este facto com a falta de educação do público e a constatação de que os homens trabalhavam até à última hora para sustentarem a família. Aos homens internados que tinham família era dado um pequeno subsídio para a sua casa e, mesmo assim, alguns com tuberculose no último grau, não queriam ir para o sanatório.



O Edifício do Sanatório Popular e uma das enfermarias¹³⁴.

¹³³ Cassiano Neves, *Sanatórios de Planície – O Sanatório Popular de Lisboa (Lumiar)*, 1937, p. 43.

¹³⁴ Cf. *Jornal O Século*, Ano 32º, nº 11.025, de 20/08/1912, p. 3.

A Direcção do Sanatório foi assumida pelo Dr. Henrique Mouton, que tinha como assistente o Dr. Arbués Moreira, depois Director do Sanatório da Ajuda.

A subvenção colocada pelo Estado à disposição da A.N.T. era insuficiente para satisfazer as necessidades mais prementes e o recurso à caridade pública revelou-se pouco produtivo. Em 1913, a A.N.T. resolveu vender em hasta pública as obras de arte oferecidas por inúmeros artistas aquando da sua fundação, destacando-se as de D. Carlos I, Columbano e Malhoa, entre outros.

Em 1914 morre o Dr. Henrique Mouton, sendo nomeado para Director do Sanatório o Dr. Eduardo Arbués Moreira e para Assistente o Dr. Cassiano Neves. Apesar das reticências colocadas pelos doentes, particularmente pelos homens, para serem internados, o número de contagiados pela tuberculose aumentou significativamente, e, por isso, tornava-se necessário expandir as instalações deste sanatório. Para o efeito, o engenheiro Samuel de Almeida elaborou um projecto para a construção de mais um pavilhão onde se pudessem colocar mais cem doentes. Todavia, as obras apenas se iniciaram em Junho de 1928.

«Este pavilhão tem 83m de comprimento na sua fachada principal, ou seja, uma superfície total de 1.333m² em cada pavimento, compreendendo as galerias com 249m².

Consta de dois pavimentos, estando no primeiro instalados: o vestíbulo da entrada, que dá acesso aos serviços da farmácia, agentes físicos e um amplo corredor que se estende de nascente a poente seguindo todo o comprimento do pavilhão.

Caminhado-se para nascente encontra-se à direita: raios-x, laringologia e balneário, e ao topo do corredor um corpo de edifício destinado ao alojamento de pensionistas com um vestíbulo, quartos, sala de operações, vestiário, quartos de empregados e de banho.

No mesmo corredor, para o poente, encontram-se: a farmácia com seus anexos, grande rouparia e duas arrecadações. No corpo central, virado a Norte, acha-se, ao centro, a escada que dá acesso do primeiro para o segundo pavimento destinada ao serviço privativo dos doentes que terão de receber tratamentos nas secções de agentes físicos, laringologia e balneário, tendo este último, também, cabinas para serviço público, com serventia privada. A nascente e poente da escada encontram-se compartimentos destinados aos Laboratórios com gabinetes para análises químicas bacteriológicas e outras, com todos os anexos indispensáveis para o bom e completo fim a que se destina.

Os quartos dos doentes pensionistas deste pavimento têm a sua galeria de cura privativa, orientada a Sul.

No segundo pavimento, seguindo-se o mesmo roteiro do primeiro encontramos: vestíbulo principal, tendo à sua direita e esquerda

duas amplas enfermarias, cujas áreas medem 102m², podendo cada um alojar 12-14 camas. Têm a área por cama de 10,33m², cubagem 558m³, que corresponde por doente a 46,5m³; e a superfície total envidraçada de 22,80m², ou seja, por doente 1,90m². O cálculo é feito para 12 camas. Actualmente há 14 camas em cada enfermaria.

Semelhante ao que foi descrito para o outro pavimento, tem no topo do corredor principal um corpo de edifício com quartos para pensionistas, refeitório, rouparia, quarto de criadas, banho, W.C. e uma escada privativa. Na parte central da fachada posterior orientada a Norte, tem de cada lado da escada que dá acesso ao primeiro pavimento: quartos para enfermeira e ajudante, salas de lavabos, banhos, W.C., “offices” e “vidoirs”. Seguindo-se o corredor principal na direcção Oeste, encontra-se um grande refeitório destinado aos doentes alojados nesta parte do edifício, já descrita, e de parte dos antigos pavilhões.

Este refeitório tem amplas janelas viradas a poente e uma superfície total de 104m². O ante-vestíbulo, que faz parte da galeira, e o vestíbulo principal deste pavimento constituem a sala de estar dos doentes, devidamente orientada a Sul.»¹³⁵

Ficou conhecido por “Pavilhão das Senhoras da Caridade” (Fig. 52)¹³⁶, porque uma Comissão de Senhoras presidida pela Sra. D. Laura Palha de Lá Cerda conseguiu angariar meios pecuniários para a sua construção, no valor de 1.265.312\$01¹³⁷.

Em Março de 1929, a Sra. D. Laura Lambert de Moraes e o seu marido Dr. António Moraes informaram a Direcção da A.N.T. da sua intenção de fazer construir outro pavilhão anexo (Figs.53)¹³⁸ aos dois já existentes e que teria capacidade para 48 doentes. Para o efeito ofereceram a verba de 800.000\$00. O projecto foi do engenheiro Samuel de Almeida e do arquitecto Bernardino Coelho.

As características deste mesmo pavilhão encontram-se muito bem descritas por Cassiano Neves, pelo que uma vez mais transcrevemos um extracto:

«Os primeiros trabalhos constaram da terraplanagem do terreno, tendo sido necessário fazer-se a remoção de cerca de 5.000m³ de terras em consequência do desnivelamento do terreno.

A fachada tem a extensão de 72,10m, achando-se orientada a Sul. A superfície coberta mede 1.103m², estando neste número incluídos 216,2m², da superfície da galeria. O vestíbulo principal, que se encontra a centro da fachada, dá acesso ao amplo corredor que se estende paralelamente a todo o comprimento do edifício. Os topos a nascente e poente do corredor dão ingresso, respectivamente, ao refeitório e sala de estar, tendo aquele a superfície de 105m², que se destinam ao alojamento dos doentes

¹³⁵ Cassiano Neves, *Sanatórios de Planície – O Sanatório Popular de Lisboa (Lumiar)*, 1937, pp. 46-48.

¹³⁶ “Documento 52”, em Anexos.

¹³⁷ Cassiano Neves, *ob. cit.*, p.46.

¹³⁸ “Documento 53”, em Anexos.

deste pavilhão e duma das antigas enfermarias do Sanatório Popular. No topo, a poente encontra-se a sala de estar, tendo uma superfície de 68,60m² (actualmente enfermaria de crianças).

Esta sala possui amplas janelas, orientadas a Sul e Poente. As enfermarias, em número de quatro, estão orientadas a Sul, tendo cada uma acesso para a galeria de cura e corredor principal, alojando cada uma 12 camas com uma área de 93,48m², que corresponde por doente a 7,70m²; cubagem total de 401,90m³ e por doente 33,40m³. A superfície total envidraçada é de 18,20m² e por doente de 1,50m².

Cruzando com o corredor principal, encontra-se na direcção Norte-Sul um outro corredor que, além de se destinar à serventia privada do pessoal para a parte posterior do edifício, tem também a função de permitir o perfeito isolamento de qualquer doente, cujo estado melindroso aconselha a afastar da enfermaria, permitindo, inclusivamente, a saída oculta de qualquer cadáver do quarto de isolamento, precaução que é indispensável ser adoptada num edifício de tal natureza, a fim de não perturbar o moral dos internados.

O mesmo corredor dá serventia a três casas-de-banho, seis W.C., “vidoir-offices”, rouparia e arrecadação. No corredor principal, seguindo-se na direcção do refeitório, estão instalados: quarto da enfermeira, lavabos dos doentes, gabinete do médico e consultas; aposentos estes que se destinam às duas enfermarias que lhes ficam fronteiriças.

Seguindo-se no mesmo corredor, na direcção da sala de estar, encontramos a sala de tratamentos, quartos de empregada e criadas, e, novamente, outra sala de lavabos, anexos estes que se destinam às outras duas enfermarias. Parte da cobertura deste pavilhão constitui um grande terraço em cimento armado destinado a logradouro dos doentes, ocupando grande parte da superfície coberta total, ou seja, aproximadamente, 745m².

O acesso para este terraço efectua-se pela escada que nasce no topo do corredor, junto ao refeitório, dando, também, para a parte posterior do edifício. Os pavimentos das enfermarias, sala de estar e refeitório são forrados de madeira de macacuíba à inglesa. O vestíbulo, corredores, banhos, lavabos, “offices”, W.C., “vidoirs” e isolamentos acham-se forrados a ladrilho de mosaico e as paredes com lambris de azulejos.

Todos os lavabos e bidés têm distribuição.

As paredes são todas revestidas a estuque brunido e a sala de estar, refeitório e enfermarias têm lambris a tinta lacada.»¹³⁹

A disposição global do edifício formava um Z: O pavilhão central e as duas enfermarias (*o velho sanatório*) foram colocados face a nascente e os outros dois pavilhões (*das Senhoras da Caridade e Lambert de Moraes*) estavam orientados a sul, o que defendia dos ventos o antigo sanatório (Fig. 54)¹⁴⁰. Deste modo, o regime dos

¹³⁹ Cassiano Neves, *ob. cit.*, pp. 48-50.

¹⁴⁰ “Documento 54”, em Anexos.

ventos de Lisboa estava atenuado em grande parte pela natureza (*meias colinas*), em parte pela arborização e orientação das construções.

Os novos pavilhões foram inaugurados e postos a funcionar após as necessárias ligações aos Serviços Gerais do Antigo Sanatório em 1932 pela Comissão Executiva da A.N.T., então constituída pelos Senhores Professor Lopo de Carvalho (Presidente), Dr. Armando Cancela de Abreu, Professor Bissaia Barreto, Engenheiro Fernando Ulrich e Professor Ferreira de Mira.

5.2- *Novas Valências*

A dimensão assistencial irá sendo retirada do modelo de entendimento dos hospitais. Deixam de ser espaços para recolhimento de doentes pobres e desfavorecidos, particularmente daqueles que não vislumbravam a cura. A evolução da medicina e da cirurgia, articuladas com o desenvolvimento técnico-científico, introduziram a possibilidade de cura, fazendo do tratamento o seu vector central, ultrapassando-se gradualmente a “*fase asilar*” deste tipo de instituições. Por isso, em 19 de Julho de 1928, foi implantado neste hospital, um Laboratório de Análises Clínicas (Fig. 56)¹⁴¹ chefiado pelo Professor da Faculdade de Farmácia, Dr. Manuel Pinheiro Nunes, foi instalado no Pavilhão das Senhoras da Caridade¹⁴².

Em Dezembro de 1929, João Luís de Moura, Presidente da Comissão Central da Assistência de Lisboa e Governador Civil, doou uma verba de 80.000\$00 para instalação de um Serviço de Radiologia (Fig.55)¹⁴³ no Sanatório do Lumiar, que foi dirigido pelo Dr. Carlos Santos e inaugurado em 7 de Maio de 1930, recebendo o nome do seu doador, bem como um laboratório de análises clínicas, sala de operações, gabinete de laringologia, aparelhagem de metabolismo basal, toraco-cáustica e ondas curtas e estores para as galerias de cura; enquanto as restantes obras apenas terminaram em Julho de 1930.

Neste mesmo sentido, em Junho de 1941 começou a funcionar um Serviço de Cirurgia, com os seguintes elementos: Professor Augusto Monjardino, em

¹⁴¹ “Documento 56”, em Anexos.

¹⁴² Cassiano Neves, *ob. cit.*, p. 46.

¹⁴³ “Documento 55”, em Anexos.

Toracoplastias; Professor Lopo de Carvalho, em Pleuroscopias; Professor Jorge Monjardino, Drs. Vargas Moniz e António Batoréo, em Frenicectomias.

Em Julho de 1947, o Ministério das Obras Públicas destacou do Fundo de Desemprego a verba de 1.930.000\$00 que concedeu à Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais para edificar no Sanatório do Lumiar mais 4 Pavilhões (Fig. 57)¹⁴⁴ para 500 camas e que se pretendia que estivessem prontos em 1948. O encargo estimado para tal investimento foi de 4.105.000\$00. Ainda pelo Fundo de Desemprego e no mesmo mês, foram concedidos 200.000\$00 para a adaptação da cozinha a outros serviços gerais e para a instalação de uma lavandaria mecânica.

Em 28 de Outubro de 1947, pelo ofício n.º.637, o Director do Sanatório, Dr. Guilherme Pacheco de Miranda, transmitia as suas funções ao Dr. António Batoréo, o mais antigo dos seus Assistentes.

Em 11 de Dezembro do mesmo ano, por despacho do Subsecretário de Estado da Assistência, foi nomeado Director o Dr. José Espadinha Rocheta.

Em 1949, no Património do Sanatório Popular D. Carlos I, faziam-se os seguintes aumentos (Fig.58 a), b), c) e d))¹⁴⁵:

- *Os Pavilhões A, B I, B II, todos de um só piso, construídos em blocos de cimento com fundações em alvenaria, cobertos de placas de Lusalite e com as paredes interiores, tectos e pavimentos revestidos de placas de cortiça e no valor de 5.000.000\$00.*
- *O Pavilhão C de 2 pisos, construído em blocos de cimento com fundações em alvenaria. O pavimento do 2º piso era de tijolo perfeito e o telhado de telha tipo Marselha e no valor de 3.850.000\$00.*
- *O edifício da morgue, de um piso, construído em alvenaria de tijolo com fundações em alvenaria ordinária, coberto de telha tipo Marselha e pavimento de mosaico hidráulico no valor de 300.000\$00.*
- *O Pavilhão A – área coberta de 1.395,08 m² - comportava 16 enfermarias, 2 consultórios, 2 quartos para enfermeiros com casa de banho, uma casa de Raios X, uma casa para a roupa suja, outra para a roupa limpa, 5 casas de banho e uma galeria de cura.*
- *Cada um dos Pavilhões B I e B II tinha área coberta de 1.059 m² e englobava 12 enfermarias, 2 consultórios, um quarto para enfermeiras com casa de banho, uma sala de Raios X, 1 casa*

¹⁴⁴ “Documento 57”, em Anexos.

¹⁴⁵ “Documento 58 a), b), c) e d)”, em Anexos.

para a roupa limpa, outra para a roupa suja, 3 casas de banho e uma galeria de cura (Fig. 59)¹⁴⁶.

- O pavilhão C – área coberta de 1.840,25 m² - compreendia 26 enfermarias, 4 consultórios, 14 quartos para enfermeiras com casa de banho, 4 camaratas para o pessoal menor, 2 casas para Raios X, 2 casas para roupa limpa, 3 casas para roupa suja, sala de portaria e 2 galerias de cura.
- A casa da morgue – área coberta de 145 m² - tinha 2 casas de depósito, uma casa de autópsias, uma câmara ardente e 2 casas de banho.

Em relação a estes melhoramentos do Sanatório, o jornal “O Século”¹⁴⁷, dava o seguinte título a um artigo:

«REMODELADO e ampliado com três pavilhões o Sanatório D. Carlos I é agora um dos melhores e mais modernos estabelecimentos anti-tuberculosos do país» (Fig. 60)¹⁴⁸.



Pormenor do Sanatório D. Carlos I, no Lumiar. À Esquerda, um dos novos pavilhões, e, ao fundo, o corpo central do edifício, mandado construir, em 1908, pela Sra. D. Amélia de Orléans e Bragança.

Nota-se algum esforço no aumento das capacidades de resposta à doença, designadamente no hospital de referência na cidade capital de Lisboa, como que antecipando os graves aumentos no número de casos que se verificariam na década subsequente.

Enquanto organização, tudo conflui para a sua actividade principal, assente na trilogia “*diagnóstico/tratamento/reabilitação*”, a qual pode ser desenvolvida em regime de internamento ou de ambulatório. Compete ainda ao hospital promover a investigação e o ensino nas diferentes áreas da saúde, configurando-se em si mesma como um espaço laboratorial disponível para a pesquisa e a aprendizagem.

¹⁴⁶ “Documento 59”, em Anexos.

¹⁴⁷ Cf. Jornal *O Século*, Ano 58º, Nº.23.760, de 21/05/1948, pp. 1-2.

¹⁴⁸ “Documento 60”, em Anexos.

A partir de 1950, passou a haver concurso público ou documental para a admissão de médicos conforme as categorias, criou-se um internato de 3 anos para a preparação de especialistas e instituíram-se cursos de aperfeiçoamento e reuniões semanais nos Sanatórios.

Em Fevereiro de 1952 iniciaram-se no Sanatório do Lumiar as Consultas de doenças cardio-vasculares, ao cuidado dos Drs. Martins da Fonseca, Décio Ferreira e Francisco Ferreira. Começaram também a ser feitas as culturas de expectoração.

Em 24 de Fevereiro de 1953 o Dr. Décio Ferreira pediu autorização ao Director do I.A.N.T., Dr. Carvalho Dias, para frequentar como voluntário o Serviço de Cirurgia do Sanatório do Lumiar, para ali instalar uma secção de Cirurgia cardio-vascular. A autorização foi recusada, alegando que o Dr. Décio Ferreira não estava inscrito na Ordem dos Médicos como cirurgião, que a cirurgia cardíaca fugia ao âmbito do I.A.N.T. e que tais intervenções cirúrgicas não deveriam efectuar-se num meio contagioso. Só por despacho de Trigo de Negreiros (16-4-1953) foi permitida a criação da cirurgia cardíaca. Por despacho de José Guilherme de Melo e Castro, de 18-9-1954, estabeleceram-se as condições e as normas de funcionamento dos Centros de Cirurgia cardio-vascular, bem como os respectivos quadros.

Entretanto o Dr. Décio Ferreira (Fig. 61)¹⁴⁹ iniciava experiências cirúrgicas em cães, com grande êxito, tornando-se assim o pioneiro na técnica das transplantações de órgãos em animais: em 26-2-1953 realizou a primeira valvulotomia mitral e em 11-5-1953 efectuou o primeiro *Fallot*.

A qualidade dos serviços prestados neste sanatório, bem como a atenção e dedicação dos seus funcionários foram marcas que o caracterizaram.

Em entrevista efectuada, pelo seu interesse, à Sra. D. Emília Salgueiro Antunes, que esteve internada no Sanatório D. Carlos I durante mais de 2 anos (de 1951 a 1953) por tuberculose bilateral e apenso no seu processo clínico, descreve de modo primoroso a realidade quotidiana deste sanatório. Dado a pertinência da mesma, passamos a transcrever o seu depoimento:

«... Adoecei com falta de apetite, cansaço, dores nas costas, por vezes febre; assim andei alguns meses, pensando-se que era uma gripe, até que fiz uma radiografia ao tórax, com a qual fui enviada

¹⁴⁹ “Documento 61”, em Anexos.

para o Hospital de Santa Marta com a finalidade de iniciar pneumotórax. No Hospital verificaram que tinha “a pleura colada”, pelo que fui internada no Sanatório D. Carlos I (cama 46, sala 11, pavilhão de Cirurgia dirigido pelo Dr. Rui de Lima) em 26.1.1951, com 18 anos. Dirigia o Sanatório o Dr. José Rocheta.

O meu primeiro médico assistente foi o Dr. Villar, que me propôs para pneumotórax extrapleural à direita. Fui operada em Agosto do mesmo ano, pretendendo-se efectuar pneumotóraxes posteriormente.

Passada uma semana comecei com febre, grande cansaço e vômitos. Como o Dr. Thomé Villar entrou de férias, o meu segundo médico assistente foi o Dr. Fernando Rodrigues. Este achava que eu era a situação mais complicada do sanatório e disse-me “que pegou no caso porque era maluco...”. Tinha feito como complicação locas à direita, sendo extraído pús à seringa por várias vezes.

Eu tinha noção de estar numa cama a fazer oxigénio e a aguardar a morte.

Em Setembro de 1951 efectuaram-me espeleostomia (Drs. Fernando Rodrigues e Thomé Villar). Claro que à “Milinha”, como o Dr. Thomé me chamava, tudo corria mal e a cicatrização deu-se em falso.

Pouco tempo depois o pulmão esquerdo foi atingido, estando igualmente “a pleura colada”.

Por acharem mais conveniente, transferiram-me para o Pavilhão A, no andar de cima, onde funcionava a Cirurgia de mulheres e era dirigida pelo Dr. Nunes de Almeida. Cada Pavilhão tinha 16 salas.

Não posso deixar de elogiar e recordar com saudade todo o apoio e ternura dados pela Enfermeira Arminda Correia, Chefe do Pavilhão 9, e que teve muita influência sobre o Dr. Fernando Rodrigues para me aceitar como sua doente. Nesta altura, o Dr. Thomé Villar foi para o Hospital de Santa Maria.

E eu lá ia fazendo injeções de penicilina, sucedendo-se os dias penosamente, entre a vida e a morte. Era tal o meu desejo de aumentar de peso para poder ser re-operada, que chegava a ir pesar-me com pedras nos bolsos ...

Entretanto injectaram-me um produto, o que obrigou a elevar os pés da cama com tijolos para chegar às zonas doentes. Não sei o nome desse produto, mas lembro-me que fiz uma reacção muito intensa com febre alta, que foram necessárias transfusões de sangue e que estas me provocaram icterícia.

Depois fizeram-me nova espeleostomia à direita, ficando aberta, o que obrigava a pensos diários muito dolorosos. Vieram medicamentos propositadamente para mim, mas nada resultava. Era tal a gravidade da situação, que tive de dar consentimento para ser operada e quase obriguei os médicos a nova cirurgia, desta vez à esquerda. Fizeram extrapleural para descolar a pleura e só então percebi que não ia fazer toracoplastia, como esperava. A desilusão foi enorme, pois convenci-me de que a toracoplastia resolveria o assunto.

O meu estado geral era tão mau, que imediatamente antes desta última intervenção a minha madrinha (uma das enfermeiras do

sanatório) me levou à Basílica da Estrela, onde recebi a extrema-unção.

Cerca de 15 dias depois fui submetida a pneumotórax à esquerda. Surgiu-me imediatamente muita falta de ar e foi preciso espetar agulhas no tórax. Disseram-me que tinha feito um pneumotórax espontâneo. Quando foi possível, voltaram a fazer-me pneumotóraxes à esquerda. Após ter passado por tudo isto, introduziram-me um "Polystan" à esquerda. Tive o azar de haver infecção local com criação de líquido. Foi necessário aspirar o líquido e retirou-se o "Polystan". Três semanas depois colocaram-me um outro "Polystan" à esquerda, que ainda hoje tenho e que constituiu finalmente, a última operação.

Entretanto continuava a fazer pensos à direita e a ferida só encerrou definitivamente ao fim de 2 anos, ficando com o tórax deformado (Fig.62 e 62 a)¹⁵⁰.

Resumindo, além das intervenções cirúrgicas (vários extrapleurais e pneumotóraxes, entre outras) fiz muitos milhões de unidades de penicilina, extracto hepático e vitamina C, medicamentos próprios para a Tuberculose como a Estreptomina, que parece não ter resultado e sobrevivi, ajudada por uma extraordinária força de vontade.

Estávamos já em 1953 quando começaram a pensar enviar-me para o Sanatório das Penhas da Saúde, para o meu completo restabelecimento. Foi muito contrariada que aceitei ir, pois foi no Sanatório do Lumiar que conheci o carinho que os meus pais não me deram.

Regressei a Lisboa passados cerca de 6 meses e casei em Maio de 1954, com 22 anos. Deste casamento nasceu um filho. O meu marido faleceu há 2 anos e meio no Hospital de Pulido Valente, onde eu acho que vou morrer, pois sempre foi a minha casa.»

Depois do impressionante relato desta antiga doente do Sanatório D. Carlos I, e perguntada sobre a vida naquela instituição, para além das doenças, disse:

«... Como episódios festivos e com a ajuda da Enfermeira-Chefe Emília Maria, organizavam-se marchas no Santo António, para as quais os doentes preparavam canções e ensaiavam, pois tinham de desfilar perante um júri. Ainda me lembro dos versos feitos por um doente:

"Aos nossos Cirurgiões agradecemos
as labutas e canseiras,
porque carinho e ternura nós já temos
das nossas boas Enfermeiras"

Fizeram-se estas festas 2 anos seguidos e nós desfilávamos na lavandaria, estando o júri ao pé da estátua do Rei D. Carlos I. Havia espectáculo de fogo de artifício sobre os 2 lagos então existentes, um do lado da Cirurgia Torácica e o outro junto do pavilhão C2, onde hoje estão as obras da Medicina III. Os jardins eram muito bonitos e bem tratados, vendendo-se flores para fora, sobretudo rosas ...»

¹⁵⁰ "Documentos 62 e 62 a)", em Anexos.

Pela ficha clínica da doente na altura em que esteve no Sanatório do Lumiar, encontrou-se um resumo efectuado pelo Dr. Fernando Rodrigues em 14-1-1954:

«Início em Fevereiro de 1951 de expectoração hemoptóica. O conteúdo gástrico era negativo para B.K e a V.S. de 16mm na 1ª hora. A radiografia do tórax apresentava lesões fibrocaseosas tórpidas discretas do 1/3 superior do pulmão direito e discutíveis nódulos do apex esquerdo.

TBI (Tiosemicarbazona) mal tolerada; Estreptomina 20 g. As tomografias revelaram pequena cavidade à direita. Operada de pneumotórax extrapleural direito (6.8.51 - T. Villar) (Fig. 63)¹⁵¹. Infecção da loca. Marsupialização da mesma insuficiente (T. Villar). Agravamento das lesões à esquerda com cavitação apical e infiltrações nodulares do pulmão esquerdo. Crises de dispneia paroxística e temperaturas até 40° C. Estreptomycinoterapia com regressão parcial das lesões à esquerda, mas a loca à direita muito infectada. Agravamento ulterior das lesões à esquerda.

Operada de pneumotórax extramúsculo periósseo (25.11.52) em condições limites que obrigaram a manter o pulmão parcialmente reexpandido, com redução de loca (Fig. 64)¹⁵². Persistência de uma cavidade justa mediastínica. Granulação progressiva da loca. Entretanto, persistia a cavidade à esquerda.

Toracoplastia à esquerda (27.1.53) com aplicação temporária de Polystan, seguida de intervenção à esquerda para alargamento do limite inferior da loca e aplicação de Polystan na metade inferior da loca, procurando-se evitar que ficasse em contacto com a parede da caverna.

Desaparecimento tomográfico da imagem cavitária, mas persistência de algias na base esquerda. Cicatrização progressiva da loca à direita Hepatite de soro homólogo. Tem uma cultura de expectoração positiva, mas à data da alta sem secreções.

Alta melhorada, em relação à situação crítica em que se encontrava. Transferida para o Sanatório Sousa Martins.» (Fig.64 a)¹⁵³

Fernando Rodrigues

No dia 5 de Março de 1955, pela Portaria nº.15 281 era publicado o quadro de direcção e chefia do I.A.N.T., delegações, sub-delegações e estabelecimentos ou serviços do mesmo dependentes, para vigorar a partir de 1 de Janeiro de 1955. Os quadros de direcção do I.A.N.T., do Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul, do Laboratório Central da Zona Sul e do Sanatório D. Carlos I, seriam assim constituídos:

- Direcção do I.A.N.T.

Director - Dr. Carlos Miguéis Carvalho

¹⁵¹ “Documento 63”, em Anexos.

¹⁵² “Documento 64”, em Anexos.

¹⁵³ “Documento 64 a)”, em Anexos.

Subdirector - Dr. Joaquim Manuel Manso Lemos Mendonça

- **Chefe dos Serviços de Cirurgia e Director do Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul**

- Dr. Rui Cândido Figueiredo Lima

- **Chefe dos Serviços de Laboratório e Director do Laboratório Central da Zona Sul –**

Professor Doutor Manuel Pinheiro Nunes

- **Chefia de Serviços dos Sanatórios (Zona Sul) – Sanatório D. Carlos I**

Chefe dos Serviços Clínicos - Dr. António Leal Batoréo

- **Director e Chefe dos Serviços Administrativos**

- vagos

O Director do Sanatório D. Carlos I era por inerência Director do Dispensário do Lumiar.

Em 1 de Agosto de 1956 tomou posse de Director do Sanatório D. Carlos I o Dr. António Leal Batoréo, lugar que se mantinha ainda por preencher devido ao facto de em 13-7-1953, por despacho do Subsecretário de Estado de Assistência Social (Dr. Ribeiro Queiroz), o Dr. José Rocheta, Chefe dos Serviços de Sanatórios e Director do Sanatório D. Carlos I, ter sido designado para substituir o Director do I.A.N.T., “quando por motivo de força maior este e o Subdirector, estivessem ausentes do serviço”.

Entre 1958 e 1960 o Dr. Décio Ferreira fez transplantações cardíacas e em Junho de 1964 implantou um coração artificial intratorácico. Daqui se infere o enorme progresso científico na área da Cirurgia cardio-vascular que o Sanatório teve oportunidade de viver, devido ao esforço e muito mérito do Dr. Décio Ferreira.

Por Portaria de 5 de Agosto de 1960, foi nomeado, em Comissão de Serviço, Director do Sanatório D. Carlos I, o Dr. Joaquim Nunes de Almeida Júnior, que tomou posse no dia 24 do mesmo mês, seguindo-se ao Dr. António Batoréo.

5.3- Novo Sanatório do Lumiar

O avanço científico que a Ciência Médica sentiu nos últimos anos também se repercutiu neste hospital. Assim, não só esteve ligado às melhores práticas e técnicas médico-cirúrgicas mas também a qualidade no tratamento da tuberculose. Por isso, foi construído um novo sanatório com capacidade imediata de 264 camas e algum tempo depois chegaria às 512 camas.



Sanatório Rainha D. Amélia

Na sequência destas novas obras, em 12 de Dezembro de 1960, começou a funcionar nele um banco permanente de urgência destinado a receber tuberculosos, os quais deixam de ser atendidos no hospital de S. José, cujos serviços ficam assim descongestionados¹⁵⁴.

Face a esta alteração, era necessário proceder ao reajustamento do mapa de pessoal. Por isso, pela Ordem de Serviço n.º 226, de 28 de Outubro de 1960, antecipadamente procedeu-se à constituição do respectivo Mapa do Pessoal. O pessoal do IANT, que o pretendesse, solicitar à Direcção do IANT transferência para idêntico lugar do Quadro deste novo Sanatório.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Sobre o novo edifício veja-se a notícia do jornal *Diário de Notícias* do dia 15-XI-1960, p. 15; e *Diário de Notícias* de 13-XII-1960, p. 8.

¹⁵⁵ O Mapa de pessoal deste Hospital era assim constituído:

<u>Categoria</u>	<u>Venc.</u>	<u>Grat.</u>	<u>Salário Diário</u>
<u>SERV. ADMINISTRATIVOS:</u>			
3º Oficial	Q		
Fiel Tesoureiro	S (era abonado de 200\$00 para falhas.)		
Escriturário 1.ª classe	S		
Escriturários de 2.ª classe	U		
Catalogadores	X		
<u>SERV. CLÍNICOS:</u>			
1.º Assistente	L		
2.º Assistente	N		
Estagiários		1. 000\$00	
<u>Categoria</u>	<u>Venc.</u>	<u>Grat.</u>	<u>Salário Diário</u>
<u>SERV. ENFERMAGEM:</u>			
Enfermeira–Chefe	S	400\$00	
Enfermeira Sub–Chefe	S		
Enfermeira de 1.ª classe	U		
Enfermeira de 2.ª classe	V		
Auxiliar de Enfermagem	X		
<u>SERV. ALIMENTAÇÃO:</u>			
Dietista	P		
Regente	U		
Cozinheiro			44\$00
1.º Ajudante de Cozinha			39\$00

Criados de 1.ª classe	26\$00
Criadas de 1.ª classe	16\$00

SERV. INDUSTRIAIS E EQUIPARADOS:

Fogueiro de 1.ª classe	44\$00
Serralheiro Canalizador	44\$00
Barbeiro de 2.ª classe	26\$00
Operário Permanente	26\$00
Roupeira-Costureira de 1.ª classe	26\$00
Costureira de 1.ª classe	16\$00

PESSOAL MENOR E AUXILIAR:

Servente de Portaria de 2.ª classe	26\$00
Criados de 1.ª classe	26\$00
Criadas de 1.ª classe	16\$00

Por despacho ministerial, de 29 de Outubro de 1960, foi aprovado o seguinte preçário:

Determinação da pressão venosa por cateterismo da veia:

Pensionista de 1.ª classe	250\$00
Pensionista de 2.ª classe	187\$50

Determinação do tempo de circulação (*Método Subjectivo e Objectivo*):

Pensionista de 1.ª classe	250\$00
Pensionista de 2.ª classe	187\$50

Pela Portaria n.º 18 045, de 9 de Novembro de 1960, era publicado o Quadro do Pessoal de Direcção e Chefia e o Mapa do Pessoal não compreendido naquele quadro, para o NOVO SANATÓRIO DO LUMIAR, e que se reproduzem:

QUADRO DE DIRECÇÃO E CHEFIA

<u>N.º de Func.</u>	<u>Categoria</u>	<u>Vencimento</u>
1	Director	H
1	Chefe de Serviços Clínicos	I
1	Gerente	N

MAPA DE PESSOAL N/COMPREENDIDO NO QUADRO DE DIRECÇÃO E CHEFIA

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS:

<u>N.º de Func.</u>	<u>Categoria</u>	<u>Vencimento</u>
1	3º Oficial	Q
1	Fiel Tesoureiro (era abonado de 200\$00 para falhas.)	
1	Escriturário de 1.ª classe	S
2	Escriturários de 2.ª classe	U
3	Catalogadores	X

SERVIÇOS CLÍNICOS:

<u>N.º de Func.</u>	<u>Categoria</u>	<u>Vencimento</u>	<u>Gratificação</u>
1	1º Assistente	L	
3	2º Assistente	N	
2	Estagiários		1.000\$00

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM:

<u>N.º de Func.</u>	<u>Categoria</u>	<u>Vencimento</u>	<u>Gratificação</u>
1	Enfermeira-Chefe	S	400\$00
4	Enf.ª Sub-chefe	S	
4	Enf.ª 1.ª classe	U	
4	Enf.ª 2.ª classe	V	
20	Aux. De Enfermagem	X	

SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO ^(aa)

<u>N.º de Func.</u>	<u>Categoria</u>	<u>Vencimento</u>	<u>Salário Diário</u>
1	Dietista	P	
1	Regente	U	
1	Cozinheiro		43\$00
1	Prim. Ajud. Cozinha		38\$00

SERVIÇOS INDUSTRIAIS E EQUIPARADOS:

<u>N.º de Func.</u>	<u>Categoria</u>	<u>Salário Diário</u>
1	Fogueiro de 1.ª classe	43\$00
1	Serralheiro Canalizador	43\$00

Este Novo Sanatório do Lumiar, tal como já referimos, começou a funcionar em 12 de Dezembro de 1960 sob a Direcção do Dr. Álvaro Serra Negrão.

Pela Portaria n.º 18.143, de 21 de Dezembro de 1960, foi incluída a TUBERCULOSE na Lista das Doenças de Declaração Obrigatória. A grande evolução que a química viveu com a II Guerra Mundial teve «bons aproveitamentos» posteriormente com o desenvolvimento da Farmácia Química. Foi neste contexto que, em 1960, ocorreu um salto qualitativo muito importante no combate à tuberculose com o aparecimento da Capreomicina e o Etambutol.

Em 1 de Abril de 1961 aposentou-se o Director do IANT Dr. Carlos Miguéis Carvalho Dias, tendo sido nomeado em sua substituição o Dr. Lopo de Carvalho Cancela de Abreu que tomou posse em 19 de Abril de 1961.

A partir de 1 de Maio de 1961, os estabelecimentos dependentes do IANT deixaram de poder admitir quaisquer funcionários, mesmo assalariados, sem prévio despacho ministerial que o autorizasse. Os estabelecimentos e serviços deveriam propôr, por ofício, à Direcção do IANT, a admissão do(s) candidato(s), fazendo acompanhar o ofício com o(s) certificado(s) das suas habilitações literárias ou profissionais, o(s) bilhete(s) de identidade e a(s) folha(s) de cadastro assinada(s) pelo(s) proposto(s). Os Serviços Centrais de Expediente e Pessoal dariam imediato andamento a esta(s) proposta(s), por forma a obter, no mais breve espaço de tempo, o despacho ministerial, despacho este que seria, de imediato, comunicado ao estabelecimento ou serviço proponente.

No dia 13 de Maio de 1961, o Director do IANT visitou o novo Sanatório do Lumiar que passou a chamar-se Sanatório Rainha D. Amélia.

A qualidade da alimentação começa a ser uma preocupação hospitalar; por isso, foi aberto um concurso para provimento de uma dietista do Sanatório Rainha D. Amélia. A decisão do júri recairia em Maria Lúcia Rego da Silva.

Também noutra áreas, das diversas especialidades médicas, seriam providos muitos lugares neste hospital na década de sessenta de *Novecentos*. As preocupações higiénicas tiveram cada vez mais um impcto na vida hospitalar. Nesta sequência, em 14 de Fevereiro de 1962, a Direcção do IANT determinava que:

«1)fosse imediatamente interdito, nos sanatórios e preventórios, o consumo de carnes conservadas, ou enchidos de qualquer tipo, com excepção, exclusivamente, de chouriço de carne, paio, ou fiambre, e estes mesmos provenientes de fábrica com alvará e devidamente controlada por serviços veterinários;

2) que, sendo conhecido qualquer caso de doença das vias respiratórias, ou intestinal, ferimentos de mãos, etc., em pessoal dos serviços de alimentação, em especial manipuladores, o facto fosse urgentemente comunicado ao Director do estabelecimento e o respectivo funcionário imediatamente retirado do serviço;

3) que todo o pessoal dos serviços de alimentação fosse observado em períodos nunca superiores a seis meses, pelos respectivos serviços clínicos, com o fim de garantir a ausência de qualquer doença transmissível pelos alimentos.»

A qualidade da medicina portuguesa aumentava cada dia que passava. O hospital D. Amélia não era alheio a este salto qualitativo. Acompanhando a evolução científico-tecnológica, em 21 de Março de 1962, o Dr. Décio Ferreira, implantou, pela primeira vez em Portugal, um *pacemaker*. Neste mesmo ano implantou mais oito. O modelo português de *pacemaker*, inventado pelo Eng.º Nuno Alves, fora, como dizia o Dr. Décio Ferreira “*construído pelo Sr. Leonel, um latoeiro estabelecido com uma minúscula oficina para os lados de Santa Marta*”. Este *pacemaker* custava 2 500\$00 enquanto os modelos ingleses custavam entre 12 e 13 contos.

A recuperação dos doentes era cada vez mais vista numa perspectiva holística. Daí a atenção que se dava à recuperação física pós-cirúrgica. Neste contexto, os doentes cirúrgicos vinham sendo tratados pelos professores de educação física, Octávia Andrea e Encarnação e a Dra. Maria Camila Rodrigues Canteiro Tapadinhas passou depois a responsável pelo Serviço de Reabilitação Respiratória.

Em 17 de Julho de 1963 foram inauguradas as instalações dos Serviços Económicos e Industriais do IANT, nos terrenos afectos ao Sanatório D. Carlos I.

O hospital continuava a ver o número das especialidades que aqui funcionavam aumentar. Nesta sequência, em de 1 de Abril de 1965 iniciou-se a consulta de

Dermatologia no Sanatório D. Carlos I, a cargo do Dr. João Sérgio de Brito Caldeira, funcionando às Segundas e Quintas-Feiras, às 8 horas e 30 minutos, devendo os doentes a ela destinados comparecer às 8 horas e 20 minutos.

A qualidade e o intercâmbio de conhecimentos tornavam-se cada vez mais uma marca deste hospital. Assim, em 11 de Maio de 1965, pelas 11 horas, o Dr. Coleman Rabin, Consultor Médico e Radiologista do Hospital Mt. Sinai, de New York, proferiu neste sanatório uma conferência intitulada “*Sinais Diagnósticos Especiais no Exame Objectivo do Tórax*”.

No dia 21 de Junho de 1965, pelas 10 horas e 30 minutos, foi a vez do Catedrático de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Roma, e membro da Comissão Executiva da União Internacional Contra a Tuberculose e antigo Director do Instituto Carlo Forlanini, proferir uma conferência intitulada «Quimioprofilaxia na Tuberculose».

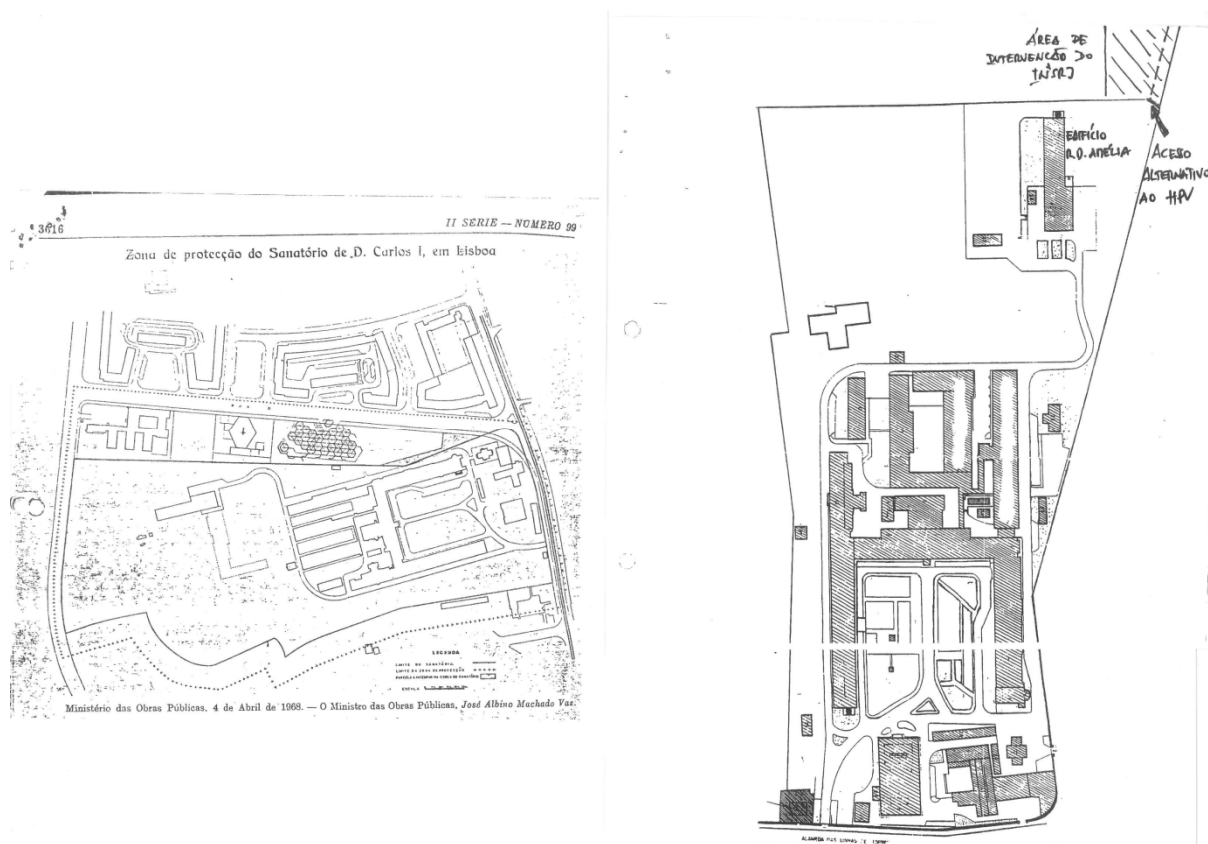
Tal como já referimos anteriormente, o aumento do número das especialidades, bem como da qualidade seriam uma marca deste estabelecimento hospitalar. Por isso, o Conselho Geral da Ordem dos Médicos incluiu, a partir de Dezembro de 1965, o Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul na lista dos estabelecimentos idóneos para estágio de anesthesiologia, para um terço do tempo total.

Como corolário, em 1 de Março de 1967, o Dr. Décio Ferreira, levou a efeito a primeira operação, realizada em Portugal, de coração aberto, com circulação extra-corporal, com a máquina coração-pulmão artificial de sua autoria.

O número de intervenções feitas pelo Dr. José Décio Ferreira, de 25 de Fevereiro de 1953 até 9 de Fevereiro de 1979, no Sanatório D. Carlos I, era o seguinte:

Estenozes Mitrais	1.136
Tetralogia de Fallot	70
Coarctação da Aorta.....	6
Coração aberto com Circ. Extra Corporal.....	23
Canal Arterial Persistente	58
Implantação de Pacemaker	51num total de 1.344

Como o crescimento urbano da cidade de Lisboa para as zonas envolventes deste hospital gerava condicionamentos nos acessos ao hospital; julgava-se imprescindível a existência de duas grandes vias de acesso. Para além da Alameda das Linhas de Torres, defendia-se que era importantíssimo manter-se uma via de acesso alternativa no espaço que liga o terreno do Hospital à Avenida Padre Cruz, o que levou à publicação de um Despacho do Ministro das Obras Públicas, de 4 de Abril de 1968¹⁵⁶, no qual é alterada a zona de protecção do “Sanatório D. Carlos I”, de acordo com as seguintes plantas:



Fonte:Arquivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, no Parque do Hospital de Júlio de Matos, Lisboa

DESIGNAÇÃO: Hospital de Repouso de Lisboa/Sanatório D.Carlos I/Hospital Pulido Valente

LOCALIZAÇÃO: Lisboa; Lumiar

ACESSO: Alameda das Linhas de Torres, Nº.117

ENQUADRAMENTO: Urbano

UTILIZAÇÃO INICIAL: Saúde: Sanatório

UTILIZAÇÃO ACTUAL: Saúde: Hospital

PROPRIEDADE: Público: Estatal

¹⁵⁶ Publicado no *Diário do Governo*, IIª Série, Nº.99, de 25 de Abril de 1968, pp.3615-3617.

ARQUITECTO/CONSTRUTOR/AUTOR: Vasco Morais Palmeiro Regaleira, Arquitecto e Francisco Caldeira Cabral, Arquitecto Paisagista. 1947

CRONOLOGIA: 1947 – projecto de arquitectura paisagista e projecto de arquitectura do sanatório.

1951 – construção de um Preventório e arranjos do Bloco Operatório, pelas Direcções dos Serviços de Construção e Conservação.

1956 – início da construção de um pavilhão experimental para 60 camas, obras de conservação e beneficiação da cozinha, etc.

TIPOLOGIA: Arquitectura de Saúde.¹⁵⁷

No dia 18 de Junho de 1968 deslocou-se ao Sanatório Rainha D. Amélia um Júri do Liceu Camões, constituído pelos Drs. Mário Tavares Dias e Manuel Ferreira Gomes, para presidir ao exame do 1.º Ciclo que sete doentes, internados neste estabelecimento hospitalar, haviam requerido. Este Sanatório, naquela data, pertencia à Zona Pedagógica daquele Liceu. O monitor deste grupo foi outro doente, Joaquim Mário Amaral, de 20 anos, possuidor do 5.º ano de Letras e ex-empregado da indústria hoteleira e que, embora tendo-lhe sido dada alta, em Janeiro desse mesmo ano, permaneceu no Sanatório para ajudar os companheiros a levar a cabo o exame para que se haviam preparado. Todo o material didáctico indispensável a estes doentes foi oferecido pela Fundação Calouste Gulbenkian. A Caixa Recreativa dos Doentes do Sanatório Rainha D. Amélia, a cuja Direcção presidia o 1º Assistente, Dr. Ruben de Carvalho e a cujo Conselho Fiscal presidia o Gerente, António Pimparel, deu, com entusiasmo, todo o apoio a esta iniciativa que havia já sido precedida por outra em que seis internados, todos adultos, haviam realizado o exame de Instrução Primária, para o qual foram preparados por Júlio Sintra Guimarães, também internado neste Sanatório. Os examinandos do 1.º Ciclo foram:

- Hérculo Duarte Carvalho Rosa, de 32 anos, internado desde Outubro de 1967;
- Alexandre Pedrosa da Silva, de 30 anos, internado desde Abril de 1967;
- José Querido Sousa, de 33 anos, internado desde Outubro de 1965 e que já fizera, neste Sanatório, exame de Contabilidade;
- Helder Pinheiro Campos, de 21 anos, internado desde Novembro de 1967;
- Victor Daniel Diogo Pereira, de 22 anos, internado desde Janeiro de 1968;

¹⁵⁷ Fonte: Ministério das Obras Públicas, *Relatório da Actividade do Ministério no ano de 1951 e Relatório da Actividade do Ministério no ano de 1952*, Lisboa, 1952 e 1953.

- José Guilherme Assunção Gorjão, de 31 anos, internado desde Janeiro de 1966 e
- João Domingos Pereira dos Santos, de 33 anos, cabo-verdiano, internado desde 1962, e que tivera alta em Março de 1963 para ser admitido como Porteiro do Sanatório D. Carlos I, juntando-se àqueles doentes para obter o 1.º Ciclo Liceal.

Neste ano (1972), todos os Centros foram integrados no Centro Sanatorial do Lumiar, cujo Director foi o Dr. Alves Dias e posteriormente o Dr. Miguel Yglésias de Oliveira. Em 1972, foram integrados, no CENTRO SANATORIAL DO LUMIAR, os Sanatórios D. Carlos I e Rainha D. Amélia, o Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul, o Centro de Cirurgia Cardio-Vascular da Zona Sul e o Laboratório Central da Zona Sul. O Gerente do Sanatório Rainha D. Amélia, António José Madureira Pimparel, foi nomeado Chefe dos Serviços Económicos do referido Centro Sanatorial e o Chefe dos Serviços Administrativos do Sanatório D. Carlos I, Victor Jordão, manteve a mesma categoria, no mesmo Centro Sanatorial.

O Art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 260/75, de 26 de Maio, instituiu, o Centro Sanatorial do Lumiar, como Hospital Geral Central, com personalidade jurídica e autonomia administrativa.

No Art.º 6.º do mesmo diploma legal determinava-se que os edifícios e demais bens, até então afectos ao Centro Sanatorial do Lumiar, passavam a constituir património deste novo Hospital.

Em Março de 1975 ficou como Director da Comissão de Gestão o Dr. Ramon de La Féria.

Em Janeiro de 1976, ao abrigo do Decreto-Lei 260/75 de 26 de Maio, o Centro Sanatorial passou a designar-se Hospital de Pulido Valente (Fig.65)¹⁵⁸, com a categoria de Hospital Central. Houve eleições para a Comissão Instaladora, constituída por vários elementos, sendo Director Clínico o Dr. Vasconcelos Caires.

¹⁵⁸ “Documento 65”, em Anexos.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a conclusão dos capítulos anteriores, terminamos com um sentimento amargo/doce. Esta expressão é a que melhor espelha a paradoxalidade do nosso sentir, já que, por um lado, com a elaboração deste trabalho ficamos com a sensação de termos cumprido os nossos objectivos. Por outro, a perspectiva da utopia e do desejável fazem sentir a limitação a que fomos sujeitos pelos condicionalismos da falta de arquivos consistentes onde se pudesse respigar dados, de modo a elaborar, um trabalho “completo”.

Terminamos, assim, assinalando as marcas mais significativas com que nos deparámos ao longo deste trabalho. Importa, por isso, desde logo, frisar que a tuberculose fez parte das doenças que fustigaram principalmente as populações menos protegidas socialmente, atingindo índices elevados no final do séc. XIX e nos primeiros cinquenta anos do séc. XX.

Reagindo a estas dificuldades, na Europa surgiram movimentos preocupados com o rumo desta doença infecciosa. Foram publicados trabalhos científicos que apontavam ser necessário alargar e transformar o sistema de saúde para fazer face ao bacilo de Koch. As teorias de Brehemer que sustentavam a cura da tuberculose através do repouso, dos bons ares e da alimentação em sanatório, começaram a ser aplicadas por toda a Europa.

Em Portugal o Sanatório do Funchal que funcionou em espaço adaptado, desde 1856, foi a primeira expressão portuguesa baseada nas teorias de Brehemer de combate à tuberculose. Transpareceu dessa análise as preocupações dos governantes em dotar o país de algumas ferramentas sanitárias, imanadas dos preceitos higienistas (Prof. Dr. Ricardo Jorge) que percorreram o “mundo civilizado” no princípio do séc. XX, que alertavam para os fenómenos epidemiológicos e para a necessidade de combater os inimigos invisíveis – os micróbios.

Destaca-se a emergência dos sanatórios, preventórios, dispensários e a reorganização hospitalar face à elevada expressividade da doença; o papel da ANT, organização privada que esteve no centro da sensibilização, acção e comando da luta

contra a tuberculose no nosso país, durante décadas à frente da qual estiveram excelentes médicos.

Valorizou-se mais uma vez o papel dos Serviços de Saúde na prevenção e diagnóstico precoce, como forma de baixar a incidência da tuberculose no nosso país.

Também foi dado algum relevo à necessidade de cada indivíduo se consciencializar dos riscos advindos de um possível abandono terapêutico, bem como da importância de cada um se proteger do bacilo levando uma vida saudável.

A preocupação e a acção da OMS perante o fenómeno da tuberculose a seguir à II Guerra Mundial levou a que o número de óbitos causados por esta doença começasse a diminuir significativamente. Portugal não ficou a alheio a esta nova realidade; e em 1975, a taxa específica era de 10,6 óbitos por cada 100 mil habitantes.

Não existia, em Portugal, até ao início do séc. XX, regulamentação/legislação especialmente vocacionada para a prevenção da doença, altura em que se começa a perceber, pela publicação dos primeiros documentos de legislação sanitária, uma maior preocupação na área do higio-sanitarismo.

Ao mesmo tempo começa, a partir de 1892, a efectuar-se algum registo estatístico, ao nível da acção médica desenvolvida no território nacional, percebendo-se que, ainda que bastante pouco sistematizada nos registos dos dados compilados, os mesmos vão sofrendo bastantes alterações/adaptações até finais da década de 1960, altura em que essa sistematização é já uma realidade, convertida em volume próprio que se passou a designar “Estatísticas da Saúde”.

Estes registos estatísticos terão tido também a sua influência positiva na luta contra a tuberculose, na medida em que fornecem alguns elementos de análise e medida das implicações da doença, passando a conhecer-se melhor os efeitos e as consequências da mesma na população nacional.

Na segunda metade do séc. XX, a taxa de incidência da tuberculose atingiu um pico máximo em 1955-1957, o que obrigou a um empenhamento mais sério das autoridades sanitárias, gerando uma maior consciência e preocupação para com este flagelo. A eficácia do combate que, a partir daí, começa a ser feito, resulta numa acentuada diminuição dos casos notificados até 1975.

Poderia dizer-se que, desse importante passado na evolução histórica da luta (prevenção e tratamento) da tuberculose em Portugal, houve necessidade de construir dispensários, preventórios e sanatórios, dos quais se destaca, pela sua importância e relevância, o Hospital de Pulido Valente, uma das maiores referências nacionais, em termos de unidades de saúde especialmente vocacionadas para esta missão. O facto de a tuberculose no País ser mencionada com frequência e preocupação justifica-se, embora sem alarmismos, porque, objectivamente e com fundamento, encontra-se na situação menos favorável da Europa Ocidental. Adicionalmente, a disponibilidade real de meios modernos de controlo, organizados numa intervenção programada e com um sistema próprio de vigilância, sustém, naturalmente a expectativa de maior influência sobre a endemia na população.

Pela evidência globalmente apreciada do ponto de vista epidemiológico, e tendo em conta as suas principais fragilidades, o nível de endemia de tuberculose em Portugal é, à escala mundial, médio-baixo e tende a reduzir-se.

Em finais do século XIX e princípios do século XX, a tuberculose assolava o País. Por isso, houve necessidade de criar estruturas de apoio ao combate desta doença. Foi neste contexto que o Hospital do Repouso foi construído, e inaugurado em 20 de Fevereiro de 1910. A evolução da medicina e da cirurgia, articuladas com o desenvolvimento técnico-científico, introduziram a possibilidade de cura, fazendo do tratamento o seu vector central, ultrapassando-se gradualmente a “*fase asilar*” deste tipo de instituições.

Gradualmente foram-lhe atribuídas novas valências médicas bem como instalados meios complementares de diagnóstico.

Esta evolução da Medicina jamais deixou de se fazer sentir. Por isso, em 1960, foi inaugurado um novo edifício, conhecido por Sanatório Rainha D. Amélia, com uma capacidade imediata de 264 camas, chegando mais tarde às 512.

Em 1975, passou a designar-se Hospital Pulido Valente como forma de homenagear o Grande Médico, Professor e Político que tinha sido.

Não podemos terminar sem exararmos um alerta público em defesa dos arquivos das instituições hospitalares cuja História, que se confunde com a doença e assistência aos doentes, está por fazer.

CAPÍTULO VII – FONTES E BIBLIOGRAFIA

7.1. - FONTES

7.1.1. - FONTES MANUSCRITAS

7.1.1.1. - Arquivo Histórico do Ministério das Obras Públicas (AHMOP)

- Projecto de arquitectura paisagista de Francisco Caldeira Cabral e Projecto de Arquitectura do Sanatório Popular de Lisboa, da autoria de Vasco Morais Palmeiro Regaleira, 1947.
- Planta topográfica do Sanatório D. Carlos I. Acesso Alameda Linhas de Torres, 1947.
- Planta de execução da obra de construção de Uma Nova Unidade Sanatorial, 1947.
- Planta de localização, 1967.

Arquivo Nacional da Torre do Tombo (ANTT)

Ministério do Reino, Maço 406 (5370), nº L°.6752/7, Caixa 168: Voto de louvor à Sra.D.Maria de Mello (Ficalho).

7.1.2. - FONTES IMPRESSAS

7.1.2.1. Fotografias (Arquivo Pessoal - António Fernando Castanheira Pinto Santos)

- Documento 15 – Cruz de Lorena.
- Documento 36 – Planta do pavilhão Lambert de Morais.
- Documento 36 a) – Planta do pavilhão das Senhoras da Caridade.
- Documento 50 – Estátua do Rei D. Carlos I.
- Documento 51 c) – Fachada actual do edificio D. Carlos I do H.P.V..
- Documento 51 d) – Pormenor da Figura 51 c).
- Documento 51 e) – Actual fachada do H.P.V.

7.1.2.2. BOLETINS, JORNAIS E REVISTAS

Boletim da ANT/IANT, Iª Série, Nºs.1 a 28, Agosto de 1906 a 1912.

Boletim da ANT/IANT, IIª Série, Nºs.1 a 11, Julho de 1912 a 1917.

Boletim da ANT/IANT, IIIª Série, Nºs.1 e 2, Setembro/Outubro de 1926.

Boletim da ANT/IANT, IVª Série, Nºs.1 a 3, Janeiro, Fevereiro e Março de 1927.

Boletim da ANT/IANT, Vª Série, Nº.1, Vol.II, 1940.

BOLETIM DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS DO REINO – Instituto Central de Higiene,
9 de Janeiro de 1903.

BOLETIM DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS DO REINO – Relatório, - 30 de Outubro de
1903.

BOLETIM DO HPV, Volume III, 1988

ILUSTRAÇÃO PORTUGUESA - Revista Semanal dos Acontecimentos da Vida
Portuguesa, 5º Volume, 2ª Série, Empresa do Jornal “O Século”, 1908.

Jornal Diário de Notícias, 29/04/1960, p. 3.

Jornal Diário de Notícias, 15/11/1960, p. 19.

Jornal Diário de Notícias, 13/12/1960, p. 8.

Jornal O Occidente, Vol.XXIX, Nº.984, Lisboa, 1906.

Jornal O Occidente, Vol.XXX, Nº.1009, Lisboa, 1907.

Jornal O panorama: jornal litterario e instructivo, Vol.X Nº.2 IIIª Série, Typographia
de A.L.P.Lopes, Lisboa, 1853.

Jornal O Século, Nº 6.299, de 23/07/1899.

Jornal O Século, Ano 24º, Nº 7.917, de 10/01/1904.

Jornal O Século, Ano 24º, Nº.7.918, de 11/01/1904.

Jornal O Século, Ano 32º, Nº.11.025, de 20/08/1904.

Jornal O Século, Ano 34º, Nº.687, de 27/08/1912.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.922, de 01/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.923, de 02/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.924, de 03/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.925, de 04/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.926, de 05/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.927, de 06/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.928, de 07/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.929, de 08/09/1937.

Jornal O Século, Ano 56º, Nº.19.930, de 09/09/1937.

Jornal *O Século*, Ano 56º, Nº.19.931, de 10/09/1937.

Jornal *O Século*, Ano 58º, Nº.23.760, de 21/05/1948.

Jornal *O Século*, S/Nº, de 28/05/1948.

Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol.27 Nº.1, Lisboa, 2009

7.1.2.3. LEGISLAÇÃO

Diário da Câmara dos Senhores Deputados, Nº.81, Sessão de 12 de Junho de 1899.

Diário do Governo, Nº.292, de 26 de Dezembro de 1901.

Diário do Governo, IIª Série, Nº.99, de 25 de Abril de 1968, pp.3615-3617.

Diário do Governo, de 24 de Dezembro de 1901.

Diário do Governo, Nº.178, de 04 de Agosto de 1902.

Diário do Governo, Nº.195, de 30 de Agosto de 1902.

Diário do Governo, Iª Série, Nº.218, de 27 de Setembro de 1926.

Diário do Governo, Iª Série, Nº.227, de 12 de Outubro de 1926.

Diário do Governo, Iª Série, Nº.260, de 09 de Novembro de 1960.

Diário do Governo, IIª Série, Nº.188, de 10 de Agosto de 1962.

Diário do Governo, Iª Série, Nº.228, de 27 de Setembro de 1971.

Diário do Governo, Iª Série, Nº.121, de 26 de Maio de 1975.

Diário da República, IIª Série, Nº.218, pp.11-304, *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose*, Lisboa, 1995.

REGULAMENTO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E BENEFICÊNCIA PÚBLICA de 24 de Dezembro de 1901.

REGULAMENTO DE SALUBRIDADE DAS CONSTRUÇÕES URBANAS (Decreto de 31 de Dezembro de 1864), aprovado por Decreto de 14 de Fevereiro de 1903.

7.1.2.4. ESTATÍSTICA

Anuário Estatístico do Ministério dos Negócios da Fazenda, Direcção-Geral da Estatística e das Populações Nacionais, Imprensa Nacional, Lisboa, 1968.

Estatísticas da Saúde, INE (Serviços Centrais), Imprensa Nacional, Lisboa, 1969-1975.

7.1.2.5. LITERATURA

MARTINS, Oliveira, *Portugal contemporâneo*, 2ª Ed., Ed. Guimarães, Lisboa, 1979.

NOBRE, António, *Poesia Completa*, Círculo dos Leitores, Lisboa, 1988.

VERDE, Cesário, *Obra Completa de Cesário Verde*, Portugália Editora, Lisboa, 1964.

VIEIRA, Afonso Lopes in *Os versos de Afonso Lopes Vieira*, Cit. por Manuel Fernando Ferreira Rodrigues, *A Historiografia Portuguesa da Indústria, 1892-1931*, Coimbra, 1931 Tese de Mestrado em História Contemporânea.

7.1.2.6. OUTRAS FONTES

OLIVEIRA, Eduardo Freire D', *Elementos para a história do Município de Lisboa*, Tomo I, p.313, Lisboa, 1882.

PORTUGALIAE MONUMENTA MISERICORDIARUM, Coord. Científica de José Pedro Paiva, Vol. VI: União das Misericórdias Portuguesas, Lisboa, 2007.

7.1.2.7. MAPAS

INSTITUTO GEOGRÁFICO DO EXÉRCITO, *Carta Militar de Portugal*, Loures, 2008.

7.2 – BIBLIOGRAFIA

7.2.1. - COROGRAFIAS, DICIONÁRIOS E ENCICLOPÉDIAS

AA.VV, *Dicionário da Língua Portuguesa*, Porto Editora, Porto, 2004.

AA.VV, *Dicionário Enciclopédico da História de Portugal*, Publicações Minhaterra, Matosinhos, 1996.

ANNUALIA VERBO – TEMAS, FACTOS, FIGURAS 2005-2006, Tip. Tilgráfica, Braga, 2005.

CÂMARA, Paulo Perestrello da, *Dicionário Geographico Histórico, Político e Literário do Reino de Portugal e seus domínios*, Lisboa, 1850, pp.95-110.

DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO DE MEDICINA, de A. Céu Coutinho, Argo Editora, 3ª edição, Lisboa, 1977, pp.2300-2317 e 2361-2364.

DICIONÁRIO HOUAISS da LÍNGUA PORTUGUESA, Instituto António Houaiss de Lexicografia, Ed. Temas & Debates, 3 Tomos, Tip. Fotocompográfica Lda., Lisboa, 2003.

DICIONÁRIO TERMINOLÓGICO DE CIÊNCIAS MÉDICAS, de E. Capdevila Casas, Salvat Editores, 3ª edição, Barcelona, 1947, pp.1223-1224.

ENCICLOPÉDIA MÉDICO-CIRÚRGICA, Ed. Masson, Paris.

ENCICLOPÉDIA VERBO LUSO-BRASILEIRA DE CULTURA, Ed. Séc.XXI, Editorial Verbo, Lisboa/São Paulo, Vol.IX pp.641-642, Vol.XXVI pp.17-18 e Vol.XXVIII pp.928-930 e 1333-1336, Braga, 1998.

GRANDE ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA-BRASILEIRA, Ed. Editorial Enciclopédia, Vol.IX pp.124-125, Vol.XXVI pp.900-901 e Vol.XXXIII pp.111-139 e 658-663, Lisboa/Rio de Janeiro 1970.

LEAL, Augusto Soares Azevedo Barbosa, *Portugal antigo e moderno*, Liv.Ed. de Mattos Moreira, Vol. I e IV, Lisboa, 1873-1890.

SERRÃO, Joel, *Dicionário da História de Portugal*, Livraria Figueirinhas, Porto, 1984-2000.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1998.

7.2.2 – BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA

A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge – 1858-1958, Edição do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 1960.

A.N.T., I.A.N.T, S.L.A.T. – História Sumária da Instituição (1899-1979) - Lisboa, 1979.

ABREU, Cancela de, *Algumas considerações sobre o problema da tuberculose em Portugal*, Jornal Médico, (1207), Lisboa, 1966.

ALMEIDA, A. R., *A Tuberculose Doença do Passado, do Presente e do Futuro*, Monografia, Ed.Laboratórios Bial, 1-195, Lisboa, 1994.

ALVES, F. J. P., *Contribuição para o Estudo da Epidemiologia da Tuberculose em Portugal*, Tese de Doutoramento, Porto, 1994.

AMADEO J. Rey, Júlio César Pangas, Raúl Jorge Massé, *Tratado de Tisiologia* (7ª.edição), Libreria "El Ateneo" Editorial, Buenos Aires, 1954.

ANTUNES, Maria de Lourdes, *Epidemiologia da Tuberculose em Portugal*, Boletim da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias, Vol.III, 1993, Nº. 3 pp.21-23.

ANTUNES, Maria de Lourdes, *Tuberculose em Portugal*, Acta Médica Portuguesa, pp.559-561, Lisboa, 1995.

ARAÚJO, A. Teles de, PINA, Jaime, FREITAS, M^a da Graça, *História da Pneumologia Portuguesa*, Editada pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia Lisboa, 1994.

AULETE, F. Júlio Caldas, *Farinha Aulete – Directório sobre o modo da sua aplicação*, Archivo Rural, Vol. VII p.93, Typographia do Futuro, Lisboa, 1864.

BAGANHA, M.F., *Situação da Tuberculose em Portugal. Análise Epidemiológica da sua evolução nos últimos anos*, Arquivo SPPR, 5; pp. 9-17, Lisboa, 1988.

BANDEIRA, Mário Leston, *Demografia – objecto, teorias e métodos*, Escolar Editora, Lisboa, 2004.

BARRETO, António e PONTES, Joana, *Portugal, Um Retrato Social*, Ed.Público, Lisboa, 2007, pp-32-34.

BERNABEU MESTRE, Josep, *Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942*, in Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, Vol. XVI-II, Barcelona, 1998, pp.15-38.

BERNARD, Claude, *Introdução à Medicina Experimental*, Guimarães Editores, Lisboa, s.d.

CABRAL, Júdice, *Sanatórios. Conferência realizada na sala da Associação Comercial de Lojistas de Lisboa, 2 de Março de 1900*, Lisboa (Liga Nacional Contra a Tuberculose), 1901.

CAMPOS, J. de Carvalho, *Contribuição para o estudo da Tuberculose. O ácido para-amino-salicílico (P.A.S.) no tratamento da Tuberculose*, Jornal do Médico, Nº. 13, pp.177-178, 1949.

CANCELLA, Lopo de Carvalho, *Micro-radiografia em massa. Resultados obtidos numa 1ª observação*, Jornal do Médico, Nº.10, pp.137-138, Lisboa, 1947.

CARDIA, Amélia, *O contágio da Tuberculose. Conferência na Escola Normal de Lisboa para o sexo feminino*, Liga Nacional Contra a Tuberculose, Lisboa, 1903.

CARNEIRO, Marinha do Nascimento Fernandes, *Ajudar a Nascer – Partejas, Saberes Obstétricos e Modelos de Formação (Séculos XV-XX)*, Porto, 2003, Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, pp.1-34 e 269-272.

CARVALHO, Augusto da Silva, «Apontamentos para a história da tuberculose», Separata de *A Medicina Contemporânea*, Tomo II, p. 55, Nº12, Lisboa, 1884.

CARVALHO, Augusto da Silva, «Apontamentos para a história da tuberculose», Separata de *A Medicina Contemporânea*, Nºs 31, 32 e 35, Lisboa, 1934.

CARVALHO, Augusto da Silva, *A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos, 1899-1928*, Typographia Adolpho de Mendonça, Lda., Lisboa, 1928.

CARVALHO, Lopo José de Figueiredo, *Trabalhos apresentados ao Congresso Nacional da Tuberculose*, Imprensa da Universidade, Coimbra, 25 de Março de 1895.

CID, Jorge, *Hecatombes da Tuberculose*, Ilustração portuguesa, 2ª Série, 10º Vol., pp. 257-264, Lisboa, 1910.

COMO SE PODE EVITAR A TÍSICA, Folheto de propaganda da Liga Nacional Contra a Tuberculose, Lisboa, 1902.

CORREIA, Fernando da Silva, *Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas: Estudos sobre a história da assistência*, Lisboa, Henrique Torres – Editor, 1944 [Lisboa, Livros Horizonte, 1999].

COSME, João, *As preocupações higio-sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do século XX)*, in *História*, IIIª Série, Vol.VII, Porto, 2006.

COSTA, M. Freitas e, *Tuberculose em Portugal. Regresso ao Passado ou uma "Nova" Tuberculose?* - Tempo Medicina, suplemento à edição nº.500 de 17 de Maio de 1993. Direcção-Geral da Saúde, *Programa Nacional de Controlo da Tuberculose – Desenvolvimento do Programa – Enquadramento dos Planos de Acção Sub-Regionais*, Ed. Dir.-Geral da Saúde, 1999.

DISPENSÁRIO D. Amélia (Inauguração), in *Occidente*, Vol.XXIX, Nº.984, Lisboa, 1906, pp. 87-88.

DISPENSÁRIO de Santa Isabel, in *Occidente*, Vol.XXX, Nº.1009, Lisboa, 1907, pp. 3-4.

FERREIRA, F.A. Gonçalves, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1990.

FIGUEIRA, Dr. Carlos May, *Memória sobre as injeções subcutâneas*, Apresentado à Academia Real das Sciencias de Lisboa, Typographia da Academia, Lisboa, 1867.

FIGUEIREDO, Albino de Abranches Freire, *Memória sobre alguns melhoramentos possíveis da Vila e do Concelho de Alenquer*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1851.

FONSECA, Francisco da, RIBEIRO, Raul e LATINO, Terenas, *A vacinação tuberculosa pelo B.C.G. na Armada*, *Jornal do Médico*, Nº.13, pp.669-675, Lisboa, 1949.

FREITAS, Armando Macedo, *A Tuberculose pulmonar no Exército Português*, *Revista Militar*, Nº.3, Lisboa, 1938.

FRIEDEN, T., «Can tuberculosis be controlled?», in *International Journal of Epidemiology*, 31(5) pp.894-899, Oxford-Great Britain, 2002.

GUERREIRO, J. Lopes, *Conferência Inaugural, Monografia Beecham sobre a 1ª Reunião de Pneumologistas do Hospital de Pulido Valente*, Lisboa, 1983.

HOSPITAL REAL DE TODOS OS SANTOS 500 Anos: Exposição no Museu Rafael Bordalo Pinheiro, Catálogo.

LE GOFF, Jacques, *As doenças têm história*, Ed. Terramar, Lisboa, 1991.

LOPES, A. Luiz, *A moderna cirurgia pulmonar*, Typographia da Academia Real das Sciencias, Lisboa, 1888.

LOPES, Alfredo Luiz, *O dispensário anti-tuberculoso de Lisboa*, ANT, Relatório de 5/6/1901, Imprensa Nacional, Lisboa, 1902.

LOPO, de Carvalho, *A Tuberculose em Portugal – Elementos para uma campanha jornalística*, Palestra lida no Ministério do Trabalho aos representantes da Imprensa de Lisboa, Imprensa Nacional, 1929.

LOPO, de Carvalho, *A vacinação contra a tuberculose pelo B.C.G.*, Ed. Livraria Luso-Espanhola, Lisboa, 1950.

MARQUES, Abílio Gonçalves *A guerra à tuberculose*, Dissertação Inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, Porto, 1901.

MARTINS, José Thomas, *Tuberculose pulmonar e o clima de altitude da Serra da Estrela*, Imprensa Nacional, Lisboa, 1890.

Ministério da Saúde, *Saúde em Portugal – Uma Estratégia Para o Virar do Século – 1999-2002*, Lisboa, 1998.

Ministério das Obras Públicas, *Relatório da Actividade do Ministério no ano de 1951*, Lisboa, 1952.

Ministério das Obras Públicas, *Relatório da Actividade do Ministério no ano de 1952*, Lisboa, 1953.

Ministério das Obras Públicas, *Relatório da Actividade do Ministério no ano de 1953*, Lisboa, 1954.

MIRA, M. Ferreira de et CARVALHO, Lopo de, “*La Lutte Contre la Tuberculose au Portugal*”, Lisbonne, 1936.

MIRA, M. Ferreira de, *A defesa contra a tuberculose*, Opúsculo da Assistência Nacional aos Tuberculosos, Lisboa, 1934.

MIRA, M. Ferreira de, *História da Medicina Portuguesa*, Ed. Empresa Nacional de Publicidade, Lisboa, 1947.

MONTEIRO, Prista, «*História Concisa da Tuberculose*», Monografia Beecham sobre a 5ª Reunião de Pneumologistas do Hospital de Pulido Valente, Lisboa, 1991.

NEVES, Cassiano, *Sanatórios de Planície, O Sanatório Popular de Lisboa*”, Lumiar, Tipografia da Empresa Nacional de Publicidade - Lisboa, 1937.

NOGUEIRA, João Maria, *Duas Palavras Sobre Hospitais*, Panorama, Vol.IX, pp.310, 311, 315, 316, 323, 340 e 341, Lisboa, 1852.

NUNES, Silva, «Sobre a Tuberculose Infantil», in *Livro de Homenagem ao Prof. Fernando da Fonseca*, pp. 812-827, Lisboa, 1965.

OLIVEIRA, M^a Luísa, *A Saúde Pública no Vintismo*, Edições João Sá da Costa, Lisboa, 1992.

PATRÍCIO, Ladislau, «A Tuberculose e a guerra», in *Boletim Assistência Nacional aos Tuberculosos*, Vª Série, Vol. II, N^o 1, Lisboa, 1940.

PATRÍCIO, Ladislau, *Altitude (O Espírito da Medicina)*, Ed. Europa, Lisboa, 1938.

PIMPAREL, António José Madureira, «Contributo para a História do Hospital de Pulido Valente», in *Boletim do Hospital de Pulido Valente*, Volume II, Lisboa, 1988.

PINA, Jaime, “*A Tuberculose e os problemas actuais*”, Mundo Médico, 3:36-38, Lisboa, 1999.

PINA, Jaime, «A tuberculose através dos seus marcos históricos», in *A Tuberculose na viragem do milénio*, Lidel, Lisboa, 2000, pp. 9-18.

PITA, António da Luz, *Gazeta Médica de Lisboa de 1853*, , Imprensa Médica, Lisboa, 1853, pp.137, 367 e 377.

PORTUGAL SOCIAL, INE, Lisboa, 1992.

RIBEIRO, Victor, *A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa: Subsídios para a sua história. 1498-1898: Instituição, vida histórica, estado presente e seu futuro*, Lisboa, Typ. Academia Real das Sciencias, 1902.

RIBEIRO, Victor, *História de Beneficência Pública em Portugal*, Imprensa da Universidade, Coimbra, 1907.

RIEDER, H., *Bases Epidemiológicas do Controlo da Tuberculose*, Lisboa, 1999.

RODRIGUES, António, «Tuberculose», in *Separata do Jornal Médico*, XXIX(691) pp.889-892, Lisboa, 1956.

RODRIGUES, Fernando, *A Espeleostomia de Bernou - 1 - Estudo comparativo entre os principais tipos de intervenções directas sobre cavernas tuberculosas do pulmão*, *Gazeta Médica Portuguesa*, Separata do Volume VII. Terceiro Trimestre, nº.3, Lisboa, 1954.

ROSA, Álvaro Barros, *SLAT/Comissão Instaladora, ANT, IANT - História Sumária da Instituição (1899-1979)*, Ed.SLAT, 1-101, Lisboa, 1979.

SÁ, Ayres de, *Rainha D. Amélia*, Lisboa, ed. Parceria A.M. Pereira, 1928.

SANTOS, Carlos, *Da Utilidade dos Sanatórios. Os Sanatórios Populares*, Opúsculo da Liga Nacional Contra a Tuberculose, Lisboa, 1901.

SARMENTO, Manuela, *Guia prático sobre a metodologia científica para a elaboração escrita e apresentação de teses de doutoramento, dissertação de mestrado e trabalhos de investigação social aplicada*, Universidade Lusíada Editora, Lisboa, 2008.

SILVA, Carvalho, *Relatório do Dispensário de S.M. a Rainha do 1º ao 6º Ano*, Lisboa, 1896.

SOURNIA, Jean Charles, *A História da Medicina*, Instituto Piaget, Lisboa, 1992.

SOUSA, Gonçalo de Vasconcelos, *Metodologia da Investigação, redação e apresentação de trabalhos científicos*, Livraria Civilização Editora, Lisboa, 1998.

SOUSA, Ivo Carneiro de, *V Centenário das Misericórdias Portuguesas 1498-1998*, [s.l.], CTT Correios de Portugal, 1998.

STONE, B. Donald, ARMSTRONG, R. Warwick, MACRINA, David M., PANKAU, Joseph W., *Introduction to Epidemiology*, McGraw-Hill, New York - USA, 1996.

TÁPIA, Manuel, *Formas Anatomo Clínicas Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar*, 2ª edição corrigida, Tomo II, (Lisboa, Barcelona), Livraria-Luso Espanhola 1947.

TRAVASSOS, Augusto, *Vacinação Anti-Tuberculosa pelo B.C.G.*, Boletim do Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge, Vol. 3, pp.187-218, Lisboa, 1948.

TUBERCULOSE – ASPECTOS ACTUAIS, Monografia, Coord. Ramiro D'Ávila, Departamento de Pneumologia, H.P.V., Lisboa, 1992.

VENTURA, António, «A Oposição ao Estado Novo», in *História de Portugal* (dir. de João Medina), Lisboa, Ediclube, 1993, Vol. XIII, pp. 149-200.

VENTURA, António, «A Sociedade portuguesa. Efeitos da Guerra», in *Portugal e a Grande Guerra*, coordenação de Aniceto Afonso e Carlos de Matos Gomes, Lisboa, Editorial Notícias, 2003, pp. 469-478.

VENTURA, António, «As Greves de 1943: breve enquadramento sócio-económico», *60º Aniversário da Greve de 1943 no Barreiro – Comunicações*, Barreiro, CMB, 2005, pp. 32-41. (inclui ainda textos de: Vanessa de Almeida, Armando Sousa Teixeira, José Miguel Leal da Silva, Edmundo Pedro, João Manuel da Costa Feijão).

VENTURA, António, «Da Revolução vintista à Guerra Civil (1820 - 1834)», in *História de Portugal* (dir. de João Medina), Lisboa, Ediclube, 1993, Vol. VIII, pp. 99-117.

VENTURA, António, «Estado Novo - as Eleições do Regime», in *História de Portugal* (dir. de João Medina), Lisboa, Ediclube, 1993, Vol. XII pp. 225-240.

VENTURA, António, «Marcelo Caetano», in *História de Portugal* (dir. de João Medina), Lisboa, Ediclube, 1993, Vol. XIII, pp. 283-285.

VENTURA, António, «O Operariado e a República», in *História de Portugal* (dir. de João Medina), Lisboa, Ediclube, 1993, Vol. XI, pp. 173-187.

VENTURA, António, «O Socialismo português (1875 - 1910)», in *História de Portugal* (dir. de João Medina), Lisboa, Ediclube, 1993, Vol. IX, pp. 265-279.

VIDAL, Carlos, «Tuberculose e Antibióticos», in *Actualidades Biológicas*, Vol. 21, Lisboa, 1948, pp. 541-551.

GLOSSÁRIO

AMBIENTE – O meio envolvente de um organismo vivo. Para os seres humanos o ambiente é constituído por componentes físico, biológico e cultural.

CONTÁGIO – A transferência de um agente de uma pessoa para a outra, ou a disseminação de um agente através do ambiente por contacto directo, ou, indirectamente, por um veiculo vector ou mecanismo aéreo.

COORTE – Originalmente referido a um grupo de pessoas nascidas no mesmo ano no mesmo lugar.

Hoje o termo é usado para qualquer grupo que é seguido ao longo do tempo. Os sujeitos de investigação são seleccionados para inclusão numa coorte por causa de uma certa exposição actual a uma possível causa de doença, e subsequentemente são seguidos ao longo do tempo para medir a incidência da doença que está a ser investigada. Os estudos de coorte são também conhecidos como estudos de incidência ou estudos prospectivos.

DEPENDÊNCIA – Estado de escravidão a um hábito ou prática ou a qualquer coisa que é psicológica ou fisicamente geradora de hábito, tal como álcool, tabaco ou outras drogas, na medida em que a sua interrupção causa stress grave.

DOSE – Pode ter vários significados em epidemiologia desde a quantidade de uma substancia ou radioisótopo que permanece nas células corporais ou tecidos durante um período de tempo especificado, até à quantidade de uma substancia ingerida, tal como uma dose de medicamento.

EFICÁCIA – Capacidade de reproduzir resultados sob condições ideais.

EFICIÊNCIA – Capacidade de um programa produzir os resultados pretendidos com um mínimo dispêndio de tempo e recursos.

EPIDEMIA – A ocorrência de doença numa região ou comunidade claramente excedendo a que normalmente se esperaria.

EPIDEMIA DE FONTE PERSISTENTE – Uma epidemia na qual há uma fonte que serve como ponto focal para a disseminação continuada do agente, ex: água do poço contaminada.

EPIDEMIA PROPAGADA – Uma epidemia na qual as infecções são transmitidas de pessoa a pessoa ou de animal a animal de tal modo que os casos identificados não podem ser atribuídos a agentes transmitidos a partir de uma origem comum.

EPIDEMIOLOGIA – A sua definição resulta dos étimos gregos *epi*, significando “sobre” *demos* significando “povo” e *logos* significando “o estudo de”.

Algumas das definições da palavra incluem o seguinte:

1. “Epidemiologia – é o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou acontecimentos de saúde em populações especificadas, bem como a aplicação deste estudo ao controlo dos problemas de saúde” (Laste, 1992).
2. “Epidemiologia – é o estudo da distribuição de uma doença ou estado psicológico em populações humanas, e dos factores que influenciam essa distribuição” (Lilienfeld, 1976).
3. “Epidemiologia – é a descrição e explanação das diferenças na ocorrência de acontecimentos médios em subgrupos de uma população, tendo sido dividida a população de acordo com qualquer característica suposta de influenciar a ocorrência do acontecimento” (Stallones, 1971).
4. “Epidemiologia – é o estudo da prevalência e dinâmica dos estados de saúde em populações” (Frerichs e Neutra, 1978).
5. “A Epidemiologia – é considerada a ciência básica da saúde pública, quantitativa que se centra num conhecimento operativo de probabilidades, estatística, e metodologia de investigação” (Cates, 1982).

ETIOLOGIA – A ciência das causas ou origens da doença.

ETIOLÓGICO – Respeitante às causas ou origens da doença.

IMUNIDADE – Protecção para, ou ser susceptível a, uma doença particular.

Está geralmente associada à presença de anticorpos ou células do hospedeiro, que têm um acção específica sobre o agente infeccioso causador da doença.

INACTAS – Hereditárias.

INCIDÊNCIA – O número de casos novos de uma doença.

INFECCÕES NOSOCOMIAIS – Infecções que ocorrem num meio institucional, tal como um hospital, um centro de enfermagem ou uma casa de convalescença.

MORBILIDADE – Qualquer desvio, subjectivo ou objectivo, de um estado de bem-estar fisiológico ou psicológico, isto é, enfermidade.

MORTALIDADE – Morte, estatística de óbitos.

NÚCLEO DE GOTÍCULAS – Resíduo seco de gotículas que coagula e pode estar suspenso nas correntes de ar.

PATOGÉNESE – O desenvolvimento do processo de doença.

PATOLOGIA – A ciência ou o estudo da origem, natureza e curso da doença.

PERIODICIDADE – Repetição em intervalos.

PERÍODO DE CONTÁGIO – O tempo ou tempos durante os quais um agente infeccioso pode ser transmitido directa ou indirectamente, de uma pessoa infectada

para outra, ou de um animal infectado para uma pessoa, ou de uma pessoa infectada para um animal (incluído insectos).

PERÍODO DE INCUBAÇÃO – O intervalo de tempo entre o contacto inicial com um agente infeccioso e o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas de doença.

PLACEBO – Um substituto inofensivo para a verdadeira coisa, por exemplo: um comprimido de açúcar em vez de uma aspirina.

PORTADOR – Uma pessoa ou animal que alberga um agente infeccioso específico, sem ter evidência de doença clínica, e que pode ser uma fonte potencial de infecção.

RESISTÊNCIA – A probabilidade de ocorrer um acontecimento numa população. Em epidemiologia, é a probabilidade de uma enfermidade ou morte numa população. Risco aplica-se a populações não a indivíduos. O risco de uma determinada pessoa morrer este ano é desconhecido; o risco de pessoas num determinado grupo etário morrerem este ano é conhecido a partir do que ocorreu em anos passados.

SEROLÓGICO – Análise das propriedades e acções do soro sanguíneo.

SINAL – Uma manifestação física objectiva da doença ou outra enfermidade, por exemplo: temperatura alta, pressão arterial alta.

SINTOMA – Um fenómeno da doença ou outra enfermidade, que leva a uma queixa por parte do doente; tal como a sensação de mal-estar, dor, náusea ou cefaleia.

SUSCEPTIBILIDADE – O grau em que um hospedeiro tem falta de resistência a um agente patogénico particular, suficiente para prevenir a doença, se ou quando exposto.

TAXA DE INCIDÊNCIA – A taxa de novos casos numa população particular por um período de tempo especificado, onde o numerador é o número de novos casos de uma

enfermidade especificada diagnosticados ou declarados durante o período de tempo especificado, e o denominador é a população no ponto médio do período de tempo.

TAXA DE PREVALÊNCIA – A taxa de casos actuais (novos e já existentes) de uma enfermidade numa população particular por um período de tempo especificado, onde o numerador é o número de casos actuais de uma enfermidade especificada diagnosticados ou declarados durante o período de tempo especificado, e o denominador é a população no ponto médio do período de tempo. A prevalência no momento preciso do tempo é designada *prevalência pontual* e por um período de tempo é designada *prevalência de período*.

TAXA DE SOBREVIVÊNCIA – Mais exactamente designada *taxa de mortalidade*, mostra a percentagem de pessoas que morrem numa qualquer idade.

É compilada a partir da história da experiência de mortalidade numa determinada população. A tabela pode ser usada para calcular anos de vida vividos, número de sobreviventes e esperança de vida a cada idade. *Taxa bruta* – a taxa de mortalidade geral numa determinada população especificada (*usualmente um ano*), onde o numerador é o número total de mortes ocorridas no período de tempo, e o denominador é a população no período médio do período de tempo. É designada *bruta* porque o denominador é uma estimativa dos anos de vida vividos pela população em risco de morte.

VEÍCULO – Um objecto inanimado tal como água, comida, colchões e roupa de cama ou um brinquedo, que transmite um agente infeccioso pelo qual foi contaminado.

ANEXOS

ÍNDICE

- Documento 1 – Hospital de Repouso D. Carlos I, 1912.
- Documento 2 – Sanatório Popular de Lisboa – Pavilhão BII.
- Documento 2 a) – Sanatório Popular de Lisboa – Uma enfermaria.
- Documento 3 – Dr. Robert Koch.
- Documento 4 – Hipócrates.
- Documento 6 – Dr. Miguel Bombarda.
- Documento 7 – Reunião presidida pela Rainha D. Amélia.
- Documento 8 – Aparelho de Küss (pneumotórax).
- Documento 9 – Sanatório do Funchal.
- Documento 10 – Dr. Sousa Martins.
- Documento 11 – Sanatório Sousa Martins (Guarda).
- Documento 12 – Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida, Carcavelos.
- Documento 13 – Sua Majestade Rainha D. Amélia.
- Documento 14 – Sua Majestade El Rei D. Carlos I.
- Documento 15 – Cruz de Lorena.
- Documento 16 – Retrato de Professor de Medicina.
- Documento 17 – Retrato da Rainha D. Amélia, Fundadora e Presidente da ANT.
- Documento 18 – Sanatório Marítimo do Outão.
- Documento 19 – Cartaz de propaganda da ANT.

- Documento 20 – Semana da Tuberculose. Peditório.
- Documento 21 – Casal Real e comitiva para assistirem a um espectáculo.
- Documento 22 – Dr. Silva Amado.
- Documento 23 – Dispensário Anti-Tuberculoso de Lisboa.
- Documento 24 – Edifício do Dispensário de Lisboa e Sede da ANT.
- Documento 25 – Dispensário anti-tuberculoso do Porto.
- Documento 26 – Fachada do Hospital de Repouso de Lisboa.
- Documento 27 – Prof. Lopo de Carvalho.
- Documento 28 – D. António de Lencastre, Secretário-Geral da ANT.
- Documento 29 – Dr. Cassiano Neves.
- Documento 30 – Aspecto da Estância Sanatorial do Caramulo.
- Documento 31 – Dr. Manuel Tápia.
- Documento 32 – Os selos Anti-Tuberculosos de Portugal.
- Documento 33 – Sanatório dos Covões, em Coimbra.
- Documento 34 – Entrada do Sanatório Popular D. Carlos I.
- Documento 35 – Planta do Pavilhão Lambert de Moraes.
- Documento 35 a) – Planta do Pavilhão das Senhoras da Caridade.
- Documento 35 b) – Planta dos 3 principais Pavilhões.
- Documento 36 – Aparelho de Pneumotórax.
- Documento 37 – Crianças do Preventório na praia, no Outão.
- Documento 38 – Colónia de férias do Jornal “O Século”, em S. João do Estoril.
- Documento 39 – Peditório em Lisboa, na Semana da Tuberculose.
- Documento 40 – Uma viatura particular faz o serviço de táxi, em Lisboa.

- Documento 41 – Sanatório D. Manuel II, no Porto.
- Documento 42 – Fotografia aérea da Estância Sanatorial do Caramulo.
- Documento 43 – Corpo clínico em 1959 do Sanatório do Caramulo.
- Documento 44 – Sanatório dos Covões, em Coimbra.
- Documento 45 – Sanatório de Sant’Ana (Parede).
- Documento 46 – Colónia de Férias do Jornal “O Século”, em S. João do Estoril.
- Documento 47 – Sanatório Dr. João de Almada, na Madeira.
- Documento 48 – Anúncio da corrida tauromáquica, em Lisboa.
- Documento 49 – Estátua do Rei D. Carlos I, no HPV.
- Documento 50 – Hospital de Repouso de Lisboa.
- Documento 51 – Sanatório Popular (Hospital de Repouso D. Carlos I).
- Documento 51 a) – Sanatório Popular de Lisboa. Parque e entrada do Sanatório.
- Documento 51 b) – Fachada actual do HPV.
- Documento 51 c) – Pormenor da figura 51 b).
- Documento 51 d) – Actual fachada do HPV.
- Documento 52 – Pavilhão das Senhoras da Caridade.
- Documento 53 – Pavilhão Lambert de Moraes.
- Documento 54 – Planta dos 3 Pavilhões do Sanatório Popular do Lumiar.
- Documento 55 – Gabinete de Radiologia.
- Documento 56 – Laboratório de Análises Clínicas.
- Documento 57 – Pavilhão BII, em 1986, do HPV.
- Documento 58 – Projecto de arquitectura em 1947.

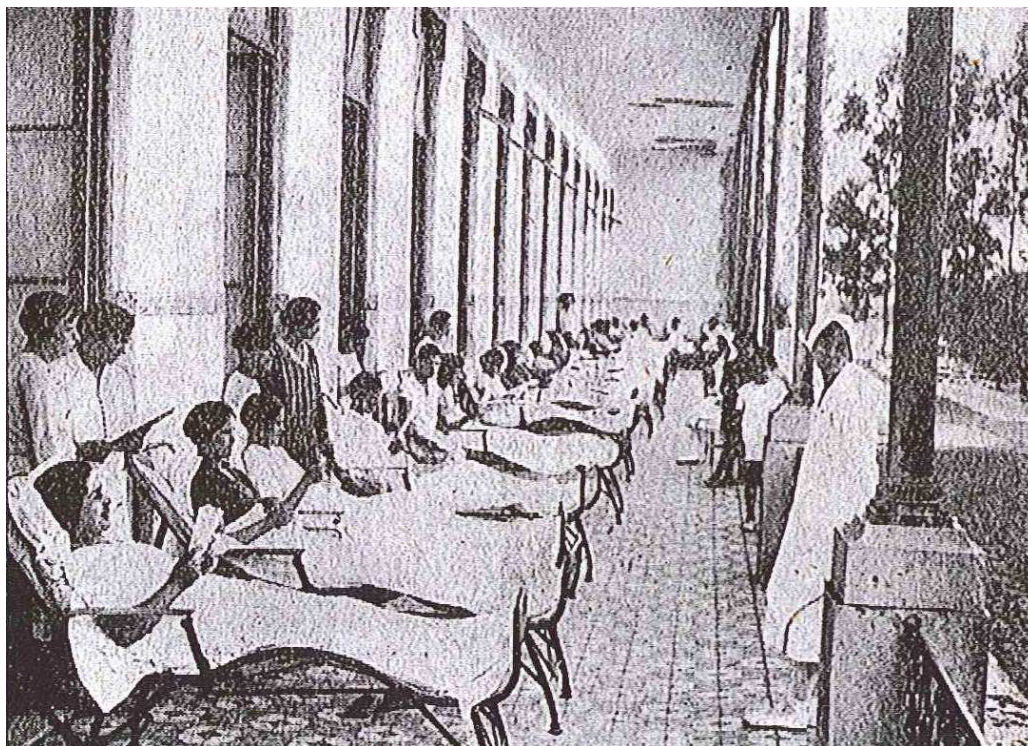
- Documento 58 a) – Planta topográfica do Sanatório D. Carlos I em 1947.
- Documento 58 b) – Planta de Execução da Obra em 1947.
- Documento 58 c) – Planta de Localização em 1967.
- Documento 58 d) – Cartografia do HPV.
- Documento 59 – Galeria de cura do Sanatório Popular de Lisboa.
- Documento 60 – Fotografia da notícia do Jornal “O Século” de 21/5/1948.
- Documento 61 – Equipa do Dr. Décio Ferreira.
- Documento 62 – Cicatriz de toracoplastia.
- Documento 62 a) – Telerradiografia do tórax, em 1993.
- Documento 63 – Professor Doutor Thomé Villar.
- Documento 64 – Desenho da telerradiografia.
- Documento 64 a) – Processo clínico de uma doente.
- Documento 65 – Prof. Doutor Pulido Valente.
- Documento 68 – Sanatório Popular de Lisboa, um dos Pavilhões.
- Documento 69 – Ficha clínica utilizada para a anamnese.

Documento 1



Hospital de Repouso D. Carlos I, 1912, Fotografia de Joshua Benoliel
Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa/Arquivo Fotográfico, PT/AMLSB/AF/JBN/000952

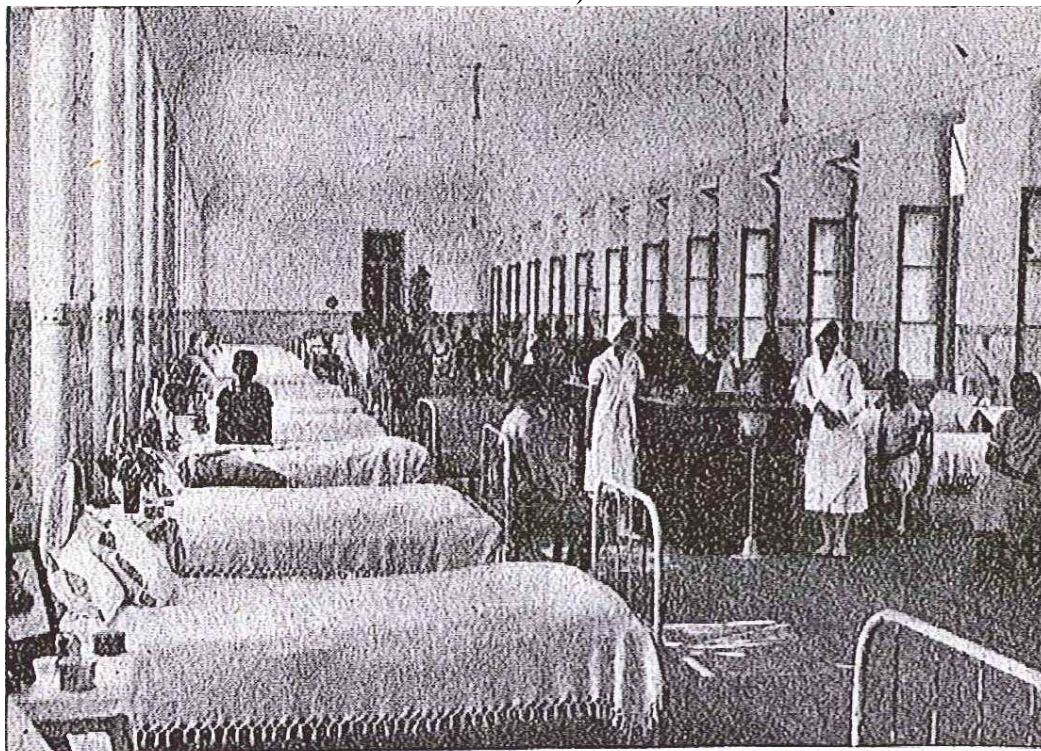
Documento 2



Sanatório Popular de Lisboa – Pavilhão BII (Galeria de Cura)

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT 1899-1928, p.54

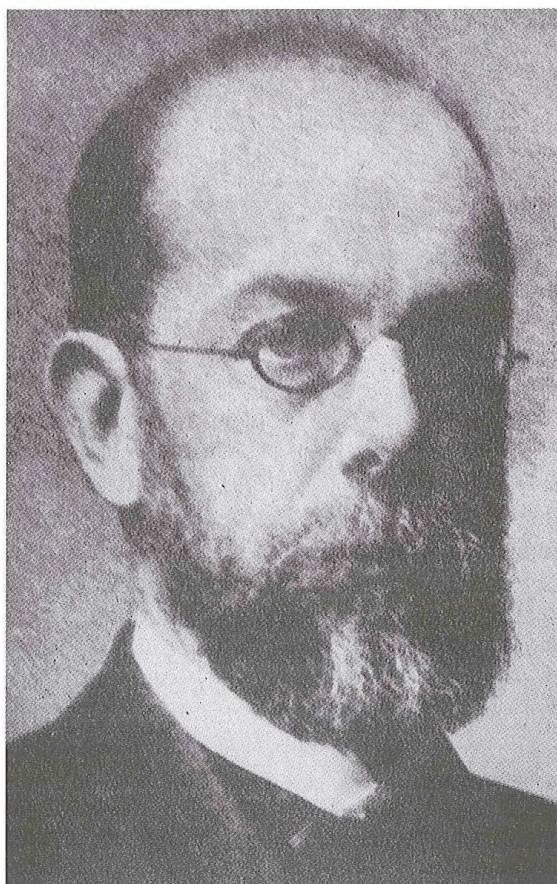
Documento 2 a)



Sanatorio Popular de Lisboa — Uma enfermaria

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT 1899-1928, p.54

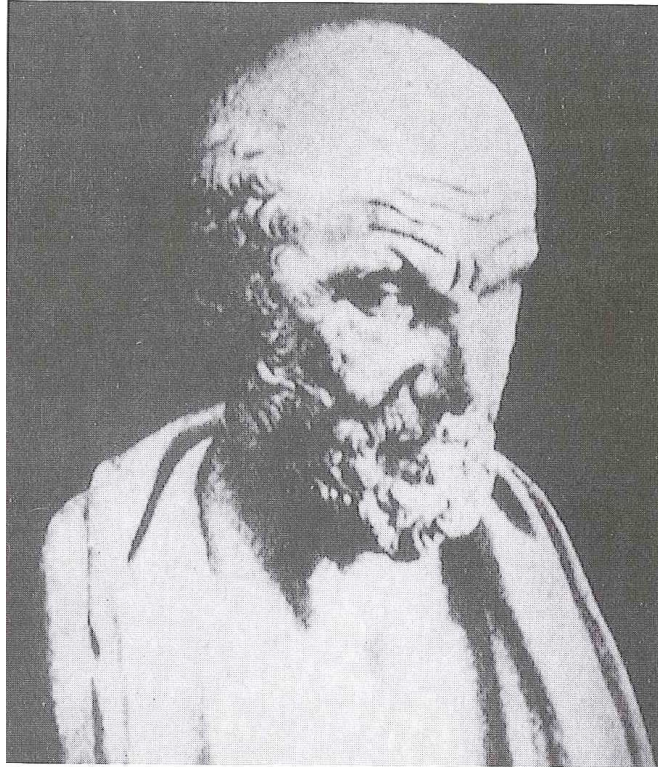
Documento 3



Dr. Robert Koch

Fonte: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa

Documento 4



Hipócrates

Fonte: Medicine and Illustrated History, de Petrucelli e Abrams, London, 1970

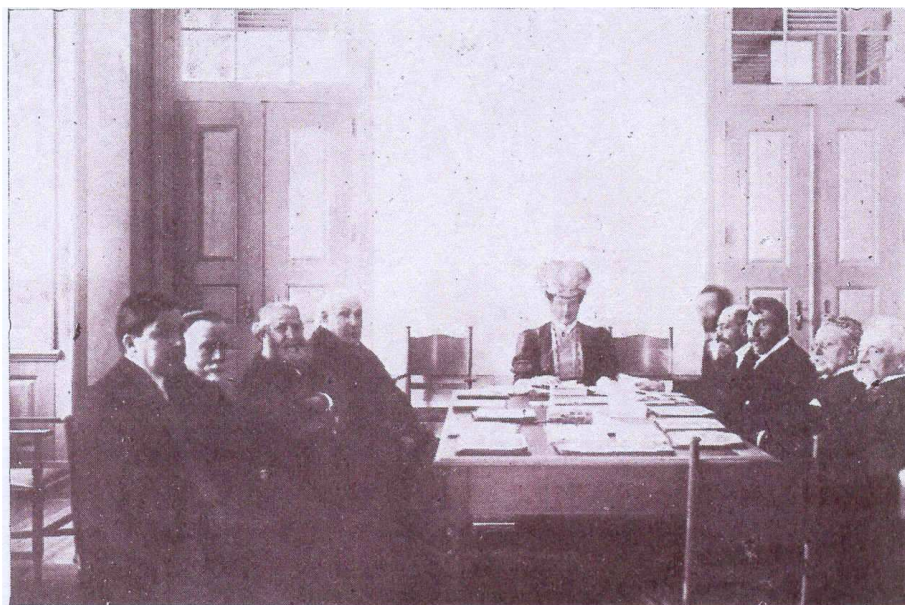
Documento 6



Dr. Miguel Bombarda

Fonte: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa

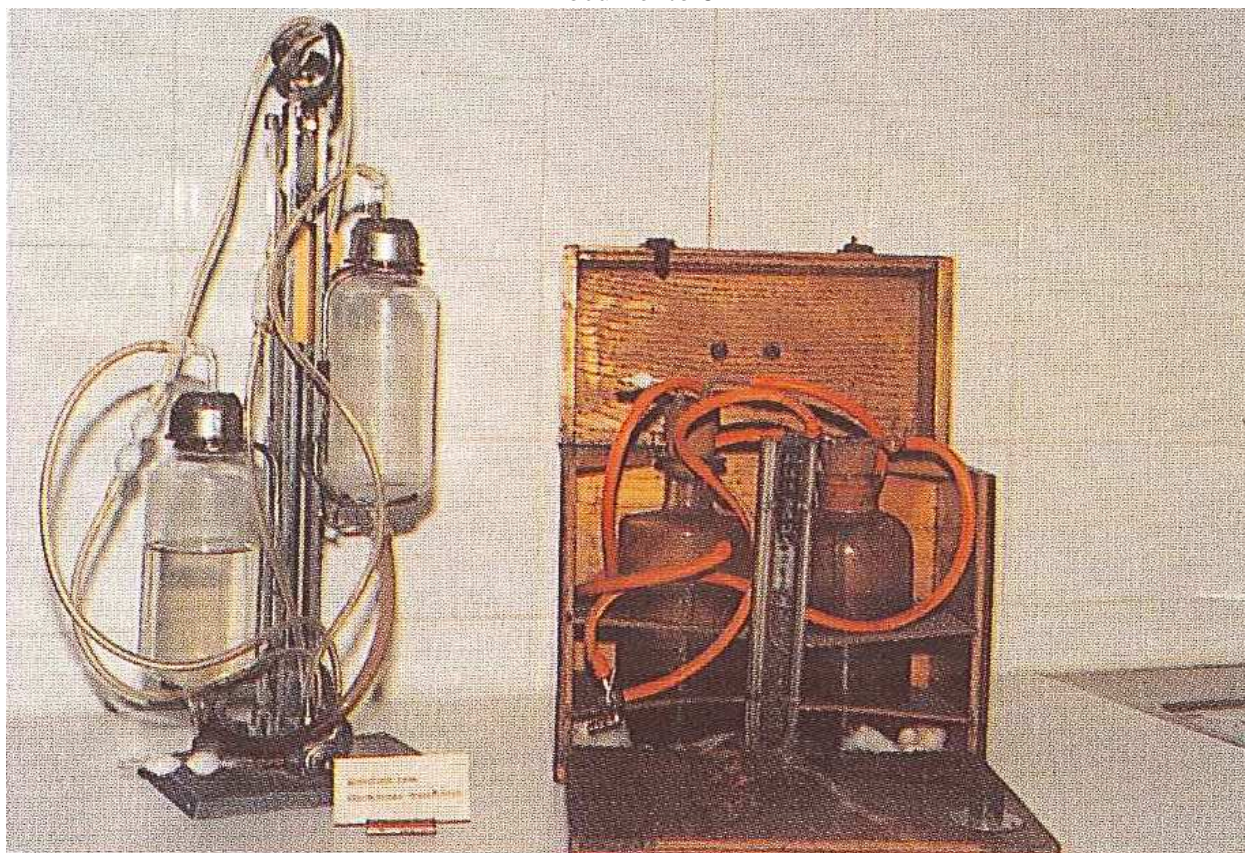
Documento 7



Assistência aos tuberculosos Rainha D. Amélia: José Maria dos Santos, Dr. Carvalho Monteiro, Dr. Amado, Dr. João Ulrich. Pela esquerda Dr. D. António de Lencastre, Conde de Sabugosa, Pereira de Miranda, Dr. Curry Cabral

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 8



Aparelho de Küss (pneumotórax), sendo o da direita portátil

Fonte: Museu do Hospital Militar Doenças Infecto-Contagiosas (Lisboa)

Documento 9



Sanatório do Funchal

Fonte: Coleção Particular do Dr. João Pedro Iglésias

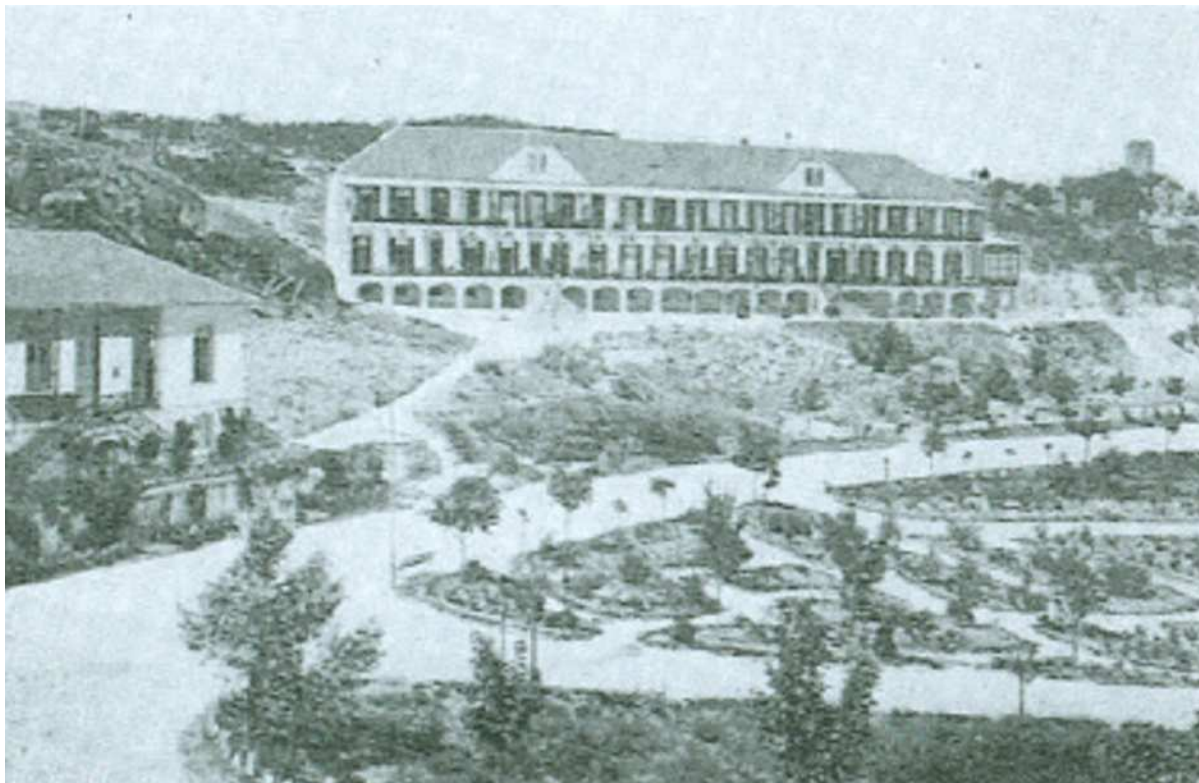
Documento 10



Dr. Sousa Martins

Fonte: O Ensino Médico no Início do Século (1911), p.77

Documento 11



Sanatório Sousa Martins (Guarda)

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928, p.44

Documento 12



Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida, Carcavelos

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928, p.34

Documento 13



Rainha D. Amélia

Fonte: "Rainha D. Amélia", de Ayres de Sá, p.1

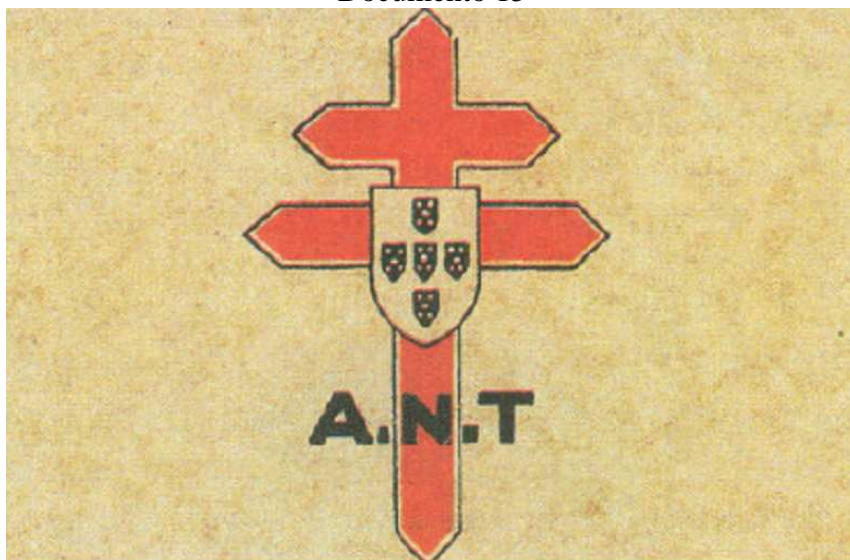
Documento 14



Rei D. Carlos I

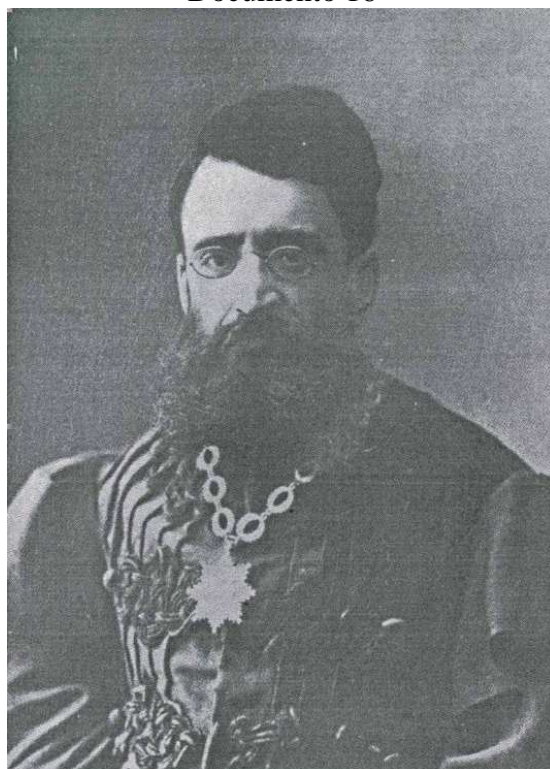
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 15



Cruz de Lorena, Símbolo da União Internacional Contra a Tuberculose
Fonte: Arquivo do Próprio

Documento 16



O Doutor Ricardo Jorge – Professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1880-1899) e Lisboa
(1900-1939)

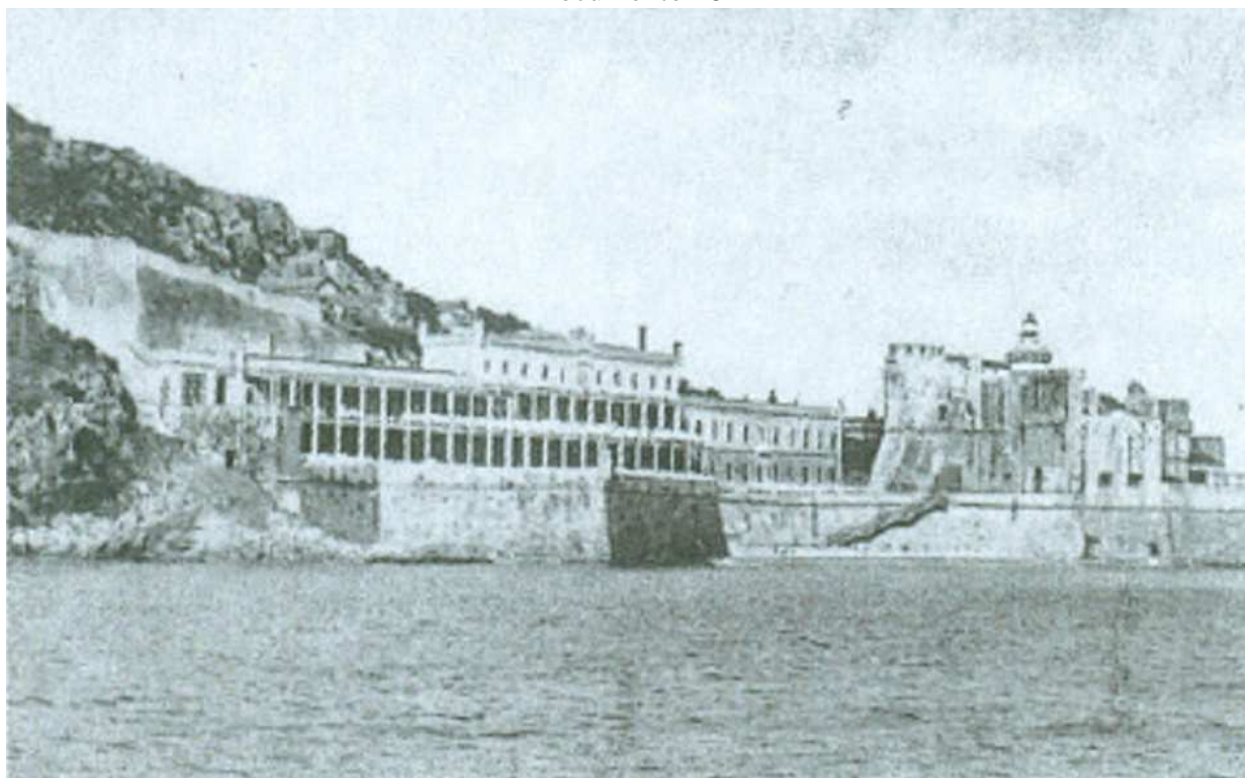
Fonte: A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge, Lisboa, 1960, p.34

Documento 17



Rainha D. Amélia, Fundadora e Presidente Perpétua da ANT
Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928

Documento 18



Sanatório Marítimo do Outão. Fortaleza onde foi instalado o 1º Sanatório Marítimo Português
Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928, p.38

Documento 20



Semana da Tuberculose. As senhoras fazem o peditório
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 21



Casal Real e demais comitiva para assistirem a um espectáculo
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 22



Silva Amado. Presidente do 1º Congresso da Liga Portuguesa Contra a Tuberculose (1901)
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 23



Dispensário Anti-Tuberculoso de Lisboa, na Rua do Alecrim, 22, num rés-do-chão, sendo seu 1º
Director o Dr. Alfredo Luís Lopes - 1901
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

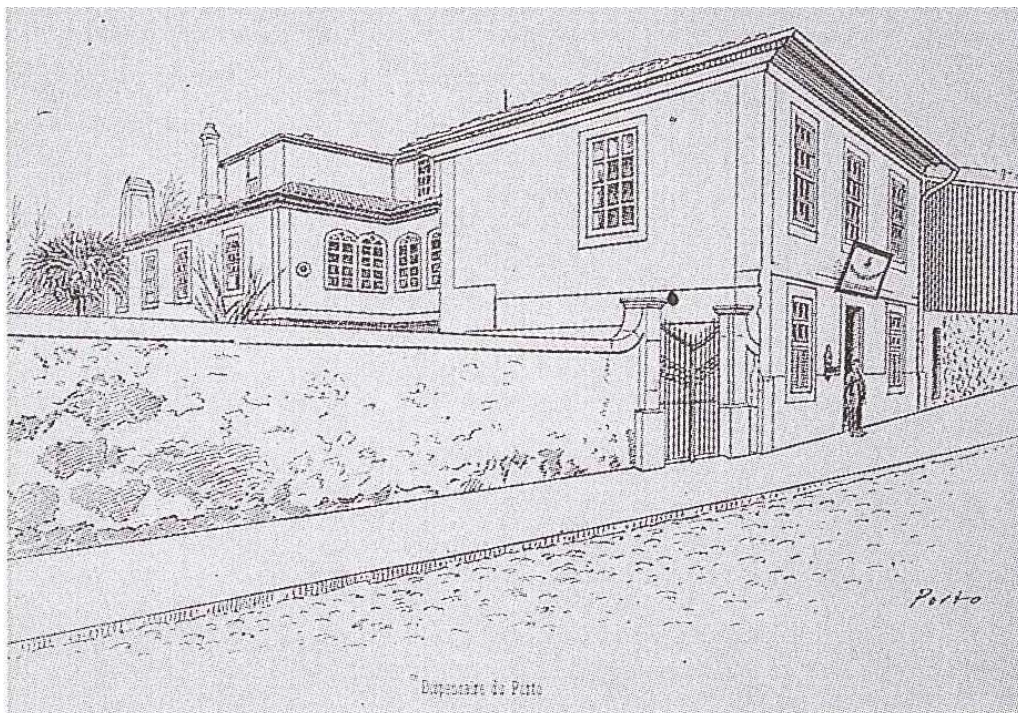
Documento 24



Edifício do Dispensário de Lisboa, onde funcionou a Sede da ANT, situado na Av. 24 de Julho em Lisboa, onde actualmente está instalada a Direcção-Geral de Saúde

Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa. Arquivo Fotográfico, PT/AMLSB/AF/LSM/000249

Documento 25



Dispensário anti-tuberculoso do Porto – inaugurado a 1 de Janeiro de 1903, na Rua da Carvalhosa, 84, sendo seu Director o Dr. Arantes Pereira

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928

Documento 26



Fachada do Hospital de Repouso de Lisboa

Fonte: Ilustração Portuguesa. Revista semanal dos acontecimentos da vida portuguesa, 5º Vol., IIª Série, 1908

Documento 27



Prof. Lopo de Carvalho

Fonte: Catálogo da Exposição Médico-Cirúrgica editado por: Glaxo Farmacêutica, Lisboa 1975

Documento 28



D. António de Lencastre, Secretário-Geral do ANT desde a fundação até à instauração da República

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 29



Dr. Cassiano Neves

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 30



Aspecto da Estância Sanatorial do Caramulo

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928

Documento 31



Dr. Manuel Tápia

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 32



Os selos Anti-Tuberculosos de Portugal – criação da Dra. Irlinda Rebelo, funcionária da ANT, que lança em 1929, a expensas suas, a 1ª edição

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 33



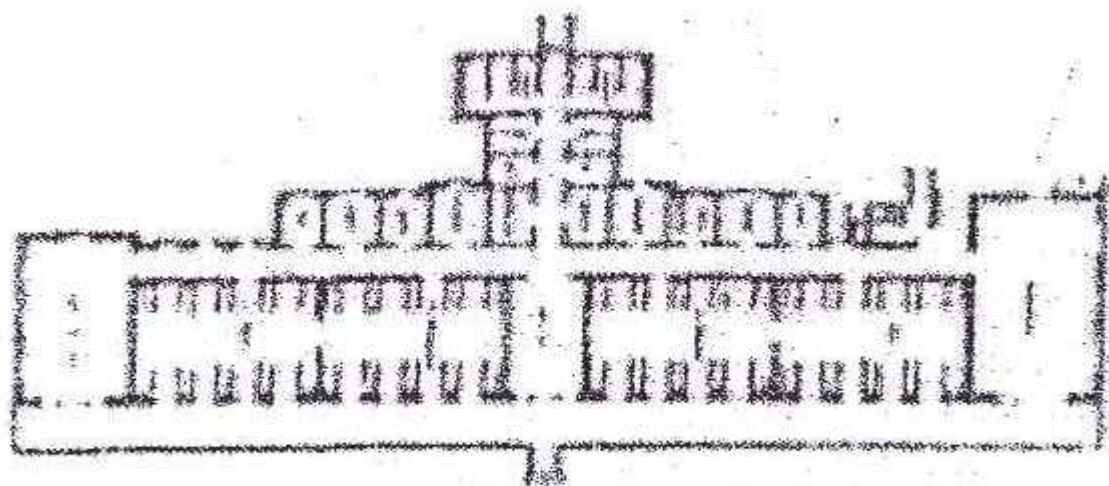
Sanatório dos Covões, em Coimbra

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928



Sanatório Popular D. Carlos I, entrada, actual Hospital Pulido Valente, fotografia de Artur Goulart
Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa / Arquivo Fotográfico, PT/MLSB/AF/AJG/S02158

Documento 35



PAVILHÃO LAMBERT DE MORAIS

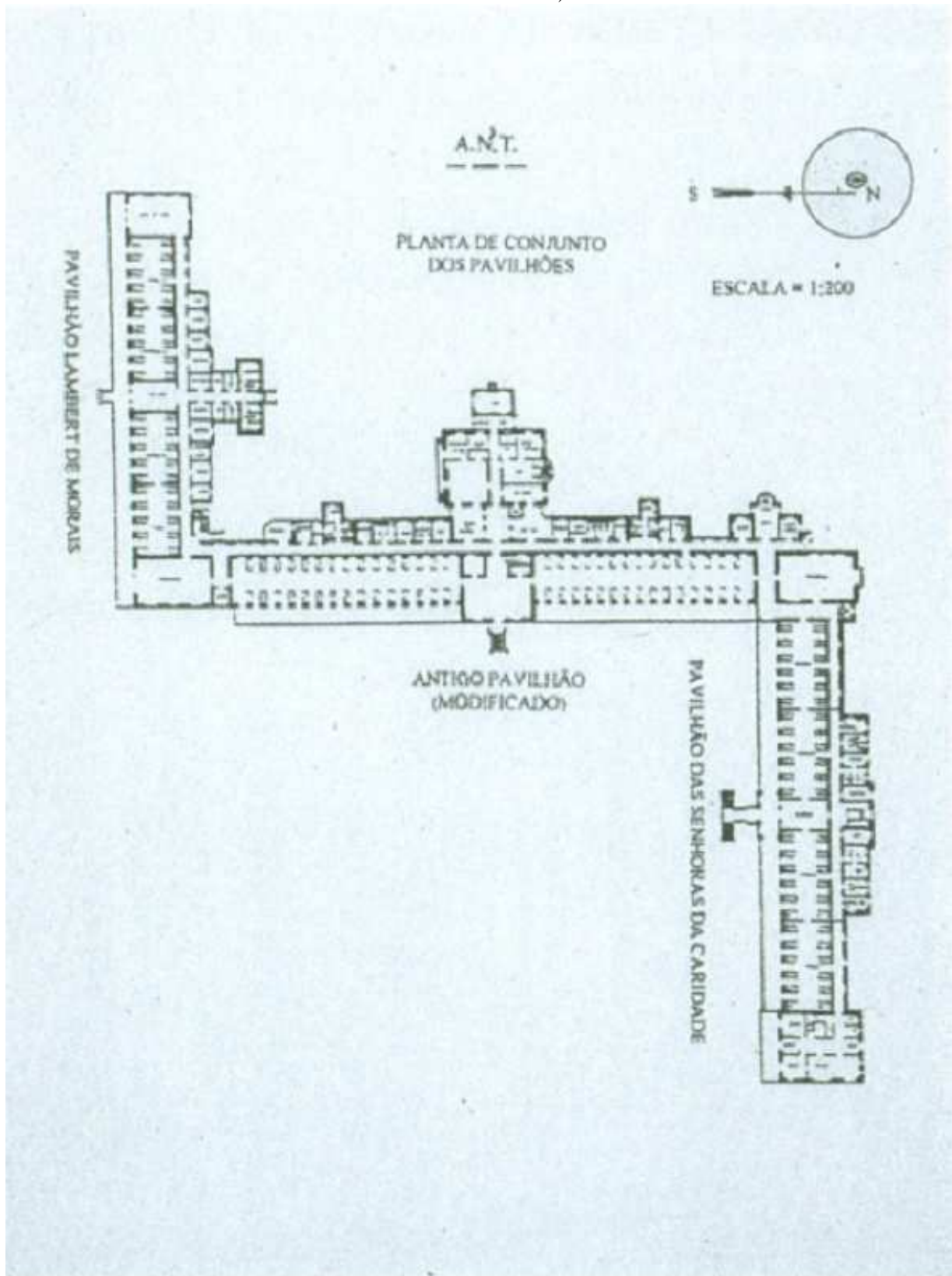
Fonte: Arquivo do Próprio

Documento 35 a)



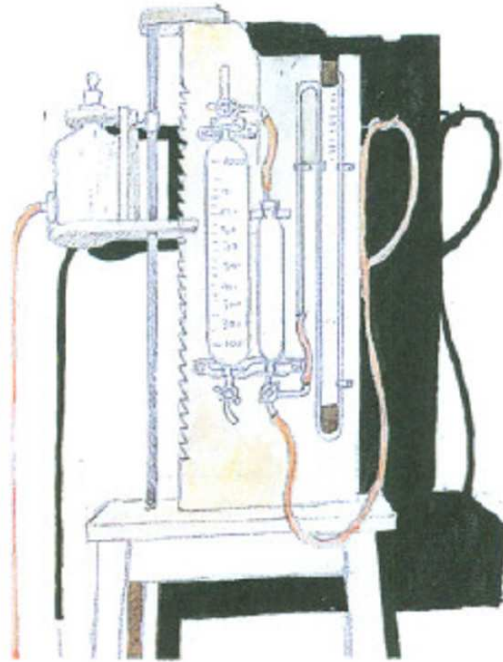
PAVILHÃO DAS SENHORAS DA CARIDADE

Fonte: Arquivo do Próprio



Planta dos 3 principais Pavilhões do Sanatório Popular do Lumiar
Fonte: "Sanatórios de Planície", de Cassiano Neves, p.16

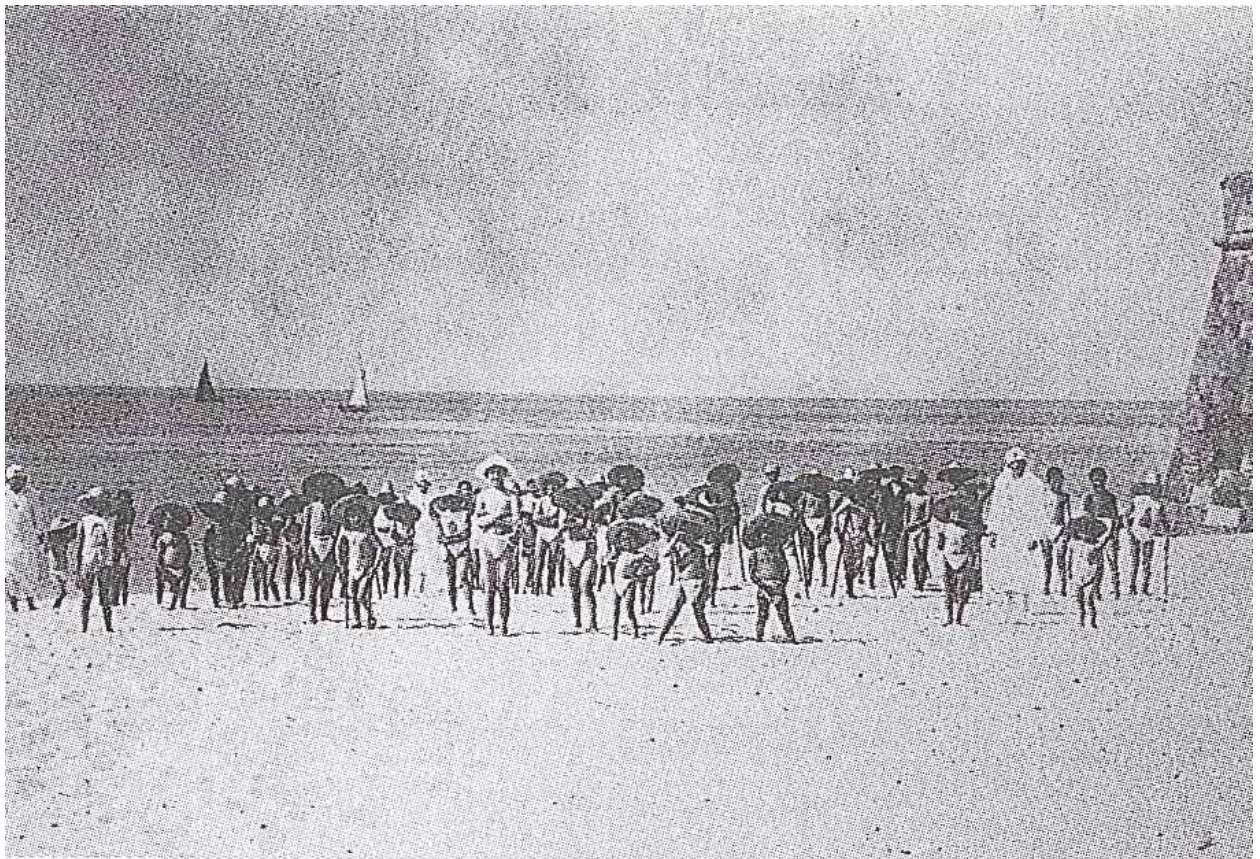
Documento 36



Aparelho de Pneumotórax

Fonte: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa

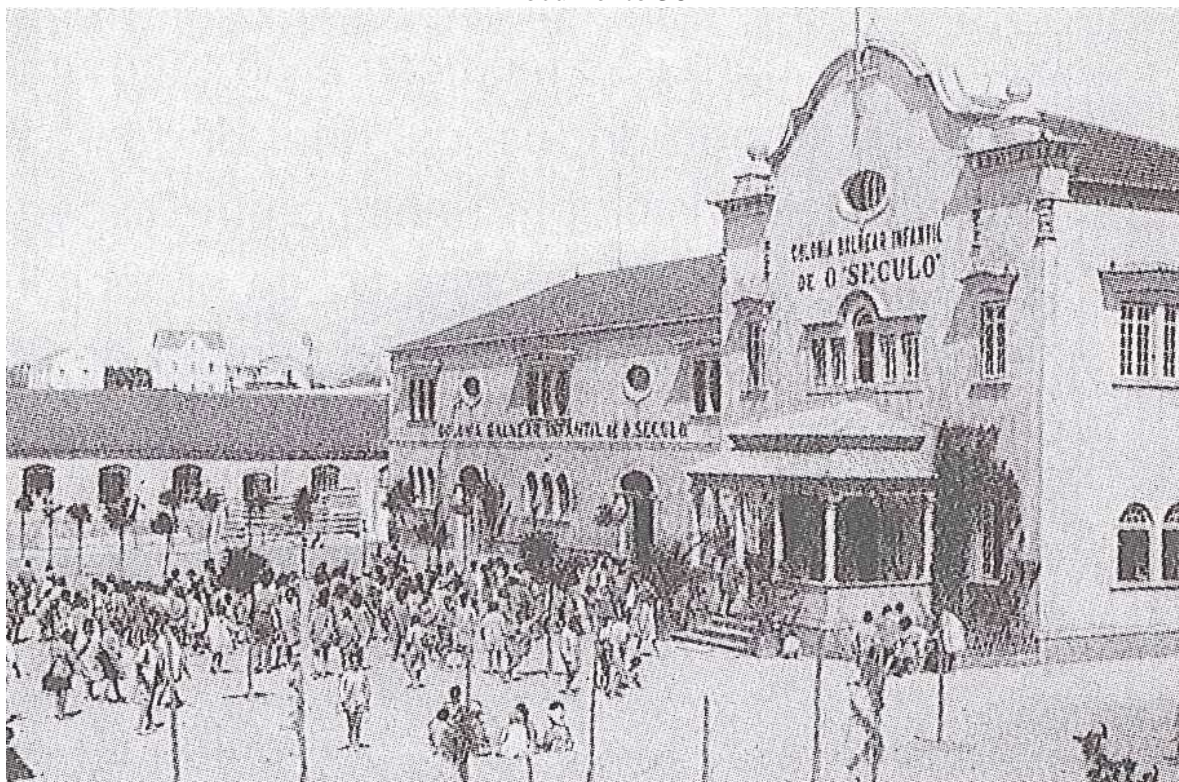
Documento 37



Crianças do Preventório na praia, no Outão

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928

Documento 38



Colónia de férias do Jornal “O Século”, em São João do Estoril

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

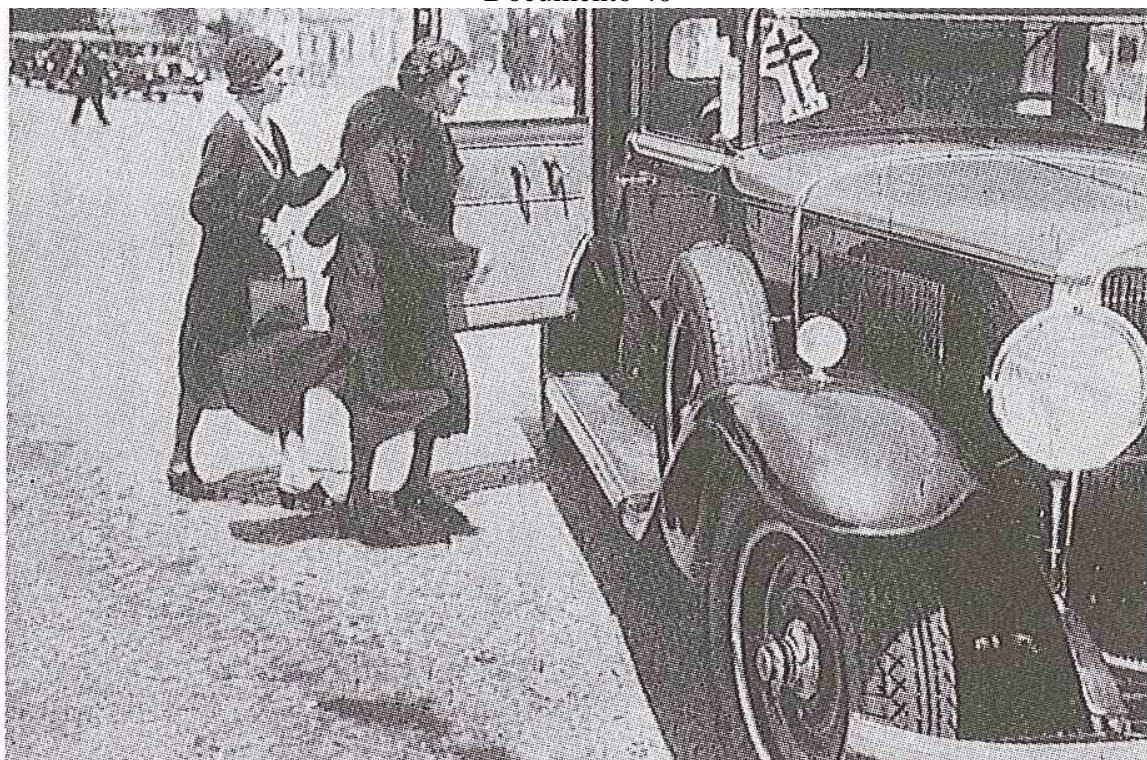
Documento 39



Semana da Tuberculose. As senhoras fazem o peditório, em Lisboa.

Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 40



Semana da Tuberculose. Uma viatura particular faz o serviço de táxi, em Lisboa.
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 41



Sanatório D. Manuel II, no Monte da Virgem, no Porto
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 42



Fotografia aérea da Estância Sanatorial do Caramulo
Fonte: Biblioteca Central da Faculdade de Medicina de Lisboa

Documento 43



Corpo clínico em 1959 do Sanatório do Caramulo
Fonte: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade Medicina de Lisboa

Documento 44



Sanatório dos Covões, em Coimbra.

Fonte: Biblioteca Central da Faculdade de Medicina de Lisboa

Documento 45



Sanatório de Sant'Ana (Paredes)

Fonte: Gabinete de Estudos Olisiponenses

Documento 46



Colónia de Férias do Jornal “O Século”, em São João do Estoril
Fonte: Gabinete de Estudos Olissiponenses

Documento 47



Sanatório Dr. João de Almada, na Madeira
Fonte: Coleção Particular do Dr. Pedro Iglesias de Oliveira

CAMPO PEQUENO
DOMINGO 18 DE JUNHO
EXTRAORDINARIA CORRIDA

Sua Magestade El-Rei
Sua Magestade a Rainha

REX. CLUB TAURÓMACO
Assistência Nacional dos Tuberculosos
HOSPITAL DE REPOUSO DOS TUBERCULOSOS DE LISBOA

10 - TOUROS - 10

CASA DE BRAGANÇA
SUA MAJESTADE EL-REI

Director da corrida. — Ex.^{ma} Sr. RUY REBELLO D'ANDRADE

CAVALLEIROS
EX.^{mas} Srs. D. Luiz do Rego, Victorino F. roca
e Marquez de Castello Melhor

MOÇOS DE FORCADO
EX.^{mas} Srs. JOÃO MARCELLINO D'AZEVEDO, CALDOX, FILIPPE TAYLOR, RUIZ D'OLIVEIRA
PIMENTEL, JOÃO HENRIQUE CALDAS, JOSÉ VIMBOR CORREIA, HENRIQUE ESCRAVES,
ARNAUDD FUSCHER E. L. T.

MOÇOS DE CURRO

Anúncio da corrida extraordinária, organizada pelo Real Club Tauromáquico, em benefício da fundação do Hospital de Repouso de Lisboa
Fonte: Coleção do Clube Tauromáquico Português

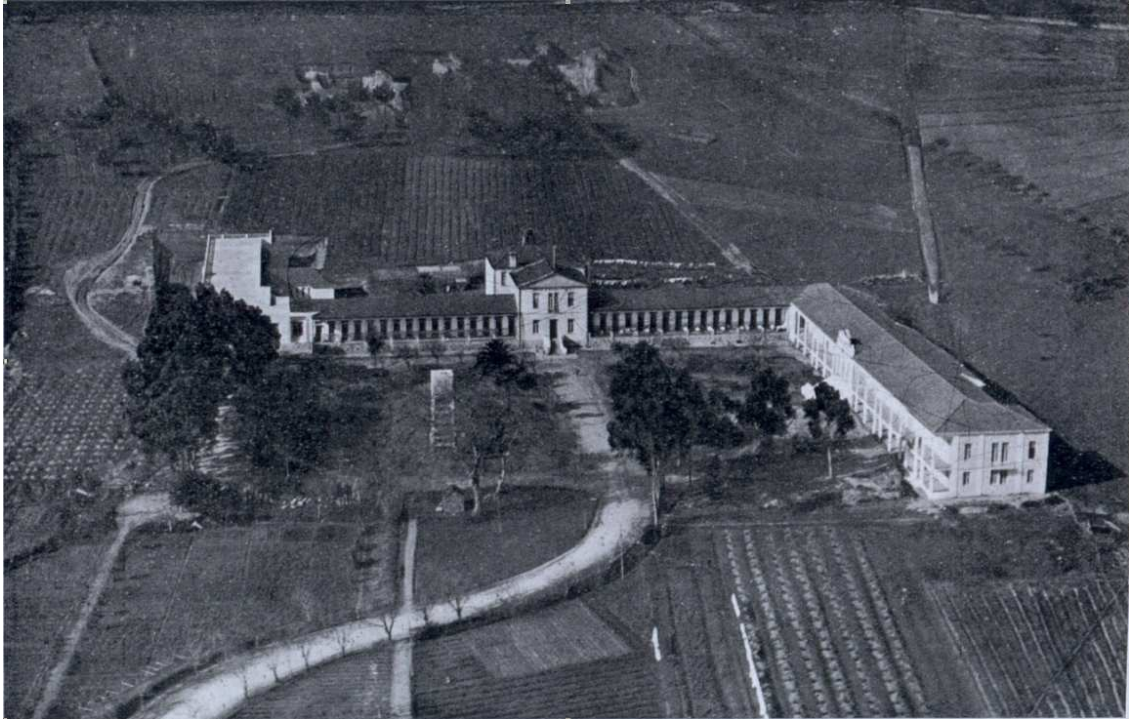
Documento 49



Estátua do Rei D. Carlos I, colocada no átrio do Edifício D. Carlos I do Hospital de Pulido Valente

Fonte: Arquivo do Próprio

Documento 50



Hospital de Repouso de Lisboa, 1912, Fotografia Aérea de Joshua Benoliel

Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 51

Sanatório Popular (Hospital de Repouso D. Carlos I)
— Lisboa (64 leitos)
(inaugurado em 18-8-1912)

Director — *Dr. Cassiano Neves* (não está em exercício).
Sub-director — *Dr. Pacheco de Miranda*
Assistente substituto — *Dr. Raul Faria*
Fiscal — *D. Constança de Jesus Miranda Santos*
Enfermeiras — *D. Judith Rodrigues d'Almeida*
— *D. Julia Guimarães*

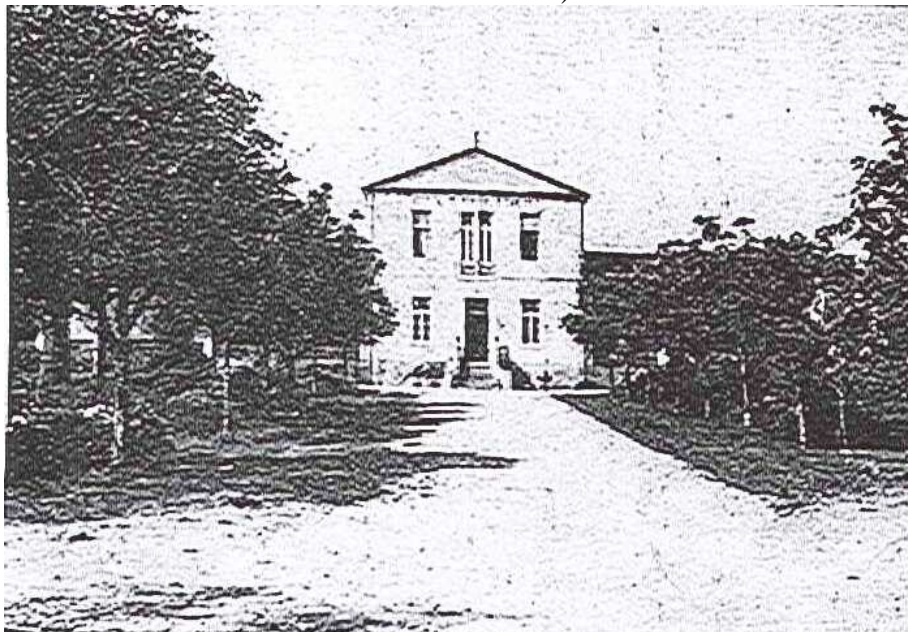
MOVIMENTO
(Doentes entrados desde 18 d'Agosto de 1912 até 1927 — 1.973)
» saídos 1907

Está se construindo, por subscrição, um novo pavilhão.

Sanatório popular de Lisboa — Aspecto geral

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928

Documento 51 a)



Sanatório Popular de Lisboa. Parque e entrada do Sanatório
Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 51 b)



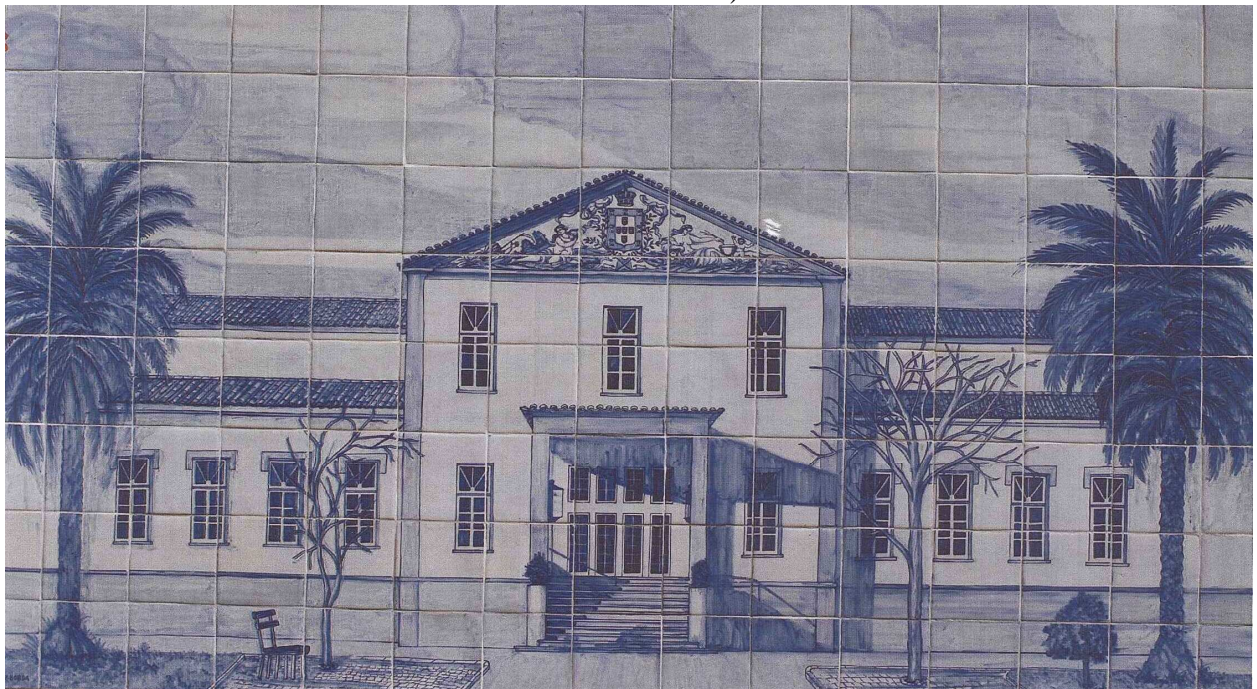
Fachada do actual Edifício D. Carlos I do Hospital de Pulido Valente
Fonte: Arquivo do Próprio

Documento 51 c)



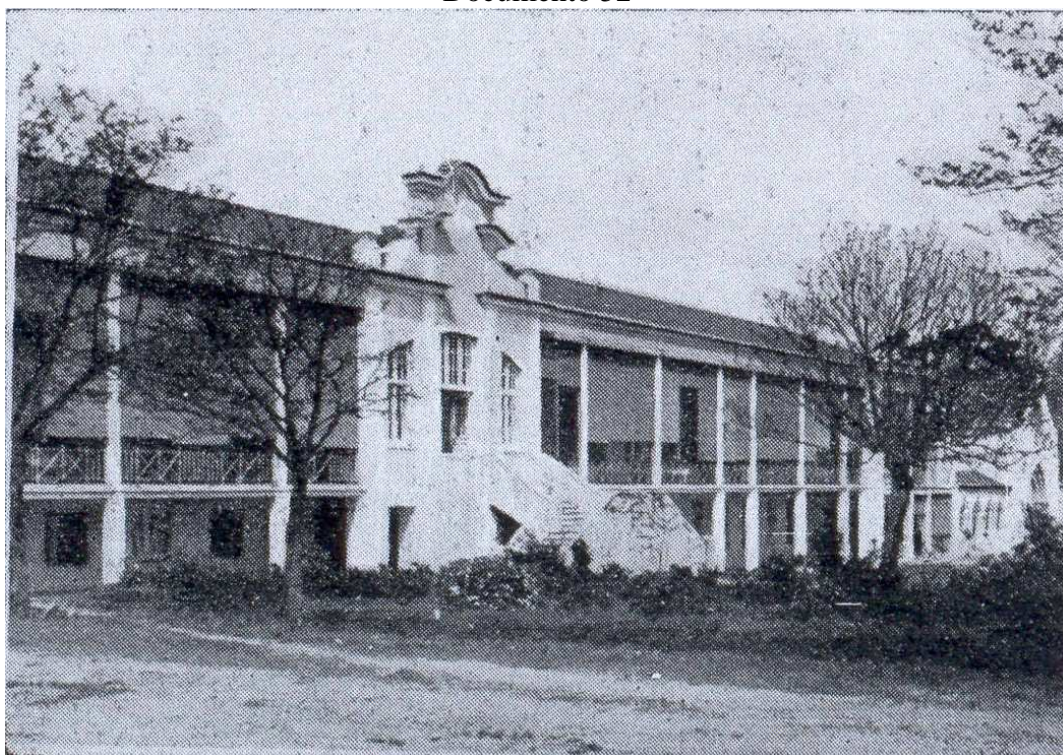
Pormenor da Figura 51b)
Fonte: Arquivo do Próprio

Documento 51 d)



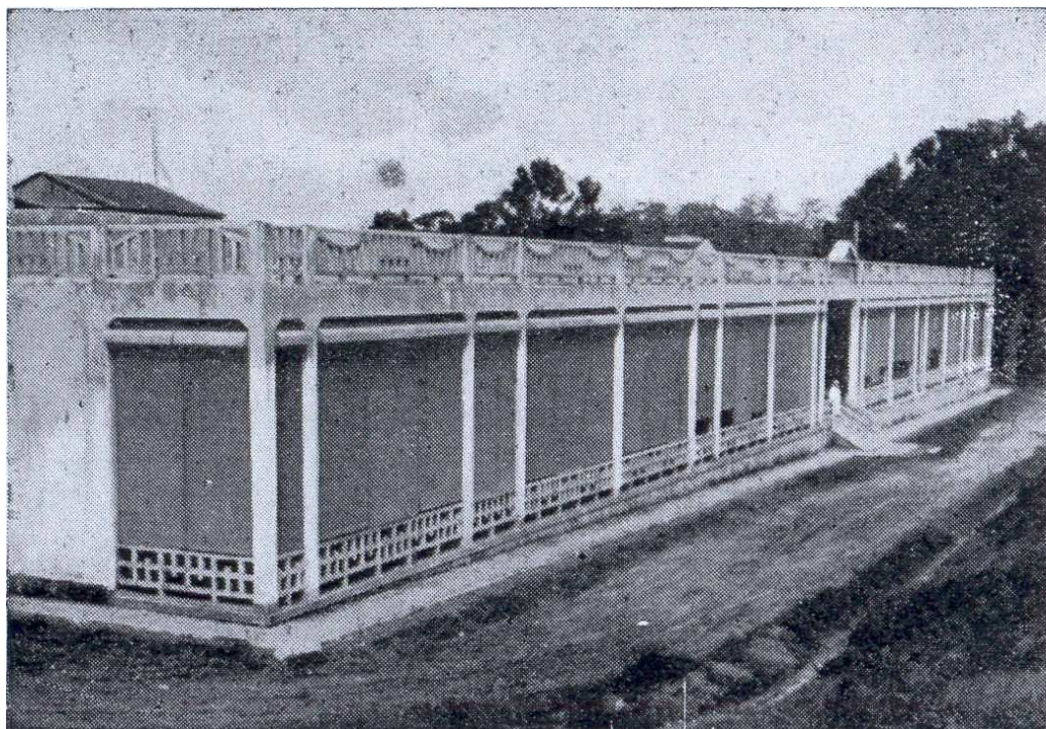
Actual fachada do H.P.V.
Fonte: Arquivo do Próprio

Documento 52



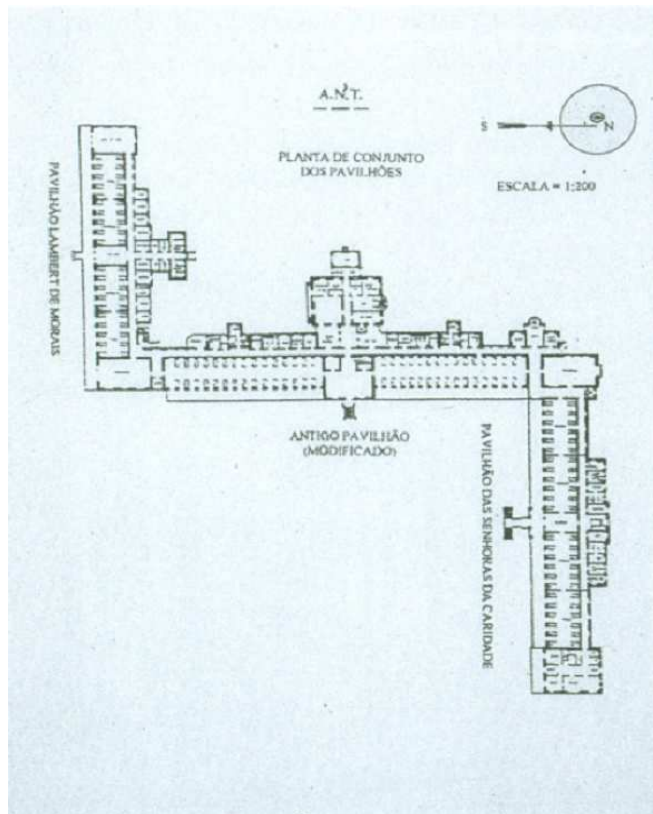
Pavilhão das Senhoras da Caridade
Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 53



Pavilhão Lambert de Moraes
Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 54



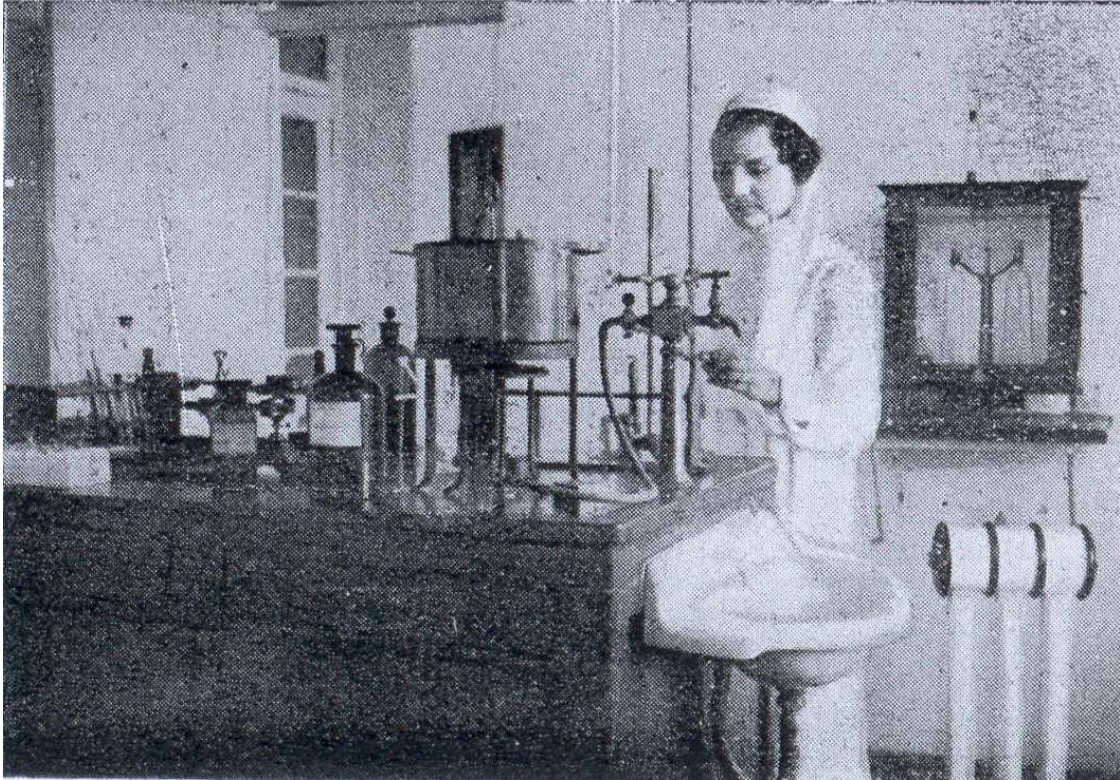
Planta dos 3 principais Pavilhões do Sanatório Popular do Lumiar
Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 55



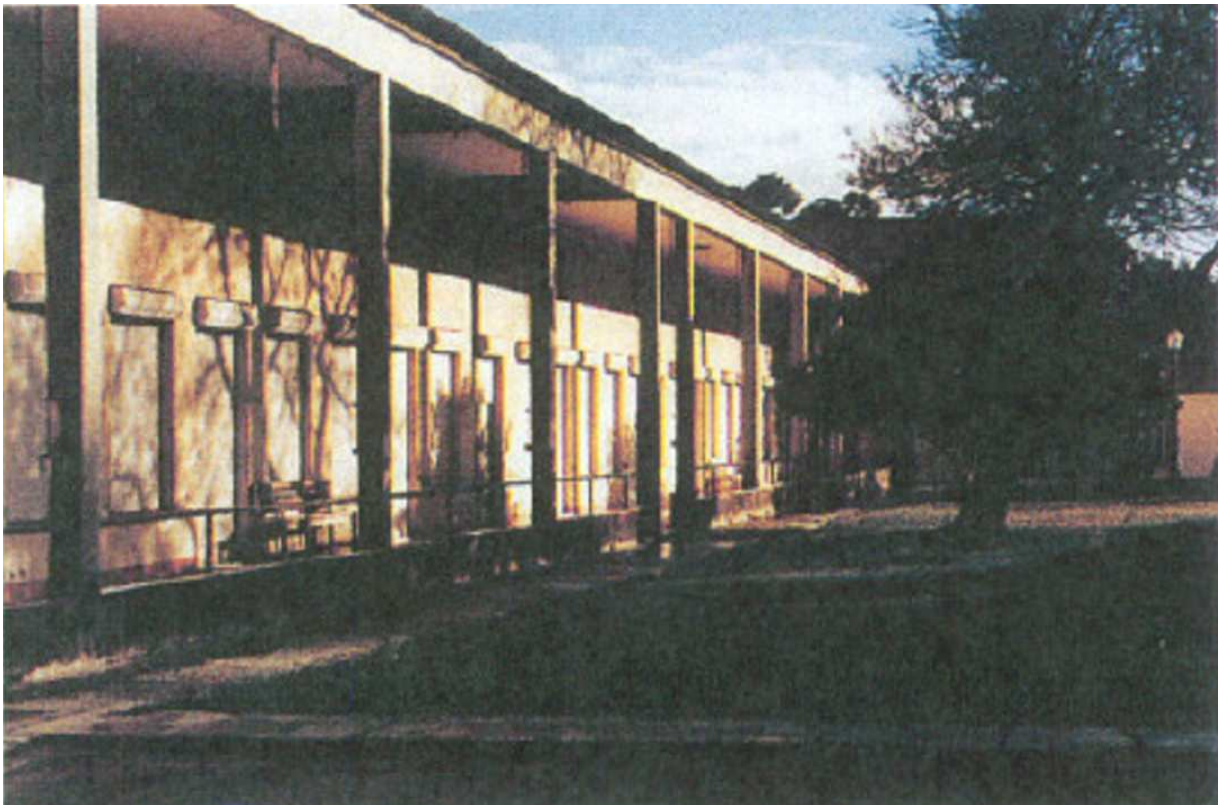
Gabinete de Radiologia
Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 56



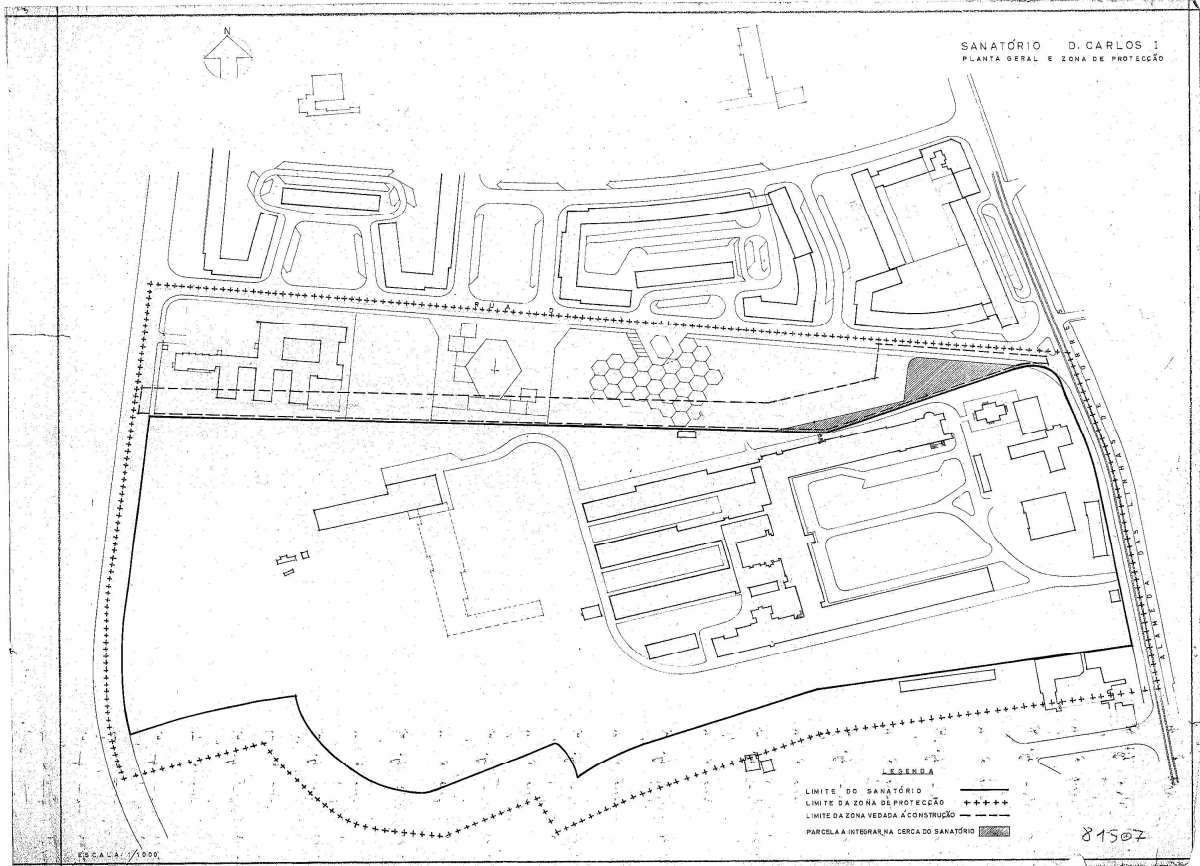
Laboratório de Análises Clínicas
Fonte: Sanatórios de Planície, de Cassiano Neves

Documento 57



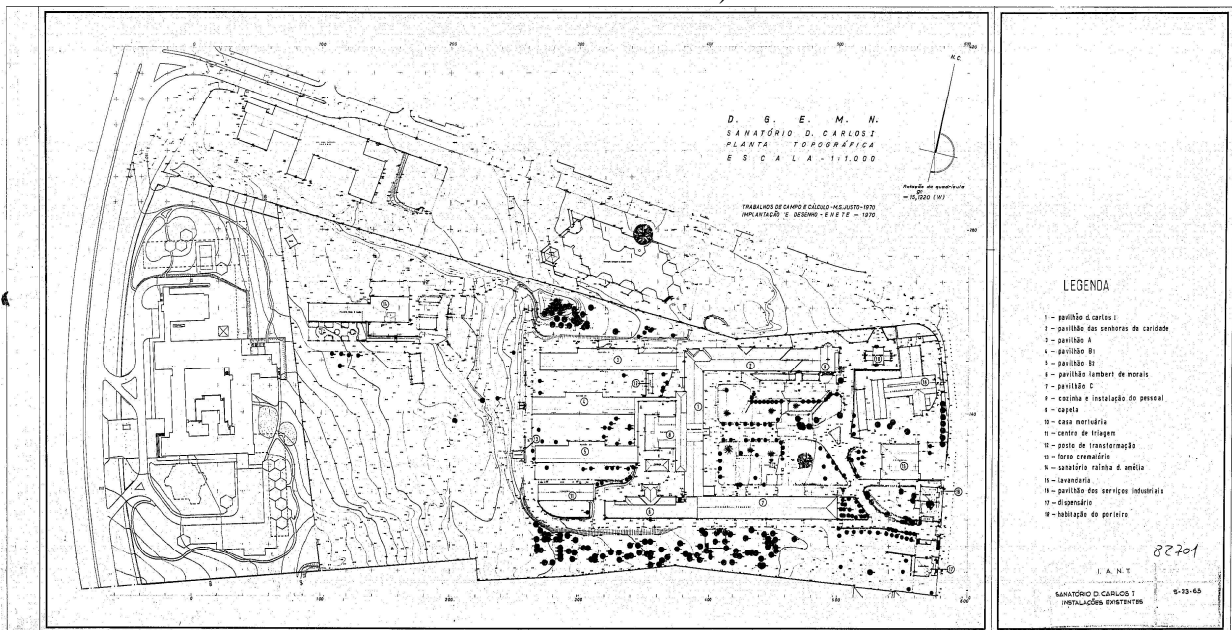
Pavilhão BII em 1986; hoje em demolição para obras
Fonte: Coleção Particular de António José Pimparel

Documento 58



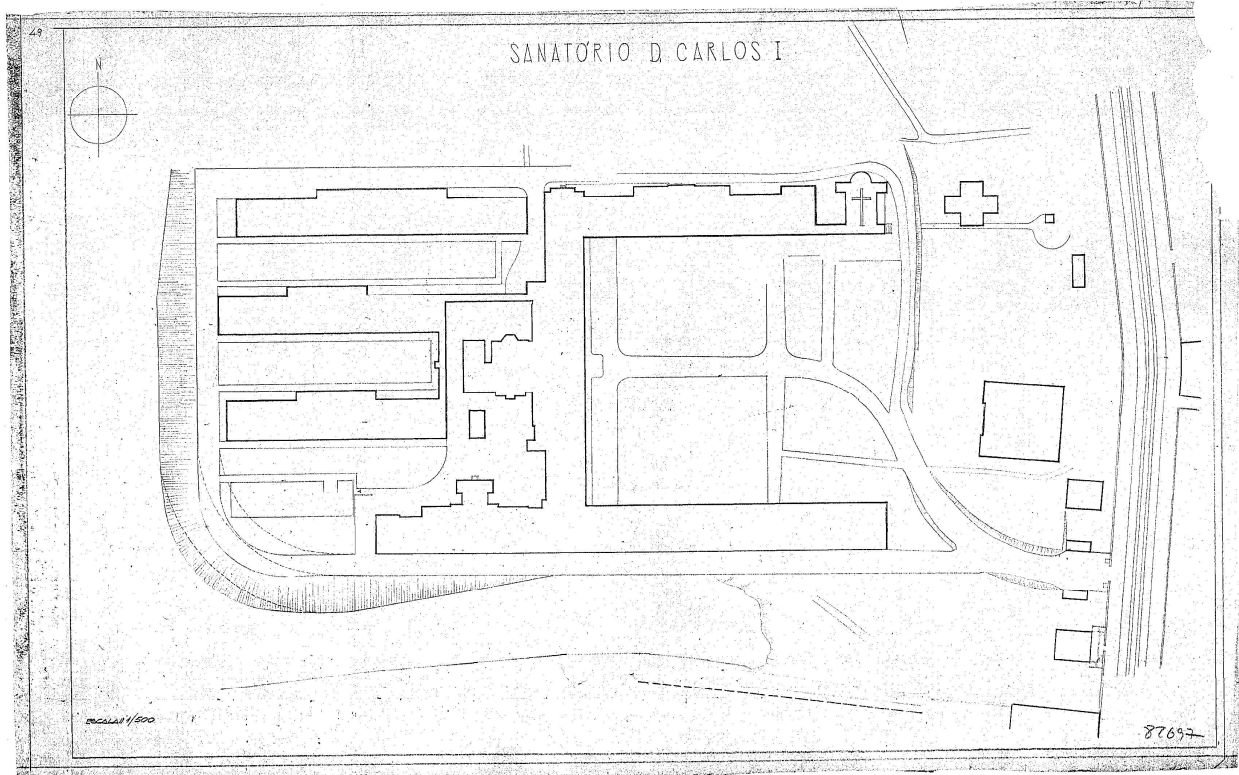
1947 – Projecto de arquitectura paisagista de Francisco Caldeira Cabral e Projecto de Arquitectura do Sanatório da autoria de Vasco Morais Palmeiro Regaleira
 Fonte: Arquivo do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana – Forte de Sacavém

Documento 58 a)



1947 – Planta topográfica do Sanatório D. Carlos I. Acesso Alameda das Linhas de Torres
 Fonte: Arquivo do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana – Forte de Sacavém

Documento 58 b)



1947 – Execução da Obra de construção de uma nova Unidade Sanatorial

Fonte: Arquivo do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana – Forte de Sacavém

Documento 58 c)

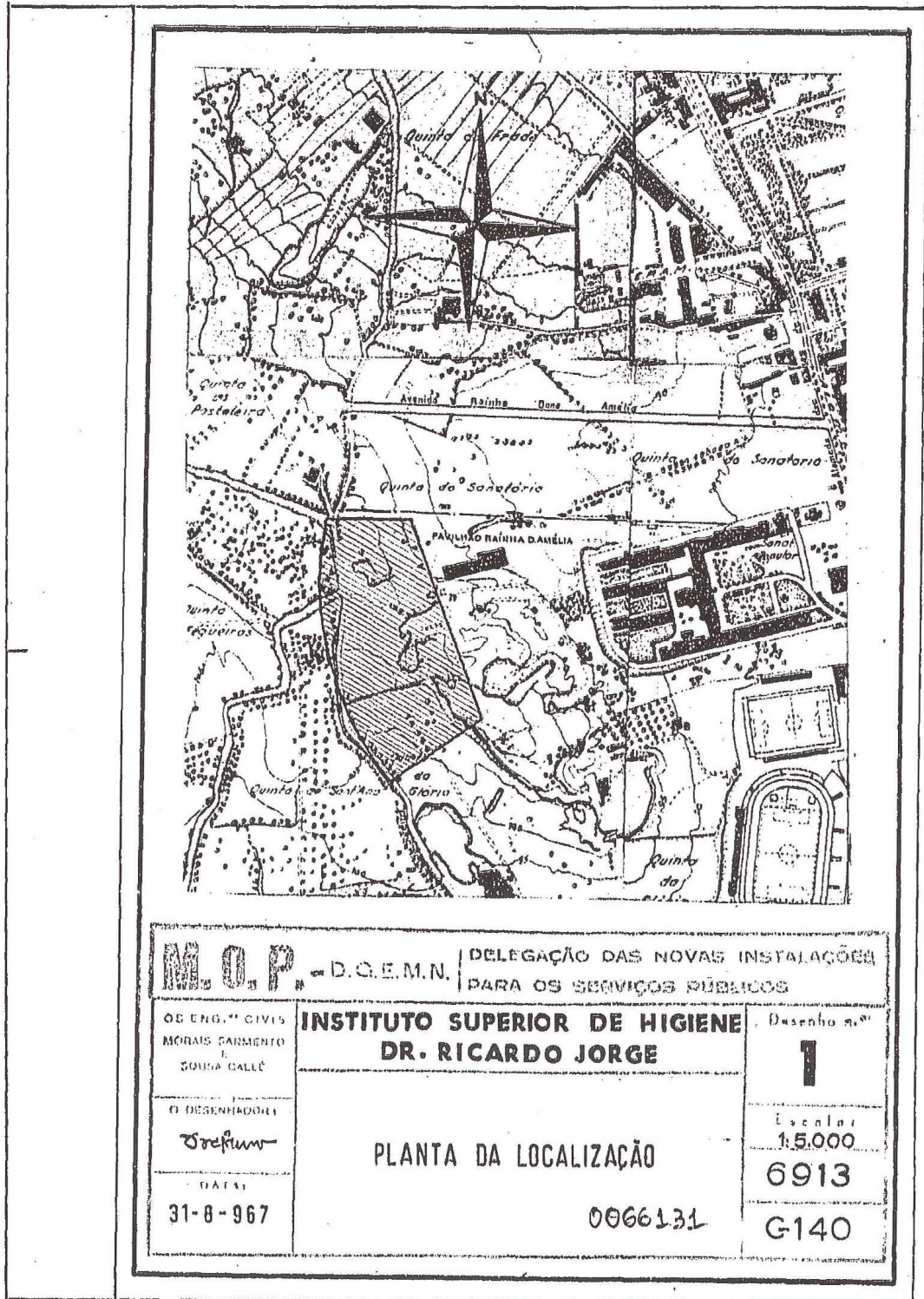


1967 – Planta de Localização. Desenho N°.1. WGS84 Latitude 38,765585, Longitude 9,158342
Construção do século XX

Fonte: Arquivo do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana – Forte de Sacavém

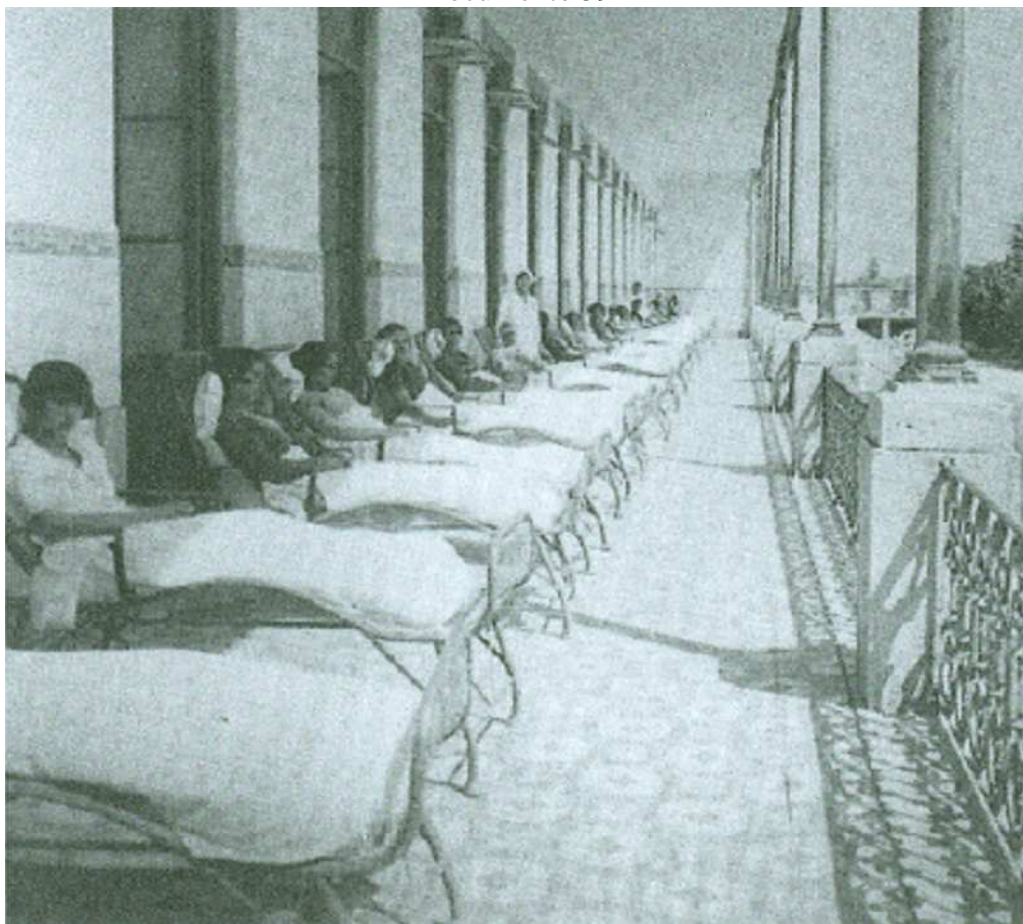
Documento 58 d)

Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana 20-07-10 16:43:50 Utilizador: jmachado Página: 28



Fonte: Arquivo do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana – Forte de Sacavém

Documento 59



Pavilhão do Sanatório Popular de Lisboa. Galeria de cura.

Fonte: Coleção Particular de António José Pimparel

Documento 60



Fotografia da notícia do Jornal “O Século” de 21/5/1948

Fonte: A Lucta Contra a Tuberculose e a Obra da ANT, 1899-1928

Documento 61



Equipa do Dr. Décio Ferreira

Fonte: Coleção Particular de António José Pimparel

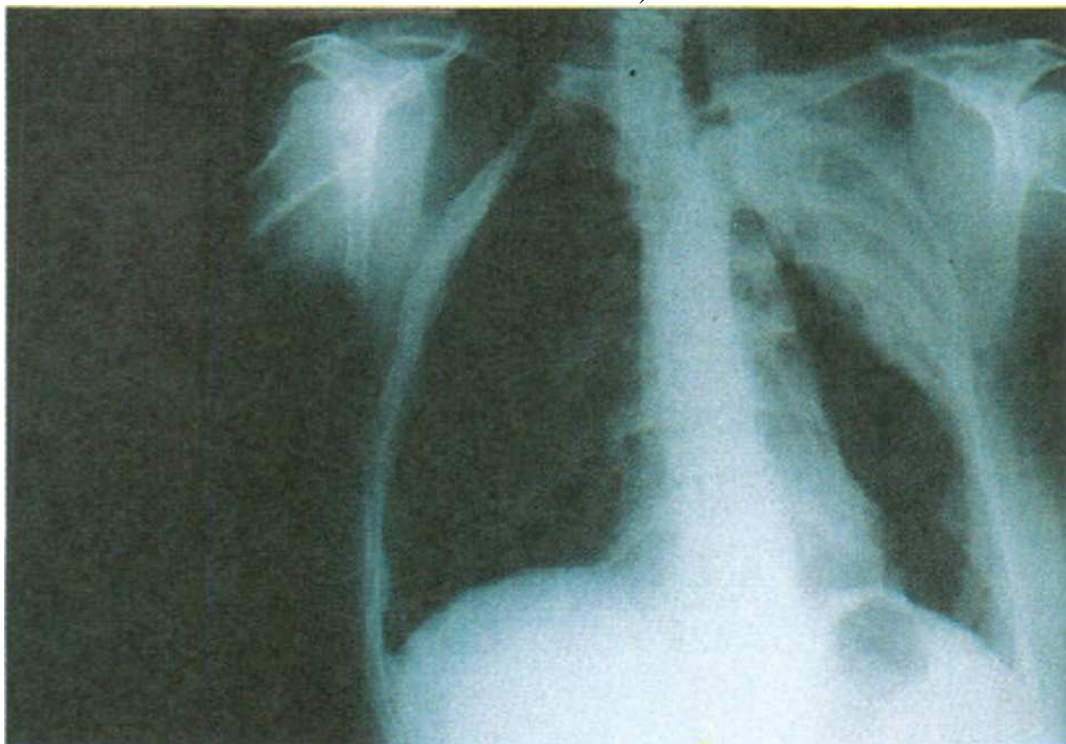
Documento 62



Face posterior do tórax da doente, em que se vê o aspecto residual da espeleostomia à direita:
cicatriz de toracoplastia à esquerda

Fonte: Processo Clínico n.º.29.566 da Sra.D.Emília Salgueiro Antunes

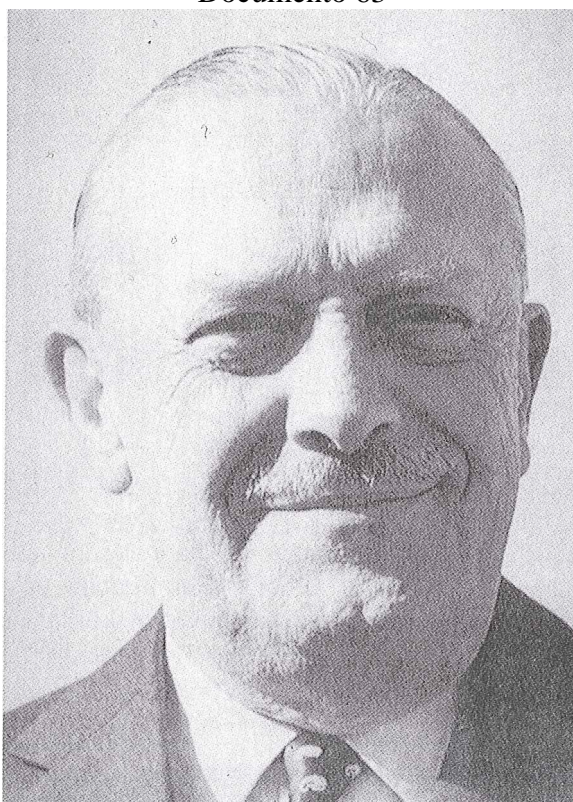
Documento 62 a)



Telerradiografia do tórax (P.A.) da mesma doente: Janeiro de 1993.

Fonte: Processo Clínico n.º.29.566 da Sra.D.Emília Salgueiro Antunes

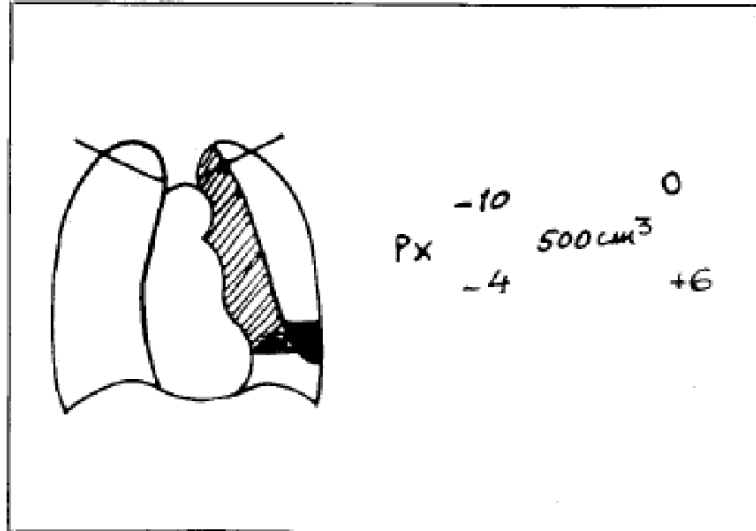
Documento 63



Professor Doutor Thomé Villar

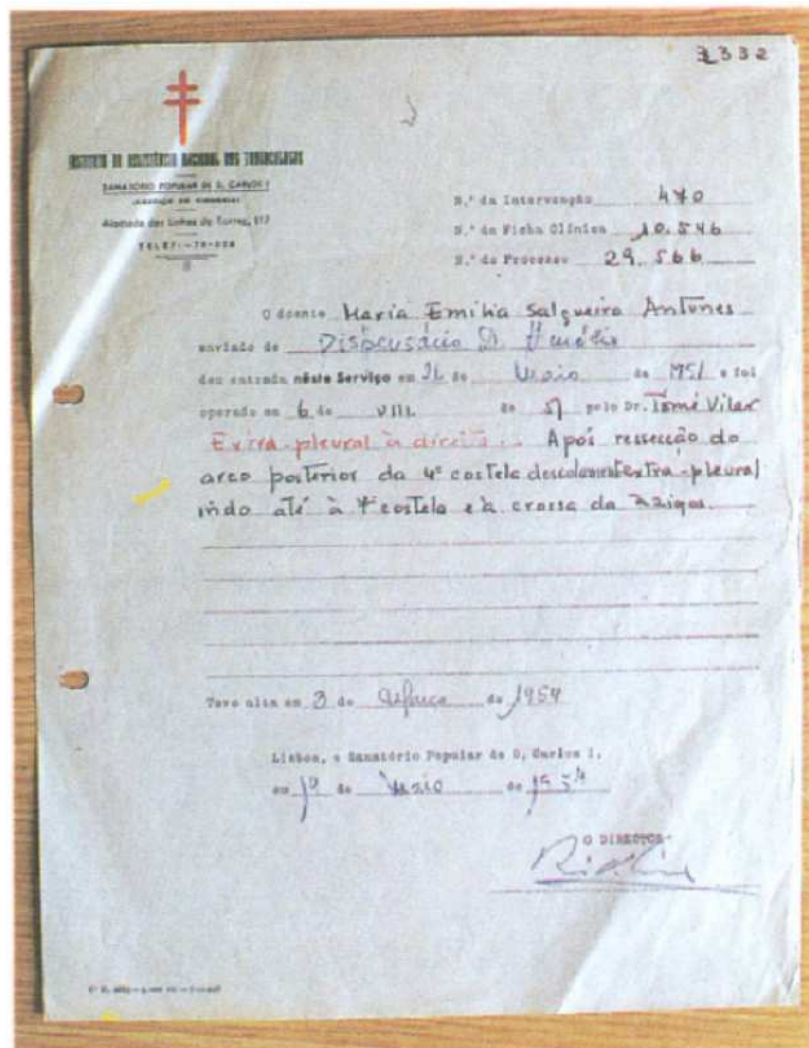
Fonte: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa

Documento 64



Desenho da telerradiografia de tórax após o pneumotórax extrapleural à esquerda.
 Fonte: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa

Documento 64 a)



Descrição original da intervenção cirúrgica de pneumotórax extrapleural à direita.
 Fonte: Arquivo do H.P.V.

Documento 65



Prof. Pulido Valente - Óleo da autoria de Abel Manta

Fonte: O Ensino Médico no início do século (1911)

Documento 68

PORTUGAL
ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS
1899 - 1929



Sanatorio Popular de Lisboa

Um dos pavilhões

Fonte: Arquivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Margem para colar as folhas adicionais para tratamento

ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS

DISPENSARIO ANTI-TUBERCULOSO DE LISBOA

Docente n.º _____

Inscrito em ____ de _____ de 190__

Nome _____ Sexo _____

Idade _____

Estado _____ Ocupação { actual _____
anterior _____

Naturalidade _____

Residência: Rua de _____ n.º _____
Freguesia _____ Concelho _____
Número de compartimentos _____

Número de pessoas que vivem com o doente { Adultos _____
Crianças _____

Declaração se está associado a algum montepio, ou se é protegido por alguma corporação, estabelecimento ou entidade _____

Observações _____

Mudança de residência _____

Sabe ler? _____ Sabe escrever? _____

Ha quanto tempo vive em Lisboa? _____

Onde habitava quando adoeceu? _____

Vive ou viveu com algum tuberculoso? _____
Quantos? _____ Quando? _____

Ha alguma coisa insalubre na occupação ou no logar onde reside ou trabalha? _____

Antecedentes de familia

Teve ascendentes tuberculosos? _____ Quaes? _____

Teve ascendentes syphiliticos? _____ Quaes? _____

Teve ascendentes alcoolicos? _____ Quaes? _____

Teve progenitores vellos ou muito novos? _____

Tem ou teve conjuge tuberculoso? _____

Tem ou teve irmãos tuberculosos? _____

Outros esclarecimentos _____

HISTORIA E EXAME DA DOENÇA ACTUAL

Quando começou? _____
Como começou? _____

Teve hemoptise? _____
Quando? _____

Deitou escarros de sangue? _____
Quando? _____

Tem adenites? _____
Tem anemia? _____
Tem aphonia? _____
Tem chloro-anemia? _____
Tem consunção? _____
Tem convulsões? _____
Tem diarrhêa? _____
Tem digestões difficis? _____

Tem dores? _____
Onde? _____

Tem dysphagia? _____
Tem dyspnoea? _____
Tem edemas? _____
Tem estrabismo? _____
Tem fastio? _____
Tem febre? _____
Tem rouquidão? _____
Tem suores? _____
Tem tosse? _____
Tem tympanismo? _____
Tem vomitos? _____

Está magro? _____

Numero de pulsações? _____
Qualidade do pulso? _____
Numero de respirações? _____
Temperatura axillar? _____
Estatura _____ centimetros.
Peso _____ grammas.

Força dynamometrica :
Mão direita _____
Mão esquerda _____

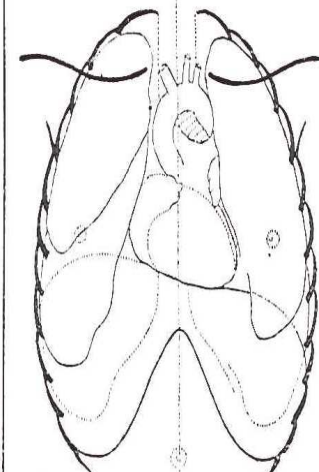
Circunferencia thoracica :
Na inspiração _____ cm
Na expiração _____ cm

Que mais ha a notar? _____

Eschema da percussão e auscultação thoracica

Fauce anterior

Pulmao direito Pulmao esquerdo



Analyse da urina

Tem glycoso? _____
Tem albumina? _____
Densidade? _____
Outras informações? _____

Analyse da expectoração

O que mostra a inspecção? _____

Tem bacillos de Koch? _____

Exame expirometrico

Capacidade vital _____ centimetros cubicos.

Ficha clínica utilizada para a anamnese.
O Dispensário anti-tuberculoso de Lisboa da ANT
Fonte: A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge, Lisboa, 1960, p.428