

Como se preveniu uma epidemia: a profilaxia da tuberculose na primeira metade do século XX em Portugal

How an epidemic was prevented: prophylaxis against tuberculosis in the first half of the 20th century in Portugal

ISMAEL VIEIRA

Universidade de Coimbra, CEIS20

ismaelcerqvieira@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2054-5123>

Texto recebido em / Text submitted on: 09/01/2021

Texto aprovado em / Text approved on: 21/06/2021

Abstract

There is a consensus in health historiography that tuberculosis is the most lethal contemporary infectious disease. Much has been written about the currents of medical thought on tuberculosis along with the various treatments, including sanatorial, but preventive strategies have had less expression. This paper aims to analyze the most relevant prophylactic measures to combat tuberculosis in Portugal, undertaken by various institutions and personalities linked to the problem in the first half of the twentieth century.

Keywords: Epidemic; Tuberculosis; Prophylaxis.

Resumo

A historiografia da saúde é consensual a considerar a tuberculose como a doença infecciosa mais letal da contemporaneidade. Muito se tem escrito acerca das correntes de pensamento médico sobre a tuberculose a par dos vários tratamentos, incluindo o sanatorial, mas pelo contrário as estratégias preventivas têm tido menor expressão. Com este trabalho pretendemos analisar as medidas profiláticas mais relevantes destinadas ao combate à tuberculose em Portugal, empreendidas por várias instituições e personalidades ligadas ao problema na primeira metade do século XX.

Palavras-chave: Epidemia; Tuberculose; Profilaxia.

Introdução

J.-C. Sournia e J. Ruffie¹ consideram que entre os grandes fatores de regulação demográfica do *sapiens*, figuraram durante muito tempo as doenças transmissíveis, tanto na sua forma permanente, crónica, endémica, como na sua forma explosiva, mais ou menos violenta, propagando-se rapidamente a uma fração importante da população e provocando uma epidemia. As epidemias na história da humanidade manifestaram-se mais ou menos de forma frequente, julgando-se necessárias de um ponto de vista biológico para manter o efetivo de uma população em limites aceitáveis.

As epidemias têm sido constantes na história, apresentando-se sob formas diversas conforme a etiologia: bacterianas (provocadas por cocos, vibriões, bacilos) ou virusais. No ano de 2019-2020 o aparecimento e difusão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) despertou a humanidade para uma realidade quase esquecida no mundo ocidental – uma epidemia em larga escala que afetou todo o globo e um grande número de pessoas – ou seja uma pandemia de Covid-19.

Na história do século XX foram várias as doenças infetocontagiosas que abalaram as sociedades ocidentais: da peste bubónica à cólera, passando pela gripe espanhola e pela tuberculose, até à sida e ao ébola. Entre as doenças mais temidas e ainda não completamente vencidas está a tuberculose, considerada no século XX como o inimigo público número um e apontada em 2015 como uma das epidemias a erradicar pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável² da Organização das Nações Unidas. Para Portugal o cenário nesta matéria não é auspicioso. No relatório do Instituto Nacional de Estatística³ sobre os indicadores para Portugal acerca dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável Agenda 2030, a incidência de tuberculose por 100 mil habitantes em 2018 era de 20,8, tendo crescido 21,5% em relação aos dois anos anteriores, convertendo-se num dos trinta indicadores que evoluiu desfavoravelmente.

Apesar dos notáveis avanços da biomedicina e do investimento dos Estados nos sistemas nacionais de saúde, a tuberculose persiste enquanto problema

¹ Jean-Charles Sournia e Jacques Ruffie, *As epidemias na História do Homem*, Lisboa, Edições 70, 1985, p. 39.

² United Nations, “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”, *Resolution adopted by the General Assembly on 25 september 2015 (A/RES/70/1)*, p. 16 (https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, consultado em 2020.12.31).

³ Instituto Nacional de Estatística, *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030: Indicadores para Portugal – 2010-2019*, Lisboa, INE, 2020.

(file:///C:/Users/ismae/AppData/Local/Temp/ODS_20102019_a.pdf, consultado em 2021.01.03).

médico e social. Então, porque é que apesar dos progressos médicos, da difusão em larga escala de informação pelos meios de comunicação social e das recomendações preventivas muitas doenças infetocontagiosas não foram ainda vencidas? Para Jacques Le Goff desde a “mais remota Antiguidade, donde surgem os ainda espantosos documentos da Babilónia, até ao bloco operatório mais futurista, as atitudes face às doenças em nada se alteraram”⁴. São de facto os comportamentos de risco e as atitudes perante as doenças que fazem perpetuar alguns fenómenos epidemiológicos. Consequentemente, é no fator social que continua a residir grande parte do problema.

O problema médico e social da tuberculose marcou de forma profunda o panorama sanitário em Portugal na primeira metade do século XX, quando um novo arsenal terapêutico foi posto à disposição dos doentes, constituído por antibióticos e quimioterápicos (estreptomomicina, ácido para-aminosalicílico-PAS, isoniazida), possibilitando uma abordagem mais eficaz ao problema.

Como mostraram alguns trabalhos de I. Vieira⁵, até à década de 1950 existiram dois tipos de abordagens à tuberculose em Portugal. Por um lado, uma abordagem remediativa, focada na obtenção de uma cura inglória e representada por respostas assistenciais de que faziam parte a hospitalização em sanatórios e tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos. Por outro lado, uma abordagem preventiva representada por respostas profiláticas focadas na educação sanitária dos doentes, no combate aos problemas sociais como a má alimentação, as más habitações, a falta geral de higiene, na vacinação, no radiorrastreio etc.

Neste artigo iremos analisar as medidas profiláticas mais relevantes destinadas ao combate à tuberculose em Portugal, empreendidas por várias instituições e personalidades ligadas ao problema. A metodologia empregue na análise das estratégias profiláticas foi qualitativa, baseada na inferência

⁴ Jacques Le Goff, “Uma história dramática” in Jaques Le Goff (ed.), *As doenças têm história*, Lisboa, Terramar, 1997, p. 7.

⁵ Sobre este tema vejam-se os seguintes trabalhos: Ismael Cerqueira Vieira, *Conhecer, Tratar e Combater a “Peste Branca”. A Tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)*, Porto, Edições Afrontamento/CITCEM, 2016; Ismael Vieira, “A vacinação pela BCG em Portugal: da origem a meados do século XX” in Santa Casa da Misericórdia do Porto (ed.), *Saúde, Ciência, Património: Atas do III Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2016, p. 195-208; Ismael Vieira, “O papel das enfermeiras-visitadoras na profilaxia da tuberculose em Portugal na primeira metade do século XX”, *Pensar Enfermagem*, 19, 1 (2015), p. 19-30; Ismael Cerqueira Vieira, “A luta contra a tuberculose no distrito de Coimbra” in João Rui Pita e Ana Leonor Pereira (eds.), *Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo*, Coimbra, GHSC/CEIS20, 2013, p. 57-64; Ismael Vieira, “Doutrinas e profilaxia da tuberculose em Portugal nos finais do século XIX”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 13 (2013), p. 335-359.

sistemática, tendo por base quer trabalhos de síntese quer textos documentais de natureza periódica e legislativa.

Pretendemos deste modo fazer uma análise das estratégias preventivas de combate à tuberculose adotadas em Portugal na primeira metade do século XX, com o objetivo de contribuir para o debate sobre estratégias profiláticas aplicadas às doenças infetocontagiosas e criar um modelo de comparação futuro com outras realidades cronológicas e nosológicas.

1. O estado sanitário de Portugal e a tuberculose no arranque do século XX

O início do século XX em Portugal ficou marcado pelo número elevado de óbitos devidos à tuberculose. A elevada mortalidade permite-nos enquadrá-la no que Mirko Grmek e Jean-Charles Sournia consideravam ser uma “doença dominante”⁶, ou seja, uma doença que pela sua frequência, efeitos invalidantes e letalidade comportava graves consequências para a demografia e qualidade de vida das populações. No fundo, a estetização da doença, herdada do Romantismo, que tornava a tuberculose numa patologia associada ao génio criador de artistas e escritores, aos sentimentos refinados, à febre das almas sensíveis, ajudaram a perpetuar a ideia de fatalismo e herança familiar e desviar as preocupações sanitárias para outros fenómenos patológicos.

Mas qual era o estado sanitário de Portugal nas primeiras décadas do século XX? Os circunstancialismos político-militares e socioeconómicos da vida portuguesa do primeiro quartel do século XX não ajudaram muito à causa sanitária, pese os esforços dos higienistas, das iniciativas de sensibilização higiénica e profilática da população ou mesmo da legislação abundante que foi sendo lançada. Como refere Gonçalves Ferreira,

Durante os primeiros 30 anos do século XX não houve mudanças significativas nas condições de saúde da população portuguesa, em relação às observadas no século anterior. Ocorreram diversas epidemias, de âmbito limitado, excepto a de gripe (gripe pneumónica) que em 1918 atingiu todo o país e matou centenas de milhar de pessoas de todas as idades, particularmente adultos, combinada às de varíola e tifo exantemático.

As reformas sanitárias entretanto empreendidas, desde 1901 [...] foram ineficazes na finalidade de melhorar a saúde da população, mantendo-se as

⁶ Mirko D. Grmek and Jean-Charles Sournia, “Les maladies dominantes” in Mirko D. Grmek (ed.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999, p. 271-272.

estatísticas de mortalidade dominadas pelos óbitos de doenças infecciosas e de causas desconhecidas, estas traduzindo simultaneamente falta de apoio médico na explicação do motivo da morte e dificuldades de diagnóstico na identificação laboratorial ou outras das perturbações da saúde na fase final da vida das pessoas⁷.

Entre as doenças mais graves em Portugal destacava-se a tuberculose numa posição cimeira e inigualável perante outras doenças do foro infetocontagioso, que em 1930 chegou ao desastroso número de 13 mil mortes, o que era mais do que o número de mortes devido a outras doenças infetocontagiosas juntas⁸.

A sífilis era também uma das doenças mais vulgares em Portugal e com uma extensão que cobria todo o território nacional. Tida como uma doença vergonhosa, os sífilíticos evitavam o recurso aos hospitais, sendo difícil calcular com exatidão os números de infetados. O alcoolismo completava a tríade dos flagelos sociais. Não existia no tempo estudos sobre o alcoolismo em Portugal, faltando dados fiáveis para ponderar o problema. Sabemos, contudo, que era causa de inúmeras doenças do foro hepático, psíquico e mental, e visto na época como um fator que punha em causa o futuro da raça portuguesa⁹.

Acerca das doenças consideradas epidémicas a maior parte tinha apenas um alcance regional ou local. O Quadro 1 permite-nos perceber a gravidade do estado sanitário do país somente no primeiro quartel do século XX. A peste, que teve um impacto mediático grande em 1899, manteve-se presente em surtos quase anuais no continente e ilhas. O mesmo se passou com o tifo exantemático que afetou a população portuguesa em quase todos os anos. Outros surtos como os de varíola e febre tifoide eram presença assídua, havendo outras doenças que se manifestavam menos, mas nem por isso de forma menos grave. Somente a pandemia de gripe pneumónica se manifestou verdadeiramente a uma escala nacional e com duração de dois anos.

⁷ F. A. Gonçalves Ferreira, *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 275.

⁸ Ismael Vieira, “Aspetos do estado sanitário em Portugal no primeiro quartel do século XX” in Helena da Silva, Rui M. Pereira e Filomena Bandeira (eds.), *Centenário da Gripe Pneumónica: A pandemia em retrospectiva, Portugal 1918/1919*, Lisboa, Inspeção Geral de Atividades em Saúde/Instituto de História Contemporânea/Comissão Nacional para a celebração do Centenário da Pneumónica, 2019, p. 37-54.

⁹ Fernando da Silva Correia, *Portugal Sanitário: Subsídios para o seu estudo*, Lisboa, Ministério do Interior, 1938, p. 279.

Ocorrência de surtos epidémicos em Portugal 1901-1926			
1901	Meningite cérebroespinal	1914	Tifo exantemático, peste pneumónica
1902	Peste pneumónica	1915	Peste
1903	Tifo exantemático	1916	Tifo exantemático
1904	Peste bubónica	1917	Tifo exantemático, febre tifoide
1905	Peste	1918	Gripe pneumónica, gripe, peste, disenteria, pneumonia, tifo, varíola, difteria, peste pneumónica e bubónica
1906	Peste	1919	Gripe pneumónica, varíola, difteria
1907	Tifo exantemático	1920	Peste pneumónica e bubónica, febre tifoide, sarampo, varíola, gripe
1908	Tifo exantemático, peste	1921	Peste pneumónica e bubónica, tifo exantemático, bilharziase
1909	-	1922	Peste, varíola
1910	Cólera, peste, tifo exantemático, calazar	1923	Peste, sarampo, tosse convulsa, tifo exantemático, alastrim
1911	Peste, tifo exantemático	1924	Peste pneumónica, varíola, tosse convulsa
1912	Febre tifoide	1925	Peste, tifo exantemático
1913	Tifo exantemático	1926	Peste, ancilostomíase autóctone

Quadro 1 – Surtos epidémicos em Portugal no primeiro quartel do século XX.

Fonte: Fernando da Silva Correia, *Portugal Sanitário...*, cit., p. 476-482.

Por outro lado, há que considerar as lacunas ao nível assistencial e a sua influência no combate às epidemias. A organização de uma assistência moderna em Portugal foi feita tardiamente. Depois da reorganização protagonizada por Ricardo Jorge em 1901, foi preciso esperar até 1926 por uma reorganização geral dos serviços de saúde pública. O Decreto n.º 12:477 de 12 de outubro surgiu com um cunho marcadamente higienista, propondo-se elaborar a estatística sanitária, a sanidade marítima e terrestre, a prevenção das doenças de foro infeccioso, a higiene do meio laboral e escolar e a inspeção alimentar.

Seguiu-se na década de 1930 a legislação corporativa do Estado Novo que estabeleceu a Previdência Social e a Assistência Social como sendo duas vias distintas. Para os que exerciam atividade laboral (na indústria, comércio, serviços) funcionava o sistema de seguro social obrigatório, a Previdência Social; para os que não tinham capacidade contributiva a Assistência Social era a única opção¹⁰. A Direção Geral de Assistência tutelava apenas algumas instituições em Lisboa, Coimbra e Caldas da Rainha¹¹. O resto do país só

¹⁰ Jorge Fernandes Alves e Marinha Carneiro, “Estado Novo e discursos assistencialista (1933-1944)”, *Estudos do Século XX*, 13 (2013), p. 335-353.

¹¹ Decreto n.º 11:267 de 25 de novembro de 1925.

alcançava assistência através das autarquias locais, misericórdias e associações mutualistas¹². O Estado tinha uma função supletiva em relação à assistência privada, baseando a sua ação na promoção e fiscalização das instituições privadas de assistência¹³ e regulamentando os apoios prestados pelos poderes locais no custeamento do tratamento dos pobres¹⁴.

No caso da tuberculose, a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) vinha a organizar a assistência aos doentes desde 1899, mas ainda assim foi preciso esperar até 1945 para ser nacionalizada e passar a contar plenamente com subvenção estatal. A ANT manteve-se durante quase toda a primeira metade do século XX de foro privado e apenas uma iniciativa entre outras, o que dificultou a coordenação de um plano nacional. Aspetos centrais da prevenção como a vacinação ou a declaração obrigatória da doença foram, como veremos seguidamente, marginais à ação da ANT.

A prevenção da tuberculose passou por várias iniciativas das quais fizeram parte a vulgarização da noção de contágio, a vacinação, a declaração obrigatória da doença e o combate aos escarros. Porém, é-nos difícil, por falta de dados concretos, aquilatar o verdadeiro impacto destas medidas na diminuição da morbilidade e da mortalidade devido a esta doença.

2. Vulgarização da noção contágio

Durante séculos acreditou-se que a tuberculose era uma doença hereditária, transmissível entre gerações. Era vista como um problema de constituição física e psíquica engendrada na imoralidade de muitas famílias¹⁵. A teoria da infeto-contagiosidade ganhou força na segunda metade de oitocentos, tendo ficado definitivamente provada com a descoberta do *mycobacterium tuberculosis* por Robert Koch em 1884. O desconhecimento da contagiosidade da doença impediu uma prevenção concertada e eficaz até aos inícios do século XX.

Na transição do século XIX para o XX, a discussão em torno da tuberculose herdada e da tuberculose contraída constituía um pomo de discórdia entre os médicos. Ambas as doutrinas nasceram pela mesma altura e ambas subsistiram até ao século XX, altura em que a ciência provou a natureza contagiosa.

¹² Jorge Fernandes Alves e Marinha Carneiro, “Estado Novo...”, cit., p. 340.

¹³ Andreia da Silva Almeida, *A saúde no Estado Novo de Salazar (1933-1968): Políticas, sistemas, estruturas*, Tese de Doutoramento, 2017, p. 105.

¹⁴ Decreto-Lei n.º 23:348, de 13 de dezembro de 1933.

¹⁵ Miguel Bombarda, “A degenerescencia moral do povo portuguez como factor da expressão da tuberculose”, *A Medicina Contemporânea*, 7, 17 (1904), p. 130.

A crença na tuberculose herdada subsistiu até tarde, não só pelo aspeto médico e científico, mas pelas questões sociais que acarretava. Considerar a tuberculose com uma doença estritamente contagiosa, num período em que ela era tão vulgar como a sua terapêutica ineficaz, podia gerar na população um sentimento de revolta, comprometendo a ordem social. A impotência dos higienistas em travar a expansão da doença e em tratá-la eficazmente levou-os a refugiarem-se na sua única esperança: a prevenção. Dizia o médico Joaquim Borges Garcia de Campos a este propósito que “se a Medicina não tem meios certos e seguros para dominar a diathese tuberculosa, depois da sua evolução, um dos seus ramos, a *Hygiene*, encerra em si elementos, que, oppurtunamente aproveitados, tem produzido óptimos benefícios, logrando sopear aquella manifestação diathetica”¹⁶.

A perspectiva de que a tuberculose era devida à hereditariedade punha em questão o casamento e a reprodução, nascendo o conceito de casamento impróprio, causa da degenerescência da população “que condenava a um viver miserável e a uma morte prematura as gerações que vão vindo”¹⁷. Os casamentos impróprios eram todos aqueles que se celebravam fruto de paixões exacerbadas, por conveniências familiares, casamentos em idades tardias, casamentos entre nubentes com idades muito desiguais, casamentos consanguíneos e casamentos entre um nubente são e outro doente. Os higienistas recomendavam a proibição de matrimónios aos tuberculosos, porque um cônjuge infetava o outro e ambos produziriam uma descendência de tarados, inúteis e infelizes. Consequentemente, a medicina devia ter um papel ativo na obstaculização dos casamentos perigosos: como defendia Egas Moniz, o processo matrimonial devia acompanhar-se de atestados médicos¹⁸.

A falta de provas que sustentavam a hereditariedade da doença conduziu a uma reconfiguração desta teoria. Alguns médicos passaram a acreditar que não se herdava a doença, mas sim a predisposição física para a tuberculização. A predisposição consistia em ter determinadas características orgânicas que fizessem com que os bacilos se pudessem manifestar: ter ascendentes com sífilis, escrofulose ou alcoólicos era sinónimo de ser tuberculizável.

O trabalho dos higienistas, ao chamarem a atenção para as débeis condições de vida de uma boa parte da população, canalizou as atenções para os problemas da má alimentação, do modo de vida desregrado, da ignorância acerca dos preceitos de

¹⁶ Joaquim Borges Garcia de Campos, *Demonstração anatomo-pathologica e clinica da curabilidade da pthysica pulmonar: seo tratamento prophylactyco*, Porto, Typ. de José Coelho Ferreira, 1871, Tese Inaugural, p. 33-34.

¹⁷ Manuel de Brito Camacho, *A herança mórbida: apontamentos de hygiene*, Lisboa, Tip. Eduardo Rosa, 1889, Tese de Inaugural, p. 6-7.

¹⁸ Egas Moniz, *A vida sexual: Physiologia e Pathologia*, Lisboa, Livraria Ferreira, 1913.

higiene como fatores predisponentes à contração da tuberculose. A impossibilidade de negar a etiologia microbiana fez centrar as atenções médicas nas condições de vida perniciosas, sendo estas o ponto de partida da intervenção profilática.

Geralmente as indicações médicas iam no sentido de as mulheres grávidas evitarem a doença ou a sua marcha. Eram sugeridos exercícios suaves, passeios, uso de vestidos cómodos e reforço da alimentação. As tuberculosas não deveriam amamentar, sendo preferível que o fizesse uma ama saudável. Nas classes pobres a má alimentação, o trabalho excessivo e a falta de resguardo perante as situações climatéricas poderiam afetar o desenvolvimento do feto e a sua constituição. Nas classes ricas andar em jantares, teatros e bailes durante a gravidez era tanto perigoso como indesejável porque além da hereditariedade e do contágio havia quem supusesse uma “etiologia moral” da tuberculose. Viver desregradamente, ser alcoólico, ser prostituta ou frequentador de prostituição era meio caminho para ser candidato à tuberculose¹⁹.

Instituições como a Liga Nacional contra a Tuberculose (LNCT) e a ANT lançaram publicações e puseram em marcha algumas campanhas para chamar à atenção para a necessidade de evitar a doença por meio da higiene pessoal e coletiva. Por exemplo, na revista “Guerra á tuberculose”, os redatores chamaram insistentemente à atenção para a contagiosidade da doença, recordando que a tuberculose era evitável e curável²⁰. A premissa de que era necessário educar a população levou a LNCT a publicar um “Catecismo contra a tuberculose”²¹ onde as dúvidas mais importantes acerca da natureza da doença, das suas causas, dos modos de transmissão, das faixas etárias mais suscetíveis à contração, das práticas não recomendáveis e dos modos de prevenção foram explanados num estilo e linguagem simples.

Mas o que era aparentemente simples de explicar não seria fácil de ensinar a uma população maioritariamente analfabeta. H. Roquete²² dizia que a luta contra a tuberculose em Portugal era diminuta e surda porque a população interessada nos panfletos e conferências era residual. O problema da tuberculose não era apenas do foro médico e sanitário, mas sobretudo “um problema de educação e cultura – um problema pedagógico. A luta contra a tuberculose confunde-se pois com a luta contra a ignorância”²³.

¹⁹ David S. Barnes, *The making of social disease: tuberculosis in Nineteenth-Century France*, Berkeley, University of California Press, 1995, p. 76.

²⁰ *Guerra á tuberculose*, 1, 1 (1900), p. 1-3.

²¹ “Catecismo contra a tuberculose”, *Guerra á tuberculose*, 1, 2 (1902), p. 40-44.

²² H. Roquete, “A declaração obrigatória dos casos de tuberculose”, *A Medicina Contemporânea*, 14, 38 (1911), p. 298.

²³ Ladislau Patrício, “Os sinais de alarme no diagnóstico da tuberculose pulmonar”, *A Medicina Contemporânea*, 3, 40 (1931), p. 360.

3. Vacinação

No plano da prevenção da tuberculose, a vacinação surgiu tardiamente em relação a outros meios preventivos. Como é sabido a procura de um medicamento específico contra esta doença passou por várias fases, entre as quais esteve a descoberta da tuberculina em 1890 e o seu emprego como meio preventivo. Os cientistas voltaram as suas atenções para a obtenção de uma vacina específica destinada a imunizar a população, em especial os mais jovens. Depois da tuberculina criaram-se outras vacinas fabricadas a partir de bacilos mortos, depois de bacilos provenientes de animais tuberculosos e finalmente de bacilos vivos.

Em 1902 Emil von Bering preparou a *Bovo Vaccine*, a partir de bacilos humanos vivos atenuados, e na mesma época Robert Koch e Fred Neufeld conceberam a *Taruman*, uma mescla de bacilos humanos virulentos e bacilos bovinos atenuados²⁴. Em 1920 Carl Spengler, criou a vacina *Immunkorper* com o objetivo de reter as toxinas segregadas pelo bacilo de Koch, embora nenhuma toxina tivessem sido ainda identificadas²⁵.

Na mesma altura, Albert Calmette e Camille Guérin descobriram a vacina BCG. Apesar das pesquisas destes dois investigadores do Instituto Pasteur em Lille ter iniciado em 1906, as contingências provocadas pela Primeira Guerra Mundial atrasaram os trabalhos de investigação e só em 1919 se provou a sua eficácia em animais. Em 1921, Calmette batizou a estirpe obtida de “Bacilos de Calmette-Guérin”, conhecidos internacionalmente pela sigla BCG²⁶. Nesse mesmo ano, o pediatra Bernard Weill-Hallé aplicou pela primeira vez a vacina BCG em humanos por via oral, mais propriamente num recém-nascido cuja mãe morrera de tuberculose. A criança não só sobreviveu como conseguiu manter-se imune²⁷.

Em 1928, o Comité de Higiene da Sociedade das Nações organizou em Paris uma conferência internacional da vacina BCG onde os vários especialistas confirmaram a inocuidade e a produção de um certo grau de imunidade tanto no homem como nos bovinos. Na VII Conferência Internacional da Tuberculose de Oslo (1930) reiteraram as mesmas conclusões. Paulatinamente, o entusiasmo

²⁴ María José Báguena Cervellera, *La tuberculosis y su historia*, Barcelona, Fundación Uriach 1838, 1992, p. 93.

²⁵ Thomas Dormandy, *The White Death: A History of Tuberculosis*, New York, New York University Press, 2000, p. 339.

²⁶ María José Báguena Cervellera, *La tuberculosis...*, cit., p. 93.

²⁷ María José Báguena Cervellera, *La tuberculosis...*, cit., p. 93; e Thomas Dormandy, *The White Death...*, cit., p. 342.

em torno da nova vacina cresceu e levou à criação de programas de vacinação em vários países.

A investigação de Calmette e Guérin foi seguida em Portugal com atenção e entusiasmo desde os primeiros momentos, especialmente pelo periodismo médico²⁸. Apesar disso não se pode dizer que a introdução da cultura e da preparação da vacina BCG em Portugal foi feita primeiramente por laboratórios do Estado, como aconteceu noutros países.

A introdução da BCG em Portugal deveu-se ao médico Élio Vasconcelos Dias em 1928. Este médico, que trabalhava no dispensário antituberculose de Viana do Castelo, tentou obter a vacina BCG junto do Instituto Pasteur e do Instituto Câmara Pestana, mas sem sucesso. O atraso da chegada da vacina ao Instituto Câmara Pestana forçou a sua procura no estrangeiro. Pela mesma altura teve a oportunidade de participar numa conferência médica em Tuy, na Galiza, onde pôde travar conhecimento com o doutor Varela Gil do Instituto de Biologia Médica de Santiago de Compostela, onde já se fabricavam as vacinas, e que a pôs à sua disposição. Um artigo publicado a 21 de abril de 1928 no *Notícias de Viana* noticiava a introdução da vacina da seguinte forma:

O Dispensário de Viana que muito vianense, infelizmente ainda desconhece, lembrou-se de escrever a Calmette pedir-lhe, dadas as circunstâncias precárias de todas as casas de caridade portuguesas, se lhe fornecia esta vacina de graça. Calmette respondeu prontamente que da melhor vontade o fazia, mas como era preciso emulsionar as culturas que ele envia e conserva-l'as em estufas especiaes, etc., que enviaria ao Instituto Bacteriológico Camara Pestana de Lisboa as culturas necessárias não só para Viana, mas para todo o Paiz e absolutamente grátis.

Apresou-se o Dispensário em escrever para Lisboa e dum dos assistentes desse Instituto, recebe a carta da qual recortamos o seguinte, “O assunto anda correndo a via-sacra das várias repartições, das variadas Direcções, dos variadíssimos Ministerios por onde se estadeia a nossa sabedoria. O Calmette espera um convite do Govêrno e daqui, julgo ter ido essa indicação para o Ministerio da Instrução, mas tem de ser ouvido o dos Negocios Estrangeiros e mais também o das Finanças por causa não sei que direitos. Nestas demarches andam os Ministérios”.

E como nota frisante: “... Naturalmente como a vacina levou 13 anos a preparar, os Ministérios levarão pelo menos o dobro! ...”

²⁸ Veja-se sobre este tópico “Nova vaccina contra a tuberculose”, *Porto Médico*, 3, 5 (1906), p. 159-160; “A lucta contra a tuberculose em Portugal”, *A Medicina Contemporânea*, 29, 25 (1926), p. 196-197; Francisco Assis Brito, “Da tuberculose e seu tratamento”, *A Medicina Contemporânea*, 30, 1 (1927), p. 3-5; “Sobre a vaccina anti-tuberculosa”, *A Medicina Contemporânea*, 31, 15 (1928), p. 118; “Vacina contra a tuberculose”, *A Medicina Contemporânea*, 1, 3 (1929), p. 29.

Em face disto o Dispensário lembrou-se de recorrer á Espanha – á Faculdade de Santiago de Compostela por intermédio dum distinto clínico de Tuy e só assim e por gentileza daquela consegue vacinar os filhos de Viana²⁹.

A 20 de março de 1928, Élio Vasconcelos Dias fez o primeiro pedido ao instituto espanhol de uma dose da vacina para administrar ao filho recém-nascido de um paciente seu, de nome Abel Figueiras Afonso. Forneceu ainda alguns colegas de várias regiões do país, como a farmácia de Vítor Freitas e Paiva em Coimbra, o médico Jerónimo de Sousa Louro de Braga, o médico Luís Raposo da Universidade de Coimbra e outro em Vila Viçosa.

Esse pioneirismo foi reconhecido pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social (LPPS), que foi uma das instituições mais ativas no combate aos problemas sanitários na primeira metade do século XX³⁰. Seguindo as orientações acentuadamente profiláticas da medicina do tempo, a LPPS procurou combater a tuberculose por todos os meios, começando pela cidade do Porto, onde estava sediada e que vivia problemas sanitários graves à época, entre os quais a tuberculose. No caso da introdução da BCG, em maio de 1928 a LPPS dirigiu uma carta³¹ a Calmette, na altura diretor do Instituto Pasteur de Paris, a solicitar o envio de uma amostra da vacina BCG e as instruções para proceder à sua cultura laboratorial. Calmette respondeu que havia enviado para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana uma amostra e as respetivas instruções de preparação. Aconselhou a LPPS a requerer junto do Instituto o fornecimento da vacina, embora se tenha prontificado a enviar gratuitamente uma amostra e instruções de preparação para o Laboratório Bacteriológico do Porto, caso a resposta do Instituto Câmara Pestana não fosse satisfatória³².

As amostras foram solicitadas, mas a resposta foi de que o Instituto Bacteriológico ainda não tinha em sua posse a vacina, porque havia sido pedida por via diplomática o que atrasou a entrega³³. A 28 de junho de 1928, a LPPS convocou dezanove clínicos para uma reunião na sua sede com a finalidade de iniciar os trabalhos de vacinação, a maioria dos quais dedicados à causa da tuberculose. A 5 de janeiro de 1929 a LPPS conseguiu organizar uma comissão médica para a aplicação da vacina BCG, sob a direção dos médicos Manuel Pinto, Freitas Veloso, Néry de Oliveira e Hernâni Barrosa. Aníbal Bettencourt

²⁹ João Semana, “O que é a vacina B.C.G.”, *Notícias de Viana*, 1, 20 (1928), p. 1.

³⁰ Liga Portuguesa de Profilaxia (Porto), Sumário da actuação da Liga Portuguesa de Profilaxia Social quanto à vacina B.C.G.

³¹ Liga Portuguesa de Profilaxia Social (Porto), [Carta de 1928-05-25].

³² Liga Portuguesa de Profilaxia Social (Porto), [Carta de Albert Calmette de 1928-05-31].

³³ Liga Portuguesa de Profilaxia Social (Porto), [Carta de Aníbal Bettencourt de 1928-06].

depois de informado prontificou-se a preparar a vacina e dar instruções para a sua aplicação³⁴. Pouco depois Hernâni Barrosa e Néry de Oliveira fizeram noticiar na imprensa que a LPPS tinha iniciado a vacinação pela BCG no Porto.

Quanto ao Instituto Bacteriológico Câmara Pestana³⁵, onde funcionavam os serviços bacteriológicos da ANT, instalaram em janeiro de 1929 um serviço destinado a fornecer as vacinas ao público utilizando as culturas BCG enviadas por Calmette. O responsável pela conservação da BCG e pela preparação das vacinas era Alfredo de Magalhães, que aprendera diretamente de Calmette a técnica aquando da sua estada no Instituto Pasteur. As emulsões da vacina preparadas no instituto lisboeta eram fornecidas exclusivamente aos médicos, porque a vacina nesta altura ainda estava rodeada de muitas incertezas quanto à imunização que conferia, sendo aplicada na maior parte das vezes em crianças cujo entorno social era predisponente à contração da tuberculose. Desde o começo da produção da BCG até julho de 1930, o ano mais gravoso em termos da mortalidade em Portugal, tinham sido feitas apenas 153 requisições da vacina pelos médicos³⁶.

Quando surgiu a vacina BCG, a luta contra a tuberculose em Portugal conhecia uma tendência crescente. A falta de recursos, o desinteresse político pelo problema e a ignorância da população foram os principais fatores que obstaram a uma profilaxia em larga escala. A emergência da vacina gerou uma redobrada esperança para os defensores da medicina preventiva. Recurso simples, inócuo, eficaz e sobretudo económico, a vacina BCG permitiu uma maior imunização de milhares de crianças, jovens e estudantes das áreas da saúde.

Na década de 1940 os progressos foram limitados, embora os médicos reconhecessem a importância da vacina BCG. Somente a partir de 1950, na sequência da promulgação da Lei n.º 2044 de 20 de julho, que consagrou a tuberculose como uma doença social, Portugal alinhou com a Europa e criou três centros de profilaxia e diagnóstico, regularam-se as atribuições dos dispensários, criou-se um laboratório de produção da vacina BCG, e criaram-se brigadas móveis para radiorastreamento e vacinação nas zonas mais isoladas, nas fábricas, quartéis, escolas e colónias de férias³⁷.

³⁴ Liga Portuguesa de Profilaxia Social (Porto), [Carta de Aníbal Bettencourt de 1929-01-19].

³⁵ Veja-se sobre o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e suas valências o trabalho de Ângela Salgueiro, *Ciência e Universidade na I República*, Casal de Cambra, Caleidoscópio, 2017.

³⁶ Ayres Kopke, “VII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose: relatório do delegado da ANT”, *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 10, 4 (1930), p. 15-16.

³⁷ José dos Santos Bessa, “O BCG e a microrradiografia na luta contra a tuberculose: sua aplicação em Portugal”, *O Médico*, 1, 99 (1953), p. 620.

4. Declaração obrigatória

Outra questão trazida pela perspectiva contagionista foi a declaração obrigatória para os casos de tuberculose. A declaração obrigatória era a obrigação legal dos médicos reportarem casos de tuberculose às autoridades de saúde, representando para muitos a derradeira forma de controlo da doença. Se fosse bem aplicada e se existissem meios de isolamento ou tratamento eficazes teria sido uma arma extraordinária contra a doença. Mas se as autoridades sanitárias, com a conivência de alguns médicos, se esforçaram por impor a medida, esta gerou uma enorme controvérsia entre os médicos por atacar um dos princípios sagrados da medicina, a confidencialidade entre médico e paciente³⁸.

A declaração obrigatória gerou polémica e críticas de vária ordem à legislação que a enquadrava. Francisco António Martins na sua tese de doutoramento³⁹ analisou os prós e os contras da declaração obrigatória para o caso francês, que espelhava igualmente as preocupações dos médicos portugueses. Em primeiro lugar levantava-se o problema do estigma social do tuberculoso, pela rotulação que estava associada à tuberculose. Em segundo lugar, os médicos alegavam ser uma violação do segredo profissional e finalmente não existiam meios de assistência disponíveis para todos os tuberculosos, o que retirava qualquer utilidade decorrente da declaração. Existiam ainda outras questões pertinentes como a separação de pais tuberculosos e de filhos menores, as pesadas exigências financeiras para a eventualidade de uma intervenção estatal no sentido do isolamento compulsivo e ainda as dificuldades e limitações dos meios de diagnóstico que poderiam levar a declarar tuberculoso um indivíduo afetado por outra doença.

No essencial, a declaração obrigatória atacava não só o sigilo médico como a limitação das liberdades individuais. Somava-se a isto a pretensão de alguns higienistas em isolar os doentes e houve mesmo quem defendesse a criação de “tuberculosarias”, à semelhança das leprosas⁴⁰.

A legislação portuguesa em torno da declaração obrigatória da doença também não era muito evidente quanto à finalidade. Até ao final do século XIX conhecem-se três disposições legais nesse sentido, publicadas em 1868, 1894 e 1897⁴¹.

³⁸ David S. Barnes, *The making of a social disease...*, cit., p. 104.

³⁹ Francisco António Martins, *A declaração obrigatória da tuberculose na luta anti-tuberculosa*, Lisboa, Empresa Tipográfica Rosa, 1920, Tese de Doutoramento, p. 17.

⁴⁰ David S. Barnes, *The making of a social disease...*, cit., p. 104-108.

⁴¹ Veja-se o Decreto n.º 284/1868, de 14 de dezembro de 1868; Decreto n.º 83/1894, de 14 de abril de 1894; e “Regulamento de prophylacia contra o contagio da tuberculose”, *Jornal da Sociedade*

A reorganização dos serviços de saúde por Ricardo Jorge, através do “Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública”⁴² de 1901, introduziu a obrigatoriedade da declaração de doenças contagiosas, incluindo a tuberculose sob pena de desobediência, com a finalidade de acionar os meios profiláticos adequados, entre os quais a desinfecção de habitações e bens e o isolamento de doentes.

Na sequência do dito regulamento e com o intuito de conter a propagação da doença foi publicado em 1902 o “Regulamento dos serviços de profilaxia da tuberculose”⁴³, visto como o primeiro documento legal e de alcance nacional. No concernente à declaração obrigatória, os clínicos ficavam obrigados a participar os casos e os óbitos devidos à tuberculose de que tivessem conhecimento, aos órgãos ou serviços próprios, de que faziam parte a delegação de saúde em Lisboa, o diretor do serviço de moléstias infecciosas no Porto ou às subdelegações de saúde no resto do território nacional. Sempre que o diagnóstico indicasse que a tuberculose estava ativa, devia ser acompanhado das medidas profiláticas aplicáveis ao doente e família.

Os dois regulamentos referidos foram criticados pela classe médica nacional, de forma semelhante ao que aconteceu noutros países. Na opinião médica, a declaração obrigatória para os casos de tuberculose tinha mais inconvenientes do que benefícios. Os benefícios eram apenas o contributo para a realização de estatísticas de morbilidade e mortalidade mais completas, bem como a proteção à família do doente.

De forma geral, os médicos consideravam a declaração obrigatória inútil e socialmente perigosa enquanto não houvesse condições para tratar todos os doentes. Fala-se do modelo inglês onde a declaração obrigatória funcionava porque tinham montado um dispositivo de prevenção e assistência que compreendia preventórios para os filhos dos doentes, dispensários para diagnóstico e triagem, sanatórios populares para tratamento dos doentes no primeiro e segundo período da doença e hospitais de isolamento para os enfermos no último grau da doença.

As reticências dos médicos em relação à notificação compulsiva prendiam-se com a estigmatização que os doentes e famílias poderiam sofrer e também com a quebra do sigilo profissional por terem de fazer a declaração nas delegações e subdelegações de saúde.

das Sciencias Medicas de Lisboa, 61 (1897), p. 193-195; e “Novo regulamento dos tuberculosos da Guarda”, *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, 61 (1897), p. 413-417.

⁴² Decreto, 24 de novembro de 1901 – Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública.

⁴³ Decreto, 30 de agosto de 1902 – Regulamento dos serviços de prophylaxia da tuberculose.

No que diz respeito à estigmatização social dos doentes e suas famílias era uma questão delicada. Divulgar um diagnóstico poderia equivaler à morte social do doente, representando uma responsabilidade que nenhum médico queria assumir. Estudos interrompidos, carreiras destruídas, casamentos suspensos, laços sociais desfeitos eram algumas das consequências imediatas da declaração, quase relegando o tuberculoso à condição de pária, isolado, inutilizado que tinha de morrer longe dos seus⁴⁴. Como afirmou Ângela Pôrto o “horror diante da tuberculose acaba por fazer dela um tabu, um objecto de interdição e seu sintoma externo é a estigmatização do doente e seu consequente isolamento”⁴⁵. No livro de Cardoso do Carmo, intitulado *Contra a tuberculose*⁴⁶, que era sobretudo um manual de divulgação de conceitos sobre a doença, o autor dedica um capítulo à “tuberculofobia”, onde evidência o receio de muitas pessoas face aos tuberculosos, à semelhança da atualidade em relação aos portadores de sida ou covid-19.

Deve dizer-se que os médicos não levantaram problemas em relação à declaração de doenças como o tifo, a cólera ou a varíola, doenças epidémicas que provocavam a morte numa questão de dias. Geralmente as doenças que atacavam repentinamente, que provocavam um elevado grau de sofrimento individual e coletivo e com sintomas repudiantes obtinham o consenso médico quanto à declaração. O mais curioso da oposição à declaração obrigatória era a permanência de velhos mitos como o da hereditariedade. Como afirmaram Isabelle Grellet e Caroline Kruse a descoberta da contagiosidade não dissipou a tese da hereditariedade na opinião pública, associando-a a uma tara familiar⁴⁷, e por isso os médicos protegiam o segredo das famílias, tornando a tísica num assunto privado e tabu.

Em 1926, com a reorganização dos serviços de saúde pública as penalidades que recaíam sobre os clínicos que não cumprissem a notificação obrigatória era maior, indo de uma multa de cem a mil escudos da primeira vez até a pena de desobediência qualificada para o caso de reincidência. O novo regulamento previa ainda um estímulo pecuniário de 2\$50 para cada declaração feita pelo médico⁴⁸.

Na opinião de António de Azevedo, o problema da declaração obrigatória em Portugal estava na falta de uma adequada organização sanitária que desse resposta

⁴⁴ Isabelle Grellet e Caroline Kruse, *Histoires de la tuberculose : les fièvres de l'âme (1800-1940)*, Paris, Editions Ramsay, 1983, p. 166-167.

⁴⁵ Ângela Pôrto, “Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito”, *Rev. Saúde Pública* (2007), (<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>, consultado em 2021.01.17), p. 46.

⁴⁶ Cardoso do Carmo, *Contra a tuberculose*, Porto, Companhia Portuguesa Editora, 1927.

⁴⁷ Isabelle Grellet e Caroline Kruse, *Histoires de la tuberculose...*, cit., p. 165.

⁴⁸ António Azevedo, “Declaração obrigatória da tuberculose em Portugal”, *Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 8, 1 (1927), p. 1-13.

a este problema social. Este acreditava que existiam várias consequências que obstaculizavam a declaração obrigatória: a impreparação da opinião pública, que teria como consequência a menor procura dos médicos assistentes pelas famílias e a procura de charlatães, a quebra do sigilo profissional, a imposição de uma tara ao doente para toda a vida, a responsabilização do médico em caso de erro de diagnóstico e a impossibilidade, por consequência do elevado número de tuberculosos, de praticar a desinfecção e outras providências, sem as quais a lei não tinha razão de existir⁴⁹.

Esta questão arrastou-se durante décadas sem solução. Em 1950, um artigo da autoria de Augusto da Silva Travassos, então Diretor Geral de Saúde, dizia que a DGS se congratulava de ter os meios necessários para facilitar aos médicos a declaração obrigatória de doenças infecciosas. Esses meios, que eram somente o uso dos impressos e subscritos próprios da DGS e a isenção de franquia postal, resolviam uma velha aspiração da classe médica de fazer a declaração em estreito sigilo diretamente à DGS sem intermédio de delegações ou subdelegações de saúde⁵⁰. No entanto, a Portaria n.º 10169/1942, de 22 de agosto, e a Portaria n.º 13031/1950, de 5 de janeiro, que listavam as doenças infecciosas de notificação obrigatória não contemplavam a tuberculose entre as vinte e sete patologias consideradas. Somente em 1961 a declaração obrigatória da tuberculose ficou estabelecida.

5. Combater os escarros

Nos inícios do século XX, com a questão da poluição microbiana no auge, a grande preocupação dos higienistas centrou-se na expectoração dos tuberculosos, em particular nos escarros. Era comum as pessoas escarrarem no chão, nas paredes, nos móveis, nos lenços ou na roupa. Escarrar era um hábito cultural em Portugal como deixaram registado os médicos Joaquim Dias de Sá e Mário Damas Mora:

A disseminação do bacilo faz-se principalmente pelos escarros.

Em Portugal escarra-se em toda a parte (escarra-se até na cabeça do visinho); o escarro secca, e esta perigosa poeira, carregada de micróbios e de toxinas tuberculosas, espalha-se por toda a parte⁵¹.

⁴⁹ António Azevedo, “Declaração obrigatória”, cit., p. 5.

⁵⁰ Augusto da Silva Travassos, “Declaração obrigatória das doenças contagiosas”, *Clínica, Higiene e Hidrologia*, 16, 8 (1950), p. 197-199.

⁵¹ Joaquim Dias de Sá, *Luta contra a tuberculose*, Porto, Typ. Minerva, 1901, Tese Inaugural, p. 48.

A expectoração do tísico, que contem bacilos e se difunde por toda a parte, é o grande meio de propagação.

O escarro que em Portugal é lançado negligentemente para a rua, para a escada, para a praça pública, leva em si muitas vezes o germen das grandes calamidades!⁵².

Escarrar era visto como um hábito perigoso que comportava um perigo para terceiros, já que a tuberculose era a primeira doença causadora de mortes entre as doenças infecciosas⁵³. Robert Koch tinha descoberto que os escarros secos eram mais perigosos do que os húmidos, uma vez que nos escarros húmido os germes mantinham-se aglutinados. O escarro projetado no chão depois de seco poluía a atmosfera sob a forma de poeira, posto em movimento pelo vento, pelas vassouradas, pela sacudida de tapetes ou pela limpeza dos móveis⁵⁴. Os meios de transmissão de bacilos eram vários, desde a saliva para colar selos, aos bilhetes de cinema folheados com a ajuda de um dedo molhado em saliva ou as canetas mordiscadas pelas empregadas de escritório⁵⁵.

Para combater a projeção de escarros os higienistas defenderam a criação de legislação específica que proibisse escarrar no chão e a utilização de escarradores que pudessem conter, isolar e neutralizar a virulência dos bacilos. Estas duas medidas só seriam eficazes conjuntamente já que a proibição de expetorar no chão tinha como contrapartida a utilização de escarradores com líquidos antissépticos. O médico Guilherme Ennes defendia que a ação profilática devia convergir para a neutralização dos escarros bacilíferos e para o asseio dos tuberculosos⁵⁶. A proteção da família do tuberculoso e da sociedade passava em grande medida pelo cumprimento de medidas de higiene por parte dos tuberculosos, o que compreendia o uso disseminado dos escarradores fixos e portáteis.

Os primeiros regulamentos que proibiram a projeção de escarros no chão e exigiram a utilização de escarradores datam de 1897 na Guarda. Em 1901, o médico António de Lancastre, à data secretário-geral da ANT, escreveu ao Governador Civil de Lisboa para alertar sobre o problema dos escarros como meio de propagação da tuberculose. O alerta resultou no ano seguinte na

⁵² Mário Damas Mora, “A higiene da tuberculose no lar e na sociedade”, *A Medicina Contemporânea*, 3, 37 (1931), p. 325.

⁵³ Fernando da Silva Correia, *Portugal Sanitário: Subsídios para o seu estudo*, Lisboa, Ministério do Interior, 1938, p. 545.

⁵⁴ Cardoso do Carmo, *Contra a tuberculose...*, cit., p. 23-24.

⁵⁵ Pierre Darmon, “É proibido escarrar” in Jacques Le Goff (ed.), *As Doenças têm História*, Lisboa, Terramar, 1997, p. 249-253.

⁵⁶ Guilherme José Ennes, “Desinfecção domiciliar em casos de tuberculose onde não haja desinfecção publica”, *A Medicina Moderna*, 3, 89 (1901), p. 167-168.

promulgação de um edital⁵⁷ através do qual o Governo Civil de Lisboa proibia escarrar e cuspir nos transportes públicos, templos, escolas, colégios, asilos, fábricas, hotéis, cafés, casas de espetáculos, hospitais, etc., devendo esses locais estarem providos com escarradores. Escarrar no chão passou a ser interdito e a prevaricação do regulamento implicava o pagamento de multas entre os 500 e os 1000 réis.

As dificuldades de pôr em prática a regulamentação higiénica e a fiscalização dos comportamentos levou os médicos a apostar na divulgação de preceitos higiénicos, através da imprensa escrita, de conferências, de editais ou mesmo nas homilias⁵⁸. Por exemplo, no jornal “A Saúde” podia ler-se em 1932 que “Escarrar no chão é um crime. Escarrar no chão é atentar contra a vida do seu semelhante. No escarro está o principal meio da propagação da tuberculose”⁵⁹. Esta publicação, como outras da mesma época, tentava sensibilizar os leitores para evitar escarrar no chão e fazer uso de escarradores. Os escarradores eram recipientes onde os indivíduos, sendo ou não tuberculosos, deviam cuspir. Podiam ser escarradores fixos e de dimensão considerável para serem usados em locais públicos ou escarradores portáteis de bolso, para serem utilizados em qualquer local e momento. Regra geral os escarradores continham líquidos bactericidas como eram as soluções alcalinas de formol, lisol, ácido fénico, creolina, ácido pirolenhoso. Na impossibilidade de usar estas substâncias o uso de água era recomendado para impedir o escarro de secar⁶⁰.

Por vezes os líquidos antissépticos dos escarradores eram trocados por areia, serradura ou cinzas, o que contribuía para potenciar a virulência dos escarros. A utilização dos escarradores fixos pressupunha certas características para a sua correta utilização e eficiência, designadamente estarem fixos e elevados a pelo menos um metro do solo, terem tampa e não serem quebráveis. Os utilizadores deviam ser instruídos para saber cuspir, não projetando, mas deixar cair a saliva, para evitar cair fora do recipiente.

Quanto ao escarrador de bolso devia ser em metal e não em porcelana, para evitar fraturar-se. O tuberculoso devia ter o cuidado de desinfetá-lo com água fervente todos os dias ou com soluções de creolina e ácido fénico. O conteúdo devia ser também esaldado para destruir quaisquer bacilos existentes⁶¹.

⁵⁷ “Edital de 14 de março de 1902”, *Boletim dos serviços sanitários do Reino*, 2 (1902), p. 8-9.

⁵⁸ Mário Damas Mora, “A higiene da tuberculose...”, cit., p. 325.

⁵⁹ “À lareira”, *A Saúde*, 25 (1932), p. 3.

⁶⁰ Guilherme Ennes, “A desinfecção dos escarros”, *A Medicina Contemporânea*, 1, 39 (1898), p. 318-319; Manuel Rosado Fernandes Gião, *Sobre o tratamento de tuberculosos*, Lisboa, Typ. de Christovão Augusto Rodrigues, 1899, Tese Inaugural, p. 77.

⁶¹ Mário Damas Mora, “A higiene da tuberculose...”, cit., p. 326.

A preocupação com os bacilos levou também à criação de novos instrumentos como o humecedor de selos para evitar transmitir os bacilos via saliva.

Os higienistas recomendavam também cuidados especiais como a desinfecção da boca, a desinfecção das mãos, a desinfecção dos excrementos, a desinfecção de brinquedos, mobílias, vidros, roupas de vestir e de cama de forma a proteger o maior número de pessoas da doença⁶², que curiosamente são recomendações preventivas muito atuais.

A fundação da LPPS em 1924 deu um novo ímpeto ao combate às doenças infecciosas e de transmissão social⁶³. Em 1929, a LPPS iniciou a campanha contra o hábito de escarrar e cuspir na via pública porque vagueavam inúmeros tuberculosos que poluíam a via pública com os seus escarros⁶⁴. Em 1933, a LPPS conseguiu intensificar a luta contra o escarro, pelo interesse que o assunto suscitou, quer do ponto de vista higiénico e profilático quer pelo lado antiestético e de inferiorização perante os turistas estrangeiros. Nesta demanda contou com o auxílio da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal (ATNP) e do Conselho Nacional do Turismo que apoiou esta causa. Em 1934, os diretores da LPPS dirigiram-se ao Conselho Nacional de Turismo no sentido de alargar a campanha contra o escarro a todo o país. Mas os reflexos desta iniciativa só se concretizaram anos mais tarde.

Em 1935, o Conselho Nacional de Turismo oficiou aos diversos ministérios para que junto dos organismos deles dependentes se fizesse o esforço para terminar com tal prática. Os Ministérios, Governos Cívicos, o Patriarcado e outras associações e empresas auxiliaram e apoiaram esta resolução. A DGS não tardou a promover a aprovação de posturas pelos municípios proibindo cuspir na via pública, nos estabelecimentos oficiais e particulares e nos meios de transporte. Os primeiros concelhos a aderir foram Aveiro, Arouca e Lisboa⁶⁵. No Porto só em 1937 a Câmara Municipal resolveu proibir o hábito de escarrar e cuspir em lugares públicos ou aplicar saliva sobre dinheiro, papéis ou outros objetos, estipulando-se coimas para os infratores⁶⁶. A LPPS não se contentando com o que já conseguira ao nível legislativo e regulamentar encetou campanhas

⁶² “Serviço de desinfecção de Cascaes”, *A Medicina Contemporânea*, 2, 28 (1899), p. 236-237; e Guilherme José Ennes, “Desinfecção domiciliaria...”, cit., p. 167-168.

⁶³ Veja-se sobre este tópico Ismael Cerqueira Vieira, “«Em prol do bem comum»: O contributo da Liga Portuguesa de Profilaxia Social para a educação higiénica no Porto (1924-1960)”, *CEM – Cultura, Espaço e Memória*, 5, (2014), p. 101-116.

⁶⁴ Liga Portuguesa de Profilaxia Social, *Cronologia de 75 anos em prol do bem comum*, Porto, LPPS, 1999, p. 25-26.

⁶⁵ Liga Portuguesa de Profilaxia Social, *Escarrar e cuspir, um hábito perigoso e nojento*, Porto, LPPS, 1944, p. 4-9.

⁶⁶ Liga Portuguesa de Profilaxia Social, *Escarrar e cuspir...*, cit., p. 14-17.

educativas da população e por isso entrou em contacto com o episcopado, com os comandantes das regiões militares e com os diretores dos distritos escolares para numa ação concertada lutar contra este mau hábito. Não obstante, mudar os hábitos foi uma tarefa difícil e morosa, cujos resultados são difíceis de avaliar ainda hoje.

Conclusões

Na primeira metade do século XX a tuberculose era considerada uma doença perigosa e de elevada contagiosidade. A sua natureza contagiosa revelou-se particularmente eficaz numa propagação transversal à sociedade portuguesa, afetando várias faixas etárias e estratos socioeconómicos. Já a sua natureza social, dependente dos contactos entre pessoas e dos hábitos e costumes, fez perdurar a doença no tempo.

Apesar do esforço da comunidade médica para obter uma terapêutica eficaz ao longo de boa parte do século XIX e das primeiras décadas do século XX, a descoberta do primeiro antibiótico com algum efeito curativo não se deu antes de 1945. De resto a estreptomomicina sozinha não teve a faculdade curativa imaginada. Foi preciso uma aplicação combinada com outros fármacos para superar o impasse terapêutico na década de 1950.

Perante a ineficácia das terapias convencionadas para a tuberculose até meados do século XX, as medidas de higiene e prevenção constituíam a solução possível. As medidas preventivas contra a tuberculose apareceram de forma organizada nos finais do século XIX, mas foi com a regulamentação surgida nos primeiros anos do século XX, na sequência da reforma dos serviços de saúde empreendida por Ricardo Jorge, que os médicos higienistas defenderam uma série de medidas como a divulgação da noção de contágio, a declaração obrigatória da doença, o combate aos escarros e a vacinação.

A falta de estatísticas de morbilidade por tuberculose no período estudado não permite tirar conclusões acerca da eficácia das medidas profiláticas. A julgar pelo apuramento possível, à época, do número de óbitos ao longo da primeira metade do século XX, as medidas de que falamos teriam tido um impacto social reduzido. Podemos alvitrar alguns fatores que condicionaram a eficácia da prevenção como as elevadas taxas de analfabetismo, as credences populares, as más condições de vida, de trabalho e de habitação, os poucos recursos da medicina do tempo, falta de uma política concertada de prevenção, etc. Mas, sem ter a pretensão de estabelecer ligações com a prevenção da atual pandemia de covid-19, esta acaba por mostrar bem as dificuldades inerentes à profilaxia

da doença. Em 2020 e 2021 numa sociedade da informação, com maiores taxas de alfabetização, maior circulação do saber pelos meios de comunicação de massas – incluindo o saber científico – com melhores condições de vida, e com um Sistema Nacional de Saúde moderno, quando comparados com o início do século anterior, tem sido extremamente difícil travar a propagação desta doença.

As dificuldades de reter a disseminação da tuberculose, como atualmente face à covid-19 e outras doenças infetocontagiosas, deve muito às atitudes e aos comportamentos perante a doença, às crenças populares e às formas de medicina doméstica, ao relaxamento para com as medidas higiénicas, à resignação de uma fatalidade quase certa. Se é verdade que as doenças têm uma história, essa história tem-se repetido numerosas vezes mostrando a resistência mental das populações à compreensão da natureza das doenças e da sua prevenção, por outras palavras à imperfectibilidade humana; concomitantemente mostra que a engenharia médica, consubstanciada no ramo da Higiene, tem limites e nalguns casos é mesmo impotente perante os animálculos invisíveis.

Vigiar, controlar e punir, ou seja, exercer o biopoder de que falava Foucault⁶⁷, parece muitas vezes a única solução encontrada pelos Estados para travar as epidemias, uma espécie de medicina política para que a normatividade médica possa atingir os indivíduos através do poder político⁶⁸, até que a ciência cumpra o seu papel e encontre a terapêutica eficaz para vencer os minúsculos inimigos fatais.

⁶⁷ Michel de Foucault, *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Edições Graal, 2009.

⁶⁸ Ana Leonor Pereira e João Rui Pita, “Liturgia higienista no século XIX: pistas para um estudo”, *Revista de História das Ideias*, 15 (1993), p. 437-559.