

FACULDADE DE LETRAS DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria de Lurdes de Carvalho Ferreira

A DOENÇA DO PEITO

CONTRIBUTO PARA O ESTUDO HISTÓRICO
DA TUBERCULOSE

Dissertação de mestrado em História Contemporânea

Porto - Setembro de 2005

ÍNDICE

1 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	3
A importância da história das doenças na história da medicina	5
A medicina como ciência experimental	7
A noção de doença	8
A resistência dos métodos naturais	9
O nascimento da Saúde Pública	10
Os Hospitais	13
Os medicamentos	14
2 - A TUBERCULOSE COMO PATOLOGIA BIOLÓGICA E SOCIAL	16
A tuberculose e o contágio	17
Retratos da tuberculose	18
A tuberculose fonte de inspiração	20
Os reflexos sociais da doença	21
As hemoptises	22
3 – PARA UMA GEOGRAFIA SOCIAL DA TUBERCULOSE NO SÉCULO XIX.....	24
As cidades industriais e a propagação da tuberculose	24
As manchas sociais da tuberculose.....	25
As cidades industrializadas e o problema habitacional.....	29
4 – MEDICINA E TUBERCULOSE: Novas abordagens.....	32
Os avanços científicos.....	33
O novo paradigma pasteuriano	35
Robert Koch e o <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	38
Novos rumos no controlo da tuberculose – Os Sanatórios	41
Breve história sobre o sanatório de D Manuel II.....	43
Vacinas	46
Dispensários	47
Os Antibióticos e o Bacilo	52
5 – FORMALIDADES LEGAIS NUMA PERSPECTIVA SANITÁRIA.....	54
Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública de 24 de Dezembro de 1901.....	54
Regulamento dos Serviços de Higiene Pública de 24 de Dezembro de 1901	55
Portaria de 4 de Agosto de 1902.....	56
Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose – 30 de Agosto de 1902	57
<i>Atribuições Sanitárias das Delegações ou Sub-Delegações de Saúde</i>	58
<i>Instituto Central de Higiene - Ensino Sanitário Técnico</i>	58
<i>Formação Médica - Sanitária</i>	59
Estatuto da Associação Nacional contra a Tuberculose.....	60
<i>Os Estatutos</i>	60

<i>A Organização</i>	61
<i>Comissão de Vulgarização</i>	61
<i>Comissão de Legislação</i>	62
<i>Comissão de Propaganda dos Sanatórios</i>	62
Portaria de 5 de Outubro de 1903	63
Relatório de 30 de Outubro de 1903	63
<i>Temperaturas médias na Ilha da Madeira</i>	64
<i>A tuberculose na Ilha da Madeira</i>	65
Decreto de 15 de Dezembro de 1904	65
Regulamento de 12 de Outubro de 1926	66
<i>Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública</i>	67
6 - LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL - Anos 30	68
A mortalidade por tuberculose em Portugal.....	69
A mortalidade por distritos.....	71
O declínio da tuberculose fora do contexto português.....	72
O armamento anti-tuberculose em Portugal.....	73
O isolamento dos doentes.....	73
Os Hospitais - Sanatórios.....	74
Os Preventórios.....	74
Os Dispensários.....	75
Os Dispensários e a sua orgânica.....	76
A organização anti-tuberculose – Projecto apresentado pela ANT.....	78
Os locais de implementação dos Sanatórios, Pavilhões e Enfermarias.....	78
Das ideias à prática.....	81
O internamento dos doentes.....	82
O abc da tuberculose.....	83
7 - OS TEMPOS RECENTES: A TUBERCULOSE UMA EMERGÊNCIA GLOBAL	85
Novas manifestações da tuberculose.....	88
A Tuberculose e a SIDA.....	90
A tuberculose multi-resistente.....	91
O Programa da O.M.S. em Portugal.....	91
Como controlar as evidências.....	93
A Tuberculose e a SIDA em Portugal.....	93
Entre o passado e o presente.....	94
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
9 - BIBLIOGRAFIA	102
Fontes.....	102
Bibliografia Geral.....	106

1 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Todas «as doenças têm história» como se diz no livro com este título apresentado por Jacques Le Goff.¹

Esta dissertação desenvolve uma abordagem em torno da tuberculose e das formas como a sociedade encarava este problema, antes que fosse encontrada a terapêutica que reduziu substancialmente os seus efeitos devastadores, a estreptomicina por Waksman.

A tuberculose é uma dessas doenças que, sendo conhecida desde a pré-história, sempre associou abordagens contraditórias de rivalidades, dos fantasmas que suscitava e que se reflectiam sobre o indivíduo doente.

Por um lado, abordagens mágicas baseadas em orações, rezas, ervas e inteiramente milagreiras, por outro, abordagem com carácter científico, que procuravam circunscrever o indivíduo no meio em que se insere.

A explosão nas cidades industrializadas do século XIX levou a que a tuberculose fosse considerada uma das novas pestes, transportada pelos fenómenos da modernização industrial, impregnando os bairros operários mas penetrando também nos confortáveis palácios burgueses.

Estas características epidémicas da tuberculose fazem com que esta doença se transforme num dos aspectos essenciais da problemática higiénico social, então emergente.

É na perspectiva desta articulação entre o problema individual e a patologia social que este trabalho se desenvolve, procurando caracterizar as imagens que a doença formou, as representações que a sociedade produziu sobre a doença e o discurso médico sobre ela própria.

A tuberculose tal como outras doenças infecciosas é normalmente circunscrita num período, onde a sua acção se exerce com maior expressividade. A industrialização com todas as transformações sociais inerentes, representa uma época onde a tuberculose se fez sentir com reflexos preocupantes, embora haja relatos da sua existência desde os primórdios da humanidade.

Os historiadores da medicina não incluíram a tuberculose no grupo das grandes epidemias e também não lhes deram tanta visibilidade como deram, por exemplo, à peste, à varíola, à sífilis e outras. No entanto, o impacto que a tuberculose causou na sociedade a partir do século XIX e primeiras décadas do século XX, levou-os a estudá-la com maior profundidade e a colocá-la em debate público.

¹ Jacques, Le Goff - *As Doenças têm história*. Terramar 2ª Ed, 1997

A tuberculose é uma doença causada por um bacilo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, que ataca o homem, bem como outros animais nomeadamente o gado bovino. Pela sua proximidade ao homem e pelo facto de integrar a dieta alimentar humana, através do leite e da carne, esta raça pode funcionar como veículo de contágio. A tuberculose pode atingir todos os órgãos ou sistemas mas geralmente inicia-se nos pulmões.

Trata-se de uma doença que se instala no organismo de forma silenciosa, provocando nas suas vítimas debilidade física e dificuldades respiratórias, durante meses, anos e que as conduz invariavelmente à morte se não forem tratadas em tempo útil.

Analisando o percurso histórico da tuberculose, situámo-la na Europa nos séculos XVI e XVII, com uma percentagem elevada de vítimas mortais.² No entanto, devido ao desenvolvimento urbano na Europa e consequente precarização de vida das populações, verificou-se uma crescente incidência da doença no século XVIII, com proporções epidémicas mundiais, alargando-se com elevada percentagem de vítimas no século XIX e primeiras décadas do século XX.

A especificidade desta doença leva-nos a circunscrevê-la a determinados espaços, baseando-nos em relatos históricos dos locais onde a população foi mais atingida.

As cidades industrializadas, que recrutavam mão-de-obra proveniente do campo foram os locais privilegiados para a tuberculose. Falamos do desenraizamento de um número muito elevado de pessoas, que se deslocava do campo para a cidade, auferindo baixos salários e vivendo em habitações pouco dignas. Tinham uma dieta pobre e o álcool era consumido em excesso. Trabalhavam uma média de catorze ou quinze horas diárias e as crianças integravam o grupo dos operários. As condições de trabalho eram impróprias à vida humana e assistiu-se à emergência de uma população vivendo na maior miséria e insalubridade. Estas circunstâncias deixavam a população à mercê de doenças contagiosas como a tuberculose.

Mas será que podemos afirmar que a tuberculose é uma patologia dos escalões baixos da população? Não, a doença não incidiu apenas nas populações que viviam em condições de pobreza extrema. A tuberculose instalou-se em palácios ou outros locais de elevada condição social. No entanto, o número de vítimas foi maior nos locais onde a população vivia ou trabalhava sem condições de higiene e onde a promiscuidade não tinha limites.

² Sounia, Jean Charles – *A História da Medicina*, Instituto Piaget, 1992

A importância da história das doenças na história da medicina

Cada período da humanidade tem as suas doenças individuais e colectivas. Também os cuidados prestados aos doentes envolvem acções que diferem de lugar para lugar e variam no tempo. O desejo de combater a doença e de adiar o mais possível a morte é intemporal, e comum a todo o ser humano. Todavia, os conceitos e os métodos utilizados para manter o homem afastado do sofrimento físico vão sendo reformulados ao longo da história da medicina. Sabe-se que o conhecimento, de qualquer área científica, não é estático como afirma Jean Charles Sournia.² Daí termos que interpretar os processos de tratamento das doenças à luz das ideias que regem o homem no tempo e nos lugares e também de acordo com os seus princípios religiosos. Assim, os princípios que imperaram durante muito tempo foram substituídos por outras abordagens, outros diagnósticos que conduziram a novas práticas médicas.

A medicina é uma prática que vive de efeitos cumulativos, em que o erro é considerado como base para novos conhecimentos, que superam a deficiência anterior, pouco a pouco reconhecidos.

As doenças que atingem subitamente um grande número de indivíduos num território limitado chamam-se epidemias. Estes fenómenos cíclicos, sustentaram desde Hipócrates diferentes interpretações em relação às suas causas. Uns defendiam que as epidemias representavam o desagrado de deus e desta forma o castigo divino. Outros, mais de mil anos atrás, já admitiam que as epidemias se transmitiam de uma pessoa a outra.

Na segunda metade do século XIX as incertezas, em relação ao contágio, dissipam-se quando Villemin transmite a tuberculose a animais, através de tecidos retirados a doentes que morreram dessa patologia. Mas a demonstração de Villemin publicada em 1865, ainda não provava cientificamente a existência de seres microbianos vivendo no ar no solo e na água.

O espírito inventivo de Pasteur põe fim à controvérsia quando comprovou em laboratório a existência de doenças provocadas por germes microscópicos e transmissíveis. A curiosidade científica e a utilização generalizada do microscópio provou a existência de micróbios por todo o lado. Em poucas décadas foram identificadas bactérias responsáveis por imensas doenças infecciosas.

² Sournia, Jean Charles – *A História da Medicina*, Instituto Piaget, 1992

O percurso histórico das doenças infecciosas ficou marcado por outro grande vulto comparado a Pasteur, que é Robert Koch (1843 – 1910). Koch desmistifica o carácter polimorfo das bactérias atribuindo-lhe características próprias. Afirma a existência de toxinas produzidas por bactérias específicas e comprova que cada doença é determinada por um germe específico.

Regra geral acusa-se a medicina do início do século XIX de pouca eficácia e de não ter progredido desde Hipócrates. Neste período, os médicos orientam a sua acção de acordo com o desenrolar das doenças, recorrendo a práticas como a sangria, a purga e mezinhas. A especificidade das terapêuticas são raras e quase tudo se cura com as mesmas técnicas e os mesmos medicamentos.

A medicina ocidental deste período situa-se em patamares superiores em relação à medicina indígena. Na verdade, durante algumas epidemias como a cólera, todas as medicinas se sentiram impotentes. O ocidente foi crescendo e montando as suas infra-estruturas do saber (escolas de medicina com professores entusiastas, bibliotecas, laboratórios). Qualquer clique desencadeado por uma mente sábia origina imediatamente transformações. As primeiras descobertas bacteriológicas de Pasteur e Robert Koch são disso exemplo. Estes cientistas começaram a estudar seres responsáveis por doenças, cujo controlo só estava ao alcance do divino e ninguém observava a olho nu.

Quando a medicina desmistificou a força divina e se aproximou das novas ciências deu-se a ruptura com o passado. Rapidamente apareceram novos instrumentos; recorre-se à análise de escarros e fezes; simultaneamente as terapêuticas como sangrias, ventosas, purgantes e outras, caem em desuso na medicina passando estas para o domínio popular.¹

A ruptura não foi compreendida rapidamente pois, por volta de 1903, quando por todo ocidente se abrem universidades e laboratórios, nomeadamente de bacteriologia, ainda há médicos que se insurgem contra os bacteriologistas, alegando que estes se afastam do doente e tudo decidem no laboratório. A ruptura com o passado funda os seus alicerces na Alemanha que durante muito tempo representa o centro europeu da medicina, onde os conceitos do progresso são adoptados e aprofundados.

O prestígio da medicina alemã correu por todos os continentes. Os americanos enviam estudantes e médicos para Berlim, Frankfurt ou Breslau, para tomarem contacto com a inovação bacteriológica e desta forma acompanhar a evolução da medicina europeia.

¹ Jacques, Le Goff - *As Doenças têm história*. Terramar 2ª Ed, 1997

Igualmente criam-se outros centros de formação e investigação, imbuídos da filosofia Pasteuriana que se direccionava entre Paris - Londres, Paris – S. Petersburgo e Paris - Milão.

Os hospitais criam os seus laboratórios dirigidos por técnicos especializados. Assiste-se à produção de vacinas através de culturas atenuadas, que rapidamente começam a integrar planos preventivos de doenças causadas por micróbios. Verifica-se o recuo e o desaparecimento do mistério que envolvia algumas doenças como a difteria, o tétano, a peste e a tuberculose.

Por outro lado alarga-se o campo da anatomia patológica. Inventam-se novos instrumentos, aperfeiçoa-se o microscópio, fixam-se os tecidos em lâminas onde se pode visualizar estruturas celulares desconhecidas. O acto clínico não se baseia apenas na observação, mas recorre às informações recolhidas pela anatomia patológica e confirmadas pelo microscópio.

Mas o interior do corpo só era visível na sala cirúrgica ou na mesa das autópsias. Esta limitação foi ultrapassada por Roentgen que inventou os Rios X. Com este aparelho o corpo torna-se transparente permitindo observar órgãos, ossos e estruturas invasoras. Este avanço técnico permitiu visualizar cavernas pulmonares provocadas pelo bacilo da tuberculose, sem provocar no indivíduo qualquer tipo de incisão, contrapondo-se ao passado onde as mesmas só eram visualizadas depois da morte (autópsias). Foi graças aos sinais radiológicos, bem como, à presença ou não do bacilo de Koch, obtida em análise da expectoração, que a história da tuberculose obteve um novo rumo. Desde então torna-se possível circunscrever a epidemia e prevenir o contágio.

A medicina como ciência experimental

A história da medicina teve os seus primórdios nos princípios mágicos e religiosos, medicinas primitivas, sem processos de observação nem rigor experimental. A data em que a medicina se torna científica é divergente, dado que há autores que a associam a meados do século XIX, com Claude Bernard. Outros à descoberta da bacteriologia por Pasteur. Enquanto que outro grupo a associam aos avanços da bioquímica e da genética.²

Esta perspectiva temporal, necessitou de reflexão, de ponderação e, sobretudo, de espíritos abertos para compreenderem e aceitarem as culturas e os conceitos de outras civilizações. Ignorar

os métodos primitivos utilizados no tratamento das doenças no passado e ainda aplicados em populações de países em desenvolvimento, é no mínimo ignorar os primeiros estádios embrionários da medicina baseada na experimentação.

A sobrevivência humana assenta em pilares palpáveis, isto é, no crescimento e manutenção da forma física, na qual o homem investe no seu dia-a-dia. Mas há outros patamares invisíveis, como sejam o sofrimento físico e psicológico, para os quais o homem não encontra resposta isoladamente. A invisibilidade do seu sofrimento leva-o a procurar ajuda no seu deus, através dos seus eleitos, tais como: dentistas, ferreiros, bruxas, curandeiros, sacerdotes e outros. As práticas utilizadas por estes “génios”, embora divergentes, têm sempre um fim comum: estabelecer a ponte entre os homens que sofrem e os diferentes agentes responsáveis pela aplicação dos métodos de cura, e assim aliviar o sofrimento humano. Por outro lado o saber empírico destes agentes do saber, acumulados por gerações sucessivas, não assentam nos princípios baseados numa medicina experimental, mas contribuíram para que se constatasse que as mesmas causas chegam aos mesmos efeitos:

- A utilização de plantas para aliviar as dores, para provocar o sono ou até para envenenar e matar.
- A imobilização de fracturas com ramos ou argila para evitar a dor e levar à cura.
- A utilização de cinza, musgo, suco de plantas e a própria planta, aplicadas em diferentes enfermidades.
- A aplicação nas suturas de fios de plantas.

Toda esta panóplia de produtos, métodos e técnicas empíricas fazem parte da história da medicina e ignorar tudo isso é esquecer que muitos dos materiais aperfeiçoados e modernos, utilizados na medicina foram concebidos a partir desses saberes.²

A noção de doença

Cada povo, cada civilização, cada geração ou cada pessoa questiona-se de forma diversa em relação à dor ou sofrimento. Aquilo que para uns pode ser uma preocupação, por exemplo,

² Sounia, Jean Charles – *A História da Medicina*, Instituto Piaget, 1992

uma enfermidade, uma dor, recorrendo ou não aos médicos ou hospitais, outros rejeitam essas ajudas e procuram outras soluções recorrendo aos seus deuses. Também as metodologias de cura diferem consoante o agente responsável pela sua aplicação, o tipo de paciente ou o género de calamidade que um determinado grupo enfrenta: Assim os percursos utilizados são de diferentes tipos:

- A evocação do mago que exerce, por vezes, uma psicoterapia, de acordo com o estado físico e mental do seu paciente;
- Os curandeiros que através de danças e oferendas pedem ajudas divinas;
- O controlo dos espíritos que espalham doenças e pragas...

Existe no universo humano diversidade de respostas no que concerne à dor física e psicológica. Por isso, o campo de acção do feiticeiro ou de outro agente controlador do mal, não tem fronteiras entre o mundo concreto e o mundo sobrenatural. Ele intercede junto dos espíritos para aliviar a dor, bem como, para obter o perdão dos deuses em caso de ofensa. Ou então, convida os espíritos a exercer o seu poder em prol do bem ou para causar o mal.⁵

Contudo não devemos ignorar que os métodos descritos, utilizados durante séculos e ainda presentemente, fazem parte da história da medicina pois é dessa forma que é interpretado, e muitas vezes resolvido o sofrimento físico ou os mistérios sobrenaturais que envolvem o homem.

A resistência dos métodos naturais

A racionalidade humana pode ser comparada a uma barra de metal que, sujeita a forças superiores à sua resistência verga e pode até partir. Em relação à dor ou à doença o comportamento humano nem sempre é conduzido de forma racional. Mesmo que se acredite na superioridade da medicina em relação aos métodos naturais, o indivíduo perante uma doença incurável, procura muitas vezes ajuda sobrenatural, recorrendo a magos, feiticeiros, videntes e outros, na mira de uma solução para o seu problema.

O pensamento ocidental fundamenta-se nos princípios da sua cultura, das suas crenças e nos seus sistemas médicos, tal como outras civilizações. No entanto, a associação da ciência com a protecção divina persiste na sociedade ocidental no que concerne à doença, dado que o recurso

à medicina não inibe o cidadão de pedir a protecção divina, na esperança de um milagre para as suas enfermidades. Mesmo com todos os métodos e técnicas comprovados cientificamente, que a medicina dispõe, o ocidental recorre a esses serviços, mas em simultâneo dirige-se ao templo onde se encontra o santo da sua devoção e pede-lhe um milagre.

Na mesma linha de protecção ele não se inibe de usar uma pulseira contra o reumático, tal como os amuletos usados por outros povos para prevenir ou aliviar a dor.¹

Neste contexto relata-se uma história de vida, de acontecimento familiar.

Um médico pediatra, trabalhando no Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada, deparou-se com o desentendimento entre uma enfermeira e o pai de uma criança internada no serviço de Neonatologia. O pai da criança pretendia colocar, por cima do filho doente, uma das capas do Divino Espírito requisitada na respectiva irmandade. Não tendo a aprovação do pretendido o progenitor dirigiu-se ao médico nos seguintes termos:

- Senhor doutor, o meu filho está muito doente como o senhor me disse. Eu trouxe a capa do Senhor Santo Cristo, para que Deus proteja e salve o meu filho.

A argumentação daquele homem foi entendida como uma questão de fé. O seu desejo foi satisfeito. Na verdade a criança acabou por falecer mas, este pai não foi impedido de recorrer à interferência divina, sem a qual ele entendia ser impossível a cura do filho. Também a colocação da capa, junto da criança doente, ajudou aquela família a suportar a perda do seu ente querido, conformando-se com a decisão divina na qual acreditava.

O nascimento da Saúde Pública

Em qualquer situação formal ou informal as pessoas abordam o tema saúde. Num simples acto social que é a saudação se questiona o interlocutor sobre a forma como tem passado e se deseja o seu bem-estar: -Como tem passado? Desejo-lhe as melhoras!...

Considera-se o bem-estar físico e mental, algo necessário à felicidade humana. As preocupações com a saúde ultrapassam o teor individual, dado que qualquer sociedade ou

¹ Jacques, Le Goff - *As Doenças têm história*. Terramar 2ª Ed, 1997

civilização necessita resistir diariamente aos inimigos bacteriológicos, e isso não pode ser feito só do ponto de vista individual mas também colectivamente.

As preocupações com a saúde da comunidade passam pelo papel do Estado nos cuidados básicos de higiene: a limpeza das vilas e cidades; a recolha do lixo; o abastecimento de água potável e electricidade; a criação de redes de esgotos; a construção de centros de saúde e de hospitais; a criação de programas de saúde que visem a informação, a prevenção, o rastreio e a vacinação.

Não é muito correcto valorizar exclusivamente o papel do Estado na prevenção das doenças quando se sabe que os actos de cada cidadão se podem materializar em problemas de saúde pública. Os agricultores, se não tiverem consciência dos aspectos nefastos para a saúde pública do uso indevido dos produtos químicos utilizados nas suas culturas, cometem autênticos atentados à saúde colectiva. Também o criador de animais, se não for acompanhado por técnicos com formação alargada no âmbito da química, pode manipular produtos de forma incorrecta, como por exemplo os antibióticos, podendo causar graves problemas de saúde pública, quando os animais forem abatidos e entrarem na cadeia alimentar.

Podemos então afirmar que o grau de instrução, a informação alargada da população, o seu nível de vida, bem como um Estado consciente das suas responsabilidades nas causas públicas, são formas comuns a qualquer sociedade como forma de resistir aos agentes infecciosos e às doenças.

Fixemo-nos nos finais do século XVIII. Neste período verifica-se na Europa a integração de produtos agrícolas provenientes da América, tais como o milho e a batata. O cultivo destes novos alimentos principalmente os cereais, bem como a sua comercialização, contribuiu para um maior enriquecimento alimentar da população. No início do século XIX a Europa já não enfrenta a fome como o principal problema de saúde, à excepção da Europa Oriental, da Islândia e da Irlanda. Este país viveu uma devastação “epifítia da batateira”^{sss}, o que explica, em parte, a saída de um elevado número de emigrantes para os Estados Unidos dessa zona europeia.

À medida que a população europeia vai atenuando as suas condições de miséria, relacionadas com uma economia rural ultrapassada, dando lugar a uma industrialização à procura da sua afirmação económica na Europa, alguns países entre os quais se destaca a França, começaram a assumir responsabilidades no domínio da higiene. O fornecimento de água potável, a inventariação das habitações e fábricas insalubres, a aplicação de novas regras de higiene direccionadas para lugares nevrálgicos de saúde, como matadouros, locais de esquiteamento,

talhos e mercados de alimentos, começaram a ser problemas de saúde pública assumidos pelo governo francês.

O Estado francês entrega a gestão hospitalar a comissões administrativas; cria a obrigatoriedade de integrar médicos nos serviços hospitalares, incumbindo-os de informar o médico municipal, do estado de saúde da população, das epidemias e das “epizootias”.² Desta forma o Estado assume a responsabilidade da manutenção das infra estruturas de saúde do país e aos médicos são atribuídas responsabilidades higiénicas inerentes à sociedade.

As ideias higienistas começam a fazer parte da formação dos médicos ao serem introduzidas nas Faculdades de Medicina Francesas cadeiras de higiene. Também o recrutamento de pessoal de saúde especializado começou a ser feito através de concursos oficializados.

Desta forma surgiram os princípios da medicina social, que não se circunscreveu apenas à França mas também a outros países europeus, como a Alemanha e a Inglaterra.

As condições de trabalho nas fábricas começaram a ser alvo de inquéritos oficiais, contribuindo essa avaliação para destacar a necessidade de melhorar as condições de trabalho. Desta forma surgiram, em paralelismo ao desenvolvimento industrial, as primeiras associações de apoio aos trabalhadores. Esse apoio efectivava-se na doença ou em caso de acidentes de trabalho. As referidas associações eram de iniciativa não só dos patrões mas também dos operários. Na Alemanha, em finais do século XIX, fundou-se o primeiro sistema europeu de protecção social de iniciativa governamental, que garantia os cuidados de saúde dos trabalhadores bem como a sua reforma.

No entanto a economia industrial do século XIX não desenvolveu respostas eficazes no campo social e da saúde, de forma a evitar as doenças contagiosas, bem como as que têm origem na insalubridade das fábricas. Assim as doenças contagiosas, como a tuberculose, fixam-se com maior expressividade na população fabril. Então a sociedade organiza-se formando movimentos de beneficência, que em Portugal se exprime na Assistência Nacional aos Tuberculose (ANT) que à frente abordaremos com maior detalhe. Fundam-se dispensários e hospitais, principalmente em locais onde era necessário sustentar o avanço de doenças infecciosas como a tuberculose.

Por outro lado, os governantes europeus nos finais do século XIX assistiram a um grande avanço da medicina, que declara guerra aos micróbios responsáveis pelas epidemias. Organiza conferências sanitárias em diversas capitais europeias, estabelecendo desta forma, acordos sanitários e alfandegários no sentido de controlar possíveis epidemias. Assim, a cooperação

sanitária entre as nações começou a surtir efeitos em finais do século. A cólera desapareceu da Europa; os peregrinos dos lugares sagrados, como Meca, deixaram de transportar a peste do Oriente para a Europa. O empenho das nações estabelece novas regras de saúde pública, como a implementação de vacinas, para prevenir as doenças infecciosas que durante muitos séculos desbastaram a humanidade.

Os Hospitais

Segundo Jean-Charles Sournia³, os primórdios dos hospitais assentam no nascimento do monaquismo cristão no século VI. Os conventuais além de se dedicarem à oração e aos trabalhos manuais, também prestavam assistência aos pobres. Por isso, havia nos mosteiros uma parte do edifício que funcionava como enfermaria e tinha também outras funções. Neste espaço os monges recebiam os doentes das proximidades, mas a maior parte dos utilizadores desses espaços eram viajantes e peregrinos. Por vezes os senhores e os seus criados permaneciam aí por alguns dias, pagando essa estadia, pois encontravam nos mosteiros mais segurança do que nos albergues.

Os mosteiros, com o seu perfil assistencial enquadraram-se perfeitamente nos movimentos cristãos que se dirigiam ao túmulo de S. Pedro em Roma, bem como a Jerusalém. Esses lugares eram escolhidos pelos cristãos que partiam de todos os cantos, em busca de alívio das suas enfermidades sendo também animados pela fé.

Mais tarde as práticas católicas elevaram o culto das relíquias e muitas igrejas conventuais diziam possuir os despojos dos santos locais. Desta forma foram criados novos locais de peregrinação, onde cada um procurava o fim do seu padecimento entregando-se ao seu santo protector.

Na verdade o contexto de fé e de piedade foi proveitoso para algumas ordens religiosas, obtendo lucros com os serviços de hospedagem e até oferendas dos peregrinos. Um exemplo de um novo local de culto foi Santiago de Compostela, local de grande confluência de peregrinos de todos os cantos da Europa. Este destino cristão foi definido através de caminhos, estalagens, conventos e santuários.

³ Sournia, Jean Charles – *A História da Medicina*, Instituto Piaget, 1992

O apoio médico aos peregrinos funcionava nas enfermarias conventuais. Esses tratamentos eram mais espirituais, mas a boa vontade dos monges perante situações de grande sofrimento levava-os a experimentar plantas com fins terapêuticos. Assim, nos recintos dos claustros conventuais, surgiram os primeiros jardins botânicos e farmacêuticos, sob a orientação de manuais concebidos por sábios gregos e árabes.

Na Idade Média as comunidades religiosas fundam os hospitais, que eram geridos por fundações eclesiásticas.

Estas instituições eram defensoras de imensa fortuna, sobretudo baseada na posse de terras, para as quais trabalhavam muitas pessoas. O papel destes hospitais era secundário, no que concerne aos cuidados médicos. A sua acção era mais direccionada na protecção social, sob a forma de asilos, hospícios, leprosarias ou gafarias.

As práticas de tratamento nos hospitais, bem como o ensino da medicina surgiram no século XIX. Verifica-se neste período a ascensão dos hospitais, que se enquadram no novo espírito, assumido pelas nações que foi o movimento higienista de saúde pública.

Os medicamentos

O controlo das doenças infecciosas e outras passa pela evolução dos métodos e práticas médicas, pela variedade e grau de eficácia dos fármacos, bem como dos organismos de saúde que a população disponha. O avanço da Física que põe ao serviço da Medicina instrumentos e aparelhos electrónicos; o desenvolvimento da Química e Farmacologia, que permitem conhecer os elementos químicos que fazem parte da célula, bem como elaborar produtos capazes de aliviar a dor e também actuar sobre a própria doença, são aspectos muito relevantes para a história da medicina.

Os medicamentos no espaço que medeia os finais do século XIX e primeira metade do século XX, deram origem a uma grande indústria, que hoje em dia põe no mercado milhares de produtos químicos de origem natural ou sintética.

Desde de 1945 o fabrico da penicilina começou a ser feito industrialmente e a sua aplicação e acção sobre diferentes tipos de bactérias começou a ser clarificado. Desde este período a

³ Sournia, Jean Charles, Ruffie, Jaques - *As epidemias na história do homem*

produção de penicilina tomou diferentes fórmulas que se ajustam ao combate de diferentes tipos de micróbios.²

No mesmo período a farmacopeia englobou outro antibiótico, a estreptomicina, que associada a outros produtos abriu uma nova era no controlo da tuberculose.

Até 1946 algumas formas de tuberculose, como exemplo a meningite tuberculose eram doenças mortais. Com a descoberta da estreptomicina, a história da tuberculose teve novos rumos e a medicina começou a abandonar tratamentos cirúrgicos, como a toracoplastia, técnica que procurava colapsar o pulmão afectado pelas lesões da tuberculose, através da mutilação de uma parte do esqueleto torácico. Estas cirurgias permitiram a cura de um número considerável de doentes mas a sua mutilação era o preço a pagar.²

A estreptomicina e outros medicamentos trouxeram novas esperanças na cura da tuberculose, reduzindo os períodos de internamento hospitalar ou em sanatório, passando desta forma o tratamento a poder ser feito no hospital e também no domicílio. Com a aplicação da estreptomicina e das vacinas, a tuberculose deixou de ter contornos epidémicos, e as infra-estruturas como os sanatórios concebidos essencialmente para o combate à tuberculose, deixaram de ser necessárias essencialmente para esse fim. Por isso, parte delas foram desactivadas e outras reconvertidas para outro tipo de doenças.

² Sounia, Jean Charles – *A História da Medicina*, Instituto Piaget, 1992

2 - A TUBERCULOSE COMO PATOLOGIA BIOLÓGICA E SOCIAL

Lopo de Carvalho fez a seguinte recomendação:

«Quando a fadiga, a magreza, os suores nocturnos, a falta de ar acompanhada de tosse, expectoração e febres contínuas, se apossar de um indivíduo é necessário ir ao médico e recorrer aos serviços de saúde.»⁴

A tuberculose manifesta-se segundo estes sintomas e invade qualquer órgão; a tuberculose pulmonar é a forma mais frequente e com maior expressividade. Mas há outros tipos de tuberculosas como:

- A tuberculose óssea; a tuberculose ganglionar; a tuberculose renal; a tuberculose urogenital; a tuberculose ocular; a meningite tuberculosa; a tuberculose abdominal e outras.⁴

Portugal nas primeiras décadas do século XX era assolado pela tuberculose de forma preocupante. Por isso foi necessário unir esforços individuais, colectivos e públicos, para combater uma doença que estava a tomar proporções de epidemia. Em relação a este aspecto falaremos mais à frente com mais desenvolvimento.

Como já foi referido a tuberculose é conhecida desde tempos remotos, mas foi nos finais do século XVIII, durante o século XIX e na primeira metade do século XX, dada a sua elevada incidência, que ela ficou mais conhecida e foi estudada do ponto de vista histórico e científico.

Inicialmente a acção da tuberculose circunscreveu-se aos meios urbanos, atingindo, sobretudo a população mais jovem e produtiva, factor que acarretou muitas debilidade familiares, dado que os elementos que sustentavam o agregado familiar ficavam doentes e não havia apoios sociais à família.

A população mais fustigada pela tuberculose foi a classe operária, pelas circunstâncias de debilidade económico-sociais já referenciadas. Mas a tísica, nome também atribuído à tuberculose, não permaneceu isoladamente nos meios operários. A doença povoou as cidades, sobretudo as mais industrializadas. No entanto, também se estendeu pelos campos e locais com menos população. Entrou na casa de todas as classes, embora com maior expressividade nos mais debilitados socialmente.

⁴ Araújo, António – A disciplina na luta anti – tuberculose, 1933

A tuberculose e o contágio

Na antiguidade o conceito de contágio da tuberculose não era aceite; defendia-se a transmissão hereditária. A noção de contágio já é afluído por Galeno no século II, mas a sua comprovação ainda demorou séculos.

Durante a Idade Média o avanço das ciências e artes foi pouco relevante, em parte porque se trata de um período de lutas e de reorganização da igreja cristã. Como o saber teórico e prático era dominado pelo clero e estando este mais preocupado com a sua afirmação, percebe-se porque se considera esse período pouco fértil no campo do saber e das artes.

Entretanto as doenças contagiosas iam repetindo a sua acção devastadora sem fronteiras e sem limites. As epidemias iam ocupando espaços, atingindo os indivíduos mais acautelados e sobretudo os mais desprevenidos da força dos micróbios.

Enquanto a tuberculose reinou na penumbra, ou seja, se instalou isoladamente e não tomou proporções epidémicas, não foi objecto de preocupação tanto da comunidade científica, como dos responsáveis políticos. Mas à medida que a doença foi engrossando o número de vítimas, os sinais de perigo foram interpretados por algumas mentes atentas e avançadas no tempo.

Do leque das pessoas atentas ao que de anormal se passava à volta das doenças infecciosas, nomeadamente em relação à tuberculose, destacamos o médico francês Laennec (1781-1828), que dedicou parte da sua vida ao estudo desta patologia. A este prestigiado médico francês se deve a interpretação dos sinais físicos característicos da tuberculose e que publica em o *Tratado da Auscultação* e a descoberta do estetoscópio que permitia a observação do interior do corpo, factos até então desconhecidos.

O cruzamento de saberes tanto da Química como da Física, bem como a confirmação de teorias elaboradas em períodos anteriores, mas ainda não confirmados em laboratório, contribuíram para que a medicina se tornasse uma ciência experimental.

O mundo microbiano descoberto por Pasteur, que questionou os defensores da geração espontânea e confirmou a origem de algumas doenças, como a cólera e a tuberculose por contágio, desmoronando princípios até aí quase inquestionáveis.

A curiosidade científica comprovou a existência de seres microscópicos existentes no ar ou na água, e em poucas décadas identificaram-se alguns germes responsáveis por doenças infecciosas, que perseguiram a humanidade durante séculos. O espírito científico protagonizado

por Pasteur, clarificou conceitos que ainda não tinham sido testados em laboratório; confirmou as ideias de Villemin acerca da transmissão da tuberculose e provou a contagiosidade de algumas doenças.

Imbuído do mesmo desejo de inovação científica, destaca-se Robert Koch, que foi capaz de confirmar a especificidade de alguns seres unicelulares, que desencadeiam doenças como por exemplo a tuberculose. O cientista identificou a natureza da bactéria responsável pela tuberculose *Mycobacterium tuberculosis*, à qual foi atribuído o seu próprio nome, bacilo de Koch, e demonstrou a forma como esta bactéria se transmite ao homem.

Assim, o mundo um tanto obscuro no que concerne à medicina foi clarificado nos últimos quarenta anos do século XIX, graças aos esforços de alguns cientistas como Pasteur, Koch, e outros, que descobriram um mundo bacteriológico e parasitário, onde o homem se situa como vítima e do qual tem que se defender.

Tendo como base a protecção do homem das doenças infecciosas como: - a tuberculose, a difteria, a febre tifóide, o paludismo, a febre-amarela e outras, causadas por agentes microbianos, surgiu um novo empreendimento científico no combate às infecções.

Rapidamente os estudos foram canalizados para o fabrico de substâncias capazes de proteger o homem dos germes infecciosos, causadores de doenças como a tuberculose. Assim, os últimos anos do século XIX e os princípios do século XX foram frutuosos na descoberta e aplicação de vacinas, que contribuíram para o controlo e prevenção de doenças infecciosas, que durante muitos séculos perseguiram a humanidade, nas quais a tuberculose também se inclui.

Retratos da tuberculose

A cidade do Porto nos finais do século XIX foi considerada a “cidade cemiterial” por Ricardo Jorge.⁵ Este atributo deveras pouco dignificante para a cidade, relaciona-se com o facto da cidade ser gravemente atingida pela tuberculose e outras doenças infecciosas como: a cólera, o tétano, o tifo e outras. Neste período as verdadeiras armas de combate à tuberculose, os antibióticos, ainda estavam como se costuma dizer a anos-luz. Mas por volta das décadas de 20,

30 e 40 do século XX, essas preciosas ferramentas químicas de combate às doenças infecciosas, foram descobertas e começaram a fazer frente aos seres invisíveis mas poderosos, os micróbios.

A cidade do Porto apresentava cerca de 7000 óbitos anuais por tuberculose, o que representava um terço do total do país.⁵

Face ao problema que grassava a cidade em 1886 e 1890 foram criadas duas enfermarias no Hospital de Santo António, destinadas a receber mulheres e homens pobres portadores de tuberculose. Estes doentes eram acolhidos no hospital mas as respostas clínicas eram quase nulas. A assistência hospitalar a estes doentes resumia-se praticamente a gestos morais, bem como responder a algumas necessidades básicas, como sejam a alimentação, a higiene...

A população atingida pela doença era maioritariamente jovem e oriunda das camadas mais desfavorecidas.

É neste contexto de “catástrofe” que nos finais do século XIX foram criados dois organismos dirigidos ao combate da tuberculose: a ANT (Assistência Nacional aos Tuberculosos) com o apoio da Rainha D. Amélia esposa do rei D. Carlos, e a Liga Portuguesa Contra a Tuberculose cujo principal fundador foi o Dr. Miguel Bombarda.⁶

Nos primeiros anos do século XX construiu-se no Porto um Dispensário anti-tuberculose e o primeiro sanatório (Sanatório Rodrigues Semide) surgiu em 1926 da responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

É neste contexto de problemas de saúde pública, com falta de respostas clínicas eficazes para controlar a tuberculose, e a cidade a braços com uma epidemia de difícil controlo que situamos o poeta António Nobre.

Natural da cidade do Porto o escritor embora pertencente a uma classe de estatuto social elevado não escapou à tuberculose. Ainda muito jovem carregou aos ombros o pesado fardo de uma doença incurável, incapacitante cujo desenlace final era fatalmente a morte. António Nobre procurou arduamente o antídoto para combater o bacilo de Koch, mas infelizmente todo o esforço foi inglório acabando por falecer em 1899 com 33 anos.

⁵ Jorge, Ricardo – Demografia e higiene do Porto, 1897

⁶ Almeida, António Ramalho de – A Trilogia da Tuberculose na Vida e Obra de António Nobre

A tuberculose fonte de inspiração

A tuberculose também ocupou um espaço de “snobismo intelectual”⁶ nos últimos anos do século XIX. Enquanto atingia a população anónima, que não tinha voz e da qual só ressaltava miséria sofrimento e morte, a doença tinha nome. Mas quando a tísica atingia os mais protegidos socialmente, adquire estatuto e passa a ser endeusada, cantada, exaltada, sendo até fonte inspiradora e atribuída a mentes superiores.

António Nobre na sua adolescência acompanhou a doença de amigos, igualmente jovens, que vieram a morrer de tuberculose. O contacto directo com os seus pares corporizou a ideia de que só as mentes pensantes encontravam na tuberculose a inspiração suprema, criando-se, por vezes, a ilusão de que a tísica funcionava como fonte inspiradora no universo intelectual.

Com o poeta este sentimento não foi excepção. Mesmo antes da tuberculose se manifestar em si, esta temática já era utilizada na sua obra poética como fonte de inspiração. A tosse do tísico à beira mar à procura de cura, no seu poema **“A Vida”**; a crítica à igreja, aos boticários, aos carpinteiros ou seja a todos os que beneficiavam com a doença e a morte em **“Ao Canto do Lume”**; O poema **“A Ares Numa Aldeia”** reflectindo o pensamento clínico da época que aconselhava os doentes tuberculosos a procurar ares puros no campo e nas montanhas.

O poeta também enfatiza a magreza, o cansaço, a tristeza, sintomas de um quadro de tuberculose, que ele tão bem conhecia, talvez por ter lidado com a doença de muito perto, acompanhando até à morte alguns dos seus maiores amigos.

A sua obra também expressa o dramatismo da doença principalmente no poema **“Os Males de Anto”** que o próprio poeta chegou a considerar um exagero ficcional, referindo mais tarde e já tuberculoso, que esse poema tinha sido escrito em Coimbra, numa noite de S. Pedro, e que a descrição do seu estado físico nada tinha a ver com o actual sofrimento, chegando a afirmar numa carta que enviou a um amigo: - Deus castigou-me...⁶

Também no poema **“Pobre tísica”** António Nobre descreve um quadro sintomático de tuberculose, funcionando esse mal como fonte inspiradora onde o poeta se assume como gémeo da sua própria personagem. O retrato da Menina Tísica evidencia os sinais externos da doença que o poeta sente, transferindo essa realidade para a sua heroína de uma forma tão real e ao

⁶ Almeida, António Ramalho de – A Trilogia da Tuberculose na Vida e Obra de António Nobre

mesmo tempo sublime. Dado a descrição das características da tuberculose serem tão objectivas neste poema, atrevemo-nos a transcrever a primeira estrofe.

Pobre Tísica

*Quando ela passa à minha porta,
Magra, lívida, quase morta,
E vai até à beira-mar,
Lábios brancos, olhos pisados:
Meu coração dobra a finados,
Meu coração põe-se a chorar.*

Os reflexos sociais da doença

A tuberculose atingia sobretudo as classes mais desprotegidas. Por isso, era associada aos pobres e aos que viviam fora das regras da moralidade estabelecida e convivendo com a promiscuidade. Essas associações davam origem a comportamentos silenciosos por parte dos indivíduos infectados, para que a punição social não fôsse sentida. Porém, a discriminação era maior quando a vítima era pobre. Nesse caso a abordagem era objectiva do tipo:

- Coitado está tuberculoso!

Mas se a tísica atingia uma pessoa de um nível social elevado afirmava-se o seguinte:

- Sofre de uma fraqueza; tem um toque ou sombra no pulmão; tem uma congestão; está doente e foi para ares...

O estigma da doença era penalizante mesmo na família, no grupo de amigos e vizinhos, no local de trabalho e locais públicos. Por isso o tísico arrastava consigo o seu segredo e circunscrevia-o aos que lhe eram muito próximos.

Assim, António Nobre não foi excepção. A sua doença foi ocultada o mais possível, dada a carga pejorativa que ela representava, e as pessoas de bem não podiam sofrer de doenças dos pobres. Por isso, quando a doença se manifestou e o poeta se deslocava para os locais de tratamento, como a Suíça, a viagem marítima a Nova Iorque, à Madeira, fazia-o de forma discreta e pedia sigilo às pessoas conhecedoras do seu estado.

As hemoptises

A tuberculose apresenta uma sintomatologia externa que é peculiar: magreza, tosse, palidez, olhos encovados, perda de forças...

Mas o estado do doente tuberculoso, de certa forma denunciante, era confirmado quando o doente tivesse hemoptises. Enquanto os sintomas externos não obrigassem o tuberculoso a alterar o seu dia a dia, a doença não se impunha como estigma e a discriminação não era sentida. Mas se a tosse atingisse níveis dramáticos, como os que se verificavam quando o doente tinha uma hemoptise, com grande perda de sangue, a vida do doente começava a ser penosa por dois motivos.

As hemoptises, ou seja a emissão de sangue durante os ataques de tosse, com origem brocopulmonar⁶ só se verificavam quando o paciente estivesse em fase avançada da doença. Estes dados eram fatais para o doente que, até esta fase vivia na esperança de tudo não passar de um erro clínico. As hemoptises para além do sofrimento que causavam, confirmavam o diagnóstico e desta forma o sonho da cura esvaía-se.

A perda de sangue era altamente denunciante e a sociedade associava esse facto à tuberculose. As hemoptises funcionavam como radiografias, que na época ainda não existiam, mostrando o estado interior do organismo. Se durante o período que antecedia as hemoptises a tuberculose tinha anonimato, com o aparecimento dessas crises o doente não podia esconder mais o seu drama. Confirmada a doença e estando o cidadão comum já consciente de que a tuberculose é uma doença contagiosa, tudo se encaminha para que o anonimato do doente seja decepado e a penalização social seja implacável para com o tuberculoso. Então, a estigmatização

⁶ Almeida, António Ramalho de – A Trilogia da Tuberculose na Vida e Obra de António Nobre

e por vezes a perseguição dos doentes tísicos, não parava mais com o aparecimento das hemoptises.

A doença do nosso poeta António Nobre também não fugiu à regra. O seu calvário começou ainda na adolescência, visto ter acompanhado de muito perto, amigos que morreram de tuberculose em tenra idade. Depois retratou a tuberculose de forma clara e objectiva na sua obra poética, mas também a endeusou de forma tão bela, como se presenciasse em alguns dos seus poemas reunidos no livro com o título “SÓ”.

Quando a doença se manifestou, o poeta também escondeu esse facto das pessoas das suas relações, bem como do seu núcleo intelectual. Procurou a cura nos lugares indicados como excelentes na época: a Suíça, a ilha da Madeira, em viagens marítimas,...

Segundo um dos médicos, o Dr. Boelli que o acompanhou na Suíça, a tuberculose manifestou-se devido a emoções profundas e à sua vida desregrada.⁶ Esta responsabilização pela doença tem a ver com os conceitos defendidos na época. A tuberculose convivia com o indivíduo como que adormecida, e declarava-se com as vivências anormais da vida, como desgostos, alterações psíquicas, actos imorais...

A própria literatura lidava com estas explicações e encaminhava alguns dos seus heróis para um fim trágico, às mãos do bacilo de Koch, como a personagem Maria na obra de Almeida Garrett, em “Frei Luís de Sousa”, ou a figura de Margarida na obra de Alexandre Dumas em “A Dama das Camélias”. A literatura do século XIX liga os seus heróis à tragédia da tuberculose. As celebridades literárias tanto adultas como jovens são atingidas pela doença e a sua morte pressentida e lenta, visível ao longo da narrativa, acompanha-os até ao desenlace final, embora a sua postura em muitos casos seja de resistência ao sofrimento até ao fim da história.

O poeta também sofreu o dramatismo do contágio, quando as suas tosses hemorrágicas se começaram a manifestar e o denunciaram do ponto de vista social. António Nobre começou a ser discriminado nos hotéis por onde ia passando à procura da solução para o seu mal. Também conviveu com o drama de ser indesejado, chegando a ser pedido o seu afastamento e sido expulso, como aconteceu no hotel Montchique, em Lisboa e outros.⁶

⁶ Almeida, António Ramalho de – A Trilogia da Tuberculose na Vida e Obra de António Nobre

3 – PARA UMA GEOGRAFIA SOCIAL DA TUBERCULOSE NO SÉCULO XIX

As condições de vida da população analisadas em qualquer espaço geográfico e ao longo da história, fornecem aos investigadores informações cruciais para a compreensão de diferentes fenómenos, entre eles os epidémicos. Pretende-se abordar alguns aspectos das vivências operárias e da população em geral no século XIX e princípio do século XX, para se tentar perceber porque motivo se associa a tuberculose à era industrial.

As cidades industriais e a propagação da tuberculose

Ao longo da investigação tornou-se claro que as doenças contagiosas se desencadeiam, com maior ou menor expressividade, quando as condições forem favoráveis aos microorganismos que as desenvolvem. O bacilo de Koch é um dos seres que convive especialmente com uma população impregnada de diferentes carências entre elas se destaca, a habitação, a alimentação, a higiene e a falta de acções de saúde que visem a cura e a prevenção.

A Europa na época pré industrial lidava com fenómenos deveras marcantes, dos quais se destaca a fome. As causas desse fenómeno, que infelizmente ainda não desapareceu da face da Terra, podem assentar em afirmações de poder entre países, etnias, raças, posse de bens preciosos... Está provado que a fome não está relacionada com a falta de alimentos mas sim pelo desentendimento, extremo, dos povos e das nações.

Com a revolução industrial a agricultura deixou de ser a base da economia europeia. O sector agrícola entrou em declínio e as cidades com as suas fábricas, começaram a receber a população excedente das zonas rurais. Neste contexto assiste-se à fixação de operários em bairros densamente povoados em algumas cidades como Londres, Paris, Berlim e outras.

Esta população deslocada, dada a sua penúria económica vive em casas com dimensões reduzidas, mal ventiladas, a maior parte sem água canalizada nem redes de esgotos.

As cidades a braços com uma elevada densidade populacional; com estrumeiras junto das habitações; com ruas empestadas de águas insalubres mais parecendo esgotos, propicia as

condições ideais para que os germes responsáveis por muitas doenças, como a tuberculose, se desenvolvam e as doenças contagiosas se manifestem com maior expressividade.

As manchas sociais da tuberculose

A debilidade económica dos operários lançava para a miséria uma população que trabalhava de Sol a Sol. Os operários deslocavam-se descalços e com roupas impróprias para as intempéries sentidas. As instalações fabris na época estavam isentas das mais elementares regras sanitárias. Trabalhavam em espaços exíguos e húmidos e repletos de poeiras e sem ventilação ou inadequada. A fábrica era um local onde os agentes infecciosos coabitavam com os operários sendo estes presas indefesas face ao contágio. Frederico Engels⁷ refere que a maior parte das doenças contagiosas se encontram na classe operária. O mesmo autor descreve o aspecto dos trabalhadores destacando a magreza, a palidez, as dificuldades respiratórias e outros sintomas típicos da tuberculose.

Engels também salienta relatórios médicos londrinos do ano de 1843, onde se declara que algumas doenças como o tifo e a tuberculose atingiram números muito elevados, comparativamente com anos anteriores. Os documentos indicaram que esses doentes residiam nas zonas Norte e Sul de Londres, estando esses locais confrontados com elevado número de doenças contagiosas.

Segundo o mesmo autor, as estatísticas reflectem uma diminuição da esperança de vida sentida principalmente na classe operária.

Em relação à mortalidade infantil, na cidade de Manchester morrem antes dos cinco anos mais de 57% das crianças, segundo estatísticas oficiais⁷. Os documentos comparam o número referido atrás na cidade, com o número de crianças que morrem nos distritos agrícolas que não chega a atingir 32%. Os estudos provam também que, o número de crianças que morrem devido a surtos epidémicos é três vezes maior em Manchester e Liverpool do que em regiões agrícolas.

As bolsas de tuberculose e de pobreza eram evidentes também em Portugal. Em 1938 numa conferência proferida no salão nobre do Clube Fenianos Portuense⁸ faz-se referência a um estudo

⁷ Engels, Frederico – La Situación de la Clase Obreira na Inglaterra. Editorial Futuro, S.R.L., 1965

⁸ Liga Portuguesa de Profilaxia Social - O que é e o que tem realizado, Imprensa Social, Porto, 1947

americano, sobre as comunidades estrangeiras em Massachusetts. O referido trabalho inclui os emigrantes portugueses como sendo um grupo estrangeiro sobre o qual era necessário transmitir noções alimentares, de higiene e de saúde, ou seja, aproximar os padrões de vida dos emigrantes portugueses com os da população americana. Nessa conferência referiu-se que a América apresenta índices muito baixos de tuberculose porque as políticas de saúde eram muito abrangentes e eficazes. As autoridades americanas investiam em políticas de estabilidade económica, na habitação, na educação, na prevenção, no apoio à grávida e à infância e no combate à pobreza. A conferencista, uma médica que lidou muito de perto com as realidades de saúde americanas, advertiu as autoridades portuguesas para a necessidade de se controlar a tuberculose, apontando as práticas americanas como modelos a ser aplicados em Portugal.

Na mesma conferência traçou-se em linhas gerais, o retrato dos padrões de vida dos portugueses circunscrito à zona de Viana do Castelo, local onde exercia a sua actividade médica. Observou mulheres e crianças que se apresentavam sujas, esfomeadas, mal vestidas e com enfermidades provocadas por tais condições.

As grávidas não tinham uma alimentação adequada, trabalhavam para sustentar os filhos e muitas vezes sozinhas, sem marido. Relata ter observado famílias inteiras com tuberculose e que a doença se alargava a alguns animais, que se alimentavam de restos de comida como o porco. Acrescenta que nos arredores de Viana do Castelo, havia um surto de tuberculose tão elevado que julgava ser necessário evacuar os tuberculosos e incendiar as suas miseráveis habitações para que a desinfecção desses locais fosse eficaz.

Em relação à alimentação dos portugueses apresenta um estudo da sua autoria que incidiu numa Colónia Balnear Infantil em 1936 durante duas épocas balneares. Das crianças admitidas 70 faziam-no pela segunda vez. Comparando os exames destas crianças nos dois períodos de férias, concluiu que algumas tinham perdido peso e outras tinham aumentado em média 660 gramas por ano. O mesmo grupo foi pesado à entrada e à saída da colónia. Verificou-se que em vinte dias aumentaram de peso.

Também alargou o seu estudo às crianças das escolas de Viana do Castelo. Encontrou uma incidência elevada de tuberculose. Em doze crianças observadas duas eram portadoras de tuberculose. Refere que essas crianças com tuberculose deixaram de ir à escola, mas nada mais foi feito do ponto de vista clínico e mesmo em relação ao contágio. Nos Estados Unidos e para a mesma patologia, a criança era afastada da escola e acompanhada clinicamente sendo por vezes internada em hospital. A família era rastreada e caso estivesse doente era acompanhada pelos

serviços de doenças contagiosas. Acrescenta que o lema nos Estados Unidos é aplicar boas práticas de higiene física e mental, dieta adequada e formas de vida saudável e desta forma afastar as doenças sobretudo as infecciosas.

Recuando um pouco no tempo 1902 verifica-se que a tuberculose é uma das principais causas da mortalidade infantil em Portugal.⁹

O autor afirma que a tuberculose pulmonar no Porto atingiu 3,59/1000 óbitos. As vítimas são oriundas principalmente de estratos sociais baixos. O elevado número de crianças atingidas alarga-se à população em geral que vive em condições muito precárias.

Alguns esforços da parte das autoridades e dos serviços de higiene em repor aspectos legais estabelecidos era mal visto pela população. Como as pessoas não visualizavam os micróbios, estas não percebiam o alcance da aplicação de algumas medidas de higiene pública como: impedir existência de estrumeiras nas vias públicas, impedir a condução de esgotos para locais privados ou públicos, pois podiam representar focos infecciosos ou simplesmente inquinar as águas dos poços que na época tinham uma grande expressividade no abastecimento das cidades.

Outro aspecto de resistência às medidas profiláticas contra doenças contagiosas era as vacinas. A sociedade actual sabe que é importante proteger-se contra as infecções, mas no passado as vacinas não traziam nenhuma vantagem e antes pelo contrário representavam imagens fantasmagóricas. A este propósito a Associação Portuguesa de Profilaxia Social (A.P.P.S.) em 1928 associou-se ao Instituto Pasteur do Porto lançando uma campanha anti-tuberculose. Esta associação empenhou-se pela aplicação, no Porto, da vacina do B.C.G., que mais à frente abordaremos com maior detalhe.

Outro esforço desenvolvido pela A.P.P.S. foi a campanha “contra o escarro” que consistia na sensibilização da população em não escarrar no chão uma vez que esse acto representava uma das causas de contágio da tuberculose. A liga desenvolveu acções junto das autoridades políticas para a elaboração de uma lei que proibisse o cidadão de escarrar em locais públicos.

O primeiro resultado dessa campanha formalizou-se no Decreto-lei nº 1581 de 11 de Abril de 1929, que obrigava ao uso de escarradores com desinfectante nos locais públicos e colectivos: - Templos, colégios, salas de espectáculos, hospitais, postos médicos e qualquer recinto fechado ou coberto.¹⁰

⁹ Ribeiro, Guilherme Urbano da Costa - A Mortalidade Infantil no Porto, Escola Médico Cirúrgica do Porto, 1902

¹⁰ Liga Portuguesa de Profilaxia Social – O Pé Descalço. Imprensa Social, Porto, 1956

A A.P.P.S. desenvolveu outras campanhas como a do “Pé Descalço”, de longo alcance social e preventivo. O hábito de andar descalço passava uma imagem de penúria, de pobreza e fundamentalmente causava muitos acidentes. Havia muitos registos nos hospitais de pessoas com cortes nos pés provocados por pregos, ferros, vidros ou outros objectos cortantes. Esses acidentes muitas vezes levavam à morte por tétano, dado que na época a vacina contra este tipo de infecção ainda não estava implementada. A Liga consciente das proporções epidémicas de tuberculose, apostou na campanha do Pé Descalço,¹⁰ porque estava consciente que era necessário sustentar o número elevado de pessoas com tuberculose que afectava todo o país, mas atingia em maior escala a população do Porto. A ciência já tinha provado que o bacilo de Koch resiste durante alguns dias em condições adversas, envolvendo-se em poeiras no solo e na água. Por isso o factor contágio era algo a combater.

Vejamos o que Joaquim Urbano¹¹ refere acerca do culto do cadáver. As pessoas em vida, em muitos casos, não mereciam o respeito desejado. No entanto, a população em geral, confrontada com a perda dos familiares desencadeia acções fúnebres que podem fomentar o contágio da tuberculose, bem como de outras doenças contagiosas.

O defunto é colocado num espaço decorada com objectos emprestados pelos amigos como colchas e velas. Esses objectos depois do acto fúnebre regressavam à proveniência. Enquanto o cadáver permanecia em casa era prestado o tributo de simpatia de todos os conhecidos: a lavadeira chegava e colocava a trouxa da roupa numa divisão ao lado; o padeiro arrumava o cesto do pão; o criado acondicionava o cesto das compras e o carneiro procedia de igual modo.

Se a causa de morte era uma doença contagiosa vemos quantas potenciais vítimas o defunto podia atingir.

Quando o morto pertencia às classes ricas havia algumas diferenças nos procedimentos, mas os riscos de contágio estavam presentes com outras roupagens. Havia o adorno das capelas ou igrejas. As carruagens que por ventura transportassem o defunto transportavam também passageiros. O risco de contágio era grande se o morto tivesse perecido às mãos dos agentes infecciosos.

Ainda no âmbito do culto do cadáver se refere o que acontecia quando o defunto era uma criança, o que neste período acontecia com muita frequência, dado que a mortalidade infantil era

¹⁰ Liga Portuguesa de Profilaxia Social – O Pé Descalço. Imprensa Social, Porto, 1956

¹¹ Rodrigues, Joaquim Urbano da Costa – A Mortalidade do Porto,. Imprensa Civilização, Porto, 1890

muito elevada nos finais do século XIX. Quando morria uma criança, “um anjinho”, procedia-se de igual modo em relação aos adultos mas havia alguns aspectos diferentes:

A criança era amortalhada, ou seja, vestiam-na com roupas ou adornos próprios de santos, rainhas, príncipes ou reis. No caixão eram colocadas guloseimas, amêndoas e confeitos destinadas às crianças. Estas aproximavam-se do caixão e tiravam a guloseima disponível e comiam-na. Este procedimento pretendia aproximar as crianças do cadáver que por ser criança era apelidada de anjinho e os anjos queriam-se juntos. O caixão era transportado por crianças e desta forma o contacto com o morto só terminava na sepultura. Se a causa de morte fosse a tuberculose, ou outro tipo de doença contagiosa podemos imaginar quantas crianças seriam atingidas pelo contágio.

Como as vacinas em 1890 ainda não estavam sequer descobertas, os germes do contágio não tinham obstáculos e todos viviam na “paz com deus”.¹¹

Dos contextos referidos, facilmente se depreende porque razão a tuberculose atingiu um número tão expressivo na era industrial, e noutros períodos como as primeiras décadas do século XX.

Na verdade as realidades das condições de vida da população europeia actual, confrontadas com as mesmas realidades dos períodos referidos felizmente mudaram. Ressalta um sentimento de progresso nas condições básicas de vida, embora tenhamos a consciência de que nem tudo está bem, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento e mesmo em alguns países europeus que, apresentam ainda bolsas de pobreza significativas, onde a tuberculose e com maior preocupação a SIDA apresentam índices preocupantes.

As cidades industrializadas e o problema habitacional

Há alguns fenómenos sociais que devem ser afluídos para se perceber algumas das causas das doenças infecciosas e porque se associa a tuberculose à classe operária no século XIX.

A fixação dos operários nas cidades industrializadas não obedeceu a planos urbanísticos eficazes. O parque habitacional era escasso, de dimensões reduzidas e inadequado em relação ao número de pessoas que constituía a maior parte dos agregados familiares. Além disso as casas

dos operários não ofereciam o mínimo de condições higiénicas. As paredes eram pouco robustas, mal isoladas e com inadequado arejamento. Sem abastecimento de água potável, rede de esgotos e com falta de aberturas adequadas para a entrada da luz solar.

A partir do momento em que foram apontadas as condições habitacionais como uma das causas do aumento da tuberculose, o alojamento da classe operária começou a ser alvo de debate nos países industrializados. Os especialistas na área urbanística e os responsáveis políticos em Inglaterra, em França e praticamente por toda a Europa, traçaram linhas orientadoras para resolver o problema habitacional. Esse tema está bem documentado por Engels.¹²

Este autor refere o debate existente na Inglaterra acerca da habitação, enumera os conceitos estabelecidos pela classe burguesa para ultrapassar as carências habitacionais, entre os quais aponta o crédito à classe operária para compra de casa, e a aposta dos empresários industriais no negócio da construção civil.

Distanciamo-nos do ponto de vista político/filosófico de Engels no tema habitação, mas não podemos ignorar que surgiram pela primeira vez modelos de construção cooperativa na Inglaterra, financiadas muitas vezes pelos donos das fábricas onde os operários trabalhavam e descontavam no vencimento a prestação da casa.

Por outro lado o Estado desencadeou iniciativas, tais como nomeação de comissões para analisar a situação real das habitações londrinas e elaboração de relatórios referenciando as observações realizadas. A situação legal também foi adequada à problemática habitacional controlando a qualidade e a salubridade das casas.

Na verdade, o esforço em melhorar o parque habitacional dos bairros operários, bem como, as vias de comunicação internas e externas de acesso à cidade londrina, não surtiram na totalidade os efeitos desejados. As zonas degradadas desapareceram, mas em locais próximos apareciam novos bicos, novos focos de instabilidade social e sanitária, porque os operários tinham baixos salários e não conseguiam pagar rendas de casas com melhores condições e bem situadas.

A incapacidade dos agentes empresariais e da classe política em resolver o problema da habitação nas grandes cidades industrializadas, fez com que se fixasse nas cidades um “exército”¹² de operários, bem como as suas famílias a viverem em espaços diminutos. Para além das péssimas condições habitacionais, a área envolvida reforçava as más condições de higiene.

¹¹ Rodrigues, Joaquim Urbano da Costa – A Mortalidade do Porto, Imprensa Civilização, Porto, 1890

¹² Engels, Federico - A Questão do Alojamento. Ed Poveira, Porto, 1971

Com ruas empestadas de estrumeiras e águas insalubres completava-se o quadro de ambientes adequados ao desenvolvimento de germes epidémicos, responsáveis por doenças como a cólera, o tifo, a tuberculose e outras doenças.

A cidade do Porto, segundo Joaquim Urbano, também primava pelas habitações degradadas, mal arejadas, com falta de esgotos e os que existiam eram desadequados à densidade populacional. Por vezes assistia-se ao incumprimento de regras elementares de higiene individual e colectivas.

A descrição das condições de habitabilidade dos portuenses é elucidativa. Os dejectos eram lançados para fossas comuns a vários inquilinos das muitas ilhas espalhadas por toda a cidade. Essas latrinas, por vezes, situavam-se em locais de fácil contaminação das águas dos terrenos vizinhos. Quando cheias desaguavam em plena rua. Se havia esgotos estes nem sempre funcionavam. Por vezes os canos estreitos rebentavam ou entupiam e tudo se espalhava pelos passeios ou pelas ruas.

As casas eram muito baixinhas e esburacadas. O pavimento era térreo. As janelas tinham tamanho reduzido tipo postigos. A maior parte não tinha chaminés sobre as lareiras. Um parque habitacional degradado, sem ar, sem luz solar e com muitas casas abastecidas com água de poços e muitas vezes inquinada.

A presença de animais domésticos, como gatos, cães, galinhas e porcos, convivendo com as pessoas era uma constante.

O autor refere as casas de malta que eram barracões repletos de pedreiros, carpinteiros e outros profissionais que vinham das províncias e aí residiam. Estes só iam à terra nos dias feriados o que na época se resumia praticamente a celebrações católicas. Esses locais tinham imensas enxergas no chão e eram desprovidas de mobiliário. Os residentes dependuravam as roupas que usavam durante o dia em cordas. Quando se levantavam vestiam de novo as roupas dependuradas e colocavam nas cordas as mantas com que se cobriram durante a noite. Por vezes apareciam alguns lençóis que exibiam as marcas de parasitas que partilharam a cama com os hospedeiros.

4 – MEDICINA E TUBERCULOSE: Novas abordagens

A história da medicina também está associada aos ímpetus sociais da actividade humana. A organização de diferentes civilizações conviveu com a arte da cura de acordo com os seus conceitos de vida e de pensamento. Assim, os egípcios desejando manter o corpo para além da morte, apuraram a técnica da conservação dos cadáveres utilizando ervas e ensinamentos delegados pelos escribas.¹³

A civilização Azteca não valorizava a medicina e manifestava desprezo pela vida. Na ânsia de fornecer energia ao deus sol sacrificava o ser humano nos seus rituais.

Já o período napoleónico, confrontado com tantos soldados doentes e estropiados, rodeou-se dos préstimos médicos principalmente de cirurgiões para tratar e amputar os seus combatentes feridos.

Regra geral a medicina funciona como pólo de atracção das civilizações dado tratar-se de uma área que aglutina o avanço científico de outras ciências. Os estudiosos da ciência médica, logo que surgem novos conhecimentos, desenvolvem e aplicam esses saberes aglutinando a energia científica existente à sua volta de forma pacífica e eficaz.¹³ Da descoberta do microscópio até à sua aplicação na investigação médica foi um passo rápido. Este é um pequeno exemplo da aplicação dos conhecimentos técnicos no campo da medicina. Presentemente, tal como no passado o homem luta contra o sofrimento e a morte. O médico tem o condão de guiar a vida na terra tal como o sacerdote conduz a vida extraterrestre. A capacidade de aliviar o sofrimento investe o médico de um poder semelhante ao de um sacerdote que cura ou prepara a alma para a vida eterna, só que a acção do médico pertence ao mundo concreto aonde o homem pretende viver sem dor e feliz.

Existe um ideal médico que pretende “construir” um corpo harmonioso e equilibrado fundamentado no ideal grego “alma sã num corpo sã”. O ideal e o utópico têm sustentado a civilização europeia de tal forma que a inspiração humana tem caminhado sustentando novos conhecimentos ou novos neo-renascimentos.

Sabemos que o percurso do homem em busca de uma vida cada vez melhor é travado, por vezes, em diferentes espaços geográficos e por diferentes protagonistas. No entanto pelo caminho

¹³ Moreno, Armando - História da Medicina. Universal. Printipo, Lisboa, 1998

surgem acidentes de percurso, por vezes dramáticos, que não apagam a chama do desejo humano em elevar a vida individual e colectiva a patamares superiores.

O desejo de equilíbrio social também faz parte dos projectos alicerçados pela medicina. Este desejo inspira-se no conceito, que sem descurar as doenças individuais, aprofunda o conhecimento sobre as doenças que atingem um elevado número de população, as chamadas doenças sociais.

Hoje partilha-se a opinião que o desajuste social, a marginalidade, o vício, a dependência ou outras vivências marginais são temas sobre os quais a medicina tem que trabalhar e orientar as suas práticas. Como as vivências referidas convivem afavelmente com a miséria, a ignorância e o desleixo, o cruzamento destas questões integram-se no conceito de doença fazendo parte integrante dos objectivos fundamentais da medicina.

Por outro lado, a Natureza nem sempre harmoniosa, espalha os seus pozzinhos de sofrimento como: - a peste, a febre tifóide, a varíola, a difteria, o tétano, a tuberculose, o cancro e outras. Desta forma a medicina vê subvertida a eficácia das suas práticas inflectindo constantemente no campo científico para responder aos novos desafios. O aparecimento de outros inimigos disfarçados e invisíveis como os micróbios foi um desafio. Surgem novas doenças embandeiradas pelos micróbios com sinais de vitória. Então, a pesquisa científica na busca de novas soluções para travar o ímpeto de poder dos seres invisíveis a olho nu, avança para a linha da frente. Inserida neste contexto de pesquisa para vencer “as forças do mal”¹³ situamos a tuberculose que se sobrepôs durante séculos aos homens de ciência, impondo sofrimento e morte a crianças e adultos, entrando na residência de muitas famílias e de todos os estratos sociais.

Os avanços científicos

A doença é um dos principais inimigos do ser humano. Quando este é confronta com problemas de saúde, resultantes de ataques invisíveis dos micróbios, procura libertar-se desses inimigos. A ausência de conhecimento sobre o funcionamento do corpo conduziu o homem doente para o recurso sobrenatural. Ultrapassadas as trevas do conhecimento sobre a anatomia e a fisiologia podemos descortinar interferências complementares de saberes na história da medicina.

¹³ Moreno, Armando - História da Medicina. Universal. Printipo, Lisboa, 1998

Durante o seu percurso histórico assistimos a uma relação íntima da medicina com a religião, com a arte, com a ciência física e humana. Este envolvimento acontece porque os actos de cada ciência se dirigem a um agente comum que se chama ser humano.

Tanto a medicina como a religião baseiam-se no princípio que é procurar reduzir o sofrimento humano. A medicina preventiva pretende evitar o sofrimento físico na vida terrena. Esta perspectiva também é partilhada pela religião, só que o desejo de felicidade é direccionado à alma que é o prolongamento da vida para além da morte.

A medicina e a arte caminham juntas, pois estes dois campos de afirmação humana assentam em conceitos inacabáveis, ou seja, os resultados que cada uma destas manifestações apresenta remetem o médico e o artista para outras questões e formas de arte. A ciência médica e das artes exige investigação, criatividade, sensibilidade, decisão e escolha de meios, dotes fundamentais na actividade médica e também presentes em todas as manifestações artísticas.

A medicina relaciona-se de forma íntima com a ciência. O saber médico baseia-se em princípios cientificamente comprovados e aceites na área das ciências. A maioria dos meios utilizados no diagnóstico e na terapêutica foram concebidos por cientistas que não eram médicos, revelando um afastamento da investigação anatómica e centrando-se mais na função dos órgãos.¹³ A evolução das ciências e o paralelismo evolutivo do conhecimento das doenças, faz com que a medicina se complemente na ciência e aquela, por sua vez, seja também estimulada e procure dar respostas à necessidade de novas terapêuticas.

Quanto à relação da medicina com a técnica parece-nos ser consensual. A actividade médica recorre a aparelhos de grande complexidade electrónica sem os quais os tratamentos novos não podiam competir com os instituídos. A técnica alicerça os seus conhecimentos baseados no desenvolvimento de outras ciências como a física, a química a matemática e outras. O desenvolvimento da medicina, complementado com o desenvolvimento científico, permite-lhe grandes avanços no diagnóstico e tratamento envolvendo saberes físicos e humanos sem limites.

No que diz respeito à tuberculose, o século XIX foi fértil em acontecimentos que marcaram definitivamente o percurso desta doença. Neste período os fantasmas acumulados por séculos de saberes ausentes de confirmação científica, foram derrubados graças a alguns cientistas que confirmaram as suas ideias em laboratório e as anunciaram ao mundo como Laennec, Villeminc, Robert Koch, Pasteur e outros. Cada um no seu tempo contribuiu para o engrandecimento da história da medicina.

¹³ Moreno, Armando - História da Medicina. Universal. Printipo, Lisboa, 1998

O novo paradigma pasteuriano

A História da medicina revela resquícios do desconhecido, do nublado que se vai perdendo a favor do concreto. À medida que a ciência médica penetra no interior do corpo humano corrigindo deformações, retirando estruturas estranhas e prejudiciais e substitui órgãos, retira ao acto médico o misticismo e o protagonismo do passado. A medicina clarificou conceitos, assimilou novas teorias e formulou outras que imediatamente transportou para o laboratório.

O mundo subterrâneo dos micróbios, fora do alcance da visão humana, começou a ser observado através do microscópio. Assim as barreiras sobrenaturais e obscuras começaram a ser derrubadas através desse olho artificial chamado microscópio. A descoberta dos micróbios abriu caminho a Pasteur, a Lister e a outros cientistas do mundo da assepsia e da vacinação na procura da verdadeira força bacteriológica.

Mas a cruzada científica contra os agentes bacteriológicos, inimigos invisíveis, encontrou muitos obstáculos e fantasmas. O cientista confrontado com fenómenos cíclicos de epidemias e com a força gigantesca dos microorganismos, quase convencidos que o planeta Terra lhes pertence, teve que aprofundar o estudo laboratorial para conhecer e nomear os agentes infecciosos. A partir do momento em que o microscópio foi transportado para o laboratório, e se associou a outras práticas experimentais, o mundo invisível dos micróbios começou a ser investigado e caracterizado.¹⁴

A doença entendida como o resultado do castigo divino já não existe mais. Ela começou a fazer parte do mundo natural. As suas causas pertencem ao mundo real, mas invisível e aos seus contextos, ou seja, aos micróbios e às condições físicas propícias ao seu desenvolvimento e crescimento.

Na verdade o microscópio permitiu identificar doenças e desenvolver a área da microbiologia, atribuindo à história da medicina uma das suas páginas douradas. Esta nova visão sobre os poderes dos micróbios, deve-se a muitos estudiosos mas que se espelha numa figura universal, Luís Pasteur. Este químico francês notabilizou-se pelas suas descobertas na área da microbiologia. Investigou as causas que afectavam a morte do bicho-da-seda, factor muito ruinoso para a indústria da seda que na época era próspera em França. Conseguiu isolar a bactéria que desencadeava a doença e desta forma salvar uma indústria de ruína total.

¹⁴ Alves, Jorge Fernandes - Comemoração do 120º aniversário do H. J. U. Porto, 2004

Isolou um fungo (*mycoderme aceti*) encontrado em amostras de vinho e vinagre produtor do ácido acético. Descreveu em pormenor a forma como o *mycoderme aceti* absorvendo o oxigénio do ar e utilizando uma parte mínima na respiração, combinava o restante oxigénio com o álcool originando ácido acético, ou seja, a passagem de vinho a vinagre. Os agricultores vinhateiros beneficiaram destes saberes, dado que os vinhos azedavam com muita frequência e desconhecia-se as causas desse facto.

Pasteur descobriu que as bactérias em contacto com o oxigénio perdiam virulência e produziam modificações fisiológicas. Testou esta hipótese com a cólera das galinhas e o carbúnculo, doença infecciosa que atingia os rebanhos. Verificou que ao expor ao ar culturas com bactérias de carbúnculo e injectando-as em cobaias estas não morriam. Aplicou o mesmo teste nos carneiros e estes não morreram. Concluiu que o micróbio do carbúnculo perdia, também, virulência em contacto com o ar. Renovou as experiências e os resultados confirmaram as conclusões anteriores. Tornou público o processo de imunizar animais, tendo tido indiferença inicial por parte dos veterinários.

A morte dos pais, a paralisia de um braço e perna que sofria desde 1868, bem como a morte das duas filhas, criaram em Pasteur o desejo de investigar as doenças infecciosas. A sua formação científica conduzia-o a procurar explicação e remédio que curasse ou evitasse a doença.

Pasteur multiplicava o seu tempo nos laboratórios. Depois de entrar para a Academia de Medicina, começou a visitar enfermarias, maternidades e anfiteatros de autópsias. Verificou que havia uma percentagem elevada de pessoas que morriam no período pós-operatório; mães que davam à luz com frequência morriam no período pós parto. Indicou que se utilizasse pensos assépticos no tratamento dos doentes como forma de evitar as infecções.

O seu interesse pela fisiologia animal estava patente nas suas investigações na fase avançada da sua vida. Extraiu sangue de um cão saudável e conseguiu mantê-lo estéril, utilizando os mesmos processos de culturas investigadas anteriormente. Logo que o ar carregado de germes era posto em contacto com o sangue, imediatamente começava a putrefacção. Tratava-se de um fenómeno comparável ao da fermentação. Partindo destas observações, tudo levava a crer que havia seres microscópicos responsáveis por muitas doenças, embora nesta fase ainda não houvesse elementos para confirmar esta hipótese. Nos hospitais ninguém pensava ser atacado por micróbios, embora muitos doentes morressem com gangrenas que se impunham às técnicas cirúrgicas de forma irremediável.

Doente e cansado Pasteur dedicou-se ao estudo da raiva. Das experiências que ia realizando em cobaias, encontrava sempre um micróbio em forma de oito, ficando tentado a pensar que se tratasse do agente da raiva. Nas suas experiências injectou coelhos, com culturas de animais com raiva acabando por morrer. Havia no entanto algumas diferenças, entre os sintomas da raiva e os sintomas dos coelhos inoculados com as culturas.

O estudo da raiva ia sendo feito de avanços e recuos. Pasteur constatou que o germe da raiva também se encontrava em crianças que tinham morrido de outras doenças, e na saliva de pessoas sãs. Então tudo se confundia sendo necessário alargar o campo das hipóteses. Pasteur fez a inoculação directa da raiva nos tecidos nervosos de cães. Pelos sintomas observados parecia-lhe que o agente infeccioso da raiva residia sobretudo nos tecidos nervosos. Injectou no cérebro de um cão sadio uma dose de baba de um cão raivoso. Este apresentou pouco depois sinais de raiva. Retirando pequenas porções de tecido nervoso de cães que iam morrendo, e injectando-as de novo noutros cães verificava-se que o vírus aumentava de virulência.

Pasteur começou a comparar a reacção do vírus da raiva com o da cólera das galinhas e com o agente do carbúnculo. Admitiu a possibilidade de atenuar a virulência do microorganismo da raiva, através do oxigénio do ar. Começou então a injectar um grupo de animais com tecidos nervosos (espinal medula). Um grupo era inoculado com medula fresca e outro grupo com medula que esteve em contacto com o ar atmosférico. Depois de alongado o prazo da exposição da medula ao ar para catorze dias verificou que esta se tornara inofensiva.

Pasteur já não tinha dúvidas. O agente patogénico da raiva podia ser atenuado pelo contacto com o ar e desta forma tornar-se inofensivo, mas conservando a capacidade imunizante.

Restava ainda a Pasteur confirmar os seus resultados no ser humano. Como estas experiências não podiam ser feitas com pessoas pensou fazê-las em si próprio. Lançou a semente da microbiologia e transmitiu os seus conhecimentos aos seus colaboradores. Estava certo que eles se encarregariam de dar continuidade à sua obra, caso morresse ao tornar-se cobaia das suas experiências.¹⁵

Em 1885 um jovem Alsaciano foi mordido por um cão que apresentava sintomas de raiva. O pai do jovem trouxe o filho para Paris para ser tratado por Pasteur. A vítima tinha feridas profundas provocadas pelas mordeduras do cão. Foi observado pelos médicos que trabalhavam com Pasteur e tudo indiciava que o rapaz não se salvasse.

¹⁵ Silva, Agostinho da - Vida de Pasteur, Ulmeiro, 1989

Depois de reflectirem profundamente Pasteur e a sua equipa, decidiram inocular o jovem com medula sem virulência que foi aumentada progressivamente todos os dias.

O jovem curou-se. Passado o período da experiência os resultados confirmaram tudo o que tinha sido experimentado à volta da raiva. Assim, em 26 de Outubro de 1885 Pasteur comunicou à Academia de Medicina de Paris que tinha descoberto a cura da raiva, porque conseguiu obter uma forma atenuada do bacilo da raiva que podia ser usada como vacina.¹⁶

Pasteur não teve o mundo científico a seus pés de forma imediata. Primeiro teve que vencer conceitos instalados, acções corporativistas e barreiras que se impõe a tudo o que é novo e diferente. Mas, dentro do laboratório junto dos seus instrumentos de análise a sua atitude era objectiva e imparcial – método científico.

Robert Koch e o *Mycobacterium tuberculosis*

Em França em 1868 Villemin deu o primeiro sinal de alerta afirmando ao mundo científico, que a tuberculose é uma das doenças virulentas, cuja causa se deve a um agente inoculável e transmissível ao homem e outros animais. O médico Francês apresentou a sua tese “Causas e Natureza da Tuberculose” à Academia de Medicina de Paris, afirmando que a inoculação da tuberculose se deve a um agente infeccioso que escapa aos sentidos.¹⁷

As ideias de Villemin não foram levadas a sério pela comunidade científica; até que em 1873 Pidoux publicou um trabalho “Estudos sobre a Tísica” afirmando-se contrário às ideias de Villemin. Os elementos da Academia encontraram neste trabalho a forma ideal para manifestar repulsa pelos conceitos de Villemin, em relação à tuberculose, premiando o estudo de Pidoux.

Mas as ideias de Villemin tiveram eco, pois em 1882 Robert Koch anunciou aos seus pares, na Academia de Fisiologia de Berlim que tinha isolado o bacilo, *Mycobacterium tuberculosis*, responsável pela tuberculose. Robert Koch enfrentou muitos comentários cépticos em relação às suas pesquisas, mas obteve de imediato uma vitória. As especulações acerca das características da bactéria que causa a tuberculose foram postas de lado. Ele isolou-a e mostrou a

¹⁶ Grande Enciclopédia Portuguesa Brasileira - Iraque Editorial. DLA, Lisboa, Volume XIV

¹⁷ Ladislau, Patrício - O Bacilo de Koch e o Homem, Edições Cosmos, Lisboa, 1945

sua estrutura a quem a quisesse observar em laboratório. Desta forma a doença não foi mais associado às forças demoníacas ou castigo divino, que durante séculos explicaram a sua causa.

Robert Koch delineou um percurso curto para a existência da doença que, segundo ele, consistia em barrar todas as formas de contágio dado que o agente infeccioso não se desenvolve fora do hospedeiro. Este aspecto acalentou Koch pois se se estancasse as fontes de contágio, como o escarro dos tísicos, se controlaria a doença.¹⁷

Na verdade a tarefa de erradicação da doença não se confirmou. Volvidos mais de um século e a humanidade enfrenta a acção do bacilo, que vai atacando com subtileza todos os que se cruzam no seu caminho. O bacilo foi-se adaptando e resistindo até aos nossos dias. Não soubemos utilizar de forma eficaz, os medicamentos disponíveis nem se controlar o contágio.

O bacilo de Koch é um ser microscópico que pode sobreviver em diferentes meios físicos. Há quatro variedades distintas: o bacilo humano; o bacilo bovino; o bacilo das aves e o bacilo dos peixes. As duas primeiras variedades são nocivas ao homem.

Apesar de poder infectar qualquer parte do corpo a tuberculose pulmonar é a mais frequente tendo em conta que o contágio se faz essencialmente pela via respiratória.

No seu desenvolvimento o bacilo privilegia os lugares sombrios e húmidos. Pode atingir todos os humanos mostrando preferência especial pelos mais fracos.

Quando penetra nos alvéolos pulmonares não suscita reacção imediata. Só passadas semanas, depois da bactéria se reproduzir consideravelmente, o organismo invadido começa a estar em condições de reagir retardando a acção nefasta dos bacilos. O bacilo tem boa resistência a adversidades físicas como à soda caustica e ácido sulfúrico e consegue sobreviver nas gotículas da expectoração quase secas.¹⁸ A sobrevivência desta bactéria depende no entanto da transmissão de homem para homem.

Quando o bacilo se introduz no hospedeiro inicia a sua reprodução, mas o sistema imunitário pode obrigá-los a uma sobrevivência semelhante à hibernação. Fingem que estão mortos continuando vivos durante muito tempo, mesmo muitos anos, aguardando período da imunidade diminuída.

O sucesso do bacilo será tanto maior quando conseguir provocar no pulmão lesões numa extensão considerável. Desta forma a sua reprodução fica mais facilitada e vai saindo para o

¹⁷ Ladislau, Patrício - O Bacilo de Koch e o Homem, Edições Cosmos, Lisboa, 1945

¹⁸ Cabral, José - O Nosso Inimigo: O Bacilo da Tuberculose, Abril 1987

exterior através de partículas produzidas pela tosse, espirros e escarros. É através destas formas que os bacilos têm probabilidades de se fixarem nos pulmões de novos hospedeiros.

Assim a tosse funciona como uma espécie de canhão que projecta inúmeros bacilos para o exterior. Por isso a tuberculose pulmonar representa um foco primordial para a transmissão e esta é condicionada pela tosse e pela forma como se tosse.

Os sintomas de infecção podem ser muito inespecíficos e gerais como a perda de apetite, cansaço fácil, emagrecimento, febre ou febrícula até outros mais orientadores nomeadamente a tosse persistente ou dor torácica.

Destes sintomas a tosse e a expectoração mais ou menos prolongadas não devem ser minimizadas, pois podem significar a existência de uma tuberculose. Deve prestar-se a máxima atenção a estes dois sinais de alarme da tuberculose, que estão sempre presentes na tuberculose pulmonar.

Depois da caminhada científica iniciada nos finais do século XIX, o bacilo da tuberculose continua a ceifar vidas apesar do conhecimento da sua biologia, forma de transmissão e respectivo combate

Vejamos que logo a seguir à descoberta de Koch surgiram medidas profiláticas como: - o isolamento do tuberculoso; a esterilização dos escarros; a desinfecção do domicílio onde tenha falecido um doente. Assiste-se a um ligeiro declínio de mortes por tuberculose ao serem implementadas algumas destas medidas, sobretudo nos países onde as boas novas de Koch começaram a ser aplicadas.

Mas as consequências da revolução industrial e da primeira e segunda guerra mundial contribuíram com condições favoráveis ao desenvolvimento da doença, e consequentemente subiram em flecha os índices de mortalidade por tuberculose. Até aos anos trinta os índices de tuberculose eram assustadores por toda a Europa. Só com o advento da quimioterapia nos anos 50, a incidência baixou de forma clara.

Podemos afirmar que Robert Koch lançou as bases da luta contra a tuberculose com a descoberta do bacilo de Koch, apelidado desta forma em homenagem ao cientista que o isolou pela primeira vez. Depois, a caminhada científica não mais parou.

Primeiro formalizaram-se os conhecimentos; de seguida começaram a ser aplicadas a terapêuticas sanatoriais, baseadas no repouso no reforço alimentar e bons ares. Mais tarde e de

forma mais eficaz, a luta contra a tuberculose conta com os antibióticos que entretanto foram sendo utilizados com êxito.

Novos rumos no controlo da tuberculose – Os Sanatórios

A partir do momento em que foram descobertos os agentes que estão na origem das doenças infecciosas, bem como destacadas as condições físicas facilitadoras do seu desenvolvimento, estas doenças começaram a ser encaradas como um problema de saúde pública que urgia controlar e resolver.

A medicina, além de observar o seu doente também se recolheu nos laboratórios e conseguiu isolar os agentes responsáveis por algumas doenças contagiosas. Desta forma capitaliza uma fonte de poder científico que utilizou na sua acção, tanto na cura bem como na prevenção da tuberculose. A radiografia do bacilo de Koch foi tirada de forma precisa mas, era necessário pôr em prática conhecimentos registados nas práticas terapêuticas bem como em laboratório.

Um passo importante na “guerra” contra o bacilo passou pela organização de colóquios, conferências, encontros, onde o património informativo pudesse ser partilhado, bem como discutir estratégias comuns e pô-las em prática. Assistiu-se à publicação de revistas, manuais, teses universitárias e outras formas de divulgação escrita.

Os efeitos sociais das doenças infecciosas, as suas incidências e as causas também foram alvo de análise e reflexão tanto da comunidade científica, associada a outras áreas, bem como da classe dirigente e de todos os cidadãos que de forma directa ou indirecta eram vítimas dessas doenças. A tuberculose após a clarificação das suas manifestações e o isolamento do seu agente infeccioso, por Robert Koch, mereceu uma atenção especial de todos os quadrantes. A doença deixou de ser um problema individual e passou para a esfera colectiva, dada a necessidade de canalizar esforços direccionados para as medidas preventivas.

Mas a luta contra o *Mycobacterium tuberculosis* em Portugal teve períodos de grande envolvência social, passando também por fases de desalento. Os sintomas de incapacidade face à força do micróbio desencadearam acções consertadas dos responsáveis políticos e da sociedade. Nos finais do século XIX fundou-se a Associação Nacional contra a Tuberculose (ANT). Esta

organização, consciente do drama social que a tuberculose acarretava, alargou a sua acção na criação de infra-estruturas como dispensários e sanatórios com acções direccionadas no controlo e na prevenção da tuberculose.

A ineficácia das terapêuticas aplicadas na cura da tuberculose, aplicadas na segunda parte do século XIX e princípios do século XX, conduziu alguns tisiologistas na procura de outras soluções. Nos países desenvolvidos europeus começou a engrossar o conceito de cura da tuberculose baseado no repouso, na alimentação e nos bons ares. Esta nova visão de cura da tuberculose baseada nas teorias de Brhmer, tisiologista alemão, começaram a envolver a sociedade civil, os técnicos de saúde bem como os responsáveis políticos.

Era necessário reformar e ampliar as infra-estruturas de saúde, tanto a nível público como privado, para responder de forma eficaz ao agente infeccioso (*Mycobacterium tuberculosis*), o bacilo de Koch.

Por toda a Europa este movimento de reforma, ou seja, de aplicação das teorias de Brhmer, foi posto em prática e começaram a ser publicados trabalhos que garantiam ser esse o caminho a seguir.

Em Portugal os hospitais foram adaptados ao número de doentes que era necessário internar, dado que a cura da tuberculose privilegiava o repouso, ares puros e boa alimentação. Também foi necessário construir outros hospitais de raiz em lugares adequados e destinados exclusivamente a doentes tuberculosos. Por isso assistiu-se por toda a Europa à construção de hospitais-sanatórios.¹⁹

Em Portugal o Estado, a medicina, os cientistas, os organismos particulares como a ANT e outras organizações da sociedade, conjugaram esforços no sentido de isolar o agente bacilar e instituir medidas para controlar o contágio. Logo que os agentes envolventes na luta anti-bacilar se uniram, e desenvolveram estratégias para vencer o bacilo, a luta contra a tuberculose avançou.

O país teve que repensar a sua assistência médica, adaptando hospitais com serviços adequados ao tratamento e internamento de doentes tuberculosos. Por outro lado fizeram-se estudos sobre as condições climáticas ideais para a construção de sanatórios de altitude, de planície e marítimos, pois o tratamento baseado no clima era o caminho indicado pela comunidade científica da época. Consoante o tipo de tuberculose (pulmonar, pleural, osteoarticular, renal, meningite...) o doente era encaminhado para o sanatório de planície, de altitude ou marítimo, adequado à sua problemática.

O sanatório do Funchal representa essa corrente europeia que se baseava nas teorias de Brhmer. Este estabelecimento hospitalar foi construído, em edifício adaptado com o apoio da viúva do rei D. Pedro IV, a rainha Dona Amélia, em 1856. A rainha fixou-se no Funchal em 1852 na companhia da filha, a princesa Dona Amélia que, tal como seu pai foi vítima de tuberculose.

A evolução na criação de infra-estruturas ajustadas à tuberculose, levou a que nas primeiras décadas do século XX se construísse em todo o país, sanatórios que correspondessem ao número elevado de doentes com tuberculose. Desta forma a ANT construiu vários sanatórios, entre eles se destacam:

O Sanatório Sousa Martins na Guarda (altitude), o Sanatório de Lumiar em Lisboa (planície), o Sanatório Rodrigues de Gusmão em Portalegre (altitude), o Sanatório do Outão em Setúbal (marítimo), o Sanatório de Gelfa em Viana do Castelo (marítimo) e o Sanatório D. Manuel II em Gaia.

Além da acção da liga ANT outras organizações particulares como, os Caminhos-de-ferro Portugueses (CP), se envolveram na cruzada contra a tuberculose, edificando o sanatório General Carmona em Paredes de Coura (altitude), o Sanatório de Vasconcelos Porto em S. Braz de Alportel (planície) e o sanatório da Covilhã (altitude).¹⁹

Breve história sobre o sanatório de D Manuel II

Em 1888 o conde de Samodães, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto, alertou os responsáveis administrativos da instituição que dirigia, para o facto da cidade do Porto apresentar um número muito elevado de tuberculose. Apresentou uma proposta aos seus pares para a construção na cidade do Porto ou arredores de um sanatório. A sua argumentação sensibilizou os seus parceiros que o aceitaram e logo foi nomeada uma comissão para trabalhar no projecto. Foi escolhido o nome do futuro sanatório “Príncipe da Beira” O projecto não passou à prática devido a sucessivas crises políticas.

¹⁹ Azevedo, Irene e Carlos Azevedo - As Brigadas na Luta Anti-Tuberculose. Separata de «O Médico», N° 667, 1964

¹⁹ Azevedo, Irene e Carlos Azevedo - As Brigadas na Luta Anti-Tuberculose. Separata de «O Médico», N° 667, 1964

Em 1908 a rainha Dona Amélia deslocou-se ao Porto com a finalidade de se encontrar com os responsáveis na cidade pela luta contra a tuberculose. Nessa reunião formou-se nova comissão incumbida da execução do projecto de um sanatório. A rainha sensibilizada com os dramas que a doença causava, e que ela própria viveu dado que o rei e sua filha morreram de tuberculose, disponibilizou uma elevada verba para a aquisição dos terrenos.

A implementação da República em 1910 trouxe uma instabilidade muito grande ao país. Esta crise política reflectiu-se em todos os aspectos da actividade portuguesa a que não escapou a luta contra a tuberculose. A família real abandonou o país ficando adiado o projecto do sanatório que a rainha tanto acarinhara.

O contexto mundial também era de grande instabilidade uma vez que eclodiu a primeira guerra mundial em 1914. Este aspecto acentuou as dificuldades económicas europeias e Portugal não foi excepção. As condições de vida da maior parte da população portuguesa eram de extrema pobreza. A tuberculose alastrava de forma preocupante, e mais uma vez a construção do sanatório no Porto ficou adiada até 1917.

Como a cidade do Porto continuava a ser a zona do país cuja mortalidade por tuberculose era das maiores do país, urgia tomar medidas para inverter essa situação.

Nesta época dirigia a de ANT, fundada nos finais do século XIX (1899), um médico de grande prestígio, o professor Lopo de Carvalho. A partir da acção desta figura, muito prestigiada no nosso país, a luta contra a tuberculose tomou rumos de eficácia. Lopo de Carvalho nomeou uma comissão, que rapidamente comprou o terreno no monte da Virgem em Vila Nova de Gaia. Este local foi considerado excelente pelo seu clima ameno, abrigado dos ventos, situado em altitude razoável e com óptimas vistas para o mar.

Inicialmente o terreno tinha a área de 500m² que se destinava à construção de um pequeno sanatório com cerca de cinquenta camas. Todavia só em 1933 foi anexada a restante área da parcela inicial, sendo adquirida pela ANT e lançada a primeira pedra do sanatório D. Manuel II.

A segunda guerra mundial eclodiu e desmantelou toda a economia europeia. Portugal viveu também os efeitos da guerra. As campanhas organizadas a favor da ANT não angariavam verbas suficientes para avançar com projectos como o do sanatório. As obras foram de novo suspensas em 1935. Por esses condicionalismos, mas também porque o projecto inicial foi concebido para um número reduzido de camas, e que já não correspondia às reais necessidades.

O ministério das obras públicas decidiu reorientar o projecto inicial para um segundo plano de obras. O novo sanatório agora com capacidade para duzentos e cinquenta camas foi concebido pelo arquitecto Vasco Morais Palmeira.

Com os avanços e recuos desta estrutura hospitalar chegamos a 1936. A situação de impasse financeira foi ultrapassada porque a rainha D. Amélia exilada em França, veio a Portugal e deslocou-se ao Porto para observar as obras. A monarca, ao observar o panorama de abandono do projecto, ofereceu um donativo de dois mil e quinhentos euros (500 contos) para concluir as obras.

Só em 1947 ficou pronto o pavilhão central recebendo os primeiros trinta doentes tendo o Dr. Mário Aguiar Cardoso sido nomeado director do sanatório.

A principal via de internamento fazia-se através do dispensário do Porto, que era até essa época a instituição mais representativa no distrito do Porto no tratamento da tuberculose, embora o sanatório recebesse doentes de outras instituições nomeadamente, do hospital de Santo António e dos serviços de medicina privada. Nos primeiros anos de funcionamento do sanatório verificou-se a urgência na construção dos restantes pavilhões do projecto. A tuberculose era o maior problema de saúde em Portugal, e o sanatório não tinha condições para receber todos os doentes sinalizados pelas instituições de saúde.

Aos poucos o sanatório foi aumentando as suas estruturas, organização e recebendo mais doentes.

No Pavilhão Feminino para além das enfermarias e do refeitório foi instalada uma escola primária para as crianças internadas. O número de vítimas desta faixa etária era elevado, por isso, se compreende que a direcção do sanatório tivesse a preocupação de reservar um espaço de aprendizagem e de recreio para as crianças, uma vez que os internamentos, regra geral, eram muito prolongados.

A ANT até 1947 funcionava de forma autónoma na luta anti-bacilar. Quando as obras do Pavilhão Masculino, Feminino e o anexo infantil terminaram o sanatório foi inaugurado oficialmente. A partir de 1947, o sanatório D. Manuel II e outras estruturas de luta contra a tuberculose sob orientação da ANT passaram para a tutela do governo, e todas as questões de saúde relacionadas com a tuberculose passaram a ser tratadas pelo Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos com a sigla IANT.²⁰

²⁰ Almeida, António Ramalho – Sanatório D. Manuel II. Gaia, 1998

Vacinas

O desejo de combater a tuberculose através da acção medicamentosa tem longa história, mas um dos seus períodos áureos surgiu com Villemin e Koch. Estes cientistas trouxeram o tema da tuberculose para o laboratório e para o debate científico. Dos seus trabalhos laboratoriais se destaca a descoberta de soros de bacilos mortos e suas toxinas, chamadas tuberculinas. Pretenderam a partir desses extractos obter uma vacina que erradicasse a tuberculose. Infelizmente os resultados não foram os esperados, mas as suas pesquisas serviram de base a outros cientistas que continuaram na luta contra o bacilo da tuberculose.

Mais tarde o médico francês Albert Calmette (1863-1933) deu novo impulso na luta contra a bactéria da tuberculose. A este cientista se deve a obtenção pela primeira vez de uma cultura de virulência forte, mas incapaz de provocar lesões no homem ou outros animais mesmo em doses muito elevadas.²¹ Este extracto obtido por Calmette e Camille Guérin (1872-1961), seu companheiro de investigação, perdeu o seu poder patogénico mantendo as propriedades imunizantes. Esta vacina B.C.G. (Bacilo de Calmette e Guérin) depois de aplicada confere ao indivíduo imunidade ao produzir anticorpos.

As conclusões a que chegaram Calmette e Guérin foram alvo de calorosas discussões académicas mas as pesquisas laboratoriais demonstraram que a vacina do B.C.G. diminuiu de forma notável os casos de tuberculose.

Uma bactéria da tuberculose tem a capacidade de infectar o seu hospedeiro, mas uma injeção de B.C.G. no ser humano é inofensiva, mas desencadeia no seu sistema imunitário anticorpos capazes de combater o bacilo da tuberculose.

A pouco e pouco foi-se apurando a eficácia das vacinas, pela sua purificação e conservação.

Este instrumento preventivo da tuberculose permaneceu até aos nossos dias, principalmente nos países de alta incidência, como forma de prevenir esta doença.

Depois de ter sido posto de lado o factor hereditário como causa da tuberculose, a infecciosidade e o contágio começaram a ser os alvos dos fisiologistas e dos higienistas. Sendo as crianças nos primeiros meses de vida alvos indefesos e atacados pelo bacilo, era urgente proteger

esta população da tuberculose. Era necessário transmitir às crianças em tenra idade, um grau de imunidade artificial provocada pela vacina do B.C.G. Então os centros de profilaxia e diagnóstico do IANT, com a colaboração do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, o Instituto Nacional de Estatística, a Direcção Geral de Saúde e outros organismos sanitários, intensificaram uma campanha de vacinação pelo B.C.G. e de radio-rastreio por todo o país.

Depois de elaborados os princípios gerais da organização dessa campanha, promoveu-se o apetrechamento de recursos técnicos e humanos desses serviços. Visava-se uma maior articulação entre os organismos envolvidos e uniformidade dos métodos: técnicas, leituras e registos de provas de pesquisa de sensibilidade à tuberculina, vacinação e resultados de exames radiológicos.

Na década de cinquenta do século XX Portugal tinha uma cobertura de dispensários satisfatória. A campanha de vacinação do B.C.G. foi dirigida aos recém-nascidos e população pré-escolar. Após avisos feitos pelos padres professores e representantes autárquicos, passava nas localidades uma brigada móvel e as crianças eram vacinadas pelo B.C.G.

As brigadas de vacinação tiveram um grande alcance na luta contra a tuberculose, não só pelo elevado número de crianças vacinadas mas também pela área coberta. Como essas equipas móveis se deslocavam praticamente ao domicílio, a percentagem de indivíduos vacinados era muito superior a todos os outros centros de vacinação fixos.

Os recém-nascidos eram convocados pelos centros de vacinação fixos, como os dispensários e centros de saúde, mas só uma percentagem reduzida comparecia para o efeito. A explicação para este facto baseia-se principalmente pela dificuldade que a população tinha em se fazer deslocar com os seus filhos a esses locais, e talvez pela falta de informação relativa à importância da prevenção da tuberculose.

O B.C.G. e o radio-rastreio foram duas valiosas armas de combate à peste branca, nome pela qual, foi também apelidada a tuberculose.

Dispensários

Enquanto não se conhecia do ponto de vista científico as doenças e as suas causas, o conhecimento baseava-se no empirismo na prática e na experiência. Na área da tuberculose as

²¹ Gouveia, Sílvia - Portugal Sanitário, Dissertação para Doutoramento, Universidade de Coimbra, 1937

novidades científicas foram férteis nos finais do século XIX, tanto no conhecimento da doença, bem como na descoberta dos meios para a diagnosticar.

A invenção do Raio X em 1895 por Wilhelm Roentgen representou um grande avanço na história das doenças. Logo que os recursos radiológicos foram implementados, o que aconteceu muito antes da instalação do microscópio em alguns laboratório,²² assistiu-se à utilização indiscriminada destes aparelhos, descurando-se o efeito da radiação cumulativa.

A utilização do Raio X sem protecção vitimou muitos médicos e pessoal técnico. Mas a incapacidade inicial de lidar com segurança com esta nova ferramenta, não ofuscou a sua importância na luta bacilar.

No que concerne à tuberculose, a radiologia trouxe grandes vantagens no seu diagnóstico que até aqui se circunscrevia à auscultação. A confirmação ou não da tuberculose pulmonar torna-se possível mesmo em pessoas consideradas sãs. Assim os médicos começaram a compreender os modos de contágio, e de certa forma a estabelecer regras epidemiológicas de controlo da doença, como por exemplo o isolamento e tratamento dos portadores da doença. Através deste avanço técnico a tuberculose começa a ser entendida, como uma doença de todas as classes sociais, de todos os países bem como de todas as idades. Estes conhecimentos foram fundamentais, para que no início do século XX surgissem grandes campanhas de luta contra a tuberculose por toda a Europa.

Depois de se conhecer as características da tísica foi necessário pôr em prática planos abrangentes que permitissem curar as pessoas o mais precocemente possível, e sobretudo combater o contágio.

Na Alemanha em 1887, Calmette, prestigiado tisiologista fundou na cidade de Edimburgo o primeiro dispensário de que há memória²². Passados poucos anos (1903) outros países europeus como Portugal criaram este tipo de estruturas e estabeleceram programas de combate à tuberculose.

Uma das células fundamentais dessa luta foi o dispensário. Esta nova estrutura de saúde estava adaptada com meios de investigação que a tisiologia carecia, como já referimos atrás.

O seu corpo clínico e outros técnicos de saúde eram especializados e funcionavam em articuladamente com os higienistas, pondo em prática todos os princípios médico sociais, base de toda a luta anti-tuberculose.

²² Moreno, Armando - História da Medicina. Universal. Printipo, Lisboa, 1998

Os doentes dirigiam-se ao dispensário, uns em fase inicial da doença, outros em estado adiantado, mas todos com a esperança de viver e aí encontrarem solução para o seu sofrimento. O dispensário a todos tinha que dar resposta, através do diagnóstico e respectiva terapêutica. Quando as esperanças fossem nulas, ou seja, a doença já tivesse invadido o organismo provocando lesões graves e irremediáveis, ao dispensário só restava actuar com apoio moral fazendo-o baseado nos princípios da dignidade humana e acompanhava doente até à morte.

A partir do rastreio no dispensário, o doente de acordo com o seu diagnóstico era encaminhado para as estruturas articuladas aos dispensários: os sanatórios de altitude, de planície e marítimo, os serviços de isolamento dos hospitais gerais e os preventórios.

As crianças, que representavam um grupo de risco eram colocadas em preventórios que funcionavam como creches de acolhimento e de prevenção da tuberculose. Por isso eram muitas vezes afastadas da família com tuberculose para evitar o contágio. Hoje esta atitude seria questionada, uma vez que a Psicologia do Desenvolvimento Infantil defende ser fundamental respeitar a fase de vinculação da criança à família, dada a importância desses laços afectivos no desenvolvimento harmonioso da criança. Mas esta observação não tira o mérito de todas as formas envolvidas na época, no cerco epidemiológico ao bacilo.

O dispensário contactava as estruturas especializadas, os sanatórios e alguns hospitais, para acompanhar o doente tuberculoso. Mas nem sempre havia luz verde para receber os doentes porque o número de camas das referidas estruturas era reduzido. Então teve-se que adequar os recursos existentes às circunstâncias, pois era urgente travar o contágio e dar dignidade aos doentes. Todo o doente rastreado com tuberculose, e não conduzido para os locais adequados à sua problemática era mais um foco de contágio.

Além da importância da cura bem como da prevenção os dispensários tinham também uma vertente educacional. O doente e respectiva família, bem como os moradores mais próximos, recebiam dos técnicos de saúde do dispensário, noções de higiene e profiláticas no domicílio. Toda a população deveria estar envolvida na cruzada contra a tuberculose. Para isso era necessário informar as pessoas sobre as características da tísica:

- A educação anti-tuberculose dos doentes.
- A organização e o funcionamento dos serviços de desinfectação.
- A distribuição de escarradores.
- Os cuidados alimentares e de higiene.

Desta forma organizada e alargada a luta contra a tuberculose, para além dos centros de atendimento, alargava a sua acção junto da população sensibilizando-a, esclarecendo-a e apelando ao esforço de cada um para vencer a força bacilar.

Dos técnicos que se deslocavam ao domicílio destacamos o papel das enfermeiras visitadoras. Estes elementos afectos ao dispensário tinham a finalidade de socorrer os doentes tuberculosos no domicílio, e informar os familiares dos cuidados a tomar para que não fossem contagiados.

A formação das enfermeiras visitadoras era de dois anos para quem iniciasse a profissão, e de onze meses para aquelas que já fossem diplomadas. No fim do curso obtinham um diploma de formação na área de higiene social. Decorridos seis meses de experiência eram nomeadas enfermeiras visitadoras de dispensário.²³

A título de curiosidade se refere que em 1893 foi inaugurado o primeiro Dispensário Infantil em Alcântara Lisboa, pela rainha Dona Amélia. Passados alguns anos (1901) surgiu em Lisboa o primeiro dispensário anti-tuberculoso dirigido à população em geral, no qual Calmette interveio com as suas ideias. Estas foram em Portugal as primeiras células de luta contra a tuberculose, que serviram de modelo para outras estruturas que foram nascendo por todo o país.

Apesar do esforço os serviços alargados do dispensário não surtiam, por vezes, o efeito desejado. O número de doentes a internar era superior à oferta de camas existentes nos sanatórios e nos hospitais adaptados para esse fim. Por isso alguns dispensários foram apetrechados com um número reduzido de camas, onde eram tratados doentes em situações avançada ou com indicação cirúrgica. Em 1930 havia alguns dispensários que dispunham dos serviços com capacidade para fazer pneumotorax. Trata-se de uma técnica cirúrgica que consistia na imobilização da zona pulmonar atingida pela tuberculose, através da introdução de ar na cavidade pleural.

O avanço dos conhecimentos no campo da tisiologia impôs desafios aos dispensários na área do diagnóstico, da terapêutica e da profilaxia, sendo estas estruturas motor de toda a luta anti-tuberculose.

Na sequência evolutiva da acção dos dispensários vejamos como estes funcionavam nas décadas 40/50. A maior parte das instituições de saúde de luta anti-bacilar estavam sob a tutela da ANT. Os médicos e os representantes da liga deslocavam-se aos núcleos da liga espalhados por todas as regiões. Aí reuniam com as autoridades de saúde, as autoridades civis, as

²³ Abreu, Lopo de Carvalho Cancela - Algumas considerações sobre o problema da tuberculose em Portugal, *Jornal Médico*, LIX (1207), 1966

autoridades religiosas e outras forças vivas, pedindo colaboração para mais uma grande acção no combate ao bacilo de Koch.

Numa primeira fase apelava-se para que se formasse uma espécie de “ligas sanatoriais concelhias”⁴ cuja finalidade era reunir com a população e sensibilizá-la para a importância da profilaxia, do diagnóstico e do tratamento da tuberculose. Nesta fase a luta anti-bacilar já tinha em seu poder outros meios de combate, como a radiologia bem como as vacinas. Esses núcleos situados nas regiões trabalhavam para que a população ficasse informada da importância do exame radiológico, das provas da tuberculina e do tratamento no controlo da tuberculose.

Logo que a população estivesse informada da existência destes meios que estavam ao dispor de todos, dirigia-se para o local uma equipa de técnicos, com equipamento móvel, para iniciar o radio-rastreio e as provas da tuberculina.

Passados três dias outra equipa deslocava-se ao mesmo local para fazer a leitura das provas da tuberculina, anteriormente efectuadas, vacinar as pessoas de acordo com os resultados ou orientar para os centros os casos com resultados fortemente positivos ou suspeitos.

Paralelamente a este trabalho os serviços de retaguarda nos dispensários verificavam quem faltou aos exames. Uma semana mais tarde os absentistas eram convocados pelo correio para comparecerem na sede da freguesia. Na data marcada deslocava-se para esse local uma brigada de reserva para atender os faltosos repetindo os procedimentos.

Se ainda persistissem resistentes ao rastreio, nesse caso os utentes eram convocados com carácter oficioso, através de carta que era entregue no domicílio pelas autoridades locais, que sempre estiveram ao lado dos responsáveis sanitários. Nesta fase do rastreio os faltosos deslocavam-se à sede do concelho. Mas se não tivessem oportunidade de fazer esse rastreio nos locais referidos podiam fazê-lo no dispensário distrital.

Associados ao plano de prevenção pelo B.C.G. também existia o despiste da doença através do exame bacteriológico através da expectoração e o rádio - rastreio. Numa fase inicial o último exame dirigia-se a toda a população. Mais tarde passou a fazer-se por rotina aos indivíduos com quinze ou mais anos.

Dos resultados da prova da tuberculina, do exame bacteriológico e do rádio – rastreio podia tirar-se conclusões, quanto à epidemiologia da tuberculose num determinado ano e em certas zonas ou grupos profissionais. Essas informações foram fundamentais para prevenir e

⁴ Araújo, António – A disciplina na luta anti – tuberculose, 1933

circunscrever a doença ao número reduzido de casos expressos nas duas últimas décadas do século XX.

Os Antibióticos e o Bacilo

O maior golpe no combate à tuberculose foi dado em meados do século XX quando surgiram os primeiros fármacos. A descoberta da Penicilina por Fleming por volta de 1928. Depois em 1943 Alban Wakman lançou novas esperanças no tratamento da tuberculose, ao descobrir a Estreptomicina. Estes medicamentos e outros, como a Rifampicina, a Isoniazida, trouxeram novas atitudes terapêuticas que marcaram definitivamente o tratamento da tuberculose. A eficácia dos antibióticos destruiu milhões de bacilos começando a deslumbrar-se o controlo epidemiológico. A descoberta dos medicamentos permitiu contrariar a força invencível dos bacilos, e o rumo do tratamento da tuberculose tomou contornos inimagináveis uns anos antes. Ainda na década de 50 do século XX Portugal edificava sanatórios pois essas estruturas configuravam-se necessárias para fazer face ao número de casos existentes. O sucesso na luta bacilar deve-se à descoberta de novos medicamentos, bem como os efeitos práticos sentidos pela aplicação das vacinas. A acção eficaz destas forças preventivas permitiu que a incidência de novos casos de tuberculose baixasse consideravelmente.

Assim, passados vinte anos Portugal começou a dismantelar a sua estrutura anti-tuberculose, construída poucas décadas antes. Com os fármacos o tratamento pôde ser feito no domicílio, e o recurso dos sanatórios deixou de fazer parte dos planos terapêuticos para os doentes com tuberculose. A partir da década de 60/70 do século XX, assistiu-se em Portugal à desactivação dos sanatórios e sua reconversão em hospitais. O actual Hospital Santos Silva, em Vila Nova de Gaia é um exemplo dessa reconversão, sucedendo ao antigo sanatório D. Manuel II.

Por outro lado a eficácia dos medicamentos foi sendo apurada de forma que o período de tratamento, que inicialmente era de dois anos, passou para seis meses e o período de internamento quando necessário passou a ser mínimo.

A perspectiva da erradicação da tuberculose passou pela mente de muitos especialistas. Por isso a organização dos serviços de saúde não manteve o alerta necessário no âmbito das doenças

infecciosas. Chegamos assim ao século XXI e Portugal, bem como outros países, ainda tem uma incidência elevada de tuberculose, continuando a implicar programas de vigilância epidemiológicos específicos.

Surgiu um novo obstáculo na luta anti-tuberculose: o aparecimento de estirpes de bacilos resistentes aos fármacos existentes. Os bacilos que sobrevivem graças a um tratamento antibiótico irregular, ou interrompido precocemente e que conseguiram resistir, são seleccionados ganhando resistências que são rapidamente disseminadas no contágio de outros doentes

No plano teórico a tuberculose pode ser erradicada, mas isso ainda não foi possível pois a humanidade ainda não foi capaz de accionar todas as ferramentas terapêuticas e higiénicas que estão ao seu alcance, para vencer a força bacilar. Em muitas regiões do mundo têm permanecido obstáculos sociais favoráveis ao bacilo que ainda não foram removidos, entre os quais a falta de formação higieno-sanitária dos doentes e da população em geral e a inexistência de serviços médicos.

5 – FORMALIDADES LEGAIS NUMA PERSPECTIVA SANITÁRIA

O estudo de qualquer fenómeno social deve inserir-se também numa lógica normativa, de forma que nos permita antever o seu enquadramento à luz da legislação vigente, bem como a interpretação que esta faz dessa realidade.

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.

Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública de 24 de Dezembro de 1901

Este documento dá-nos a conhecer de forma sucinta, as novas regras dos serviços sanitários.

São atribuídas às Câmaras Municipais responsabilidades no âmbito da saúde pública, nomeadamente nas obras de salubridade e no combate das doenças infecciosas, bem como, alerta os responsáveis municipais para a sua acção e poder de iniciativa em tudo o que seja benéfico na área da sanidade local.

Também consagra este novo regulamento a importância dos padres; além da responsabilidade dos registos mortuários e nascimentos, cabe-lhes também a divulgação de leis e conselhos populares sobre higiene.

Esta lei 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 do Porto e de Lisboa 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.

Segundo a fonte em análise, a cidade do Porto entre 1868 e 1898, “jazia ainda nos obsoletos e mesquinhos moldes”²⁴ da organização sanitária.

A Câmara do Porto instituiu um serviço de saúde e higiene, que se especializou na profilaxia das doenças infecciosas. O governo, tendo em conta que esta cidade era alvo de graves epidemias, formou uma inspecção de serviços sanitários.

Sob a orientação da Câmara do Porto havia também um laboratório de bacteriologia e um posto de desinfecção público, ficando a cidade dotada de um serviço de sanidade pública, de acordo com as suas exigências populacionais.

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.

Regulamento dos Serviços de Higiene Pública de 24 de Dezembro de 1901

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

- Que a “riqueza pública e a sanidade pública”,²⁵ numa sociedade moderna devem andar a par.
- Que as entradas e saídas de pessoas pelas fronteiras, devem ser fiscalizadas pela tutela dos serviços de higiene.
- Que o número crescente de emigrantes exige um sistema profiláctico pronto a actuar, sem ser anti-social.
- Que os estudos bacteriológicos devem ser a base de toda a pesquisa e higiene epidémica.
- Que a medicina nacional deve estar atenta e preparada a dar resposta, sempre que encontrem suspeitas de focos epidémicos.
- 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 mas que nunca foi valorizado, permitindo o avanço de focos epidémicos de difícil controlo como foi a peste no Porto.

²⁴ Boletim dos Serviços Sanitários – *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência*. 24 de Dezembro, 1901

²⁵ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Regulamento dos Serviços de Higiene Pública*. 24 de Dezembro, 1901

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”.²⁵

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.

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

Os serviços marítimos sanitários foram integrados no plano estabelecido para a sanidade geral. Em cada porto esses serviços foram 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.

Portaria de 4 de Agosto de 1902

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 portaria 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, 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 sadios 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”²⁶ a tuberculose. Para o governo da época combater a doença do peito 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.

Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose – 30 de Agosto de 1902

O artigo 1º deste regulamento refere o seguinte:

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.

²⁶ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose. 30 de Agosto, 1902

Atribuições Sanitárias das Delegações ou Sub-Delegações de Saúde

- Verificação de doenças do pessoal da Direcção Geral de Instrução Pública;
- Inspeccionar sanitariamente os colégios, escolas públicas e particulares;
- Inspeccionar os alunos, indicando os que não estão vacinados e os que sofrem de doenças contagiosas ou que prejudiquem a saúde da colectividade;
- Promover a revacinação que for conveniente da população escolar;
- Passar certificados de integração escolar, a alunos que tiveram que ser afastados da escola, por serem portadores de doenças contagiosas. A readmissão dos alunos referidos, só seria feita depois de um controlo apertado dos serviços sanitário e das escolas (Art. 370º);
- Decidir do encerramento de uma escola caso tenha sido alvo de epidemia;
- Garantir as condições básicas de salubridade dos edificios escolares (luz, ventilação, temperatura,...) - (Art. 377º);
- Definir o que deve ser feito nas construções escolares sob a responsabilidade da Direcção Geral das Construções Escolares (Art. 381º e 382º);

Instituto Central de Higiene - Ensino Sanitário Técnico

O Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose cria o Instituto Central de Higiene (Art. 115º).²⁷

Este organismo tinha várias funções:

- Especializar médicos sanitários e engenheiros para ocupar cargos no âmbito da saúde pública;
- Promover os trabalhos de higiene prática e a introdução dos melhoramentos de aplicação sanitária.
- Divulgar o avanço da higiene pública e adoptar os seus processos doutrinários através de conferências e exposições;
- Proceder às investigações e análise laboratoriais exigidas pelas inspecções sanitárias especialmente de géneros alimentícios.

Formação Médica - Sanitária

No período em estudo há uma figura pública que merece destaque pelo seu prestígio e conhecimento nas áreas da investigação e das ciências médicas. Trata-se do Dr. Ricardo Jorge 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 e engenharia sanitária. O documento da autoria de Ricardo Jorge define o perfil dos candidatos que podem inscrever-se nos referidos cursos 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 engenharia sanitária, da epidemiologia da bacteriologia aplicada à higiene, da profilaxia anti-infecciosa, da meteorologia, da hidrografia, da microscopia e da clínica sanitária.²⁷

De uma forma resumida conclui-se que, o regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose de 30 de Agosto de 1902, sobre as inspecções sanitárias, pretende 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.

²⁷ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Instituto Central de Higiene*. Edital, Ensino Sanitário, 9 de Janeiro, 1903

Nesta lei 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...).

Estatuto da 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)²⁸ a tuberculose.

Os Estatutos

- Cada associação local usa o nome da Liga/Associação acrescentado do nome da localidade onde tem a sua sede (Art. 2º).
- As associações locais regem-se e administram-se de forma autónoma e independente de todas as outras (Art. 3º).
- Os diferentes núcleos associativos locais estão ligados por laços de auxílio recíproco, tanto moral como material (Art. 4º).
- Somente constitui lei comum o que for decidida por maioria de votos em congresso de delegados dos diferentes núcleos (Art. 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 (Art. 7º).
- Cada sócio pagará 15.000 reis de quota anual para as duas classes (Art.9º).
- A Direcção da Liga é constituída por um presidente, um secretário-geral, um 1º e 2º secretário e um tesoureiro (Art. 12º).

²⁷ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Instituto Central de Higiene*. Edital, Ensino Sanitário, 9 de Janeiro, 1903

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 (Art. 15º)

Comissão de Vulgarização

A Comissão de Vulgarização destinava-se a divulgar os conhecimentos científicos indispensáveis a uma defesa individual e colectiva da doença do peito (Art. 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 (Art. 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, (Art. 24º)

²⁸ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Estatuto da Associação Nacional Contra a Tuberculose*. Portaria 20 de Fevereiro, 1903

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 (Art. 22º).

Comissão de Legislação

A Comissão de Legislação destinava-se ao:

- 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 (Art. 23º).

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, (Art. 25º).

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”²⁹ no exército.
- Que o exército recebia da população civil o “germe do mal”²⁹, que por toda a parte se desenvolvia de modo ameaçador.
- Era necessário opor uma barreira ao “mal temeroso”²⁹ e assegurar as melhores condições de salubridade no exército.
- Que destino dar aos soldados em que a tuberculose se tenha manifestado.

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

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 Hipocrates, Laennec, Villemin, Koch, e 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 Behering 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.

²⁹ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Relatório*. 30 de Outubro, 1903

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”²⁹ e outros que auxiliam o organismo na sua defesa contra o bacilo de Koch.

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 do peito que pretendessem fazer a sua cura.

As condições climáticas propostas por Marfan correspondiam às características climáticas da Ilha da Madeira.

Temperaturas médias na Ilha da Madeira

O mesmo estudo apresenta as temperaturas médias na Ilha da Madeira:

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

A tuberculose na Ilha da Madeira

O relatório informa também o Ministro do Reino, da realidade na ilha em relação à tuberculose. Refere que a tísica atingia as classes pobres da Madeira tal como no continente. Nos hotéis os doentes e os sãos não tinham tratamentos diversificados tal como a simples desinfecção dos quartos e separação das respectivas roupas.

Também aborda a degradação social dos indivíduos portadores de tuberculose, que recorrem ao álcool como forma de iludir o seu sofrimento.

O documento reforça ainda a necessidade de um sanatório na ilha, com dimensões adequadas, como forma de prevenir futuras invasões bacilares.

Decreto de 15 de Dezembro de 1904

No seguimento do teor do relatório abordado no ponto anterior, que foi enviado ao Presidente do Conselho de Ministros cujo teor era favorável à construção de um sanatório no Funchal, o decreto de 15-12-1904 determina que:

- A importação de materiais e instrumentos destinados ao sanatório da Ilha da Madeira fica isenta de impostos.
- A isenção de direitos aduaneiros do material e instrumentos para os serviços do sanatório da Ilha da Madeira, ficará dependente da autorização do Ministro da Fazenda.

No ano de 1904 o sanatório do Funchal estava em construção, sendo responsável pela obra o Príncipe Frederico Carlos Hohenlohe, embora já funcionasse na ilha em instalações adaptadas para o efeito, um sanatório desde o século XIX, conforme já foi referido. O governo português isentou de impostos os materiais e instrumentos médicos cirúrgicos ou de higiene para o novo sanatório.

De realçar que este empreendimento arrancou num curto de espaço de tempo. O relatório de estudos sobre o local escolhido para o referido sanatório é de 30-10-1903, e o decreto que

²⁹ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Relatório*. 30 de Outubro, 1903

isenta de impostos os materiais e instrumentos necessários para o referido sanatório é de 15-12-1904, ou seja, um ano e dois meses depois.

Regulamento de 12 de Outubro de 1926

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”.³⁰

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

Por outro lado a medicina preventiva assinalou um grande progresso e o número de doenças infecciosas bem como o número de mortes diminuiu.

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

As condições higiénicas e profilácticas 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 começou 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 é 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.

³⁰ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Decreto Lei*. 12 de Outubro, 1926

Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública

Na reforma de 12 de Outubro de 1926 ressalta o princípio de que os serviços de saúde devem ser prestigiado 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”³⁰ 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 39).

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”.³⁰

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. Que a dispersão dos serviços de saúde pelos diferentes ministérios foram alvo de intervenção.

O decreto de 17 de Outubro de 1920 integrou o Conselho de Melhoramentos Sanitários, na Direcção Geral de Saúde, mas por motivos económicos essa alteração não se verificou.

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

³⁰ Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Decreto Lei*. 12 de Outubro, 1926

6 - LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL - Anos 30

A dessacralização da tuberculose verificou-se logo que foi isolado o bacilo de Koch, conhecidas as causas propícias à sua manifestação bem como o seu alto grau de contagiosidade.

Estamos no princípio do século XX e a luta contra a tuberculose ainda não inclui os antibióticos ou vacinas dado terem sido descobertos e difundidos posteriormente.

Nessa época o tratamento da tuberculose era feito através dos meios considerados eficazes por toda a Europa: a cura em sanatório através de ar puro, do descanso e da alimentação, princípios baseados na teoria de Brhmer.

A situação epidemiológica em Portugal era muito grave e foi necessário pôr em marcha um plano de combate à tuberculose, dado que os reflexos sociais deste flagelo começavam a ser preocupantes. O panorama do contágio era alarmante. As fábricas, as cadeias, o exército e outros locais de aglomerados populacionais funcionavam como autênticos viveiros, onde a tuberculose se instalava e se propagava sem contemplanções.

A doença manifesta-se de forma lenta e vai provocando incapacidades. Quando a vítima é o elemento que garante o sustento do agregado familiar, as crianças, os mais velhos e outros dela dependentes sentem mais os efeitos nefastos da doença.

Por outro lado o facto da doença ser altamente contagiosa, cada indivíduo doente representa um foco de contágio principalmente para os que mantêm relações de proximidade: os familiares, os vizinhos, os colegas de trabalho, os amigos e outros. Os reflexos sociais da tuberculose começaram a ser preocupantes e não se deslumbrava respostas de saúde nem apoios sociais de apoio à população atingida.

Além disso a tuberculose atingia todas as faixas etárias bem como todos os grupos sociais. Ninguém estava imune à doença do peito. Estes factos começaram a preocupar os governantes, a classe médica e outras forças vivas como a Associação Nacional contra a Tuberculose. Desta reflexão prefigurar-se uma certeza, de que era necessário sustentar o avanço da tuberculose.

Até serem incorporados os medicamentos no combate à tuberculose vamos descrever como se processou a luta anti-bacilar em Portugal

A mortalidade por tuberculose em Portugal

De 1902 a 1933 o número de óbitos, e os correspondentes índices anuais de tuberculose, progrediram de forma assustadora: o número de óbitos anuais subiu de 6.674 para 12.370, enquanto que, a incidência da mortalidade subiu de 120 para 175 por cada 100.000 habitantes (figura1).³¹

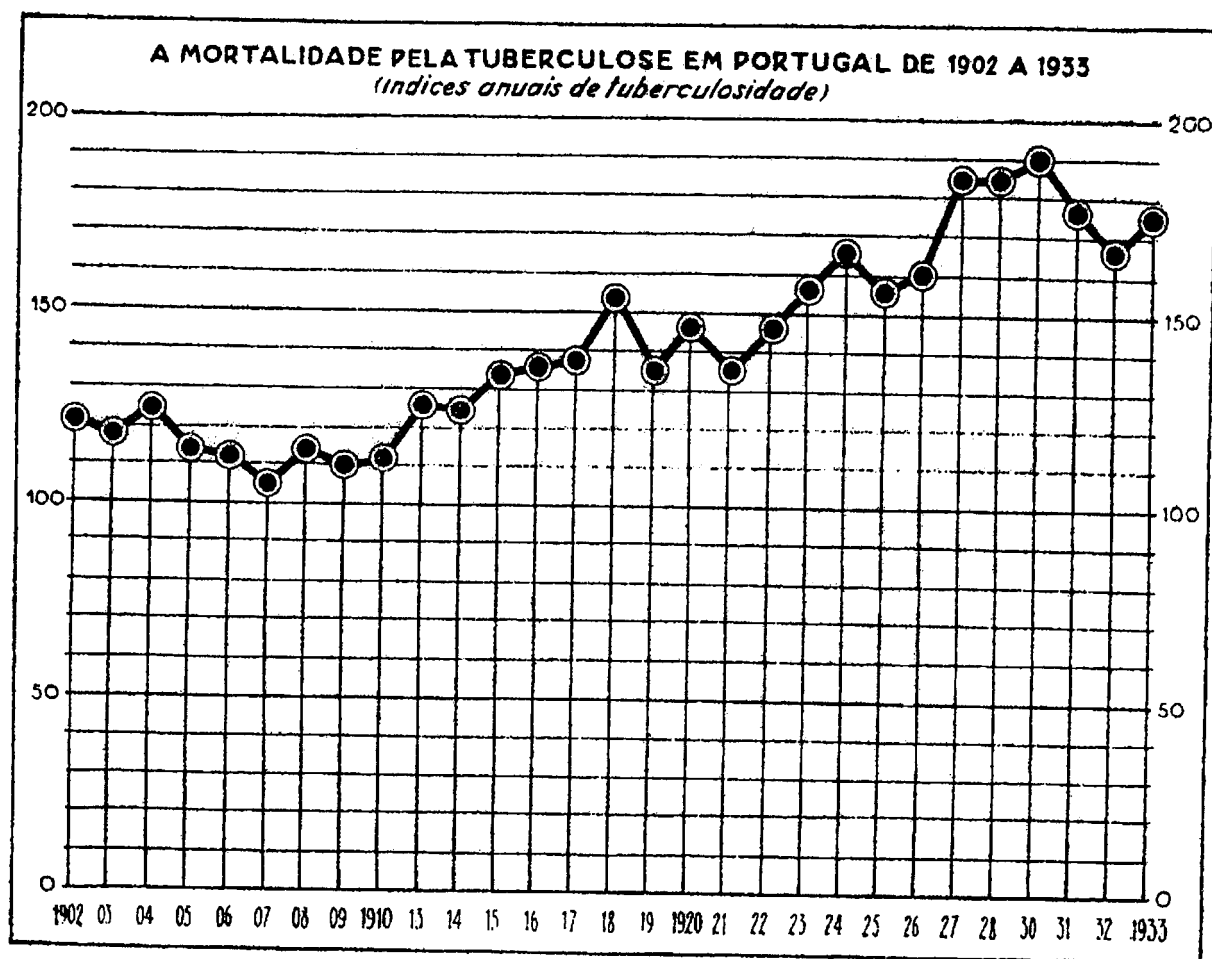


Figura 1

Apesar de ter atingido todas as idades, privilegiou as faixas etárias entre os 15 e os 45 anos de idade. Este dado é relevante para uma análise sociológica mais detalhada.

A afecção predominante desta faixa etária representava a parte mais produtiva da sociedade. Por outro lado as estruturas familiares atingidas pelo flagelo da tuberculose, ressentiam-se economicamente porque os mais capazes se encontravam doentes. Outro aspecto não menos importante relaciona-se com o facto deste grupo etário estar, salvo pequenos ajustes, em idade fértil, e consequentemente o aumento ou diminuição da natalidade, estava intimamente relacionada com tuberculose.

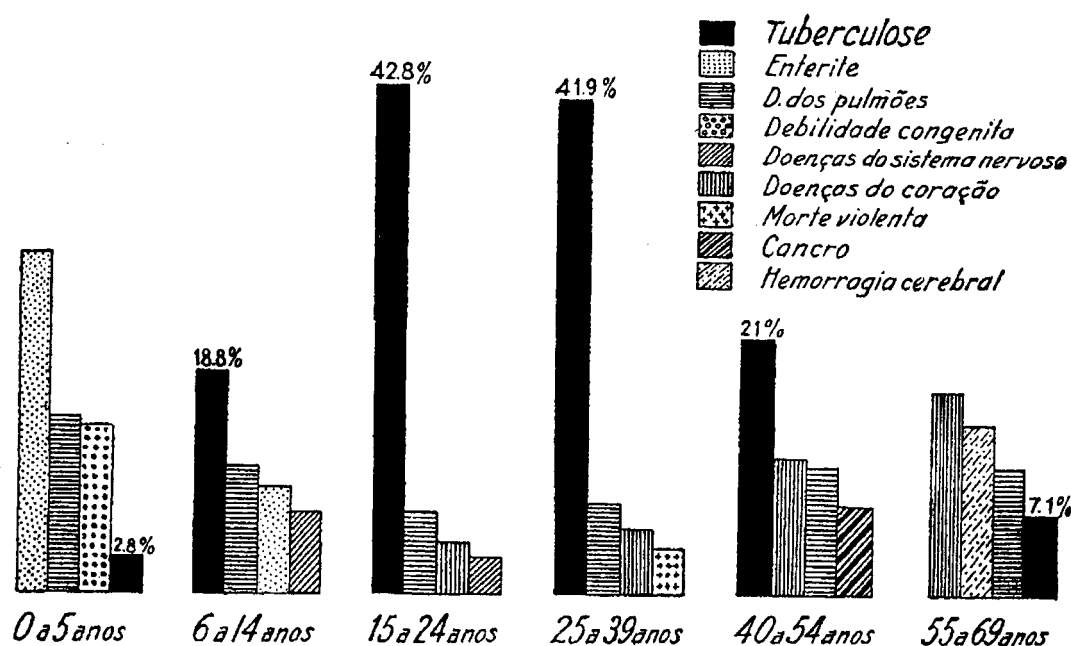


Figura 2

A figura 2 é demonstrativa da acção destruidora da tuberculose entre os 15 e os 40 anos de idade, quando comparado com as outras causas frequentes de morte, na mesma quadra de vida.

Estas conclusões baseiam-se em elementos colhidos na “Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal” e no “Anuário Demográfico” da Direcção Geral de Estatística.³¹

Segundo os referidos documentos, em 1931 o número de falecimentos, oficialmente atribuídos à tuberculose, foi de 12.172. Também no mesmo ano, a estatística acusou 10.404 casos de morte não especificada. Dentro do elevado número de óbitos por causa não especificada, encontra-se elevada percentagem de mortes por tuberculose não diagnosticada.

Assim, poder-se-á afirmar que a tuberculose terá sido a responsável pelo desaparecimento anual de pelo menos 15.000 portugueses durante o período apontado.

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934

A mortalidade por distritos

Durante o triénio de 1930-1932 só cinco distritos do continente não ultrapassaram o número anual de 250 mortes, como se verifica na figura 3³¹.

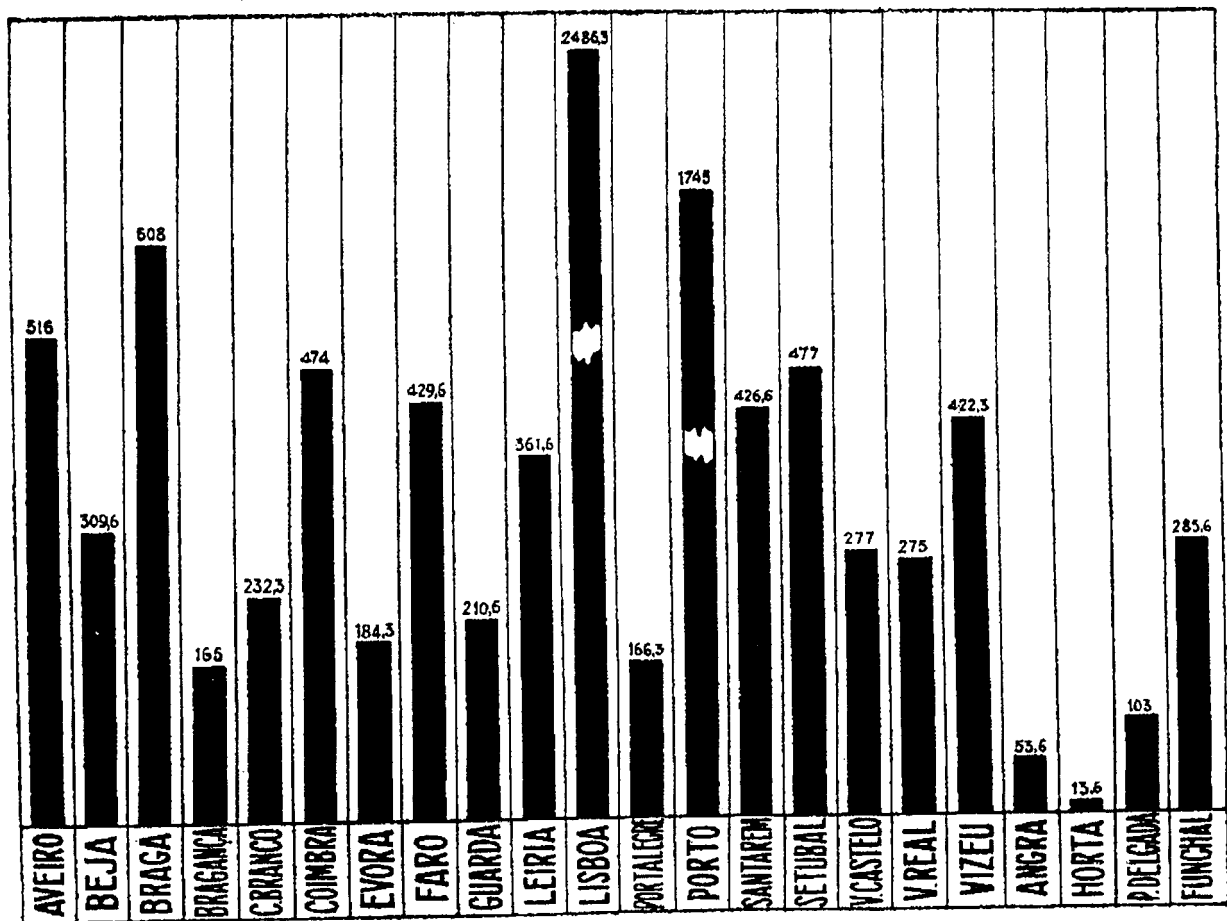


Figura 3

O gráfico também confirma os dados que atribuem taxas elevadas de tuberculose, nos locais de maior densidade populacional como Braga, Porto, Lisboa e outros, que se reflectem consequentemente no número de óbitos representados na figura 3.

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934

O declínio da tuberculose fora do contexto português

O mais preocupante para a época em referência (1930-1932) é o facto da disseminação da tuberculose em Portugal tomar proporções elevadas, ao passo que em muitos países europeus e nos Estados Unidos se verificar um declínio progressivo. Em Portugal, de 1901 a 1930, a mortalidade pela doença não diminuiu, nem sequer estacionou, sofreu pelo contrário, um acréscimo de 50%.

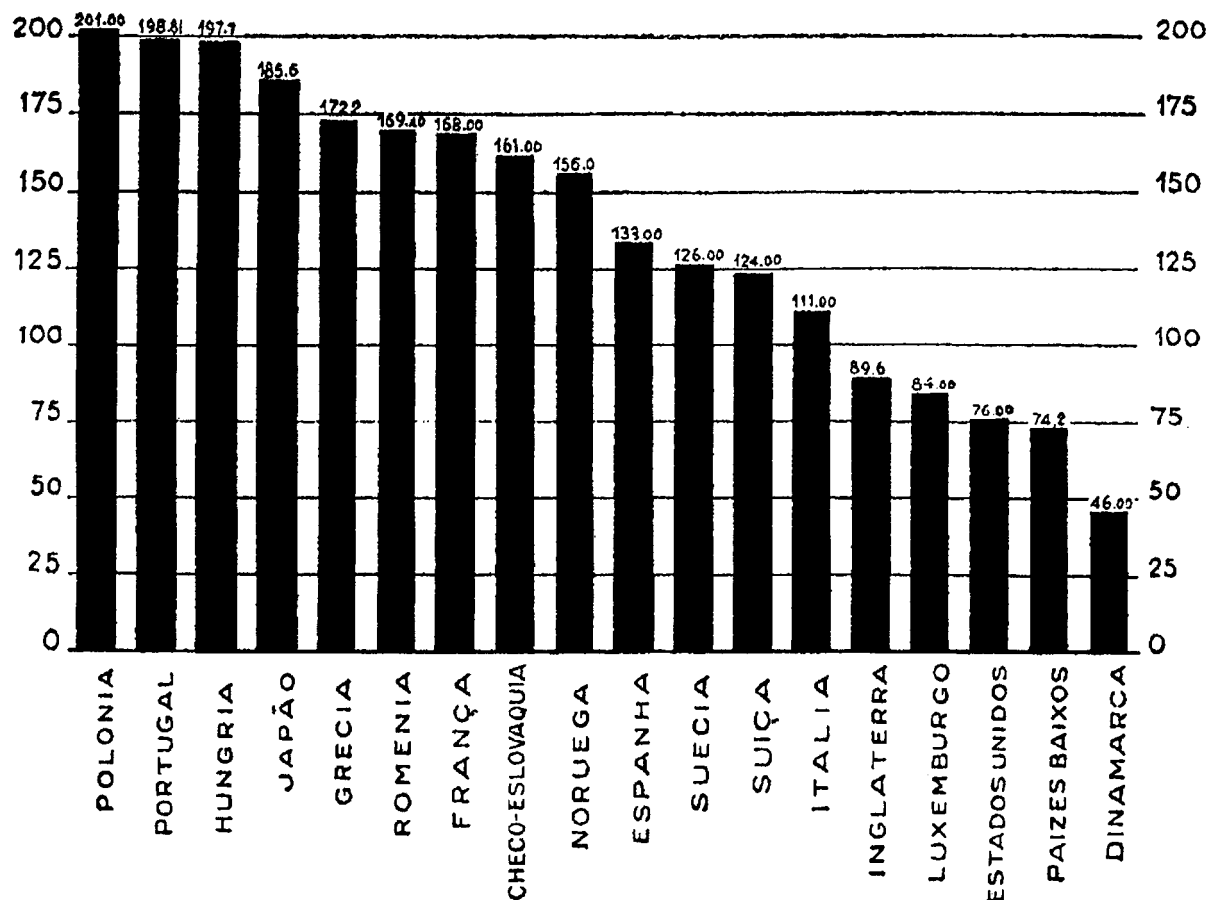


Figura 4

Perante um quadro deveras preocupante tornou-se claro para os agentes de saúde pública e, neste caso para a ANT, a urgência em organizar a defesa social contra tão grave flagelo e de proteger os inúmeros doentes da morte, através do tratamento e da prevenção.³¹

O armamento anti-tuberculose em Portugal

A tuberculose atingiu números tão elevados na população portuguesa que foi necessário criar barreiras para combater tamanho flagelo. O armamento anti-tuberculose constituiu-se a partir dos seguintes estabelecimentos: sanatórios, hospitais, preventórios e dispensários.

Durante muito tempo pensou-se que as estruturas de maior importância no combate à tuberculose fossem os sanatórios. Aí, deveriam ser internados os agentes portadores da doença para serem tratados e por outro lado impedir o contágio. Assim, em Portugal foi construída uma rede de sanatórios de forma que o nosso país ficou abrangido por estas instituições especializadas no tratamento da tuberculose.

O isolamento dos doentes

Os sanatórios para além de terem sido instrumentos de cura, foram também um excelente meio de profilaxia através da reclusão dos doentes infectados e, como tal, propagadores da doença. Estas instituições foram ao mesmo tempo, escolas de educação exemplo vivo de que a tuberculose era curável, sempre que o indivíduo fosse diagnosticado no limiar da doença. O doente em estado avançado da tísica não beneficiava de efeitos terapêuticos no sanatório, mas o seu internamento era vantajoso como acção profiláctica. Ao isolar o doente impedir-se-ia que ele contagiasse outras pessoas.

No entanto a utilização dos sanatórios como forma de isolamento dos doentes com tuberculose apresentava-se muito onerosa. Os sanatórios tiveram como principal destino receber doentes que se encontrassem em período de cura, ou seja numa fase inicial da doença. Todavia, constava-se que este tipo de doentes era em menor número, dado que o tuberculoso somente recorria aos serviços médicos numa fase avançada da sua doença, ou seja, “quando a tosse e a expectoração não o largavam, os suores nocturnos o incomodavam, a fadiga o importunava e a magreza o depauperava.”³¹ Até aí o tísico ia trabalhando, despendendo pouco a pouco as suas

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934

reduzidas energias e a doença ia atacando lentamente de forma implacável. O doente chegando a esta fase raramente se salvava.

Como diz o povo: “-Uma desgraça nunca vem só!”. Este tipo de doente é incurável e passa a ser um agente de disseminação da tuberculose. Os contactos sociais do indivíduo atingido pela doença passam a ser perigosos através da expulsão de partículas bacilares quando o indivíduo tosse ou fala.

Então, o seu isolamento, o controlo sanitário da família com quem coabita e da sociedade onde a sua acção se exerce passa a ser uma medida necessária.

Os Hospitais - Sanatórios

Numa fase avançada, a tuberculose era incurável; mas tornou-se necessário isolar o doente para que a sua acção contagiante fosse limitada. Outro aspecto humanitário foi oferecer a estes doentes na fase terminal das suas vidas, algum alívio no seu sofrimento e alguma dignidade humana. Assim, tornou-se necessário construir nas capitais de distrito mais populosas, unidades hospitalares pequenas que cumprissem as funções sociais e humanitárias descritas.

Nas sedes de concelhos bastou um simples pavilhão ou destinar áreas dos hospitais já existentes, reservadas exclusivamente a tuberculosos pulmonares.

Os Preventórios

Qualquer país civilizado não pode abandonar os indefesos à sua sorte. As crianças cujas famílias foram atingidas pela tuberculose, perdendo os seus laços afectivos e os seus modelos de desenvolvimento, bem como o seu próprio sustento, começaram a preocupar os responsáveis políticos bem como os representantes dos serviços de saúde pública.

A juntar a este numeroso grupo (crianças sem família) ainda tínhamos as crianças com atraso mental, que representavam para as famílias abaladas pela tuberculose um pesado encargo, bem como para a sociedade ao serem infectadas pela doença do peito.

Neste contexto social, tornou-se necessária na organização anti-tuberculose portuguesa a construção de preventórios. Estes estabelecimentos foram especialmente destinados à protecção de crianças que directa ou indirectamente estavam ligadas à doença, tanto pelo contacto familiar/social, bem como pelas suas características orgânicas não resistiriam aos focos da tísica.

Os Dispensários

No período a que nos reportamos (1930/35), alguns países europeus bem como os Estados-Unidos, já tinham feito uma longa caminhada na luta anti-tuberculose. Até esta data Portugal já tinha a funcionar alguns dispensários, mas o seu número não correspondia às necessidades reais. A criação de dispensários foi uma outra forma de lutar contra esta doença de tão elevado peso social. Dos estabelecimentos de luta anti-tuberculose o dispensário era o menos oneroso e um meio eficaz de diminuir o número de doentes.

A função do dispensário era de alargar o rastreio, possibilitando o diagnóstico precoce; alargar os meios profilácticos deslocando-se também ao próprio domicílio. Proceder à vigilância de crianças e adultos em perigo de contágio. Os técnicos do dispensário sempre que um elemento da família estivesse doente faziam o levantamento das condições económicas e sociais do agregado familiar.

O doente caso fosse necessário era encaminhado para o sanatório/hospital marítimo ou de planície. Os restantes membros da família eram também rastreados, vacinados e sensibilizados do ponto de vista sanitário para evitar o contágio. Procedia-se também à desinfecção da habitação, distribuição de escarradores para que a proliferação bacilar não se fizesse sentir.

Assim, tornou-se urgente alargar a rede de dispensários no nosso país fazendo a caminhada que outros países já tinham feito com bastante sucesso.

Os Dispensários e a sua orgânica

Os dispensários são instituições que vigiam os suspeitos de tuberculose através de exames clínicos sucessivos. Quando as suspeitas se confirmavam os seus utentes beneficiavam de acompanhamento específico. Através dos dispensários também era feita a canalização dos doentes caso fosse necessário internamento imediato em hospitais e sanatórios.

Um indivíduo ao entrar no dispensário era observado do ponto de vista clínico; fazia um exame radiológico e uma análise bacteriológica à expectoração. Os técnicos dos dispensários podiam equacionar três hipóteses:

- 1 - Ele podia não ter tuberculose.
- 2 - Podia ter predisposição para a contracção da referida doença.
- 3 - Podia ser um “tísico” confirmado.

Quanto à primeira hipótese a função do dispensário para este indivíduo terminou.

Na segunda situação, ou seja, quando o indivíduo apresenta predisposição para contrair a tuberculose, o dispensário toma-o a seu cargo observando-o periodicamente instituindo-lhe as terapêuticas adequadas.

Em relação à terceira hipótese o dispensário depois do diagnóstico concluído enviava o doente para os hospitais ou sanatórios, acompanhado de um relatório detalhado. O doente aí permanecia o tempo necessário para a sua cura.

Em simultâneo as residências destes doentes eram desinfectadas e rastreadas as pessoas de convivência próxima. Desta forma se averiguava se havia mais casos com tuberculose. Se houvesse menores, sem condições mínimas para permanecer junto da família, iniciava-se o processo de protecção enviando-os para os preventórios ou outras instituições.

A articulação do dispensário alargava-se à residência do doente bem como aos serviços de desinfectação. Por sua vez os dispensários, os hospitais e os sanatórios, tinham relações estreitas com a ANT.

Vejamos em esquema o programa referenciado.³¹

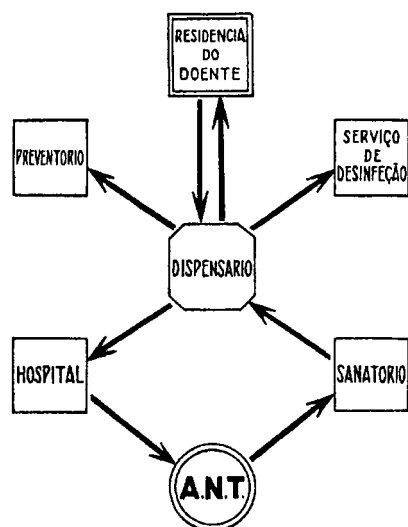


Figura 5

O esquema representado na figura 5 demonstra as diversas etapas percorridas pelos doentes com suspeita de tuberculose.

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934

A organização anti-tuberculose – Projecto apresentado pela ANT

A aplicação do plano de luta contra a tuberculose proposto pela ANT ao governo exigia a divisão de Portugal em três zonas:

- A zona norte com sede no Porto;
- A zona Central localizada em Coimbra;
- A zona Sul cuja sede se situava em Lisboa;

Estas zonas, por sua vez, estavam sob a responsabilidade da ANT. Em cada uma destas sedes fundar-se-iam vários dispensários e um ou mais hospitais. Nas restantes cidades e capitais concelhias, consoante a taxa obituária de tuberculose regional, construir-se-iam além dos dispensários, pequenos hospitais pavilhões ou enfermarias anexas aos hospitais já existentes.

Desta forma, os hospitais das sedes podiam receber além dos doentes do distrito, quaisquer outros dos hospitais ou pavilhões da zona a que presidissem, sempre que tal medida fosse necessária para aplicação de um tratamento médico ou cirúrgico especial bem como para esclarecimento de diagnóstico.

Por sua vez, os hospitais distritais recebiam, em idênticas circunstâncias, tuberculosos cuja transferência fosse requerida pelos pavilhões ou enfermarias dos concelhos do respectivo distrito.

Os locais de implementação dos Sanatórios, Pavilhões e Enfermarias

O plano de combate à tuberculose previa que os sanatórios, os preventórios e outros estabelecimentos de protecção à infância, seriam edificados em diversas regiões do país depois de realizados estudos sob o ponto de vista climatérico e higiénico.

Dos edifícios a que nos reportamos, os sanatórios e os preventórios, não ficariam cativos das respectivas zonas. As suas vagas seriam preenchidas por doentes de qualquer localidade do país. A distribuição dos doentes seria feita por um organismo central, a que todos os estabelecimentos ficariam subordinados.

O plano em análise também previa que a construção de hospitais sanatórios ou simples pavilhões, em locais onde a taxa de tuberculose fosse considerável.

O projecto previa a construção dos seguintes estabelecimentos a nível nacional.

- Nas capitais dos distritos, com mais de 250 óbitos - treze Hospitais sanatórios.

- Nas capitais de distrito, com menos de 250 óbitos - cinco Pavilhões.

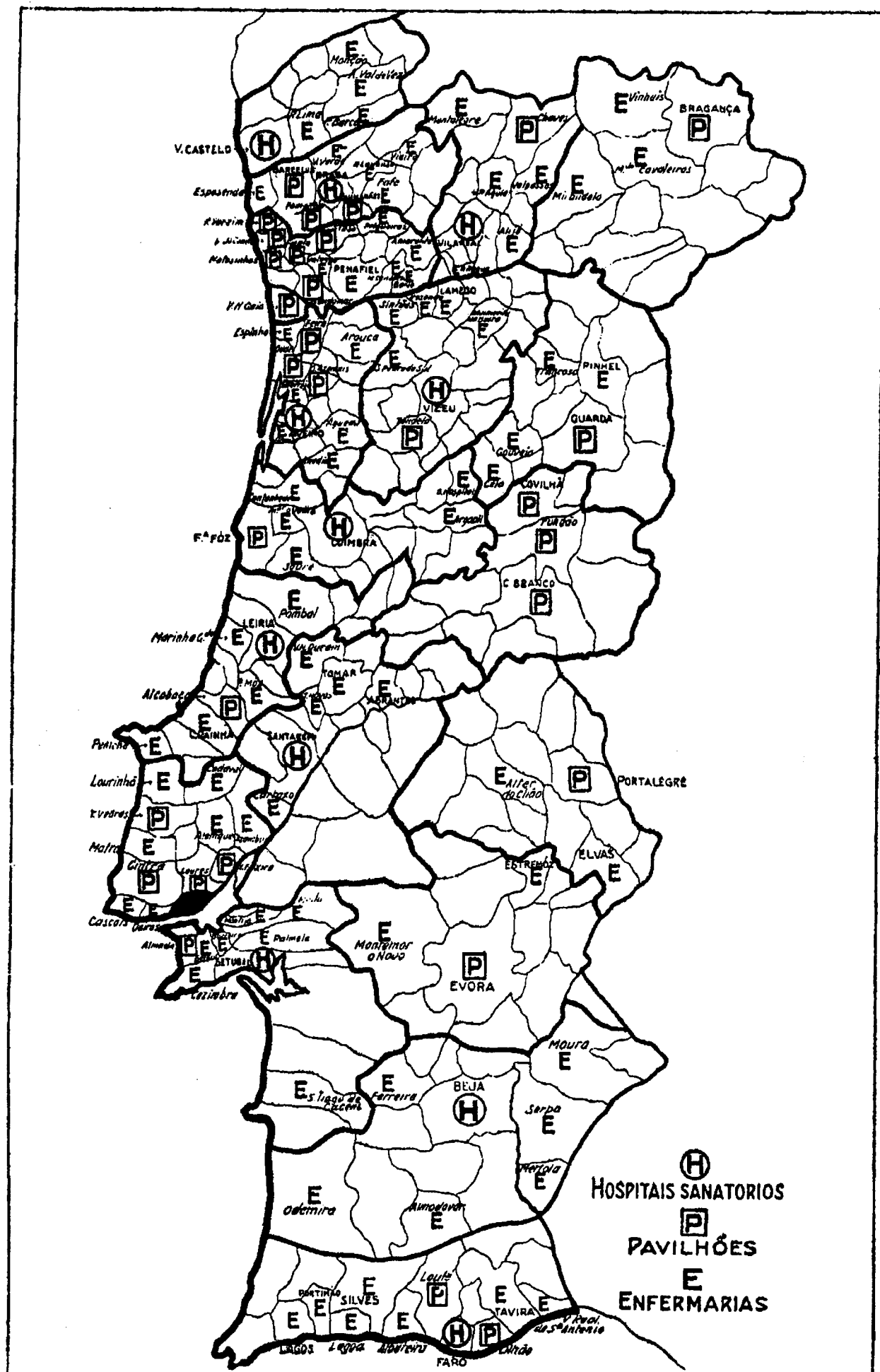
- Nas sedes de concelhos, com mais de 50 óbitos - 26 Pavilhões.

- Nas sedes de concelhos, com menos de 50 óbitos mas com mais de 20 óbitos - 78 Enfermarias.

- O plano também previa a construção de Enfermarias num total de sete, destinadas a servirem grupos de concelhos, cuja mortalidade fosse inferior a 20.

A figura 6 da página seguinte ilustra a distribuição dessas infra-estruturas em Portugal Continental.³¹

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934



Das ideias à prática

A Comissão Executiva da ANT começou a pôr em prática o programa de luta anti-tuberculose, a partir de algumas receitas obtidas em peditórios realizadas por ocasião das «Semanas da Tuberculose» que se realizavam periodicamente com grande adesão nacional.

Entre 1930 a 1933 fundou-se o Preventório da Parede, ampliou-se o Sanatório do Lumiar, o sanatório da Guarda e o sanatório de Portalegre, bem como, se instalaram numerosos Dispensários pelo país.

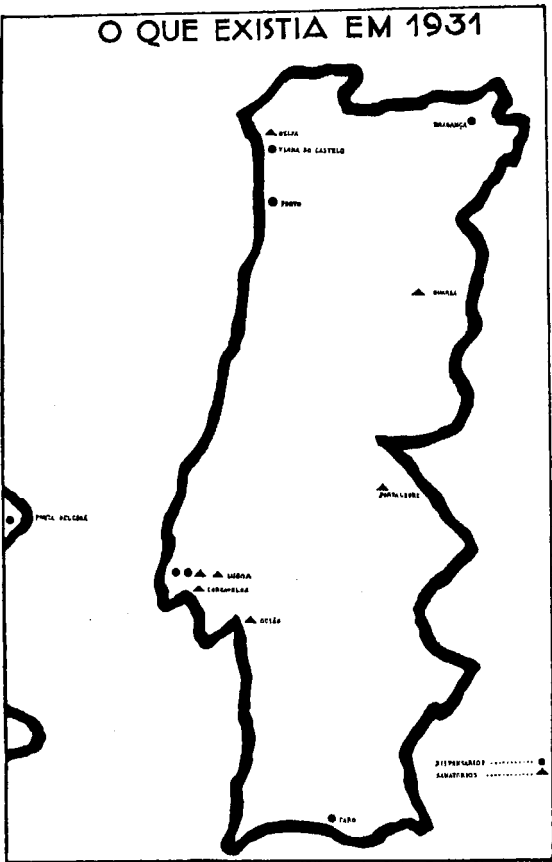


Figura 7

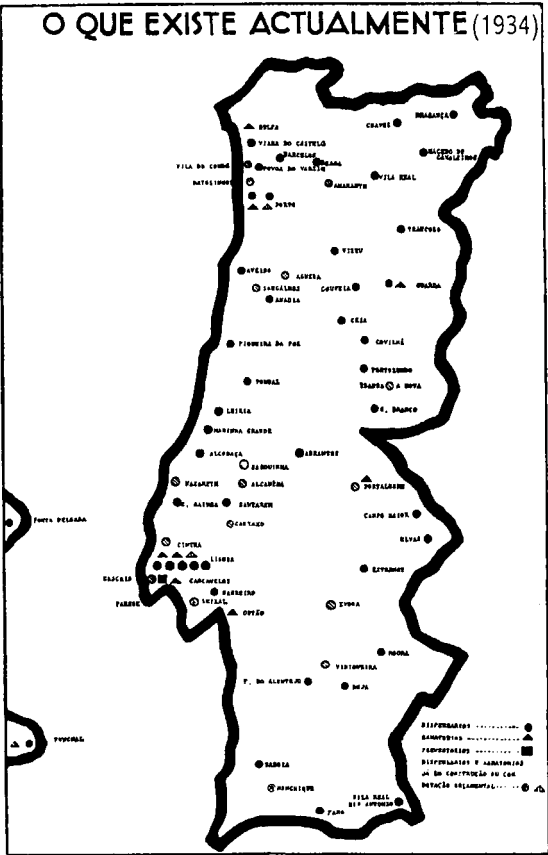


Figura 8

Destaca-se que do programa estabelecido, parte dos estabelecimentos construídos já estavam em funcionamento por volta de 1934. A completa execução do programa em relação aos dispensários seria levada a cabo futuramente com receitas da ANT³¹

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934

O internamento dos doentes

A ANT na área do internamento tanto em Hospitais-Sanatórios, bem como em preventórios, não tinha respostas para os pedidos que chegavam à respectiva instituição diariamente para internar doentes com tuberculose. Essa incapacidade tinha a ver com os recursos existentes e com o número de doentes a internar.

A possibilidade de hospitalização dos doentes não correspondia às reais necessidades dada a gravidade da situação epidemiológica. Por outro lado, a ANT não possuía suporte financeiro para edificar, todos os centros vocacionados para o controlo da tuberculose. Assim a Comissão Executiva apresentou ao governo o plano, e pediu a colaboração financeira para que o projecto fosse executado na íntegra.

A ANT consciente da urgência de travar o avanço da tuberculose começou a pôr em prática o projecto concebido para cinco anos.

No terceiro ano previa-se a construção de vinte e seis pavilhões. Também previa a edificação de dois sanatórios marítimos, um no Algarve e outro no centro do país.

No quarto ano pretendia-se criar ou adaptar oitenta enfermarias de isolamento.

No quinto ano o referido projecto previa a ampliação de outras sanatórios bem como a edificação de catorze preventórios.

Se este plano pensado em 1934 pelos responsáveis da ANT, fosse posto em prática, em cinco anos criar-se-iam 7.500 camas para internamento dos tuberculosos do nosso país. Assim, o número de camas passaria a ser superior 50%.

Esta percentagem de camas nos hospitais/sanatórios era um número razoável, uma vez que nem todos os doentes com tuberculose necessitavam de assistência pelo Estado. Alguns possuíam meios económicos para poderem suportar os seus próprios tratamentos.

No período em análise a mortalidade anual, pela tuberculose era de 12.000 indivíduos.

Em conclusão: para a ANT era indispensável que a luta anti-tuberculose entrasse em fase de actividade progressiva e intensa. Entendia também ser necessário organizar, o combate à tuberculose. Essa grande tarefa não podia estar exclusivamente dependente das “Boas Vontades Individuais e Colectivas”³¹

³¹ Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica. Vol. XI, Dezembro, 1934

Seria necessário evitar a luta dispersa por pequenos organismos locais, independentes e muitas vezes sem recursos vivendo à sombra de donativos insuficientes, para uma campanha proveitosa.

A ANT tinha a consciência que a verba atribuída pelos governos, para a luta contra a doença do peito não podia ser dividida em múltiplas parcelas destinadas à construção de estabelecimentos anti-tuberculose em diversos pontos do país, sem plano estabelecido, sem fundamentada orientação, ficando apenas sujeitas a solicitações locais.

O combate contra a tuberculose não se podia limitar à simples construção e manutenção de edifícios hospitalares.

Todo o “armamento” anti-tuberculose, hospitais, dispensários, preventórios e sanatórios em cada distrito, necessitava de uma relação estreita para que a luta fosse proveitosa e eficaz.

A não ser seguida esta orientação de luta antituberculosa e a manterem-se pretensiosos grupos locais, os resultados práticos da campanha contra a perturbadora doença continuariam a ser insignificantes. Assim os subsídios concedidos pelo governo deviam ser racionalizados, para se fazer face ao agravamento e dispersão da doença cada vez mais intensa e inquietante.

Esta era a conclusão que a ANT tinha chegado em 1934. Por isso apresentou ao governo o projecto referenciado. Segundo esta associação a aplicação do programa elaborado seria o melhor caminho e única forma de combater a tuberculose em Portugal.

O abc da tuberculose

Como nos situamos numa fase já avançada desta investigação, talvez seja oportuno fazer uma abordagem síntese do tema a que nos propusemos, a tuberculose; conhecer com maior detalhe as características do bacilo de Koch e a forma de combater o seu poder infeccioso.

A bactéria da tuberculose elege o homem como hospedeiro e preferencialmente selecciona os pulmões para se instalar e se reproduzir.

Alojados nos brônquios e pulmões, facilmente são eliminados quer pela respiração ou tosse contagiando outras pessoas.

Logo que o bacilo atinge o organismo e as condições físicas deste se ajustarem ao desenvolvimento das bactérias, o homem fica infectado. Se o diagnóstico for feito tardiamente as possibilidades de cura são mínimas. As capacidades de defesa baixam e desencadeia-se uma proliferação bacilar excessiva que pode conduzir à morte.

O inimigo número um dos bacilos é a boa organização dos serviços médicos. Estes devem ser em número suficiente, bem localizados, humanizados, com diagnósticos correctos e sem demoras. Os doentes com a patologia da tuberculose devem ser bem esclarecidos da sua problemática e, sobretudo, devem ter consciência que não podem abandonar o tratamento. A ineficiência de toda a organização de saúde, bem como a existência de doentes de costas voltadas para as regras mais elementares de higiene, representam uma mais valia na esperança de vida de toda a organização bacilar.

Qualquer agente infeccioso invade o ser humano se este não estiver protegido por esquemas de defesa protectoras. O bacilo de Koch aproveita-se das más condições de vida do homem para nele se instalar assegurando a sobrevivência. O excesso de trabalho, a redução das horas de sono, a subalimentação, o alcoolismo e a dependência de drogas afectam as defesas orgânicas. Desta forma o individuo fica mais vulnerável aos ataques dos bacilos.

Além dos aspectos considerados como responsáveis pela entrada bacilar no organismo é importante salientar, mais uma vez, as habitações insalubres sem ar nem luz, com espaços reduzidos e sem as mais elementares regras de higiene. Estas condições facilitam imenso a transmissão da doença.

Por outro lado não se pode ignorar que muitas vezes se assiste a um tipo de ignorância acerca dos conhecimentos básicos sobre a tuberculose e seus processos de transmissão, bem como, os meios disponíveis para a evitar e curar.

Nenhuma pessoa pode ignorar quais são os sintomas de alarme da tuberculose pulmonar como: tosse, falta de apetite, baixa de peso, redução da capacidade de trabalho e outros. Também se destaca a importância de um diagnóstico precoce e o tratamento correcto e completo. Se estas regras forem postas em prática evitamos a tuberculose.³²

³² Cabral, José – *O Nosso Inimigo: O Bacilo da Tuberculose*. Abril, 1987

7 - OS TEMPOS RECENTES: A TUBERCULOSE UMA EMERGÊNCIA GLOBAL

Passados cento e vinte e um anos depois da descoberta do bacilo de Koch, e não obstante o grande avanço científico verificado na área das Ciências Médicas, na década de 1990 foram registados a nível mundial, noventa milhões de novos casos, com tuberculose, e cerca de três milhões de óbitos/ano, sendo a principal causa de morte a nível mundial.³³

De realçar que estes números são representativos dos países subdesenvolvidos, sem qualquer tratamento às populações.

Nos países desenvolvidos com boas estruturas de saúde a tuberculose continua ser uma ameaça em especial para os grupos sociais mais desfavorecidos.

Em Portugal, apesar das boas estruturas de saúde criadas ao longo do século XX, e cujo efeito se fez sentir pela diminuição da tuberculose até à década de sessenta, e não obstante a cobertura pelo B.C.G. no recém-nascido atingir uma taxa de 91%³⁴ a nível nacional, há presentemente uma elevada incidência de tuberculose que se tem mantido sem redução significativa.

³³ WHO 1997 Global Tuberculosis Program WHO: Guidelines for the management of Drug Resistant Tuberculosis WHO/TB; 97-220

³⁴ Antunes, Maria de Lourdes - *Tuberculose em Portugal*, Acta Médica Portuguesa, 1995; 559-61

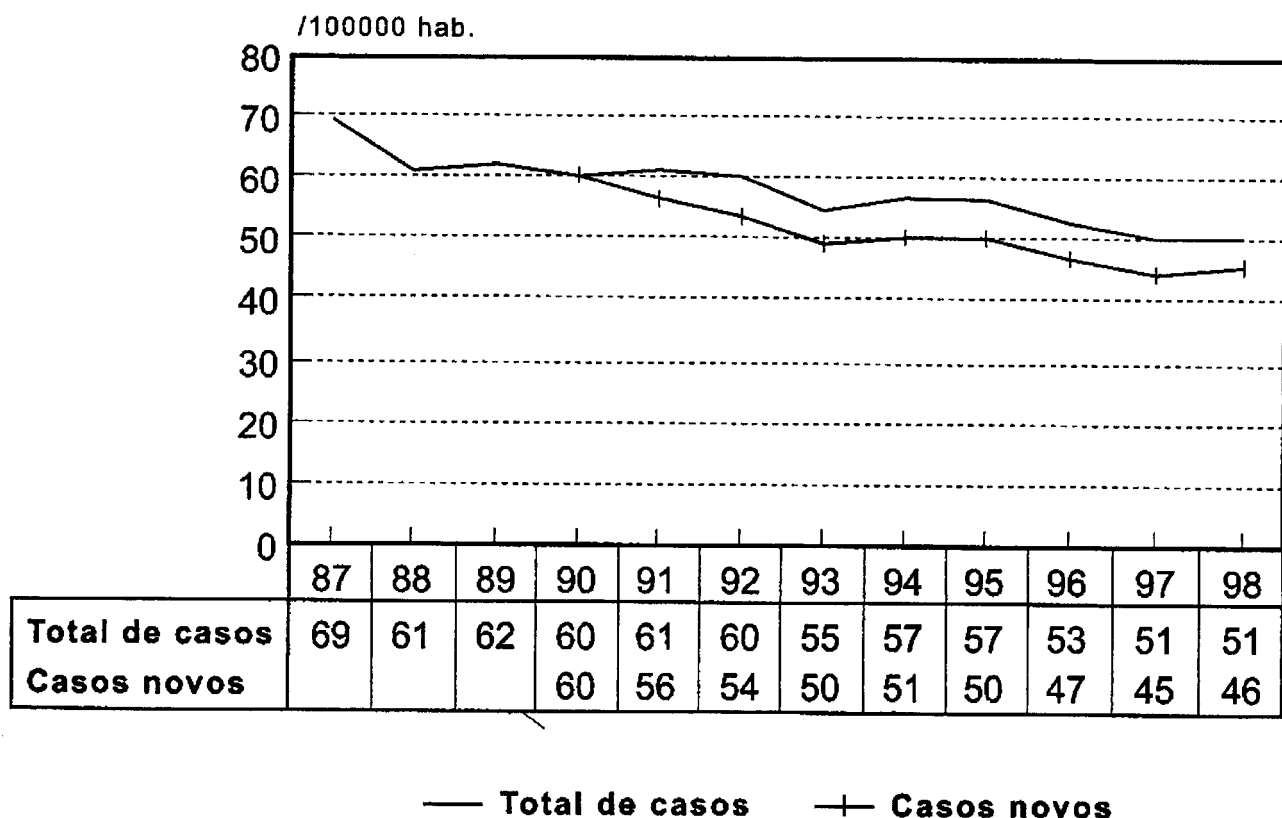


Figura 1 – Tuberculose em Portugal

O reaparecimento no nosso país da tuberculose está intimamente relacionado com a chegada a Portugal de cidadãos das ex-colónias a partir de 1975 e também devido à entrada de emigrantes provenientes de locais como: a Ásia, a América Latina, a África e países do Leste Europeu, que nas últimas décadas do século XX procuraram em Portugal melhores condições de vida.³⁵

³⁵ Antunes, Maria de Lourdes - *Estudo divulgado pela Direcção Geral de Saúde*, Notícias Médicas, 1994, 2190:4-5

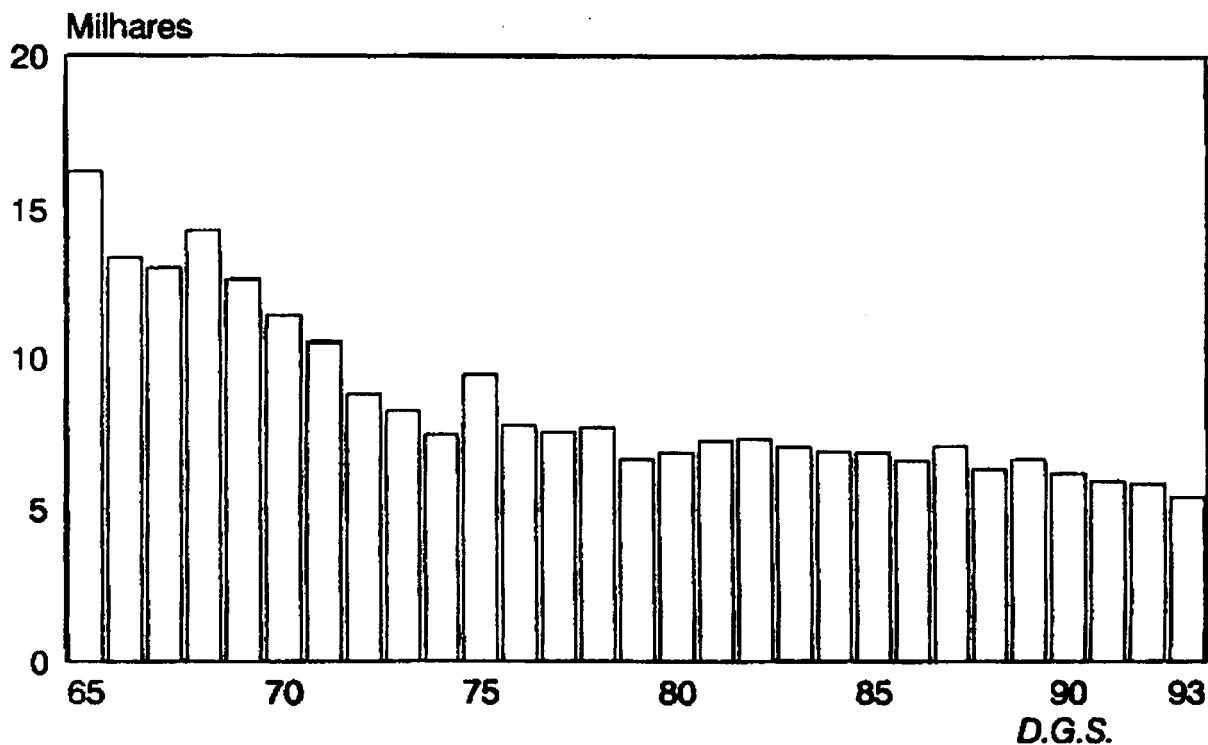


Figura 2 – Extraída de «Tuberculose em Portugal – 1993». Direcção Geral da Saúde.

Por outro lado, assistiu-se ao desmantelamento dos sistemas de controlo desta doença infecciosa, entregando-os aos Centros de Saúde menos vocacionados para este tipo de doença.

Os antigos dispensários, a que a população recorria porque sabia ali encontrar uma porta aberta para uma consulta, fecharam ou foram reconvertidos.

De certa forma criou-se a ideia que a tuberculose passou de moda. Por outro lado não foram promovidas a “modernização das estratégias, das técnicas e nalguns casos, nem sequer de esquemas terapêuticos”³⁶. De certa forma pode-se afirmar que a sensibilização para a tuberculose desapareceu na formação médica de algumas Faculdades de Medicina.

Muitos países como a França, a Suíça e a Holanda não fecharam na totalidade os seus dispensários. Aí foram instalados alguns centros de investigação direccionados principalmente às doenças infecciosas. Nos últimos anos, quando o número de tuberculose aumentou, em relação com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), e com a população imigrada vinda das regiões de alta prevalência, como o Extremo Oriente, a África e a América Latina, esses centros mantiveram a sua capacidade operacional e mostraram-se prontos para a avaliação

epidemiológica, antecedendo a tomada de decisões pelas autoridades de saúde confrontadas com um aumento da tuberculose.

Por outro lado, a eclosão da SIDA com a imunodeficiência progressiva introduziu um novo factor na epidemiologia da tuberculose.

A detenção de muitos toxicodependentes nas nossas prisões, associados ao abandono terapêutico anti-tuberculose, contribuiu para o aparecimento de formas resistentes ao tratamento e o seu alastramento entre os detidos, com resultados desastrosos.

Novas manifestações da tuberculose

Após a II guerra mundial a tuberculose conheceu um decréscimo gradual devido à melhoria significativa das condições de vida (económicas, alimentares e higiénicas) das populações.

O progresso económico permitiu o aparecimento de outros cuidados de saúde, que até aí estavam vedados à maior parte da população, tais como, o aparecimento de novos medicamentos e vacinas que melhoraram a cura e a prevenção de doenças transmissíveis nomeadamente a tuberculose.

A ideia de que a tuberculose era uma epidemia do passado e o que dela restava pertencia à história caiu por terra. Assim, na última década do século XX registaram-se, a nível mundial, cerca de noventa milhões de novos casos de tuberculose e em cada minuto morreram cinco a seis doentes devido à doença (3.000.000 de mortos/ano).³⁷

Perante este novo quadro os especialistas da área da pneumologia e outros, atentos aos fenómenos epidemiológicos, começaram a fazer eco da verdadeira realidade.

Em Portugal, a situação epidemiológica da tuberculose tem-se caracterizado por uma taxa de incidência de novos casos, inaceitáveis para o meio geográfico-social em que nos inserimos. Em 1996 ocorreram 5.248 novos casos de tuberculose, correspondendo a uma taxa de

³⁶ Pina, Jaime - *A Tuberculose e os problemas actuais*, Mundo Médico, 1999, 3:36-38

³⁷ WHO/Tuberculose, 98. 237, 1998 (25/11)

53,5/100.000 habitantes. Esta taxa traduz uma incidência 3,6 vezes superior à média dos países da União Europeia, 1,4 vezes superior à média global da região europeia, colocando-nos em 39º lugar na lista dos 52 países, que integram a Europa, e apenas nos países do antigo bloco de Leste encontramos incidências superiores à de Portugal.³⁸

	1975	1980	1985	1990
Albânia	78,3	38,9	30,3	20,1
Alemanha	51,1	38,3	25,8	18,4
Áustria	31,5	29,2	19,1	19,7
Bélgica	31,9	27,3	19,8	16,0
Croácia	98,0	87,0	77,0	54,0
Checoslováquia	60,5	48,1	30,2	18,7
Dinamarca	8,7	7,0	5,4	6,8
Espanha	8,9	12,9	27,9	19,4
Finlândia	74,2	47,0	37,1	15,5
França	47,5	32,0	20,5	16,1
Itália	7,5	5,8	7,2	7,3
Portugal	66,7	67,5	67,0	57,0
Reino Unido	22,6	18,7	11,8	10,3
Roménia	110,1	61,0	55,8	70,0
Suiça	33,1	18,7	14,4	18,4

Tabela 1 – Incidência da Tuberculose na Europa – N° de novos casos por 100.000 habitantes - Organização Mundial de Saúde

Para preocupar ainda mais os especialistas e a sociedade, assistiu-se à associação da tuberculose com a SIDA e o tratamento tem-se afigurado muito difícil

À medida que se acentua a imunodepressão, nos doentes infectados pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), vão deixando de funcionar os mecanismos imunológicos que o organismo humano utiliza no combate ao bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*).

Devido à sua imunodeficiência progressiva o indivíduo infectado pelo VIH, tem 500 vezes mais possibilidades de adoecer com tuberculose.³⁶

³⁶ Pina, Jaime - *A Tuberculose e os problemas actuais*, Mundo Médico, 1999, 3:36-38

³⁸ Direcção Geral de Saúde - *Sistemas de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB)*. Lisboa, Portugal 2001

³⁶ Pina, Jaime - *A Tuberculose e os problemas actuais*, Mundo Médico, 1999, 3:36-38

A Tuberculose e a SIDA

As preocupações actuais relativas à SIDA não se confinam só ao impacto da referida infecção. A análise dos números referentes à incidência e à mortalidade permitem afirmar que nos países mais pobres e nas bolsas de pobreza dos países mais ricos (toxicodependentes, emigrantes oriundos de países com forte prevalência para a tuberculose e pessoas sem abrigo), a doença representa um problema de tal modo importante que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou em 1993 a tuberculose uma Emergência Global.³⁶

A pobreza, a exclusão social e o subdesenvolvimento surgem, como dos principais problemas que sustentam a tuberculose.

Outro factor que contribuiu para que a tuberculose fosse considerada pela OMS uma Emergência Global, tem a ver com o estatuto desta doença, caracterizada como própria dos países em desenvolvimento reveladores de significativas carências tais como:

- Falta de investimentos em infra-estruturas
- Falta de programas de detecção e vigilância
- Falta de investigação de novas “armas” de diagnóstico e terapêuticas³⁶

Como seria de prever os aspectos referenciados, criaram limitações ao tratamento e controlo da doença.

Em Portugal, uma parte significativa dos doentes com tuberculose pertencem ao grupo dos toxicodependentes, grupo este que está referenciado por baixos níveis de adesão às terapêuticas.³⁶

A não adesão ao tratamento antibacilar é a principal causa da resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos fármacos anti-tuberculosos.³⁶

A multirresistência traduz a forma mais preocupante de tuberculose, podendo significar um recuo de mais de cinquenta anos^{35,36} à época em que não havia fármacos anti-tuberculosos. Têm sido identificados casos resistentes a todos os fármacos antibacilares de primeira linha.³⁶

³⁵ Antunes, Maria de Lourdes - *Estudo divulgado pela Direcção Geral de Saúde*, Notícias Médicas, 1994, 2190:4-5

A tuberculose multi-resistente

A tuberculose multi-resistente (TBMR) é aquela em que há resistência a pelo menos dois antibacilares.³⁴

O conhecimento de casos de tuberculose resistente aos medicamentos, é um indicador do Programa Nacional para a Tuberculose e o seu conhecimento permite emitir indicações sobre os regimes de tratamento.

Assim, consideram-se dois tipos de resistências:

-Resistência Primária: quando o doente nunca fez nenhum tratamento anti-tuberculoso.

-Resistência Adquirida: quando os doentes tiveram tratamento anti-tuberculose e os 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 em relação aos esquemas terapêuticos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preocupada com o fenómeno de TBMR estudou a prevalência do mesmo. Para essa pesquisa, englobou laboratórios de reconhecida competência na área da Micobacteriologia, e médicos ligados aos programas de luta anti-tuberculose de alguns países.³⁴

O Programa da O.M.S. em Portugal

Em Portugal o programa da OMS teve em vista a execução de um estudo de âmbito nacional, com participação das autoridades de saúde regionais e sub-regionais, englobando serviços de ambulatórios e hospitais e decorreu entre 1995 e 1998.

³⁴ Antunes, Maria de Lourdes - *Tuberculose em Portugal*, Acta Médica Portuguesa, 1995; 559-61

	OMS/DGS 1995/98	DGS 2000
Nº estirpes estudadas	1105	494
Resistência total	17,8	11,7
Resist. primária a H	7,7	8,1
Resist. primária a R	1,9	2,8
Resist. adquirida total	39,2	10,2
Resist. adquirida H	31,1	11,9
Resist. adquirida R	20,9	8,5
Multirresistência primária	1,8	1,8
Multirresistência adquirida	20,9	5,1

Tabela 2 - Resultados das resistências aos antibacilares

Legenda:

H- Isoniozida

R- Rifampicina

Esse estudo foi coordenado pela Direcção Geral de Saúde e concluiu-se o seguinte:

- A resistência aos fármacos em Portugal é considerável, sendo elevada a Multi-resistência Primária e ainda maior a Resistência Adquirida³⁴ conforme demonstra a tabela 2.

O elevado índice de tuberculose resistente evidenciado neste estudo nacional apontava para a necessidade de melhorar a execução do Programa Nacional de Tuberculose, no sentido de aumentar a taxa de cura dos doentes positivos em baciloscopias, que é a principal fonte de manutenção da doença na comunidade.

A investigação também concluiu que há dois grupos com elevado número de casos de TBMR: os toxicodependentes e os detidos.

³⁴ Antunes, Maria de Lourdes - *Tuberculose em Portugal*, Acta Médica Portuguesa, 1995; 559-61

Como controlar as evidências

Na sequência da preocupação suscitada pelo fenómeno da tuberculose, particularmente a TBMR entre os detidos, foi implementada orientação nos serviços prisionais, no sentido de serem rastreados, do ponto de vista clínico e radiológico todos os detidos à entrada na prisão.

Também têm funcionado programas de saúde que permitem a **toma directa** dos antibióticos”³⁴ nos programas de Metadona e nas prisões.

Com estas medidas, pretende-se aumentar as taxas de cura destes doentes.

A taxa de cura total dos doentes de tuberculose no ano 2000 foi de 80%.³⁴

A Tuberculose e a SIDA em Portugal

Outro fenómeno epidemiológico difícil de controlar por não se ter ainda descoberto vacina para o evitar, ou tratamento eficaz, é a SIDA.

Portugal é o país da União Europeia mais afectado pela SIDA. Os doentes, infectados pelo VIH com imunodeficiência e já com infecções oportunistas nos seus antecedentes, são extremamente vulneráveis à infecção por tuberculose.

Dados publicados pela DGS³⁶, mostram um número significativo de casos de tuberculose se concentra nos indivíduos com toxicod dependência e nos doentes de SIDA, muitas vezes coincidentes: no ano de 2000, 14,8% dos doentes toxicod dependentes apresentavam tuberculose e SIDA.³⁹

³⁴ Antunes, Maria de Lourdes - *Tuberculose em Portugal*, Acta Médica Portuguesa, 1995; 559-61

³⁶ Pina, Jaime - *A Tuberculose e os problemas actuais*, Mundo Médico, 1999, 3:36-38

³⁹ Duarte, Paula - Tuberculose: uma emergência global, Mundo Médico, 2002, 21:124-127

Entre o passado e o presente

A tuberculose é uma das doenças que mais curiosidade manifestou ao longo dos tempos. Nela se envolveram médicos, cientistas, filósofos, escritores e a população em geral.

Não foi fácil para estes grupos compreenderem os verdadeiros meandros desta doença dada a escassez de informação e de meios para a desvendar e combater.

Estamos no século XXI e ainda não se conseguiu erradicar a tuberculose mesmo com os meios técnicos e terapêuticos que estão ao nosso alcance. Pelo contrário, os números actuais de doentes com tuberculose, associados aos contornos que a doença tomou, voltam a ser preocupantes para todos aqueles que estão atentos aos fenómenos epidemiológicos, nomeadamente a tudo o que se passa à volta da tuberculose.

Esta doença continua a levantar graves problemas de saúde pública apesar de ter passado mais de um século desde a descoberta do bacilo da tuberculose graças aos estudos de Robert Koch. Este cientista surpreendeu a comunidade científica do seu tempo, quando anunciou que tinha descoberto o bacilo responsável pela tuberculose. Pela primeira vez a relação causa e efeito entre os micróbios e a doença foi incontestavelmente demonstrado.

Também os estudos de Pasteur, outro grande vulto da história da bacteriologia, associados aos de Robert Koch, permitiram criar as bases da bacteriologia moderna, reunindo assim, as condições que permitiram controlar a «peste branca», assim chamada a tuberculose, dado o elevado número de mortes que ela causou no século XIX e princípios do século XX.

Outro marco histórico do combate à tuberculose foi a descoberta por Albert Calmette e Camille Guérin, em 1930 da vacina (B.C.G.) como forma de evitar formas graves da infecção. Mais tarde em meados do século XX a descoberta dos antibióticos anti-bacilares.

Actualmente ninguém pode ficar indiferente perante o real panorama da tuberculose em Portugal e no mundo, dadas as perspectivas eufóricas desencadeadas nas décadas de sessenta e setenta do século XX terem considerado, a tuberculose como uma doença brevemente irradiada da face da Terra. Infelizmente isso não se verificou, antes pelo contrário o número de mortes por tuberculose é muito elevado a nível mundial, e os países que há poucas décadas atrás tinham índices de incidência muito baixos, como os Estados Unidos e os países europeus desenvolvidos, presentemente estão a braços com o fenómeno de multi-resistência que está a preocupar a O. M. S. e a comunidade científica.

Com a evolução da cura da tuberculose os doentes deixaram de ser tratados nos sanatórios passando o tratamento a ser feito em regime ambulatorio, desactivando-se as estruturas especializadas no tratamento e controlo da tuberculose.

Também foi ganha a batalha contra o tempo na cura da tuberculose. Ainda na década de setenta os doentes com esta patologia tinham pela sua frente dois anos de tratamento. Presentemente são necessários apenas seis meses para tratar a doença. Esta vitória temporal deve-se aos novos medicamentos introduzidos nos esquemas de tratamento da tuberculose.

Instalou-se assim, um optimismo exagerado em termos epidemiológicos e a tuberculose deixou de ser uma preocupação prioritária nos países desenvolvidos.

A bandeira da vitória sobre a tuberculose foi hasteada de forma desmedida, exibindo-se um prematuro triunfalismo com consequências desastrosas.

Em algumas faculdades os professores deixaram de falar com tanta insistência na tuberculose e os jovens médicos não foram sensibilizados para esta patologia.⁴⁰ De certa forma, passou-se a mensagem aos técnicos de saúde, e à população em geral, que a tuberculose era uma doença do passado com os seus dias contados.

Por outro lado, as infra-estruturas criadas na lógica do combate à tuberculose deixaram de ser prioritárias e fez-se uma política de redução de despesas, desmantelando-se serviços vocacionados para o combate à tuberculose.

A população deixou de ser informado sobre o real panorama da tuberculose, podendo-se afirmar que esta doença deixou de ter tempo de antena.

Os dados da Direcção Geral de Saúde dizem que mais de seis mil portugueses, todos os anos são confrontados com a tuberculose, constituindo um número despropositado em relação aos meios preventivos e de tratamento que dispomos.

A década de oitenta do século XX trouxe ao conhecimento de todos, a existência de uma nova doença que é a SIDA, e para a qual ainda não existe uma vacina como forma de a evitar ou um tratamento eficaz. Hoje sabemos que a tuberculose e a SIDA formaram uma parilha diabólica e as duas doenças infecciosas andam quase sempre associadas.

Assim, pode-se afirmar que a taxa de infecção por tuberculose da população portuguesa vitimada com SIDA, é na ordem de 70 a 75%.

⁴⁰ António, Ramalho de Almeida - *A Tuberculose: Doença do Passado, do Presente e do Futuro*. Laboratórios Bial, Porto 1995

Por outro lado a convergência da SIDA e da tuberculose criaram resistências aos fármacos anti-bacilares, por incompetência imunológica nestes doentes, associada a má adesão aos tratamentos constitui um grave problema em termos saúde pública.⁴⁰

O panorama português não é caso único. A ligação das duas infecções, SIDA e tuberculose, tem-se feito sentir em todo o mundo em especial no Continente Africano e na Ásia.

Não obstante a tuberculose ser uma doença conhecida desde a antiguidade, sendo referida por Hipocrates e Galeno, ainda hoje, muitos séculos depois é um grande problema para a Humanidade.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partiu-se para este trabalho, com a consciência de que este não era um tema fácil, dado ser abordado por alguém que está de fora do sistema de saúde. No entanto foi possível desde as primeiras pesquisas fazer um distanciamento, tanto quanto possível, do discurso técnico, porque para isso temos bons médicos e outros técnicos de saúde. Pretendeu-se fazer uma abordagem que fosse facilmente entendível pelo cidadão comum, sem nunca perder de vista a perspectiva histórica de uma doença milenar.

Na primeira parte teceram-se algumas considerações teóricas acerca da tuberculose:

- Os períodos em que a doença se manifestou com maior expressividade.
- Os contextos em que ela imperou como patologia social.
- A relação entre as condições de vida da população e a doença.
- A forma como a história das doenças pode alterar o rumo da própria medicina.
- A acção de alguns sábios como, Willemin, Pasteur, Robert Koch, Roentgen, Laennec e outros
- A forma como a sobrevalorização do conhecimento empírico pode prejudicar a inovação, o rigor científico e o progresso.
- A valorização das diferenças culturais (crenças, religião...) como forma de compreender o percurso das doenças contagiosas e concretamente a tuberculose, mas destacando-se a necessidade destes valores não se poderem sobrepor ao rigor científico e ao progresso.

Aflorou-se muito sinteticamente 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 desencadeou.

Deu-se alguma visibilidade aos sintomas e tipos de tuberculose e locais onde a doença se fez sentir com maior preocupação, como por exemplo a cidade do Porto, à qual Ricardo Jorge apelidou de “cidade cemiterial”.

Teceram-se algumas considerações sobre o Romantismo, que atribuiu à tuberculose fonte de inspiração, destacando-se neste contexto a vida do poeta António Nobre.

Este movimento pretendeu despenalizar socialmente a tuberculose, porque esta infecção estava associada à população que vivia em condições de pobreza extrema.

Por outro lado houve a tentativa para se compreender porque se associa a tuberculose às cidades industrializadas; onde se localizavam as maiores manchas sociais da doença.

Também se faz referência que no início do século XX em Portugal a tuberculose era uma importante causa de mortalidade infantil, apontando-se como principais causas dessa elevada taxa, as condições precárias da maior parte dos portugueses.

Nomearam-se algumas instituições particulares como, a Associação Portuguesa de Profilaxia Social, que nomeadamente na cidade do Porto onde tinha a sua sede, desencadeou acções junto das autoridades locais, regionais e do governo. As campanhas contra “O Pé Descalço”, a “Luta Contra o Escarro e outros comportamentos a evitar para contrariar o contágio da tuberculose são disso exemplo.

Por outro lado faz-se referência a alguns aspectos culturais bizarros, comprometedores dos mais elementares princípios preventivos como colocar guloseimas junto do cadáver das crianças apelidadas de “anjinhos” e oferecidas às crianças que as fossem velar.

Destacou-se as más condições habitacionais como sendo uma das principais causas do elevado índice de tuberculose nas cidades industrializadas, bem como, a insalubridade das fábricas e os horários de trabalho de catorze e quinze horas diárias, onde homens, mulheres e crianças laboravam em igualdade de circunstância.

Afloraram-se algumas iniciativas de países como a Inglaterra, para melhorar as condições habitacionais no sentido de inverter o percurso histórico da tuberculose.

Verificou-se que a tuberculose começou a ficar circunscrita à medida que o progresso económico e científico se afirmava nos países industrializados, ao mesmo tempo que o Estado e os movimentos associativos iam estabelecendo políticas e parcerias, que visavam o bem-estar das populações. Na ponta final desses procedimentos situava-se a tuberculose, o tifo, a varíola, a difteria, o tétano e outras doenças infecciosas que coabitam com as populações que viviam em condições desumanas.

A via do desenvolvimento social sustentado e alargado à população em geral, confirmou o pensamento científico, onde se alicerça a medicina, de que a marginalidade, a miséria, a

ignorância e o desleixo são desajustes sociais onde as doenças infecciosas subvertem todas as práticas médicas e alargam a sua força de contágio.

Também se pretendeu dar alguma visibilidade ao avanço científico que funcionou como impulsionador do avanço das ciências médicas na compreensão das doenças infecciosas. Esse espaço biológico desconhecido foi dado a conhecer por vários cientistas dos quais se destaca Robert Koch e Pasteur, que ajudaram a contrariar a história natural das doenças infecciosas ao descobrirem os germes que as causavam e apontaram algumas formas de os combater.

Os efeitos sociais das doenças infecciosas canalizaram esforços individuais e colectivos no sentido de circunscrever os agentes infecciosos através de medidas preventivas. A tuberculose faz parte dessas doenças que fustigaram principalmente as populações menos protegidas socialmente, atingindo índices elevados no final do século XIX e os primeiros cinquenta anos do século XX.

Por outro lado 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 Brhmer, 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 Brhmer de combate à tuberculose. Neste contexto descreveu-se a história do Hospital D. Manuel II, actual Hospital Santos Silva em Vila nova de Gaia, que foi planeado nos finais do século XIX mas só veio a ser concluído em 1947.

Destacou-se o importante papel que as vacinas representam no controlo da tuberculose e a sua implementação no território continental.

O papel dos dispensários também foi referido como forma de pôr em prática os princípios higienistas preconizados na luta anti-tuberculose. Falou-se da sua organização estrutural; da articulação com os sanatórios e hospitais e da acção directa com as populações através de sessões de esclarecimentos dos doentes e familiares e divulgação das medidas preventivas de possíveis contágios.

Não foi ignorada a importância da descoberta dos antibióticos em meados do século XX, cuja acção foi decisiva na destruição de milhões de bacilos, reduzindo radicalmente o número de casos verificados nas décadas de sessenta e setenta. Os resultados obtidos pela aplicação dos

fármacos específicos da tuberculose, deu origem ao dismantelamento de estruturas de saúde, nomeadamente sanatórios e dispensários, que em poucas décadas antes se revestiram de grande necessidade e eficácia na luta contra a tuberculose.

A sustentação legal deste fenómeno epidemiológico mereceu uma reflexão sucinta a alguns documentos legais da época. Nesse sentido fez-se uma breve abordagem a alguns documentos que sustentaram a acção sanitária do Estado Português, principalmente no controlo das doenças infecciosas. Transpareceu dessa análise as preocupações dos governantes em dotar o país de algumas ferramentas sanitárias, irmanadas dos preceitos higienistas que percorreram o mundo «civilizado» no princípio do século XX, que alertavam para os fenómenos epidemiológicos e para a necessidade de combater os inimigos invisíveis – OS MICRÓBIOS.

A abordagem histórica da tuberculose inflectiu também sobre o passado mais recente da doença nomeadamente sobre a luta em Portugal na primeira metade do século XX. Esta abordagem fundamentou-se em algumas obras principalmente a bibliografia de Lopo de Carvalho, prestigiado médico que dedicou a sua vida à medicina e investigação de várias doenças infecciosas.

Evidenciaram-se algumas ilustrações gráficas da doença, o tipo de população atingida bem como a sua faixa etária, a percentagem de óbitos por distritos e a mortalidade em Portugal comparativamente com outros países.

Destaca-se a emergência dos sanatórios, preventórios, dispensários e reorganização hospitalar face à elevada expressividade da doença; o papel da ANT, organização particular que esteve no centro de sensibilização, acção e comando da luta contra a tuberculose no nosso país, durante décadas à frente da qual estiveram excelentes médicos entre eles Lopo de Carvalho.

Ao longo do trabalho houve referência a algumas condições que propiciam a tuberculose, bem como à forma como ela se manifesta. No entanto julgou-se ser oportuno descrever na fase final do trabalho um resumo desses conceitos (o abc da tuberculose) recorrendo a uma linguagem simples realçando-se algumas características do *Mucobacterium tuberculosis*:

- Os órgãos preferenciais do bacilo quando este se instala no hospedeiro; a forma como a bactéria se reproduz e assegura o contágio.

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.

Traçou-se uma breve panorâmica da situação actual da incidência da tuberculose no nosso país com informação gráfica. Enumeraram-se possíveis causas responsáveis pelo elevado número de casos manifestados em Portugal, comparativamente com outros países europeus que fizeram um percurso no controlo da doença idêntico ao nosso, apresentando melhores resultados.

Destacam-se novos contextos epidemiológicos como a SIDA, nos quais o bacilo de Koch se refugia criando resistências aos fármacos existentes. A preocupação e acção da Organização Mundial de Saúde perante o fenómeno da tuberculose multi-resistente, bem como perante a situação de descontrolo epidemiológico em alguns continentes como a África e a Ásia.

9 - BIBLIOGRAFIA

Fontes

- Abreu, Cancela de – *Vacinação Antituberculosa por via oral*. Separata de «O Médico», N°578, Porto, 1962
- Abreu, Lopo de Carvalho Cancela - *Algumas considerações sobre o problema da tuberculose em Portugal*. *Jornal Médico*, LIX (1207), 1966
- Acta Médica Portuguesa – *Tuberculose: perspectivas mundiais*. 1995, N° 6
- Acta Médica Portuguesa II Série – *Vacina B.C.G.: Eficácia e impacto nos resultados de rastreio tuberculínico em população de alto risco*. Vol 10, N° 6/7, 1997
- Acta Pediátrica Portuguesa – *Tuberculose infantil em Portugal: Taxas de incidência, evolução futura, doença social*. Vol 25 N°5
- Aguiar, Alberto – *Relatório apresentado ao III congresso nacional de Medicina*. Miscelânea, 1928
- Almeida, António Ramalho – *Sanatório D. Manuel II*. Gaia, 1998
- Almeida, António Ramalho de - *A Trilogia da Tuberculose na Vida e Obra António Nobre*
- Alves, Casanova – *A Vacinação pelo BCG*. *O Médico*, N°144, 1954
- Alves, Jorge Fernandes - *Comemoração do 120º aniversário do H. J. U. Porto*, 2004
- Anais da Faculdade de Medicina – *Tuberculose e Habitação no Porto*. 1913 – 1914
- ANT – *A tuberculose na criança*. Folheto de Divulgação da ANT, Porto, 1934
- ANTDR – *Boletim Informativo*. Ano 1, N°1, Dezembro, 1991
- António, Ramalho de Almeida - *A Tuberculose: Doença do Passado, do Presente e do Futuro*. Laboratórios Bial, Porto 1995
- Antunes, Maria de Lourdes - *Estudo divulgado pela Direcção Geral de Saúde*, Notícias Médicas, 1994, 2190:4-5
- Antunes, Maria de Lourdes - *Tuberculose em Portugal*. *Acta Médica Portuguesa*, 1995; 559-61
- Araújo, António – *A disciplina na luta anti-tuberculose*. 1933
- Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal – *A tuberculose na criança*. Porto, 1934
- Azevedo Antas e Manuel Monterroso – *Salubridade habitacional no Porto*. 1934

- Azevedo, António de - *Bairros insalubres*, 1927
- Azevedo, Irene e Carlos Azevedo - *As Brigadas na Luta Anti-Tuberculose*. Separata de «O Médico», Nº 667, 1964
- Barbosa, António Pereira – *Da tuberculose no Porto: breve estudo sobre a sua etiologia e profilaxia*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, 1906
- Barral, F. A. – *Notícia sobre o clima no Funchal e a sua influência no tratamento da tísica pulmonar*
- Behrman – *Tratado de Pediatria* 1. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 1994
- Boletim ANTDR – *Vencer a Tuberculose*. Respirar é Viver, Nº5, Ano II, Abril, 1998
- Boletim dos Serviços Sanitários – *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência*. 24 de Dezembro, 1901
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Decreto-lei*. 12 de Outubro, 1926
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Decreto-lei*. 15 de Dezembro, 1904
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Estatuto da Associação Nacional Contra a Tuberculose*. Portaria 20 de Fevereiro, 1903
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Instituto Central de Higiene*. Edital, Ensino Sanitário, 9 de Janeiro, 1903
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Portaria*, 4 de Agosto, 1902
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Regulamento dos Serviços de Higiene Pública*. 24 de Dezembro, 1901
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Regulamento dos Serviços de Profilaxia da Tuberculose*. 30 de Agosto, 1902
- Boletim dos Serviços Sanitários do Reino – *Relatório*. 30 de Outubro, 1903
- Cabral, José - *O Nosso Inimigo: O Bacilo da Tuberculose*. Abril, 1987
- Carvalho, Lopo - *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa Médica, Vol. XI, Dezembro, 1934
- Carvalho, Lopo de – *O problema da infecção tuberculosa*. Imprensa da Universidade de Coimbra, 1930
- Casanova, Alves – *A abreugrafia e a vacinação de Calmett e Guérin no Plano Nacional de luta Anti-tuberculose*. Comunicação apresentada à 8ª Secção do XXII Congresso Luso-Espanhol. Coimbra, Porto, 1956

- Dias, Joaquim Coelho – *O clima na cura da tuberculose pulmonar*. Tese de Doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina do Porto
- Direcção Geral de Saúde - *Sistemas de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB)*, Lisboa, Portugal 2001
- Duarte, Paula - Tuberculose: uma emergência global. *Mundo Médico*, 2002, 21:124-127
- Faria, José Alberto de - *A tuberculose no uso clínico*. 1911
- Faria, José Alberto de – *O papel do médico dos Municípios e do Estado, na luta contra as doenças infecciosas*. Relatório apresentado ao III Congresso Nacional de Medicina, Lisboa, 1928
- Faria, José Alberto de - *Preceitos Sanitários*, Lisboa, 1930
- Freitas, António Joaquim de – *A Tuberculose: Considerações sobre o ponto de vista da contagiosidade*. 1887
- Freitas, Armando Macedo – *A tuberculose pulmonar no exército português*. *Revista militar*, nº3
- Garcia, Joaquim Borges - *Da curabilidade da tísica: Seu tratamento*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1871
- Garrett, Almeida - *A nova orgânica da sanidade pública*. 1926
- Garrett, António de Almeida - *Sobre a mortalidade infantil no Porto*. 1º volume, Porto, 1909
- Garrett, António de Almeida - *Tuberculose e habitação no Porto*. *Anais da Faculdade de Medicina do Porto*, 1913 - 1914
- Gouveia, Sílvia - *Portugal Sanitário*, Dissertação para Doutoramento. Universidade de Coimbra, 1937
- Guimarães, Alberto Jorge – *Tratamento da tuberculose: o Sanatório de Davos-Platz*. Porto, 1897
- Hsu KH – *Thirty year after isoniazida: Its impact on tuberculosis in children and adolescents*. *JAMA* 251.1283, 1984
- Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos - *Normas Gerais da vacinação pelo BCG*. Separata do IANT. Volume 6, 1953
- Jorge, Ricardo – *Demografia e higiene da cidade do Porto*. 1897
- Jorge, Ricardo - *Demografia e hygiene da cidade do Porto: clima, população, mortalidade*, 1899
- Ladislau, Patrício - *O Bacilo de Koch e o Homem*. Edições Cosmos, Lisboa, 1945

- Liga Portuguesa de Profilaxia Social – *O Pé Descalço*. Imprensa Social, Porto, 1956
- Livros de registo do obituário da Delegação de Saúde do Porto e da Direcção do Serviço de Doenças infecciosas
- Lucas, Galvão – *A tuberculose: Doença social*. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 1958, 1958
- Morhardt – *La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires*. La Vie Médicale N° 2, 1928
- Mundo Médico – *A tuberculose e os seus problemas actuais*. Ano 1 N° 4, 1999
- Mundo Médico – *Cuidados com os doentes tuberculosos internados nos hospitais*. Ano 2, N° 10, 2000
- Notícias Médicas – *Tuberculose em Portugal, uma batalha interrompida*. N° 2190, 1994
- Patrício, Ladislau – *A Tuberculose e a guerra*. Boletim Assistência Nacional aos Tuberculosos, Vol. II N° 1, V Série, 1940
- Pessanha, Francisco – *Da hereditariedade da tuberculose*. Imprensa Moderna, Porto, 1889
- Pina, Jaime - *A Tuberculose e os problemas actuais*. Mundo Médico, 1999, 3:36-38
- Ribeiro, Guilherme Urbano da Costa - *A Mortalidade Infantil no Porto*. Escola Médico Cirúrgica do Porto, 1902
- Ribeiro, Raul – *Tuberculose: sua prevenção pelo BCG*. Separata do Jornal do Médico, XII (304) 505 - 511, 1948
- Rodrigues, António – *Tuberculose*. Separata do Jornal Médico, XXIX (691) 889-892, 1956
- Rodrigues, Joaquim Urbano da Costa – *A Mortalidade do Porto*. Imprensa Civilização, Porto, 1890
- Romero, Hernan e Juan Moroder – *La lucha contra la tuberculosis y la administración sanitaria*. Boletim de la oficina sanitaria Panamericana, Ano (Vol.) 25, N° 7, 1946
- Teles, Aires Gomes de Oliveira – *A cura pelo Sol nas tuberculosas Cirúrgicas*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto
- Tempo Medicina – *Maior incidência de tuberculose na Europa Ocidental*. 18 de Outubro, 2004
- WHO 1997 Global Tuberculosis Program WHO: Guidelines for the management of Drug Resistant Tuberculosis WHO/TB; 97-220
- WHO/Tuberculose, 98. 237, 1998 (25/11)

Bibliografia Geral

1º Congresso da Liga Nacional contra a tuberculose. Lisboa, Abril, 1904

2º Congresso da Liga Nacional contra a Tuberculose. Viana do Castelo, Setembro, 1902

A. Calmette - *Revue D, hygiene et de Medicina Preventive*, Cinquante Deuxième Année, Tome LII, Nº 5, 1930

Advances in tuberculose research: recent studies in the epidemiology tuberculosis. Ed Urbanczik, Basel, 1976

Aires, Gomes de Oliva – *A Cura pelo Sol. Tuberculose Cirúrgica*

Alves, Joaquim Gomes Ferreira – *A Helioterapia no tratamento da tuberculose cirúrgica*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, 1911

American Thoracic Society and the Centers Disease Control - *Treatment of Tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children*. Am Rev Respor Dis 134:355, 1986

Andrade, José de Coelho de – *A higiene no trabalho: Questões de higiene social*

Antunes, ML, Aleixo-Dias, Antunes AF, Pereira MF, Raymundo E, Rodrigues F – *Anti-Tuberculosis drug resistance in Portugal*. Int J Tub Lunb Dis, 2000;4:223-231

Anuário Demográfico, ano 1929

Araújo, António Leles de – *História da Pneumologia Portuguesa*. Direcção da S. P. de Pneumologia, Lisboa, 1994

Bento, Carqueja – *O povo português*. Porto, 1908

Bezancon, Chevalley – *Les associations microbiennes das l'infection tuberculeuse pulmonaire*. Revue de la tuberculose Nº 3, 1923

Bowman – *Syphilis as a complication of tuberculosis*. The Lancet. 15 de Dezembro, 1923

Buchillet, Dominique - *Tuberculose, cultura e saúde pública*, 2000

Bufalino, Gesualdo – *A Dança da Morte*. Edições ASA, Lisboa, 1994

Carvalho, Alberto – *Bacilo bovino e tuberculose humana*. Actualidades biológicas. Vol. XX

Carvalho, Lopo de (filho) – *L'influence des changements climatologiques sur les tuberculeux pulmonaires*. Com. XIII Congresso de Hidrologia e Climatologia

Castro, Manuel de Seíça – *Lutando contra a tuberculose*. Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1909

- Censo da população de Portugal*. No 1º de Dezembro de 1911, Lisboa, 1913
- Claude Bernard – *Introduction à l'étude de la médecine experimental*
- Comstock GW – *Frost revisited: The modern epidemiology of tuberculosis*. Am Rev Respir Dis 101:363, 1985
- Conference of the Finish Anti - *tuberculosis Associaton*. Karin Mattson. Helsink, 1977
- Coreil, François et Victor Deville - *Traité de Desinfection*. Paris, 1911
- Correia, Fernando da Silva – *Algumas efemérides referentes à assistência aos tuberculosos em Portugal*. Boletim da Assistência Social Nº 8 e 9, 1943
- Correia, Fernando da Silva – *Portugal Sanitário*
- Daniel TM – *New approaches to the rapid diagnosis of tuberculous meningitis*, J. Infect Dis 155:599, 1987
- Dickens, Charles – *Grandes Esperanças*. Ed Portugália, Lisboa
- Engels, Federico - *A Questão do Alojamento*. Ed Poveira, Porto, 1971
- Engels, Federico - *La Situação da la Classe Obreira na Inglaterra*. Ed Futuro, S.R.L., 1965
- Faria, José Alberto de – *A tuberculose no uso clínico*, 1911
- Faria, José Alberto de – *Reacções à tuberculina*. 1913
- Ferrari, José de Melo – *Breves considerações sobre alguns assuntos importantes da patologia geral da tísica*. Imprensa Popular, Porto, 1874
- Ferrari, José de Melo – *Inoculação e virulência da tuberculose*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1874
- Ferreira, António Fernandes – *Tratamento da tuberculose pulmonar*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1900
- Figueiredo, João Maria Gonçalves da Silveira – *Ar das montanhas*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1881
- Fine PEM – *The BCG story: Lessons from the past and implication for the future*. Rev Infect Dis 2:353, 1989
- Freitas Morna e Macedo, Armando – *A tuberculose pulmonar no exército português*. Revista Militar Nº 3-1396
- Garret, António de Almeida – *Manual do Médico Sanitário*
- Garrett, António Almeida – *O problema de tuberculose em Portugal*. Imp. C. Vasconcelos Porto, 1906

- Garrett, António de Almeida – *Profilaxia da tuberculose*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, 1916
- Gouveia S., Santos A., Valadas E., Antunes F. - *Tuberculose: importância dos exames bacteriológicos e histológicos e sua correlação com a imunidade celular numa população com elevada taxa de co-infecção por VIH*, Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. 7(5) 213-218, 2002
- Grande Enciclopédia Portuguesa Brasileira - *Iraque Editorial*. DLA, Lisboa, Volume XIV
- Grosset, JH – *Present status of chemotherapy for tuberculosis*. Rev Infect Dis 2:347, 1989
- Guerin – *La vaccination par le BCG*. Revue Belge de la tuberculose, 5 Dezembro, Bruxelles, 1946
- Guimarães, António Teixeira Rodrigues de – *O tratamento climatérico da tuberculose pulmonar e a Serra da Estrela*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1887
- Guimarães, Joaquim – *Tuberculose pulmonar*. tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina do Porto, 1919
- Guimarães, José de Sousa – *Orientação dos nossos congressos anti-tuberculosos e a sua ineficácia*. 1905
- Instiaz, Juma – *Grandes Figuras da Medicina Portuguesa*. Arquimédia, Lda
- Internationale Anti-Tuberculose Liga (I A T L) – *A tuberculose é curável e evitável*. Lisboa, 1933
- J. Salazar de Sousa – *A tuberculose e a Infância*. Lisboa, 1901
- Jacques, Le Goff - *As Doenças têm história*. Terramar 2ª Ed, 1997
- Jorge, Ricardo - *A peste bubónica no Porto*, 1899
- Júnior, Maximiano Lemos – *O problema da Imunidade*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1884
- Junta Geral do Distrito de Lisboa – *Algumas noções sobre tuberculose*. 1932
- Kendig EL – *Current status report: evolution of short-course antimicrobial treatment of tuberculosis in children*. Pediatrics 75:684, 1985
- La lutte antituberculeuse integrante des soins de santé primaires. OMS Geneve, 1990
- Lelong et Rivalier – *Syphilis et tuberculose: L' anergie syphilitique*. Societé de Biologie de Paris, Presse Médicale N° 13, 10 de Fevereiro, 1923
- Lemos, José Alberto - *Sobre tratamentos fundamentais da tuberculose*. 1928
- Lencastre, Fernando de - *Dispensário de Alcântara em 1894 – 1929*

- Lencastre, Fernando de – *Dispensário Popular de Alcântara em 1894-1929*. 1930
- Lencastre, Fernando de – *Dispensário Popular de Alcântara no problema da infância portuguesa*. 1932
- Liberopulo – *Sur un cas de tuberculose pulmonaire associé à la syphilis*. Paris Médicale N° 44, 30 de Outubro, 1926
- Liga Nacional contra a Tuberculose – *3º congresso contra a tuberculose*. Coimbra, 1907
- Liga nacional contra a Tuberculose – *Congresso contra a tuberculose*. Lisboa 1901
- Liga Portuguesa de Profilaxia Social - *Em prol dos leprosos portugueses*. Porto 1951
- Liga Portuguesa de Profilaxia Social - *O problema das carquejeiras do Porto*. Porto, 1951
- Lindeman, Mary - *Medicina e Sociedade no Início da Europa Moderna: Novas abordagens da história europeia*. Ed Replicação, 1999
- Maia, Celestino – *Sol e mar*. Publicações do Instituto de Climatologia e Hidrologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 1935
- Medeiros, Nuno Álvaro Botelho de – *A tuberculose como doença social*
- Mesquita, António Pinto de – *Breve estudo sobre a febre na tuberculose*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1900
- Molavi A, le Frock JL – Tuberculous meningitis. Med Clin North. Am 69:315, 1985
- Monteiro, António de Oliveira – *Será a tísica pulmonar uma afecção contagiosa*. Imprensa Literária, Porto, 1869
- Monterroso, Manuel Aníbal da Costa – *A tuberculose e o sanatório*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1902
- Moreno, Armando - *História da Medicina*. Universal. Printipo, Lisboa, 1998
- Narciso Armando – *Tuberculose e clima*, Separata de clínica, higiene e hidrologia. N°6, Lisboa, 1943
- Navarra, Emídio – *Quatro dias na Serra da Estrela*. 1884
- Neves, Cassiano – *A simbiose da sífilis e da tuberculose: A sífilis pulmonar*. Medicina Contemporânea N° 27, 13 de Julho, 1913
- Nobre, António - “SÓ,” *Grandes Clássicos da Poesia*. Europa-América, 1997
- Novais, Francisco, Francisco Xavier de Abreu e Couto Amorim – *A tuberculose e os seus novos meios de tratamento*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1891

- O'Brien R, Leong M, Cross F, et al – *Hepatotoxicity from isoniazida and rifampin among children treated for tuberculosis*. Pediatrics 72:491,1983
- Oliveira, Cândido – *A Vacinação contra a tuberculose no Continente e nas Colónias*. Anais do Instituto de Medicina Tropical, Vol. VII, Setembro, 1950
- Oliveira, Luísa Tiago de - *A saúde pública no vintismo: Estudos e documentos*, 1992
- Pacheco, Francisco do Carmo - *Um século de medicina laboratorial*. In-libris, 1998
- Palma, Velho da - *A crise da habitação e a sua perniciosa influência na higiene: A solução do problema*, 1931
- Palma, Velho da – *A crise habitacional e a sua perniciosa influência na higiene: Solução do problema*. 1931
- Patrício, Luís Soares Pires – *Contágio e profilaxia da tuberculose*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1896
- Pereira C. Pereira – *Reflexões sobre o tratamento da tuberculose pulmonar*. Imprensa portuguesa, 108-116, Porto
- Porto, João Maria – *Aspectos climáticos da associação da tuberculose pulmonar e da sífilis*. Relatório apresentado ao III Congresso Nacional de medicina, Lisboa, 1928
- Portuguesa de Profilaxia Social Liga - *O que é e o que tem realizado*. Imprensa Social, Porto, 1947
- Reis, Eduardo Alves dos – *A tuberculose Cirúrgica*. Dissertação apresentada à Escola Médico Cirúrgica do Porto, 1909
- Relatório da Assistência Nacional aos Tuberculosos, 1902
- Rodrigues, António Teixeira Guimarães – *O Tratamento Climatérico da Tuberculose Pulmonar na serra da Estrela*. 1887
- Sá, Joaquim Dias de – *Luta contra a tuberculose*. Minerva, Porto 1901
- Santos, Cândido dos - *Hospital Joaquim Urbano, primeiro centenário*, 1984
- Santos, João Marques dos - *Raiva e vacinação anti-rábica no distrito de Coimbra*. 1929
- Serra, Augusto Vaz – *Profilaxia da tuberculose em Portugal*. Boletim de Assistência Social Nº 8 e 9, 1943
- Serras e Silva – *O clima de altitude e a tuberculose pulmonar*. 1898
- Silva Carvalho - *História da medicina portuguesa*
- Silva José, José Leão Ferreira do – *Tuberculose, Hospitais, e Sanatórios*. Dissertação apresentada à escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1899

- Silva, Agostinho da - *Vida de Pasteur*. Ulmeiro, 1989
- Silva, Américo José da - *Tratamento sanatorial da tuberculose pulmonar*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, 1920
- Silva, José Pereira - *Breve estudo clínico sobre tuberculinoterapia*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto
- Sounia, Jean Charles - *A História da Medicina*. Instituto Piaget, 1992
- Sournia, Jean Charles, Ruffie, Jaques - *As epidemias na história do homem*
- Sousa, Carlos Salazar - *A Tuberculose nas Grávidas e a defesa dos seus filhos*. A Medicina Contemporânea, Lisboa, 1932
- Teles, Aires Gomes de Oliveira - *A cura pelo Sol nas tuberculosas cirúrgicas*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, 1919
- Tuberculosis: pathogenesis, protection, and control*. Ed Barry R Bloom, American Society for Microbiology Washington, 1994
- Unidade de Tuberculose - *Cinco anos de actividade no Hospital Pulido Valente*, Lisboa, 1999-2004
- Valtis, J. - *Facteurs sociaux et profilaxie de l'infection tuberculeuse*. Encyclopédie Medico-Chirurgical
- Viegas, Luís de Freitas - *A Tuberculose e as suas manifestações cirúrgicas*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto, 1896