

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E

CULTURA

ABRIL / NOVEMBRO

2018



REPÚBLICA
PORTUGUESA

CULTURA
SAÚDE



Direção Regional de
Cultura do Algarve



Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.



UNIVERSIDADE DO ALGARVE



ILUSTRAÇÃO: ALBERT HERTER (1917)

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E CULTURA

1918/2018

2018 
ANO EUROPEU
DO PATRIMÓNIO
CULTURAL
#EuropeForCulture

Projecto e desenvolvimento: Cristina Fé Santos
Conferências | Exposição | Edição

FICHA TÉCNICA DA PUBLICAÇÃO:

Título: 100 anos depois – Ciclo de Conferências Saúde e Cultura

Comunicações e artigos do "100 anos depois - Ciclo de Conferências Saúde e Cultura" realizado entre 13 de abril e 11 de novembro de 2018.

Coordenação da edição: Cristina Fé Santos (DRCAlg), Custódia Reis (Município de São Brás de Alportel), Salomé Horta (UAAlg) e Susana Nunes (ARS Algarve)

Comunicações e artigos do "100 anos depois – Ciclo de Conferências Saúde e Cultura" realizado entre 13 de abril e 11 de novembro de 2018.

Autores: Ana Grenha | Ana Luísa Santos | Carina Infante do Carmo | Cristina Fé Santos | Emanuel Sancho | Francisco George | Francisco Piedade | Gisele Sanglard | Graça Serejo | Ilídio Pelicano | Isabel Palmeirim | João Couto Duarte | Jorge Varanda | José Carlos Avelãs Nunes | José Luís Dória | José Carlos Vilhena Mesquita | Paula Saraiva | Paulo Girão | Paulo Providência | Renato Gama-Rosa Costa | Sara Pelicano | Vítor Matos | Vítor Ribeiro

Edição: Direção Regional de Cultura do Algarve, Administração Regional de Saúde do Algarve, Universidade do Algarve e Município de São Brás de Alportel

1ª edição

Local de edição: Faro

Data de edição: 2023

Design gráfico e paginação: Susana Nunes

Depósito Legal:

510428/23

ISBNs:

978-989-9127-18-0 (formato impresso);

978-989-9127-19-7 (formato eletrónico).

DOI:

<https://doi.org/10.34623/4bmz-vm23>

Handle:

<http://hdl.handle.net/10400.1/18821>

NOTA: Os textos, imagens e fontes são da responsabilidade dos seus autores e o uso do Acordo Ortográfico de 1990 é, por isso, uma opção autoral, assim como as normas ortográficas utilizadas.

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E CULTURA

1918/2018

2018 
ANO EUROPEU
DO PATRIMÓNIO
CULTURAL
#EuropeForCulture

Projecto e desenvolvimento: Cristina Fé Santos
Conferências | Exposição | Edição

FOTOS: Assinatura de Protocolo - 29 DE MARÇO DE 2018



Nas fotos, da esquerda para a direita:
Paulo Morgado - ARSAlgarve; Alexandra Gonçalves - DRCAlg; Saúl de Jesus UAlg e Vítor Guerreiro CMSBA

Organização: Direção Regional de Cultura do Algarve, Administração Regional de Saúde do Algarve, Município de São Brás de Alportel e Universidade do Algarve

Coordenação do Projecto: Alexandra Rodrigues Gonçalves e Cristina Fé Santos (DRCAlg); Paulo Morgado e Josélia Gonçalves (ARSAlgarve); Vítor Guerreiro e Custódia Reis (CMSBA); Saul de Jesus e Adriana Freire Nogueira (UAlg)

Comissão executiva: Ana Cristina Guerreiro (ARS Algarve), Cristina Fé Santos (DRCAlg), Custódia Reis (Município de São Brás de Alportel), Josélia Gonçalves (ARS Algarve), Salomé Horta (UAlg) e Susana Nunes (ARS Algarve)

Comissão consultiva: Emanuel Sancho (Museu do Traje de São Brás de Alportel), Hilda Bárbara Maia Cezario (Museu do Traje de São Brás de Alportel), Malin Lofgren (ARS Algarve), Pedro Medina (ARS Algarve), Rui Parreira (DRCAlg)

Índice

	Prefácio		
6	Adriana Freire Nogueira - DRCAlg		
7	Paulo Morgado - ARSAlgarve		
8	Paulo Águas - UAlg		
9	Vítor Guerreiro - CMSBA		
10	Introdução		
	CAPÍTULOS		
12	I – A Gripe Pneumónica - investigação		
13	» Francisco George – A Pneumónica – Pandemias da Gripe		
44	» Ana Grenha – A investigação das doenças pulmonares		
47	» Paulo Girão – A Pneumónica no Algarve		
50	II – Instituições e Património Arquitetónico: um século de Arquitetura Hospitalar no Algarve		
51	» Jorge Varanda – Evolução dos Hospitais em Portugal: História e Arquitetura		
74	» José Carlos Avelãs Nunes – O caixão branco com pregos: arquiteturas para ou contra a tuberculose? A relação evolutiva entre sanatórios, medicina e instituições		
84	» Paulo Providência – Leprosaria Nacional: reabilitação e obliteração de memória		
88	» Ilídio Pelicano e Sara Pelicano – Arquitectura Hospitalar nos dias de hoje		
89	III - Leituras do Património da Saúde		
90	» Emanuel Sancho – Saúde em São Brás de Alportel		
93	» Paula Saraiva e João Miguel Couto Duarte – São Brás de Alportel: Leituras sobre o património de saúde		
97	IIIa - Exposição – São Brás de Alportel		
	A saúde em São Brás de Alportel - Espaços e Personalidades		
110	IV - Comemorações do centenário do Sanatório de São Brás de Alportel		
111	» Vítor Ribeiro e Cristina Fé Santos - O(s) Sanatório(s) de São Brás de Alportel – O caso do Sanatório Vasconcelos Porto		
130	» Renato da Gama - Rosa Costa (Brasil – Fundação Fiocruz) Arquitetura sanatorial: contribuições a partir do Sanatório Vasconcelos Porto		
133	» Gisele Sanglard (Brasil – Fundação Fiocruz) Filantropia, saúde e sociedade: a construção de uma rede de assistência no Brasil e em Portugal, no início do século XX		
136	» Graça Serejo - CP - As empresas ferroviárias e a assistência social		
141	» José Luís Dória - A Assistência hospitalar antes do SNS		
142	» Fernando Rosas - A "pneumónica" ou a "gripe espanhola" em Portugal (1918/19)		
143	» Ana Luísa Santos / Vítor Matos O arquivo clínico do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto – São Brás de Alportel		
146	» Isabel Palmeirim - A formação em Medicina, os jovens profissionais e a integração na região		
149	V – A I Guerra Mundial		
150	» José Carlos Vilhena Mesquita – O fim da Primeira Guerra Mundial		
157	» Carina Infante do Carmo – A literatura portuguesa e as cinzas da I Grande Guerra		
164	» Francisco Piedade – “A Guerra Atual”- Um caso de comunicação		
168	Notas finais		

Ficha técnica

Ciclo de Conferências

Organização: Direção Regional de Cultura do Algarve, Administração Regional de Saúde do Algarve, Universidade do Algarve e Município de São Brás de Alportel

Comissão executiva: Alexandra Rodrigues Gonçalves (DRCAlg), Ana Cristina Guerreiro (ARS Algarve), Cristina Fé Santos (DRCAlg), Custódia Reis (Município de São Brás de Alportel), Josélia Gonçalves (ARS Algarve), Salomé Horta (UALg)

Comissão consultiva: Emanuel Sancho (Museu do Traje de São Brás de Alportel), Hilda Bárbara Maia Cezario (Museu do Traje de São Brás de Alportel), Malin Lofgren (ARS Algarve), Pedro Medina (ARS Algarve), Rui Parreira (DRCAlg) e Susana Nunes (ARS Algarve)

Conferências:

1ª – 13/04/2018 – A Gripe Pneumónica – Investigação

2ª – 30/05/2018 – Instituições e Património Arquitetónico: um século de Arquitetura Hospitalar no Algarve

3ª – 01/06/2018 – Leituras do Património da Saúde

4ª – 08/09/2018 – Comemorações do centenário do Sanatório de São Brás de Alportel

5ª – 09/11/2018 – O Fim da 1ª Guerra Mundial

Apoios: CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve; CP – Comboios de Portugal; IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical; Museu do Traje de São Brás de Alportel; Seção Regional do Sul da Ordem dos Arquitetos; Sub-Região de Faro da Ordem dos Médicos

Exposição

Ficha técnica da Exposição: Título: A saúde em São Brás de Alportel - Espaços e Personalidades

Organização: Câmara de São Brás de Alportel

Investigação: Museu do Traje de São Brás de Alportel – Emanuel Sancho e Hilda Bárbara Maia Cezario

Design: Susana Nunes

Data: 1 de junho a 5 de outubro de 2018

Local: Largo São Sebastião - São Brás de Alportel

Encontra-se visitável, enquanto exposição permanente, no Centro de Medicina e Reabilitação do Sul (CMRSul-CHUA)



Para não ser esquecimento

«Litania do Esquecimento

Em 1918 uma vasta doença varreu a terra, reclamando os seus mortos.
 Quem poderia então resguardar os corpos e os poetas
 que nos deixaram no pinhal a lembrança do seu nome?
 Quem poderia ordenar a estranha arquitectura das palavras feitas água
 ou os edifícios de semblante inamovível, afagados pelas searas,
 pelos estios e pelo adivinhado som dos chocalhos na tarde moribunda?
 Lá onde dormem os mortos a imperturbável paz dos séculos,
 os vermes consomem agonias e memórias
 e um inacabado veleiro recorda a fragilidade dos homens e das casas,
 a efémera calma dos domingos
 ou a perpétua trindade do vento, do sol e do mar.
 Ouve-se derredor o ruir das casas e dos mármore, o lamento das árvores abatidas,
 Mas há ainda as estátuas e as largas portas com estrelas, sóis, luas e colunas,
 Um relevo de pomba e azuis
 Ou açoteias e piteirais lembrando Pousão e Capri.
 Em 1918 uma vasta doença varreu a terra e a débil carne dos homens.
 O que resta é apenas um esquecimento.»
 Fernando Cabrita – Olhão, 1985

(in "Visões de Marim", 2ª edição, Ed. RTA, 1987, p. 63)

O meu envolvimento com este projeto começou enquanto diretora da Biblioteca da Universidade do Algarve (2013-2018), parceira desde o primeiro momento, e culmina com a edição deste volume, agora no cargo de diretora da Direção Regional de Cultura do Algarve, entidade impulsionadora desta edição.

Comecei este texto com um poema escrito pelo poeta Fernando Cabrita, em Olhão, em 1985, porque evoca, sem precisar de nomear, o poeta João Lúcio¹, vítima da pneumónica, doença que motivou aqueles encontros de 2018 e a que este volume se dedica.

A poesia, assim como outras formas de arte, sempre deram voz ao seu tempo, muitas vezes através da cortina do passado e dos padrões que os poetas e restantes artistas encontravam na história, na vida dos homens e das comunidades.

A história (a vida!) prega-nos partidas e aquilo que se pretendeu que fosse uma evocação ganhou maior sentido e urgência, pois a pandemia que ainda paira sob as nossas cabeças levou-nos, a todos, a uma nova reflexão sobre hábitos de saúde, culturais, a pensar a nossa humanidade e a agir com solidariedade.

Para que não reste «apenas um esquecimento», ficam estes trabalhos, para reflexão atual e memória futura.

Adriana Freire Nogueira

Diretora Regional de Cultura do Algarve

1. João Lúcio Pousão Pereira (Olhão, 4 de julho de 1880 - Olhão, 26 de outubro de 1918)



Prefácio

ARS Algarve

Aprender com o passado

Se há anos que assumem um papel relevante na história e que marcam decisivamente o percurso da Humanidade sem sombra de dúvidas que 1918 é um deles.

Por isso, aceitámos desde logo o convite da Direção Regional da Cultura do Algarve para, em conjunto com a Universidade do Algarve e a Câmara Municipal de São Brás de Alportel, participarmos na organização da iniciativa “100 anos depois – Ciclo de Conferências Saúde e Cultura” com vista a assinalar três acontecimentos marcantes de 1918 - a Gripe Pneumónica, a inauguração do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto em São Brás de Alportel e o fim da 1ª Guerra Mundial.

À ARS Algarve coube a organização da conferência dedicada à Gripe Pneumónica, na qual tivemos a honra de contar com a presença de Francisco George, antigo Diretor Geral da Saúde, assim como da investigadora da Universidade do Algarve, Ana Grenha, e do professor de História, Paulo Girão.

A também conhecida como Gripe Espanhola vitimou cinco por cento da população mundial nos anos 18 e 19 do século passado, sendo a maior pandemia conhecida, até à data.

Hoje, felizmente, temos “armas” (a vacinação) para prevenir estas doenças evitáveis e para reduzir o impacto que elas têm. A prova disso foi a experiência que, pouco mais de um século depois, todos vivemos com a pandemia COVID-19.

A cultura dos povos também se faz das suas tragédias, das suas doenças, porque temos de aprender com aquilo que não corre tão bem. Só trazendo à memória os acontecimentos passados e a forma como, em conjunto, as sociedades reagiram, com os instrumentos que tinham à sua disposição, é que poderemos evoluir como pessoas e, sobretudo, no conhecimento científico.

Este ciclo de conferências evocativas, agora aqui compiladas, é apenas mais um dos contributos que pretendemos deixar para a memória futura dos nossos filhos e netos.

As pandemias perduram no tempo, a doença e as suas consequências continuam connosco, mas, uma coisa é certa, com resiliência e determinação, em conjunto, conseguimos superar todas essas adversidades e continuar a olhar com esperança para o futuro, confiando na ciência e na medicina.

Paulo Morgado

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve

Difusão de conhecimento humanístico e científico



Em 2018 assinalaram-se vários acontecimentos importantes e marcantes para a história e evolução regional, mundial e da humanidade, nomeadamente a Pneumónica, mais conhecida por “gripe espanhola”, a inauguração do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto em São Brás de Alportel e o fim da Primeira Guerra Mundial.

Desafiada pela Direção Regional de Cultura do Algarve, a Universidade do Algarve abraçou, também em conjunto com a Administração Regional de Saúde do Algarve e o Município de São Brás de Alportel, a missão de relembrar, refletir e produzir conhecimento sobre estes acontecimentos do passado, cujos ensinamentos nos poderão inspirar no presente e na construção de um melhor futuro.

A iniciativa “100 anos depois: ciclo de conferências Saúde e Cultura” resultou deste protocolo de cooperação e traduziu-se na realização da exposição “A saúde em São Brás de Alportel - Espaços e Personalidades” e de cinco conferências, que contaram com vinte e três oradores nacionais e internacionais.

Agradeço a generosidade dos docentes e investigadores da Universidade do Algarve, Ana Grenha, Carina Infante do Carmo, Isabel Palmeirim e José Carlos Vilhena Mesquita, que em áreas científicas tão diversas como as ciências farmacêuticas, a literatura, a medicina e a história, enriqueceram este projeto através da sua produção científica.

Este livro, que agora se publica, pretende ser um repositório de todo o conhecimento produzido e transmitido em “100 anos depois: ciclo de conferências Saúde e Cultura” e constituir um registo para memória futura.

Foi com enorme satisfação que a Universidade do Algarve integrou esta parceria, numa perspetiva de valorização recíproca, através da criação e difusão de conhecimento humanístico e científico e da promoção de valores de liberdade e cidadania, que são parte integrante da sua génese e missão.

Paulo Águas

Reitor da Universidade do Algarve



A história não se repete, mas os seus factos propõem-nos as mesmas lições, num ciclo inevitável. Entre 2019 e 2021, perante a pandemia mundial de COVID 19, a sociedade foi chamada a refletir sobre a evolução nos tempos modernos e a ciência médica encarou um grande desafio, mundial!

Tal como há pouco mais de um século, em 1918, quando, perante a tuberculose a interrogação do Homem, a experimentação e a inovação das novas práticas permitiram o desenvolvimento e os bons resultados da medicina. Entre esses homens, também muitos cidadãos da classe letrada, nessa pequena vila que era S. Brás e que ganhara autonomia pela força dos seus políticos, foram inovadores nas ideias e práticas que ficariam para a história da medicina nacional.

Neste sentido, foi uma honra integrar o programa de homenagem a esses homens e mulheres e ao período da história local que merece ser evocado e conhecido por todos, pela a sua singularidade no quadro regional e nacional, do progresso da medicina.

“100 anos depois – Ciclo de Conferências Saúde e Cultura”, foi um programa muito oportuno e muito importante, e por isso os meus parabéns à Direção Regional de Cultura do Algarve, pela organização de parceria com este Município e pela inteligente agregação com a ARSAlgarve e a Universidade do Algarve. Saúdo ainda o pioneirismo do curso de medicina da Universidade do Algarve, que nos foi dado conhecer, nesse contexto e o diálogo intercontinental estabelecido com investigadores, da Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, assim como com outros investigadores de diversas universidades nacionais.

Em São Brás de Alportel, a colaboração com o Museu do Traje e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a exposição “ Espaços e personalidades ligadas à saúde no concelho de São Brás de Alportel”, fez eco dessa relevante história quase desconhecida, e hoje defendida.

Através do Ciclo de quase duas dezenas de conferências, uma exposição e a edição online de todos os textos produzidos pelo grupo de investigadores convidados, a que agora nos propomos, concretiza-se o propósito de estabelecer para memória futura a indissociável relação da evolução da medicina e das suas raízes no todo nacional, como é o caso do papel do Sanatório Carlos Vasconcelos.

A relação de São Brás de Alportel com os níveis de qualidade de vida sustentados na saúde pelos benefícios dos bons ares, é indiscutível e é já o fio condutor para novos desafios, perpetuando também mais uma vez a longa história do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto e dos homens e mulheres que acolheu, na sua missão de décadas de porta aberta desde o início do séc. XX.

Uma Casa que hoje acolhe, desde 2007, um novo equipamento, o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul.

Bem haja a todos.

Vítor Manuel Martins Guerreiro
Presidente da Câmara Municipal

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E CULTURA

INTRODUÇÃO

1918 foi um ano repleto de acontecimentos significativos para a Humanidade.

O ano de 1918 ficou assinalado por acontecimentos marcantes em termos sanitários. Desde logo pela pandemia à escala mundial do vírus "influenza" que ficou conhecida como gripe espanhola (ou pneumónica). As condições da fase final da Primeira Guerra Mundial, que só terminaria no mês de novembro desse mesmo ano, favoreceram uma rápida difusão do surto.

No Algarve, em setembro de 1918, inaugurava-se em São Brás de Alportel o Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, estabelecido na região para a prestação de cuidados aos funcionários dos Caminhos de Ferro Portugueses que padeciam de tuberculose, tendo data representado um facto importante nas preocupações sociais daquela empresa.

Temos ainda a curiosidade de que o primeiro diretor desta unidade hospitalar, Dr. Alberto Sousa, não esteve presente na inauguração por se encontrar em França, na frente da batalha, como muitos outros médicos portugueses que foram mobilizados para esta Grande Guerra.

Ao longo do seu século de existência o Sanatório Carlos Vasconcelos Porto marcou não só os ferroviários mas também, no âmbito nacional, foi pioneiro enquanto preocupação social de uma empresa, os Caminhos de Ferro Portugueses, que terá sido a primeira a ter um hospital para cuidar dos seus funcionários. Os ali internados eram oriundos de todo o país e o flagelo que ali se tratava não era a pneumónica mas a tuberculose, todos procuravam a cura para o seu mal e a esperança era a força que os motivava para suportar os anos de internamento que os esperava após terem conseguido ali chegar.

Em 2018, decorreram 100 anos sobre estes acontecimentos.

O registo e as memórias daqueles que por ali passaram, os saberes que nos deixam associado evocação das outras duas efemérides que neste Ciclo se recorda constituem o corpo desta publicação com o objetivo de aprender com o passado, para pensar o presente e construir o futuro.

Cristina Fé Santos
Salomé Horta

A Direção Regional de Cultura do Algarve lançou o desafio e a Universidade do Algarve, a Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. e o Município de São Brás de Alportel aceitaram-no desde o primeiro momento. Foi estabelecido um protocolo de colaboração para a realização da iniciativa “100 anos depois: Ciclo de Conferências Saúde e Cultura”, que aconteceu ao longo do ano de 2018 e que pretendeu evocar estes acontecimentos transpondo-os para a atualidade, como forma de aprendizagem.

Tudo isto só foi possível porque estas quatro entidades se uniram e trabalharam em conjunto na construção de um projeto que permitiu a realização de cinco conferências e de uma exposição evocativas destes marcantes acontecimentos do ano de 1918, realçando a sua importância histórica, cultural e social.

O esforço conjunto trouxe até nós cerca de duas dezenas de conferencistas, das mais diversas áreas, docentes e investigadores, nacionais e estrangeiros que contribuiram com o seu saber para o enriquecimento de todas as pessoas que decidiram assistir a este ciclo e que, com esta publicação, se pretende alargar a um mais amplo leque de gente interessada.

Cabe, assim, agradecer a quem participou, quer na organização quer estando presente nas atividades desta iniciativa evocativa dos acontecimentos de 1918, dando sentido a este esforço conjunto que com o presente livro se pretende registar, para memória futura.

Nota: 2020 e 2021 foram anos de má memória, mas as referências ao que se viveu naquele ano de 1918 (entre outros) foram uma constante.

Que a história desse tempo passado seja valorizada e entendida como experiência para vivermos melhor o presente e o futuro.

CAPÍTULO I

A Gripe Pneumónica – investigação

100 anos DEPOIS CICLO DE CONFERÊNCIAS SAÚDE E CULTURA

ABRIL /
NOVEMBRO
2018



REPÚBLICA
PORTUGUESA

CULTURA
SAÚDE

**cult
alg**

Direção Regional de
Cultura do Algarve

2018
ANO EUROPEU
DO PATRIMÓNIO
CULTURAL
#EuropeForCulture



**ARS
algarve**

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
Ministério da Saúde



UAlg
UNIVERSIDADE DO ALGARVE



Município
de S. Brás de
Alportel



ILUSTRAÇÃO: ALBERT HERTER (1917)



Francisco George

A Pneumónica – Pandemias da Gripe

Nota biográfica

Francisco Henrique Moura George nasceu em Lisboa, em 1947. médico pela Faculdade de Medicina de Lisboa desde 1973 (distinção). Foi interno de Medicina Interna no Hospital de Santa Marta. Completou, em 1977, o Curso de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública (Lisboa). Especialista em Saúde Pública foi delegado de saúde a partir de 1976, primeiro no concelho de Cuba e depois em Beja.

Como bolsheiro da OMS fez o Curso *Santé Familial* promovido pela OMS/CIE em 1978.

Entre 1980 e 1991 foi funcionário da Organização Mundial da Saúde (OMS). Participou em numerosas missões em diferente países da Europa, África, América e Ásia, incluindo missões humanitárias. A seu pedido, uma vez terminada a licença de longa duração, regressou carreira nacional.

Após concurso de provas públicas (1992), foi designado chefe de serviço de saúde pública.

Foi nomeado Subdiretor-Geral da Saúde em 2001 e reconduzido em 2004.

Foi empossado como Diretor-Geral da Saúde, primeiro em 16 de agosto de 2005 e depois, no seguimento da Reforma da Administração Pública, em 6 de novembro de 2006 e novamente em 4 de dezembro de 2009. A 5 de agosto de 2011, por despacho conjunto do Primeiro-Ministro e do Ministro da Saúde a Comissão de Serviço foi renovada, por confirmação, no cargo de Diretor-Geral da Saúde e mantida depois da reorganização orgânica de fevereiro de 2012. Manteve-se no cargo após concurso, sendo, de novo, nomeado Diretor-Geral da Saúde pelo Despacho n.º 11976/2013, de 9 de setembro. Na qualidade de Diretor-Geral desenvolveu intensa atividade nas áreas da saúde pública, bem como da assistência humanitária e social.

Foi membro do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, entre 2007 e 2010. Foi membro do Conselho de Orientação do Instituto de Investigação Científica Tropical.

No quadro da União Europeia, em representação de Portugal, participou na reunião de peritos no domínio VIH/SIDA e no Comité de Doenças Relacionadas com a Poluição. Foi, desde 2001, membro do *High Level Committee on Health*, bem como do *Health Security Committee* e desde

2005 participa nas reuniões dos *Chief Medical Officers* .

Em 2004 foi designado membro do Conselho de Administração do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (Estocolmo). Integrou o respetivo Comité de Programa. No contexto da Organização Mundial da Saúde tem participado, regularmente, nos trabalhos da Assembleia Mundial da Saúde em Genebra e do Comité Regional da Europa.

Professor Associado Convidado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

É autor e coautor de uma dezena de artigos científicos publicados, bem como relator de numerosos trabalhos sobre identificação, prevenção e controlo de riscos para a saúde pública. autor do «Guia de Clínica Médica», destinado a ser utilizado nos países africanos de língua oficial portuguesa, publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian (Lisboa, maio de 1983), e do livro «Histórias de Saúde Pública» publicado em Lisboa, em 2004 (Livros Horizonte).

relator e coeditor da publicação intitulada *Health in Portugal* publicada, em língua inglesa, no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia (2007).

Na qualidade de conferencista ou preletor convidado tem participado em numerosas reuniões científicas nacionais e internacionais.

membro da Sociedade Portuguesa de Virologia.

Em 2006 foi condecorado com a Ordem do Infante D. Henrique, Grande-Oficial, pelo Presidente da República, Jorge Sampaio e, em 2014, por decisão do Ministro Paulo Macedo, recebeu a Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde, grau ouro.

INTRODUÇÃO

Os resultados das investigações de Wilson Smith, Andrewes e Laidlaw publicados no *The Lancet* de 1933 representam, em termos históricos, o marco que separa duas fases das descrições da gripe.

As célebres pesquisas com furões que aqueles investigadores conduziram no Inverno de 1933, durante a epidemia de gripe em Inglaterra, demonstraram, pela primeira vez, não só a natureza viral da infeção respiratória, como, também, a sua natureza zoonótica. Para além dos furões terem adoecido ao terceiro dia a seguir inoculação com exsudados da orofaringe de doentes, depois de filtrados através de membrana impermeável a bactérias, verificou-se que tinham a capacidade de transmitir a infeção, quer por contato quer por transferência direta de secreções nasais, de um furão doente a um furão saudável.

Mas, os primeiros relatos de uma epidemia de gripe remontam Antiguidade. São atribuídas ao historiador grego Tucídides (460-395 a.C.) durante a Guerra do Peloponeso (século V a.C.). A forma de propagação da *"peste de Atenas"* no ano de 430 a.C. obedece, claramente, ao itinerário característico da gripe, marcado pela formação progressiva de cadeias de transmissão desde pequenos *clusters*, a nível local, à fase difusa (*wide spread*): *"Poucos dias depois da sua chegada à Ática a peste começou a manifestar-se no meio dos Atenienses. Diz-se que previamente havia aparecido em muitos lugares na vizinhança de Lemnos e noutros sítios. Mas não havia memória de uma epidemia desta magnitude e com tão elevado grau de mortalidade. De nada serviram, inicialmente, os físicos, ignorantes que eram da maneira adequada de tratar a doença. Ainda por cima, foram dos mais atingidos pela morte, uma vez que eram as pessoas que mais vezes contactavam os doentes... Diz-se que teve o seu início nas regiões altas da Etiópia sobranceiras ao Egípto, daí descendo para o Egípto e a Líbia e penetrando na maior parte dos domínios do Rei. Surgindo abruptamente em Atenas, começou por flagelar a população do Pireu – o que deu origem a que dissessem que os Peloponésios haviam envenenado os reservatórios de água, dado não possuírem poços – e, depois, apareceu na parte alta da cidade, altura em que os casos mortais passaram a ser muito mais frequentes."* Impressionam, igualmente, as descrições de Tucídides sobre as manifestações clínicas dos doentes com sintomatologia dominada pela febre alta e a facilidade de contágio de pessoa a pessoa. Eram muitos os doentes que morriam, mas aqueles que tinham evolução favorável para a cura, eram, depois, os mais aptos para tratarem de

¹ Texto inserido como capítulo da publicação "História de Doenças Infecciosas" editado por Fernando Maltez e Ramalho de Almeida (Janeiro, 2014).

novos doentes, visto que deixaram de ter o risco de adquirirem novamente a doença *era naqueles que se haviam restabelecido da doença que os enfermos e os que estavam prestes a falecer encontravam maior compaixão. Esses sabiam, por experiência própria, o que era a doença, e, agora, já não temiam pela sua saúde. É que nenhum ser humano era atacado duas vezes – pelo menos de forma fatal* ”.

A elevada mortalidade específica devido à doença epidémica citada por Tucídides justificou, na altura, a designação genérica de *peste* ”. Naturalmente, hoje, não é possível confirmar a natureza exata da epidemia de Atenas. No entanto, por analogia, quer pelos critérios epidemiológicos quer pelo quadro clínico, admite-se a implicação da gripe na sua origem. Nestes termos, os historiadores estão de acordo em considerar a descrição de Tucídides como *príncipeps* . Só muito mais tarde, no século XVI, há indicação da ocorrência de epidemias de gripe com expressão pandémica.

No entanto, apenas no século XIX, no seguimento dos trabalhos de Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910) foi possível, desde 1876, comprovar, no plano científico, a existência de micro-organismos como agentes vivos patogénicos (com destaque para os famosos postulados de Koch).

No que se refere aos conhecimentos científicos em Virologia, no geral, há a assinalar, como principais, os marcos seguintes: a descoberta do vírus da doença do mosaico do tabaco na sequência das pesquisas de Dimitri Ivanovski, apresentadas Academia de Ciências de São Petersburgo em 1892 e o notável desenvolvimento da microscopia eletrónica a partir de 1939 (devido a Ernst Ruska e Max Knoll).

Históricos são, também, em 1936, os trabalhos de Joseph Stokes Jr. *et al.* sobre as primeiras experimentações da vacinação contra o vírus da gripe.

Já mais recentemente há a realçar os avanços em bioquímica, biologia molecular (e em genética, também), em especial depois das investigações, em Cambridge, de James Watson e Francis Crick, em 1953 e, nos últimos anos, os progressos da bioinformática e da biologia teórica, bem como da biofísica e da biologia computacional.

No quadro destas últimas disciplinas destacam-se os trabalhos pioneiros de Margaret Dayhoff (1972) e de George I. Bell, desde 1974, referentes ao armazenamento de sequências de ADN no *GenBank database, Los Alamos National Laboratory* (Novo México).

Os avanços obtidos nos últimos anos devem-se, certamente, em grande parte, inovação que as tecnologias passaram a proporcionar, em especial depois da criação da *world wide web* , no seguimento dos trabalhos de Timothy Berners-Lee a partir de 1989.

Em 2005, as investigações de J. K. Taubenberger *et al.* sobre a caracterização do vírus da gripe da pandemia de 1918 (sequenciação genética completa), bem como a reconstrução desse mesmo vírus por T. M. Tumpey *et al.* assinalam marcos da maior relevância no contexto actual da nova era da biologia molecular.

Em Portugal, o Centro Nacional da Gripe foi montado por Arnaldo Sampaio em 1953, no âmbito do então Instituto Superior de Higiene (hoje, Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge). Antes, Sampaio tinha, durante um ano, trabalhado, como investigador, no Centro Mundial, em Londres, dirigido por C. H. Andrewes. Laura Ayres (1922-1992) viria, depois, a prosseguir o desenvolvimento da Virologia nos laboratórios daquele Instituto.

RESERVATÓRIO DOS VÍRUS DA GRIPE

As aves são o reservatório natural dos vírus (em especial as aves aquáticas migratórias). Todos os vírus da gripe encontram nesta classe a forma de persistirem na natureza em equilíbrio com ela, especialmente as aves aquáticas migratórias (várias espécies de patos silvestres, em particular). Como reservatório dos vírus, não só permitem a sobrevivência, com também a sua transmissão a hospedeiros susceptíveis.

Hipócrates, há mais de 2400 anos, ignorava, obviamente, que as aves eram o reservatório dos vírus da gripe. Não conhecia os aspectos ecológicos referentes ao seu agente e à doença. Pode admitir-se, todavia, que já nessa época, as aves asseguravam a persistência do vírus na Natureza. Muitas espécies de aves, durante os respectivos voos migratórios, ao fazerem paragens em zonas aquáticas e ao contactarem, naturalmente, outros bandos de aves sedentárias ou migratórias (com rumos distintos) facilitam a introdução do vírus em novos bandos e, portanto, a sua propagação intercontinental. Por outro lado, não se exclui a possibilidade de focos de gripe aviária em aves domésticas, sobretudo em meio rural, poderem transmitir o vírus a aves silvestres.

Nas aves encontram-se todos os subtipos de vírus de tipo A identificados até ao momento. Os vírus encontram-se adaptados ao trato intestinal (centenas de espécies diferentes de aves) e, por isso, eliminam-se pelas fezes.

Quando, ainda antes do final do século XIX, foi descrita em Itália, a epizootia de gripe aviária (*avian influenza*), os biólogos desconheciam as implicações dos subtipos do vírus A que poderiam provocar infecção nas próprias aves, designadamente H5, H7 e H9 e, sob a forma de casos esporádicos, em muitas espécies de mamíferos, incluindo seres humanos.

Em 2012, um novo subtipo de vírus da gripe foi identificado em morcegos.

HOSPEDEIROS DOS VÍRUS DA GRIPE

A gripe é a mais frequente das zoonoses. São muitas as espécies susceptíveis de serem infectadas pelo vírus da gripe de tipo A.

Os vírus B e C infectam, quase exclusivamente, seres humanos.

Já os vírus de tipo A podem "saltar" de hospedeiro entre diferentes classes (aves e mamíferos), ordens e muitas espécies. Aves, tanto selvagens (migratórias ou sedentárias) como domésticas,

tal como diferentes mamíferos, incluindo seres humanos, podem ser infectados pelos mesmos vírus. Mais do que isso, no processo de replicação podem "exportar" material do genoma e, desta maneira, originar rearranjos *major (shifts)* nos segmentos de ARN.

Pela importância que representa para a compreensão da história natural da infecção, a transmissão inter-espécies é, hoje, motivo principal de formulação e concretização de projectos de investigação conduzidos em centros especializados de virologia nos dois hemisférios. Aliás, aquele é o aspecto central que faz da gripe uma doença transmissível que não pode ser controlada luz dos conhecimentos actuais. Ao contrário de outras infecções de natureza viral, será impossível erradicar a gripe.

Considera-se que, em princípio, todas as aves podem ser susceptíveis ao vírus da gripe, se bem que determinadas espécies sejam mais resistentes que outras.

A transmissão do vírus em mamíferos tem, também, sido estudada, designadamente em furões, equinos, suínos e até, mais recentemente, em tigres. Esta última situação foi motivada por um surto, ocorrido em outubro de 2004, que matou, na Tailândia, perto de Bangkok, 147 tigres, em cativeiro, depois de terem sido alimentados com carcaças de aves provenientes de um foco de gripe aviária no seguimento de acções de controlo com recurso a medidas de abate sanitário (naturalmente que as carcaças estavam cruas).

Pesquisas em curso procuram perceber melhor o ambiente ecológico dos vírus da gripe e dos hospedeiros. Há, ainda, muitos fenómenos por compreender. Por exemplo, como explicar, no que se refere ao antigénio de superfície hemaglutinina, que nas próprias aves só alguns subtipos de vírus provocam infecção, nomeadamente H3, H5, H7 e H9, enquanto nos seres humanos são conhecidas infecções originadas por vírus que circulam em epidemias sazonais provocadas por H1, H2, H3 e, esporadicamente, H5, H7 e H9 associadas a epizootias.

No século XX, o subtipo A(H1N1) emergiu em 1918, o A(H2N2) em 1957 e o A(H3N2) em 1968. Por outro lado, o subtipo A(H5N1) foi primeiramente identificado em 1961 em aves migratórias na Indochina.

As estirpes de vírus da gripe nas aves podem assumir duas expressões distintas com significados diferentes em epidemiologia: a forma altamente patogénica (HPAI) e a de baixa patogenicidade (LPAI). Enquanto a primeira, depois de um período curto de sinais da doença, aliás, bem visíveis, provoca invariavelmente a morte do animal, já a segunda determina doença moderada nas aves, por vezes quase inaparente.

Os casos esporádicos de gripe em seres humanos devidas a vírus aviários A(H5N1) foram confirmadas em 1997 (Hong Kong). Depois, na Holanda, em 2003, provocadas pelo A(H7N7) e mais recentemente na China por A(H7N9).

OS VÍRUS DA GRIPE

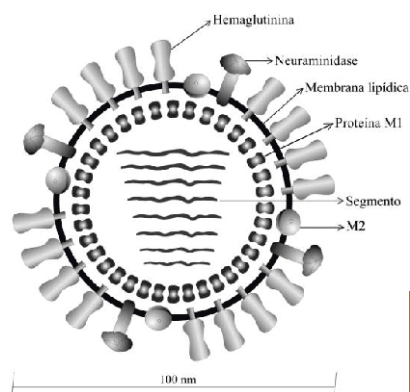


Figura 1: O vírus da gripe em esquema simplificado (sem escala)

A gripe recebeu o nome de *influenza*, certamente em homenagem à antiga crença (apesar de errada) que eram os astros, a *influenciar* a ocorrência de epidemias. Ou, como alguns Autores preferem, devida à pressuposta *influência* do frio no seu aparecimento. No entanto, na língua portuguesa, deve utilizar-se a designação da doença que o vírus provoca, uma vez que *influenza* é a tradução para o inglês de gripe.

A expressão gripe parece ter sido, pela primeira vez, utilizada em França durante a epidemia de 1742. Assim, o seu agente deverá ser denominado por vírus da gripe e só a designação do género a que pertence recebe o nome de *Influenzavirus*².

Os vírus são partículas inertes, uma vez que não têm vida própria, não crescem e não se dividem. Utilizam as células que infectam (isto é, que invadem e parasitam) para se replicarem. A classificação dos vírus da gripe em três tipos (A, B e C) tem por base as proteínas do *core* viral. Já se assinalou que a descoberta da origem viral da gripe pelos investigadores britânicos Wilson Smith, Andrewes e Laidlaw verificou-se em 1933 (tipo A). Em 1940 foi identificado o tipo B e dez anos depois o tipo C. Apenas os dois primeiros (tipo A e tipo B) têm interesse em Saúde Pública, uma vez que o tipo C provoca infecções muito ligeiras.

Os vírus da gripe, uma vez que são partículas filtráveis que atravessam os poros dos filtros devido pequenez das suas dimensões, apenas foram observados por microscopia electrónica a partir de 1943. Os vírus têm, predominantemente, uma forma esférica espiculada com cerca de 100 nanómetros de diâmetro (80-120 nm). Porém, o aspecto morfológico dos vírus pode não corresponder a imagem de uma esfera, uma vez que podem ter formato alongado.

Só o tipo A está implicado nos fenómenos de pandemias e de epizootias que podem assumir grande escala (panzootias e pandemias). O tipo B infecta, quase exclusivamente, seres humanos. Os vírus da gripe pertencem família *Orthomixoviridae*. São constituídos por ácido ribonucleico (ARN) segmentado (possui oito segmentos separados uns dos outros), de hélice simples e de

² A designação do género deverá ser escrita, por convenção, em itálico e começar por maiúscula.

polaridade negativa (*single strand* no sentido negativo). Em cada um daqueles oito segmentos podem existir um ou dois genes, conforme o segmento em causa. Por exemplo, o segmento 4 incorpora o gene que codifica para a hemaglutinina, enquanto o segmento 6 contém o gene para neuraminidase. Cada segmento está ligado a polimerases (PB1, PB2 e PA) e o conjunto envolvido por uma núcleo proteína (NP) com a forma de cápsula, circundado pela proteína M1 (proteína matrix M1 que protege o *core* do vírus). O envelope (que protege toda a partícula viral) é constituído pela membrana lipídica e a proteína M2 como canal iónico (que intervém na regulação do pH no interior do vírus). As primeiras são proteínas internas e as últimas externas (H, N e M2).

Quer a hemaglutinina³ quer a neuraminidase são glicoproteínas embutidas na membrana lipídica do envelope viral (espículas) que exibem as principais propriedades antigénicas dos vírus da gripe (o hospedeiro desenvolve anticorpos protectores específicos para aqueles antígenos-alvo).

Os antígenos de superfície, com a forma de espículas, são a hemaglutinina e a neuraminidase, abreviadamente designadas pelas respectivas primeiras letras: H e N.

A hemaglutinina é quatro vezes mais frequente do que a neuraminidase. No plano morfológico, as espículas H distinguem-se das N já que estas assumem uma forma de cogumelo. Assim chamada porque reage com as proteínas receptoras dos glóbulos vermelhos, provocando hemaglutinação.

Conhecem-se, nas aves, dezasseis hemaglutininas diferentes e nove neuraminidasas. Os subtipos dos vírus da gripe de tipo A são determinados em função das diferentes combinações de proteínas de superfície que apresentam 16 hemaglutininas e 9 neuraminidasas. São designados pela simples numeração sequencial quer de H quer de N medida que foram sendo identificadas. São, por isso, enumeradas de H1 até H16, ou, no caso da neuraminidasas, desde N1 a N9. Em princípio, no que se refere aos subtipos, todas as 144 combinações de H e N são possíveis nas aves que constituem o reservatório dos vírus da gripe (centenas de espécies de aves diferentes). Todas estas glicoproteínas, quer H quer N, foram sucessivamente identificadas em aves. No entanto, já só algumas foram confirmadas em infecções diagnosticadas em hospedeiros sensíveis. Saliente-se que um mesmo subtipo de vírus A em hospedeiros de espécies diferentes pode não ter implicações na transmissão do vírus entre esses hospedeiros diferentes.

Em 2012, em morcegos, foi descoberta uma outra hemaglutinina com sequenciação distinta das anteriormente conhecidas. A identificação desta nova proteína da superfície viral – H17 – impõe alterações à classificação dos vírus da gripe do tipo A.

³ Assim chamada porque reage com as proteínas receptoras dos glóbulos vermelhos, provocando hemaglutinação.

A hemaglutinina tem um papel fundamental no processo de replicação pois permite a ligação do vírus ao ácido siálico da mucosa das células respiratórias ao possibilitar a entrada por fusão através da membrana celular. Já a neuraminidase intervém na libertação (saída) das novas gerações de vírus das células respiratórias onde teve lugar a replicação.

É, portanto, a segmentação do genoma do vírus (oito segmentos de ARN) que está na origem da sua grande variabilidade, das suas constantes mutações. Essa manifesta variabilidade genética e antigénica pode assumir uma expressão menor, mais frequente (também chamada *drift*) ou mais profunda, mas mais ocasional, correspondente ao aparecimento de um subtipo novo de vírus (designada por *shift*). o genoma segmentado que permite a troca, o rearranjo, de material genético de vírus de origem aviária, entre si, ou com outros hospedeiros, incluindo porcos, ou mesmo seres humanos, quando co-infectam as mesmas células, dando origem a um vírus novo "híbrido" (no quadro de um processo biológico designado de recombinação genética).

Naturalmente, as mutações do gene do segmento 4 (para H) e do segmento 6 (para N) conduzem, constantemente a alterações de tipo *drift* que, por serem frequentes de ano para ano, põem em causa a eficácia dos anticorpos protectores que tenham sido produzidos previamente (antes da mutação) pelo sistema imunitário do hospedeiro.

Os *drifts* antigénicos interessam a ambos os tipos A e B. Traduzem as frequentes, contínuas, mudanças que se verificam nas proteínas de superfície (hemaglutinina e neuraminidase) como consequência de mutações dos respectivos genes que as codificam durante o processo de replicação. Quando ocorrem dão origem a novas estirpes, motivo pelo qual as estirpes sazonais de um ano para outro não são idênticas.

Já os *shifts* antigénicos só envolvem o tipo A. São processos raros, mas mais profundos, que fazem emergir um subtipo novo que nos anos anteriores não tinha circulado. Surge uma nova composição da hemaglutinina ou combinação dos antigénios de superfície H e N. Quando o novo subtipo emergente tem capacidade de gerar cadeias de transmissão inter-humanas provoca uma pandemia, uma vez que os cidadãos não dispõem de anticorpos protectores para esse novo subtipo.

Naturalmente, um mesmo subtipo, no período pós-pandémico, tem a possibilidade de acolher diversas mutações *drift* sem, contudo, alterar a designação inicial do subtipo.

As espículas de hemaglutinina unindo-se ao ácido siálico das membranas das células epiteliais do tracto respiratório permitem a penetração do vírus, por fusão, sem provocar lesão celular.

Uma vez dentro da célula iniciam ciclos de replicação.

A replicação do vírus da gripe, semelhança de outros vírus, percorre diversas etapas: adsorção aos receptores das membranas celulares, penetração (por endocitose), descapsidação (libertação do ácido ribonucleico viral), síntese de todas as proteínas virais (incluindo enzimas para transcreeverem e replicarem o ARN viral), montagem e extrusão.

A replicação tem, assim, lugar no núcleo das células infectadas do hospedeiro. É neste processo de transcrição do ARN que ocorrem erros de cópia (não corrigidos) que explicam a extrema variabilidade antigénica, tão característica dos vírus da gripe.

Nestes termos, como principais características da gripe apontam-se as três seguintes: 1. O imenso reservatório em aves; 2. Os vírus poderem infectar diversos hospedeiros (diferentes espécies de aves e outras classes, nomeadamente mamíferos, incluindo seres humanos); 3. As estruturas genética e antigénica estarem em constante variação (*drift* antigénico ou *shift* antigénico), devido segmentação do genoma.

O sistema da nomenclatura dos vírus da gripe acordado em 1971 foi revisto em 1980 pela OMS. A sua utilização é universal. Por convenção, estabelece regras claras para os dois principais tipos. Para o tipo A aponta o hospedeiro de origem a partir do qual o vírus foi isolado (no caso de seres humanos há omissão desta indicação), o local geográfico onde foi primeiramente identificado (cidade ou país), o número de ordem (sequencial) de isolamento da estirpe e o ano em que foi isolado, mas, também, o subtipo entre parenteses. Uma vez que o vírus do tipo B implica quase exclusivamente seres humanos, o hospedeiro não é assinalado e, naturalmente, sem subtipo.

Nestes termos, aquele sistema, inteiramente baseado nas variações antigénicas, define o tipo e a estirpe, e, também, no que se refere ao tipo A o respectivo subtipo, através da designação dos dois antigénios de superfície (especificando as características antigénicas de H e N pelas sequências numéricas). Repare-se nos exemplos de estirpes em seres humanos, mas diferentes dentro do mesmo subtipo:

A/Hong Kong/1/68 (H3N2)

A/Victoria/3/75 (H3N2)

Exemplo de estirpe isolada em suínos:

A/swine/Taiwan/1/70 (H3N2)

GRIPE SAZONAL

A gripe é uma doença aguda, de início súbito, provocada, necessariamente, pelo vírus da gripe. Outros vírus respiratórios podem originar infeções com quadros clínicos semelhantes (*influenza like*) sem serem consideradas gripe.

Hipócrates descreveu uma doença no contexto de uma epidemia que ocorreu no Norte da Grécia em 412 a.C. que, provavelmente, terá sido gripe.

A actividade epidémica sazonal da gripe pode afectar até 15% da população anualmente. Em todo o mundo pode estar na origem de 500 000 óbitos por ano.

Em Portugal, semelhança do que sucede no Hemisfério Norte, a actividade gripal ocorre nas semanas frias do ano (do começo do Outono até ao início da Primavera). Não é possível prever nem o seu começo nem a sua intensidade. É certo que não há Inverno sem gripe e que, com

muita frequência, a actividade gripal anual ultrapassa a linha de base calculada para o efeito, assumindo um comportamento epidémico. Todos os anos ocorrem pequenas modificações antigénicas nos vírus da gripe (quer do tipo A quer do tipo B) que explicam as diferenças no que se refere magnitude e intensidade da actividade gripal sazonal.

As manifestações clínicas centram-se, sobretudo, no trato respiratório. Em regra, no plano clínico, tem uma evolução favorável para a cura em poucos dias, habitualmente em menos de uma semana. Este cunho de benignidade que acaba por ter um efeito altamente pernicioso. Antes de mais, porque essa imagem de rápida evolução para a cura não é suficientemente motivadora para gerar preocupações nos cidadãos que, por isto mesmo, não procuram informações sobre a sua prevenção e tratamento. Não se informam e, muitas vezes, não se protegem. Por outro lado, também é verdade que mesmo durante os períodos interpandémicos há que ter em conta a gravidade das complicações clínicas da gripe e os efeitos negativos que origina não só na mortalidade, mas, também, nos planos económico e social, decorrentes do absentismo laboral e escolar.

Diagnóstico etiológico

O diagnóstico, fundamentado em critérios clínicos no contexto da existência de actividade gripal epidémica (que deve ser valorizada), dispensa, muitas vezes, a análise laboratorial. Porém, o desenvolvimento das técnicas de biologia molecular, nomeadamente PCR, a partir de 1988 (devido aos trabalhos de Saiki) e, mais recentemente os métodos muito acessíveis e de utilização amigável, PCR em Tempo Real (van Elden, 2001), permitem diagnosticar com elevados níveis de segurança, sensibilidade, especificidade e rapidez, a etiologia da infeção num leque alargado de vírus respiratórios, incluindo os vírus da gripe de tipos e subtipos distintos. Estes métodos PCR-TR permitem, ainda, quantificar os vírus (número de cópias por ml) e, por conseguinte, avaliar a evolução da infeção e a eficácia da terapêutica.

Em Portugal, desde 2009, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge coordena a rede de laboratórios criada para o diagnóstico etiológico da gripe.

Aspectos clínicos e terapêuticos

A infeção pelo vírus da gripe envolve uma constelação de factores. Uns relacionados com a virulência do próprio vírus, outros com o estado imunitário dos doentes, ou com eventuais co-infeções ou, ainda, com as respostas do hospedeiro (indução de citocinas).

Caracteriza-se por um quadro de início súbito com febre, tosse, prostração, cefaleias, mialgias e dores de garganta. Como a sintomatologia é comum a outras infeções, na ausência do diagnóstico etiológico (que exige apoio de laboratório), é habitual a designação de síndrome gripal para caracterizar aquele conjunto de sintomas e sinais. Em regra a doença evolui para a cura em cerca de uma semana. A ocorrência de complicações, nomeadamente a pneumopatia

aguda, quer de natureza gripal quer devida a sobreinfecção bacteriana alteram aquele carácter de benignidade.

O diagnóstico preciso de gripe impõe apoio laboratorial especializado, a fim de ser possível identificar a natureza da infecção.

A questão da oportunidade do diagnóstico laboratorial depende de critérios objectivos determinados pela situação epidemiológica. Em plena actividade gripal epidémica nem todas as síndromas gripais precisam de confirmação laboratorial para serem consideradas casos de gripe. A taxa de letalidade é variável para a gripe interpandémica sendo, principalmente, determinada pela virulência da estirpe, pela prévia existência de doenças crónicas e, também, pelo estado vacinal do doente em relação à gripe (em particular dependente do grau de *match* correspondente à estirpe). Em todo o mundo, alternadamente nos dois hemisférios, a gripe está na origem de milhares de óbitos devidos a doenças circulatórias e respiratórias relacionadas com a infecção, especialmente em idosos com patologias crónicas associadas.

Há, agora, maior preocupação com o impacto da gripe em grupos etários pediátricos, atendendo às taxas de hospitalização e letalidade, sobretudo abaixo dos dois anos de idade. O acompanhamento médico dos doentes é essencial. As medidas terapêuticas habituais (incluindo antipiréticos, antitússicos e medidas de suporte) resolvem, normalmente, a situação. Atendendo ao risco de síndrome de Reye há que evitar a utilização de salicilatos em crianças. Os antibióticos só estão indicados no tratamento de complicações bacterianas. Em regra, na gripe sazonal sem complicações, não se aconselha a prescrição de medicamentos antivirais.

Nos últimos anos, a actividade epidémica do vírus da gripe (quando a incidência ultrapassa a linha de base) tem estado na origem de uma maior procura dos serviços prestadores de cuidados quer dos centros de saúde quer dos hospitais. Particularmente nos grandes meios urbanos esse excesso de procura, sem o correspondente aumento da oferta, tem motivado situações preocupantes de congestionamento dos serviços.

Em Portugal, os modernos dispositivos telemáticos e de comunicação interactiva, como a Linha Saúde 24, têm indiscutível utilidade no processo de aconselhamento e encaminhamento de doentes. Em 2013, prevê-se o reforço do centro de atendimento nesta perspectiva.

Vigilância epidemiológica

Transmitindo-se por via aérea, sobretudo em espaços fechados muito frequentados, com um período de incubação que varia entre 1-3 dias, de evolução clínica curta, a gripe sazonal apresenta um comportamento epidemiológico muito característico: começa por surgir em pequenos surtos localizados, para depois evoluir para a propagação difusa.

Tal como sucede em muitos outros países, os dispositivos adoptados em Portugal no quadro da vigilância epidemiológica da gripe utilizam dados informativos clínicos, laboratoriais e

epidemiológicos. O sistema, essencialmente de carácter sentinela, assenta numa rede de médicos de medicina geral e familiar que gera informação clínica e laboratorial sobre gripe. Também estão envolvidos determinados serviços de urgência que, perante casos suspeitos, colhem e enviam amostras para serem analisadas no Laboratório de Referência do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Naquele sistema de vigilância foram recentemente incluídas componentes sobre internamento em Unidades de Cuidados Intensivos e sobre mortalidade geral diária. Com a informação assim obtida, o INSA elabora, semanalmente, o "Boletim da gripe".

Nos dispositivos de vigilância, a linha de base é definida em função do histórico da incidência semanal das síndromes gripais desde 1990, tendo em conta a sua relação com os resultados laboratoriais.

Vacinação

Em 1936, Joseph Stokes Jr demonstrou, pela primeira vez, a eficácia da vacinação para protecção dos cidadãos em relação à gripe sazonal. Seguiram-se os trabalhos de T. Francis em 1945, tal como de Salk *et al.* a partir do mesmo ano. As primeiras vacinas inactivadas contra a gripe foram, assim, introduzidas ainda nos anos 40.

A imunização (através da indução da produção de anticorpos neutralizantes) pela vacina sazonal tem por fim assegurar a protecção individual em relação à infeção, mas, igualmente, a protecção no que se refere s manifestações de doença e respectivas complicações. Também previne a eliminação das partículas virais, evitando a propagação da infeção. Porém, a vacinação organizada da população, designadamente de idosos e certos grupos de riscos, tem como principal objectivo proteger cidadãos durante a actividade epidémica que ocorre nas semanas frias do ano.

Devida constante variação antigénica dos vírus da gripe (quer do tipo A quer B) as vacinas sazonais são diferentes todos os anos. A OMS, no quadro dos trabalhos de coordenação entre os centros de Londres, Atlanta, Tóquio, Pequim e Melbourne, assegura a emissão de recomendações que, antecipadamente, são transmitidas às diferentes empresas farmacêuticas que produzem a vacina contra a gripe com o fim de conseguirem um perfeito *match* em relação às estirpes que venham a circular na época fria. Para o Hemisfério Norte essas recomendações são dadas até ao mês de fevereiro para a vacina poder estar disponível em setembro seguinte antes do início da época gripal. Por outro lado, para o Hemisfério Sul as recomendações são emitidas em setembro.

A vacina mais utilizada na Europa é trivalente, contendo duas estirpes do tipo A (uma do subtipo H1N1 e outra H3N2) e uma de tipo B, preparada a partir de vírus produzidos em embrião de

galinha. A sua produção anual, a nível mundial, é limitada (cerca de 300 milhões de doses). Portugal tem uma quota de importação que tem oscilado entre 1,4 a 1,8 milhões de doses de vacinas. Deve ser administrada todos os anos a partir do mês de outubro aos grupos prioritários indicados pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente a idosos, doentes crónicos e pessoal de saúde. A respectiva Orientação é emitida todos os anos no final do Verão e está disponível no *site* da DGS.

Em 2012, com o objectivo de reduzir iniquidades e, naturalmente, aumentar a taxa de cobertura vacinal da população, a administração da vacina sazonal, foi, pela primeira vez, gratuita e com acesso fácil em regime de “via verde”, isto é, sem prescrição médica, sem taxas moderadoras ou qualquer acto administrativo para a população com 65 e mais anos de idade.

Trabalhos recentes, publicados em 2013, comprovam os benefícios da vacinação em jovens adultos e crianças saudáveis (a vacina está contraindicada em crianças com idade inferior a seis meses).

GRIPE DAS AVES

A actividade epidémica da gripe das aves em seres humanos constitui um fenómeno que foi, pela primeira vez, confirmado em 1997 na sequência da identificação do vírus do subtipo A(H5N1).

Já a epizootia nas aves, inicialmente denominada “peste” aviária, foi primeiramente descrita pelo italiano Perroncito em 1878.

Naturalmente, só muito mais tarde vieram a ser compreendidas as relações biológicas, epidemiológicas, ambientais ou ecológicas, existentes entre reservatório dos vírus e hospedeiros (diferentes espécies de aves domésticas, porcos e seres humanos) no Sudeste Asiático, em especial.

Admite-se que as aves selvagens migratórias (como patos, em particular) possam com relativa facilidade transmitir os vírus a outras aves durante as paragens que efectuam, especialmente junto de lagos.

As aves eliminam os vírus pelas fezes, onde podem sobreviver por períodos de tempo superiores a trinta dias, dependendo da temperatura ambiental (a 4 graus C podem sobreviver pelo menos 35 dias).

Compreende-se que em consequência de contacto estreito com aves infectadas as partículas virais sejam transmitidas por inalação a mamíferos (especialmente porcos), incluindo seres humanos, uma vez que a barreira de espécie é baixa. São, assim, frequentemente identificados casos esporádicos de gripe aviária em seres humanos e *clusters*, mas sem desencadear a formação de cadeias de transmissão e, portanto, sem risco pandémico.

Os focos de gripe verificados em países do Leste e do Sul da Europa, nomeadamente na Turquia, na Bulgária, na Eslovénia, na Grécia e em Itália, bem como na Nigéria, confirmaram a preocupante

extensão da epizootia H5N1. Ao contrário de anteriores epizootias manteve-se incontrolável. Compreende-se que quanto maior for a sua dimensão, mais elevado será o risco de transmissão da infecção a seres humanos.

Os casos humanos de gripe aviária (*human influenza/avian influenza*) que ocorreram desde a identificação do vírus A(H5N1) são classificados como esporádicos. Os primeiros casos de gripe humana provocados por gripe aviária foram diagnosticados em 1997. Desde então, foram confirmados 630 casos esporádicos provocados pelo vírus da gripe do subtipo H5N1 (taxa de letalidade superior a 50%). As infecções humanas devidas ao mesmo vírus A(H5N1) foram pela primeira vez confirmadas em 1997, em 18 doentes residentes em Hong Kong (registaram-se, então, 6 óbitos). A rápida decisão de eliminar, em três dias, um milhão e meio de aves revelou-se essencial no controlo da situação. A adopção daquelas medidas terá sido fundamental para adiar a emergência de nova pandemia.

As infecções humanas provocadas pelo vírus aviário A(H5N1), se bem que muito graves no plano individual, não se transmitem pessoa a pessoa. Não são doenças contagiosas. Os casos esporádicos de infecção respiratória aguda provocados por vírus de origem aviária como o A(H5N1) ou A(H7N9) exibem um quadro clínico mais severo que impõe internamento e admissão em unidades de cuidados especializados. A gravidade da sintomatologia é, em grande parte, devida ao facto destes vírus serem estranhos, uma vez que têm origem aviária e, por esse motivo, durante o processo de replicação em seres humanos, induzem a formação de "tempestades" de citoquinas. Estudos conduzidos desde 2005, revelam que são os vírus de origem aviária que provocam, em ratinhos de laboratório, a libertação de citoquinas que estão associadas ao início da doença pulmonar e morte. Por isso, é possível admitir que compostos capazes de bloquearem a acção das citoquinas poderiam ter grande utilidade em terapêutica. Há uma clara relação entre os estilos de vida das populações e a probabilidade de surgirem casos humanos de infecção pelo vírus H5N1 aviário. Repare-se no Sudeste Asiático na relação geográfica/cultural/ambiental/ecológica que associa a vida em meio rural ao convívio com aves aquáticas e aos arrozais (base tradicional da alimentação). Por outro lado, na Turquia, verificou-se que as populações, muito pobres, da região de Dogubayazit, têm o hábito de colocarem aves nos quartos onde dormem. Comportamentos deste tipo são considerados de alto risco uma vez que favorecem o contacto de aves, eventualmente infectadas, com seres humanos.

Se bem que o risco persista em relação ao subtipo A(H5N1), visto que a epizootia não foi controlada, em 2013, as preocupações centram-se no vírus aviário A(H7N9), uma vez que não tinha sido diagnosticado anteriormente.

Epidemiologistas e virologistas, desde então, reconhecem que este fenómeno constitui, potencialmente, um risco para eventual ignição de nova pandemia (a epizootia estaria na origem de uma pandemia).

A luta contra a gripe aviária, impõe, no plano estratégico, a imediata identificação, a nível local, de focos de aves doentes e, rapidamente, a adopção de medidas de controlo a fim de se evitar a propagação do vírus e retardar a sua globalização. Medidas que os veterinários bem conhecem e que incluem a desinfecção das explorações e, quando necessário, o abate sanitário de aves em determinados perímetros.

A gripe aviária (quando ocorre em aves) pode assumir a forma de alta patogenicidade ou de baixa patogenicidade. No primeiro caso os sinais são bem evidentes, uma vez que as aves doentes manifestam a infecção de forma exuberante (queda de penas e morte), mas quando é de baixa patogenicidade a infecção é quase inaparente. Nestas situações os veterinários aconselham a vigilância de indicadores indirectos nas aves de capoeira, designadamente a redução do consumo de água, ou de alimentos, bem como alterações da postura.

Os riscos para a Saúde Humana perante a identificação de um foco de gripe aviária em aves domésticas ou silvestres, existem, mas são muito reduzidos. Porém, essa diminuta probabilidade pode ter consequências imensas.

Por isso, é absolutamente necessário que todos os cidadãos conheçam os comportamentos de alto risco e que adoptem estilos de vida livres de riscos.

Cada caso humano de infecção de origem aviária ou cada *cluster* identificado, impõe investigação atenta. Todos os casos relacionados entre si, quer no tempo e quer no espaço, devem ser estudados com apoio especializado de laboratórios de virologia.

A condução de mais pesquisas epidemiológicas tem, agora, grande oportunidade. É preciso compreender melhor os fenómenos envolvidos no processo de transmissão da infecção.

Antecipar eventuais mutações adaptativas.

Tal como acontece a nível global, onde a cooperação entre OMS, FAO e OIE é essencial, há que promover relações estreitas de trabalho conjunto entre serviços e unidades de saúde pública e de veterinária a nível nacional, regional e local.

Epidemia A(H7N7)

Na Holanda, em 2003, registaram-se cerca de 80 casos de infecção humana por A(H7N7) com quadros clínicos ligeiros (incluindo conjuntivite). No seguimento de uma visita a um aviário com aves infectadas, um veterinário (sem vestuário protector) que adquirira, comprovadamente, aquela infecção viria a morrer. Esta situação foi, então, analisada pelas autoridades holandesas e esteve na origem da convocação de uma reunião da Comissão Europeia e que juntou especialistas em Saúde Pública e Veterinária dos Estados Membros.

A confirmação da transmissão zoonótica da gripe das aves justificou a adopção de programas de vigilância desenhados pelas autoridades de veterinária dos Estados Membros da União Europeia. No seguimento da implementação destes programas de vigilância em explorações de aves foram diagnosticadas infeções por A(H5N2) em dois aviários em Portugal. Na ocasião, em

dezembro de 2006, como medida de precaução, foram abatidas as aves das respectivas explorações na Zona oeste do Continente.

Alerta para o subtipo A(H7N9)

No dia 31 de março de 2013 as autoridades Chinesas notificaram a Organização Mundial da Saúde sobre a identificação de casos de gripe humana verificados no quadro da emergência de novo subtipo de vírus A(H7N9) em seis províncias. A incidência cumulativa de casos novos esporádicos foi progressivamente aumentando, se bem que sem a demonstração de formação de cadeias de transmissão pessoa a pessoa.

Os resultados das primeiras investigações foram imediatamente difundidos pela OMS, ECDC e CDC e logo publicadas em revistas científicas como o *NEJM* de 12 de abril de 2013 e *The Lancet* de 20 de abril.

Estudos laboratoriais comprovaram que no novo subtipo A(H7N9) identificado em casos esporádicos em seres humanos, todos os segmentos eram aviários. resultado de rearranjos do genomas de origem aviária a partir de A(H7N3) que circula em patos, de um outro subtipo A(H7N9) de aves silvestres e outro vírus da gripe A(H9N2) que circula em tentilhões. A árvore filogenética traduz o triplo *reassortment* A(H7N9) que teve lugar. Ignora-se ainda (julho de 2013) se um outro animal será intermediário entre aves e seres humanos neste processo de transmissão do novo vírus. Já é certo que o novo subtipo não tinha circulado previamente e que, portanto, os seres humanos não dispõem de anticorpos protectores para esta estirpe do novo subtipo.

Atendendo ao problema colocado pela identificação do vírus A(H7N9), há que admitir a eventualidade (em termos de risco) de ocorrência de mutações adaptativas que venham a possibilitar a formação de cadeias de transmissão em mamíferos, incluindo seres humanos. Neste processo, a organização de respostas de contingência, impõe a inteira cooperação das autoridades Chinesas, luz dos princípios da partilha de conhecimentos, da absoluta transparência e de rápida comunicação. Medidas adequadas, tomadas rapidamente, serão determinantes na contenção da epidemia. Essas respostas, no seguimento da identificação de novos casos esporádicos ou *clusters*, podem incluir medidas concretas de redução do risco como sucedeu, na Primavera de 2013, na China, com a proibição de mercados de aves vivas. Ao contrário do verificado em relação ao A(H5N1) não houve, agora, eliminação da fase zootica (não se procedeu ao abate sanitário imediato em perímetros suspeitos). Estas acções locais (*fight at the source*), conduzidas conjuntamente pelas autoridades de saúde pública e de veterinária, são indispensáveis para controlar o problema que visa reduzir a probabilidade de propagação. Na situação chinesa, admite-se que a decisão do encerramento dos mercados de aves vivas teve por base a verificação que nos mercados tradicionais as aves encontram-se, em regra, excessivamente concentradas e em grande número.

À semelhança do que sucede com a circulação do vírus A(H5N1), considera-se que a actividade do novo subtipo A(H7N9) pode depender da influência sazonal, motivo que exige reforço dos dispositivos de vigilância.

GRIFE PANDÉMICA

A teoria cíclica das pandemias de gripe tem sido aceite por muitos epidemiologistas, fundamenta-se em observações históricas e em comprovação científica. Baseia-se em investigações experimentais desenvolvidas, sobretudo, a partir de 2005. adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo CDC de Atlanta, tal como pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC). Cada pandemia segue-se emergência de um novo vírus da gripe de tipo A em consequência de *shifts* antigénicos periódicos, rearranjos intrasubtipo (*reassortments*) ou sucessivos *drifts*.

Uma pandemia representa uma ameaça que não pode ser antecipada. Por isso, impõe a adopção de medidas organizativas de alerta e de resposta, uma vez que a sua intensidade, virulência, magnitude e gravidade não podem ser antecipadamente previstas.

As pandemias de gripe são fenómenos de grandes proporções (grande escala) que afectam, simultaneamente, vários continentes e países (do grego *pan* = tudo e *demos* = povo). Surgem na sequência da emergência de um novo subtipo do vírus da gripe A que, na ausência de anticorpos protectores (uma vez que o vírus não tinha circulado anteriormente), encontra condições facilitadoras para se propagar.

As pandemias ocorrem a intervalos de tempo irregulares. Para além dos problemas de saúde humana que determinam (morbilidade e mortalidade elevadas) as consequências para a economia das comunidades, das regiões e países afectados podem ser imensas. Admite-se que surjam duas a três vezes por século, separadas por períodos de tempo que variam entre dez e cinquenta anos. Uma pandemia será, invariavelmente, seguida por outra. A última foi em 2009, uma próxima ocorrerá inevitavelmente. Mas não se sabe quando.

Os historiadores têm dificuldade em distinguir a natureza das grandes epidemias de "peste" ocorridas ao longo dos séculos. Algumas terão sido provocadas pela verdadeira peste (infecção bacteriana a *Yersinia pestis*), outras pela gripe, ou, ainda, por diferentes doenças transmissíveis, nomeadamente carbúnculo ou vírus Ebola like.

As pandemias de gripe estão, com mais rigor, documentadas desde o século XVI (1580). Para além das descrições de Tucídides durante a Guerra do Peloponeso no século V a.C. (no ano de 430 a.C.), as últimas pandemias de gripe, identificadas como tal, verificaram-se em 1761, 1781, 1789, 1833, 1847, 1889, 1900, 1918, 1957, 1968 e 2009.

A emergência de um novo vírus com potencial pandémico tem na sua génese vírus de tipo A de origem aviária. Todas as pandemias são, assim, em princípio, consequência, pelo menos parcialmente, de estirpes aviárias.

As pandemias podem ocorrer quando um novo subtipo de vírus da gripe (tipo A) emerge e se comprova a sua capacidade para infectar seres humanos. Para tal acontecer é condição essencial que o vírus adquira capacidade de se transmitir pessoa a pessoa, isto é, de dar origem à formação de cadeias de transmissão inter-humanas.

O aprofundamento dos conhecimentos científicos, nos últimos anos, tem posto em relevo a complexidade do processo de emergência de uma pandemia de gripe. Estudos recentes, fundamentados em técnicas de biologia molecular, demonstram a possibilidade de monitorizar o processo por antecipação.

Cada pandemia é seguida, no período pós-pandémico (ou período inter-pandémico) de epidemias anuais provocadas por estirpes descendentes do novo subtipo que emergiu e que iniciou uma "dinastia" até ao aparecimento de nova pandemia.

Não só a gripe pandémica pode originar excesso de mortalidade, visto que a actividade sazonal constitui causa significativa de mortalidade durante as semanas frias do ano.

Por outro lado, uma pandemia pode provocar uma epizootia, tal como sucedeu em 1918, visto que o vírus A(H1N1) passou a circular em porcos.

À medida que o conhecimento científico sobre o agente foi evoluindo, desde a descoberta da natureza viral da gripe, em 1933, à sua ultra-estrutura molecular, o processo de génese da própria pandemia foi sendo, progressivamente, compreendido.

Três mecanismos distintos podem estar na origem de um *shift* antigénico e, portanto, de um processo pandémico: 1) Um rearranjo (*reassortment*) entre segmentos dos genomas de vírus de origem humana e animal que determina nova estrutura antigénica H e N (como aconteceu em 1957 e em 1968); 2) Uma mutação adaptativa de uma infeção humana adquirida directamente a partir de vírus que circulam em animais (aves ou suínos), como sucedeu em 1918; 3) Um vírus que circule em animais (aves) e que infecte seres humanos através de um outro animal hospedeiro intermediário (suínos, por exemplo).

Os vírus "armazenados" no grande reservatório que as aves constituem, devem ser encarados como oito segmentos separados entre si e não individualmente, visto que são esses segmentos do genoma que incorporam genes e que trocam entre si material genético. Podem, assim, ser "motores de arranque" (ou a ignição) de novas pandemias, epidemias ou epizootias.

No processo de génese de uma pandemia, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu fases sucessivas com uma escala de 1 a 6 que não foram, depois de 2009, bem aceites, nem socialmente compreendidas.

Continua a não ser possível antecipar qual será a natureza do mecanismo da próxima pandemia que será a segunda do século XXI. Muitos Autores estão, no entanto, em crer que as actuais epizootias, quer devidas ao subtipo A(H5N1) quer, mais recentemente, ao A(H7N9), terão um papel preponderante neste processo, se bem que separadamente. Isto é, a evolução da circulação panzoótica e epidémica do vírus A(H5N1) é independente do subtipo A(H7N9), em

termos epizooticos e epidémicos.

Pandemia Russa de 1889 – 1890 A(H2N2)

Os primeiros relatos são de maio de 1889 provenientes de São Petersburgo na Rússia. O tempo médio entre a identificação dos primeiros casos e o pico de mortalidade foi 5 semanas. A pandemia progrediu rapidamente. Na Europa a propagação foi facilitada pela mobilidade que as linhas férreas passaram a possibilitar e por via marítima para as Américas. Em dezembro do mesmo ano atingiu os Estados Unidos da América e em fevereiro de 1890 os países da América do Sul. Logo depois propagou-se Índia e Austrália.

A taxa de ataque terá sido de 60% (entre 45-70%). A taxa de letalidade verificada variou entre 0.1 e 0.28%. Estima-se que a actividade gripal na Europa Ocidental terá provocado a morte a mais de 250 mil doentes.

Em Portugal, os primeiros casos foram diagnosticados em Lisboa e no Porto na segunda quinzena de 1889. O acme da curva epidémica foi registado entre 5 e 10 de janeiro de 1890. A taxa de ataque foi alta, mas a letalidade baixa. O antigo Convento de Santa Marta, em Lisboa, foi transformado em hospital improvisado para possibilitar o internamento de doentes durante a actividade gripal de 1890 que provocou assinalável alarme na Capital, apesar da sua curta duração (três semanas). Em abril a actividade epidémica atingiu os Açores e depois, a partir de maio, atingiu as regiões de África.

Pandemia de 1900 A(H3N8)

A pandemia de 1900, também conhecida como Antiga de Hong Kong, teve na sua génese um novo subtipo de vírus A(H3N8) que circulou até 1918. Há poucos elementos descritivos na Literatura sobre a actividade gripal que então ocorreu.

Pandemia de 1918 ou “Pneumónica” A(H1N1)

Antes da I Grande Guerra acabar, a pandemia de 1918, designada em Portugal por “pneumónica”, esteve na origem do maior problema de saúde global jamais ocorrido. As estimativas sobre o número de óbitos devidos a gripe variam segundo os diferentes autores entre 20 até mais de 50 milhões (a nível universal). Por outro lado, já ninguém põe em dúvida que foi vastíssimo, indescritível, o impacto que originou em múltiplas dimensões, não só em saúde pública, mas, também, devido aos efeitos demográficos, sociais e económicos.

Em língua inglesa a pandemia é conhecida como “espanhola” (*spanish flu*), ao que parece, porque as notícias difundidas pelas agências noticiosas eram datadas de Espanha que não participou na Guerra e que, por isso, não eram censuradas. Para outros autores, é homenagem ao Rei de Espanha que morreu com gripe (Derenne e Bricaire).

Admite-se, se bem que ainda sem comprovação, que a pandemia poderá ter começado nos

Estados Unidos da América (Kansas) e que os movimentos dos soldados de aquartelamento em aquartelamento, incluindo através dos frequentes transportes navais, poderão ter contribuído para a sua propagação.

Em 1918-1919, no conjunto dos efeitos das duas ondas, foram os adultos jovens os grupos etários mais atingidos (metade das mortes registadas tinham entre 20 e 40 anos de idade). Há relatos que indicam que a taxa de letalidade em grávidas foi de 30%. Os grupos etários acima dos 65 anos de idade foram relativamente mais protegidos, motivo pelo qual se admite que um vírus aparentado tenha circulado, anteriormente, na primeira metade do século XIX.

Ainda não foi possível compreender a génese, no pano virológico, da pandemia de 1918.

Provavelmente terá sido provocada por um processo de adaptação de vírus aviários diretamente adquiridos por seres humanos, hipótese que carece de confirmação científica.

Os efeitos da "pneumónica" em Portugal estão bem retratados nos trabalhos publicados por João Frada. De acordo com este Autor, citando dados do INE, durante seis meses a gripe provocou 60474 óbitos no Continente. Outros historiadores apontam mais de 100 mil mortes que terão ocorrido durante a actividade gripal de 1918-1919.

A pandemia terá entrado em Portugal, por terra, no Alentejo (Vila Viçosa, depois em Elvas e Arronches), nos fins de maio de 1918 e atingiu rapidamente todo o País no início de junho. Em Lisboa foi registada, logo depois, alta incidência em espaços com elevada concentração populacional como na secção dos Mutilados de Guerra da Casa Pia (e 50 casos no Forte de Monsanto).

Ocorreram duas ondas (com duração de dois meses cada), com acmes, respectivamente, em junho e outubro.

A primeira foi, de acordo com as descrições da época de Domingos José Dias: "*de difusão muito rápida, fugaz, simples e benigna*". A segunda vaga, que ocorreu entre agosto e o fim de novembro, foi a mais grave. Note-se o testemunho de Afonso Malheiro Madeira, então aspirante-médico, sobre esta segunda onda: a gripe espanhola "*em Agosto faz nova arremetida, aparecendo os primeiros casos em Gaia. Do quartel de artilharia 6 na Serra do Pilar, vieram para o Hospital Militar desta cidade muitos doentes com complicações pulmonares, predominando a broco-pneumonia*". Também Domingos José Dias reconhece que "*a segunda grassou desde os meados de Agosto até ao fim de Novembro; epidemia secundária estivo-outonal, de transmissão mais lenta, altamente maligna e mortal pela frequência das localizações pulmonares*".

Em Portugal, os grupos etários mais atingidos, em termos de mortalidade específica devida à gripe, foram as crianças com menos de 2 anos de idade e jovens adultos dos 20-34 anos.

A situação Portuguesa era, na época, particularmente vulnerável, devido aos poucos recursos financeiros e à extrema pobreza de grande parte da população. A participação do País na Guerra, associada à instabilidade governativa (consulado de Sidónio), ao sistema de saúde sem infraestruturas hospitalares, sem condições infraestruturais, sem médicos, sem enfermeiros

preparados, foi, naturalmente, agravada pela ausência de medicamentos eficazes para tratar as complicações.

Nesse período, Ricardo Jorge era o prestigiado Director-Geral de Saúde e, apesar dos meios disponíveis não permitirem organizar respostas mais eficazes, emitiu oportunas orientações que terão contribuído para a redução dos efeitos da pandemia. Essas medidas, para além da imposição da mobilização de médicos e finalistas (quintanistas, como eram, então, designados), eram, sobretudo, como descreve Afonso Malheiro Madeira referentes a "*declaração obrigatória, medidas de higiene geral e individual, hospitalização de doentes, organização da assistência médica e socorros pecuniários aos indigentes, etc.*"

A ocorrência da pandemia de 1918 é atribuída à emergência do vírus da gripe do subtipo A(H1N1) de origem aviária que, provavelmente, por mutação adaptativa, adquiriu a capacidade de se transmitir pessoa a pessoa.

Teve, então, início uma nova "dinastia" de vírus da gripe, marcada pela presença do novo subtipo A(H1N1) que a partir das aves se adaptou a mamíferos: primeiro a seres humanos e depois passou a circular em suínos (sempre o mesmo subtipo, onde ainda persiste).

O subtipo A(H1N1) circulou até à nova "dinastia" assinalada pelo aparecimento, em 1958, do subtipo A(H2N2), devido a rearranjo genético (*shift antigénico*).



Figura 2: Evolução da mortalidade geral em Portugal.

Pandemia de Gripe Asiática de 1957 A(H2N2)

Pela primeira vez, a disseminação pandémica do vírus da gripe asiática H2N2 foi, por antecipação, estimada. Como previsto, a sua propagação iniciou-se no Hemisfério Sul seguido pelo Norte.

Saliente-se, porém, que não é possível comparar os meios de monitorização hoje disponíveis (em particular no que se refere à epidemiologia molecular) com os conhecimentos de 1957. Em Portugal, a primeira onda verificou-se em agosto de 1957. Arnaldo Sampaio e Melo Caeiro atribuem a entrada da gripe em Portugal aos tripulantes e passageiros do vapor "Moçambique", oriundo de África, que atracou em Lisboa no dia 9 de agosto de 1957. No Outono assolou todo

o País, tendo a taxa de ataque sido estimada em 20%.

Lisboa durante a pandemia de gripe "asiática" era uma cidade muito diferente, sobretudo na primeira e segunda semanas de outubro. Arnaldo Sampaio e Melo Caeiro, no ano seguinte, descreveram o absentismo nas empresas, as fábricas paralisadas, os transportes públicos com problemas de funcionamento, escolas fechadas, postos dos serviços médico-sociais da Federação das Caixas de Previdência com um aumento extraordinário de procura, hospitais sobrelotados, visitas suspensas à Maternidade Dr. Alfredo da Costa, e, logo depois, medida idêntica adoptada nos Hospitais Civis de Lisboa, reorganização de turnos de médicos, enfermeiros e pessoal administrativo.

Sampaio e Caeiro ao analisarem a difusão da gripe estabeleceram uma clara relação com a abertura das aulas dos liceus a 1 de outubro, seguida do seu encerramento a 8 do mesmo mês e depois, ao fim de uma semana, à sua reabertura. Estudaram, do mesmo modo, a evolução do absentismo dos trabalhadores em 96 empresas de Lisboa que atingiu a máxima prevalência na segunda semana de outubro.

No ano seguinte, um inquérito conduzido por aqueles Autores em 3076 famílias, representando a população de Lisboa, confirmou que os primeiros casos de gripe ocorreram em agosto de 1957, aumentando em setembro e atingindo o acmé na segunda semana de outubro. Dos 11777 indivíduos que constituíam aquelas famílias inquiridas, a gripe afectou 41,2%. Esta taxa de incidência decresceu consoante o nível de vida ia aumentando: 31,7% para as classes mais altas e 60,1% para as famílias mais pobres. No conjunto, apenas 3,9% dos doentes foram internados nos hospitais.

No conjunto, a gripe asiática afectou 20% da população; provocou 1050 (dos quais 288 em Lisboa), além de 11 milhões de dias de inactividade por doença.

Sabe-se hoje que a emergência do novo subtipo A(H2N2) foi consequência do vírus em circulação ter adquirido três segmentos do genoma de uma estirpe aviária por rearranjo (*reassortment*). Foi primeiramente isolada em Singapura (em 1957) e resultou de um processo genético que integrou 3 genes de origem aviária e os restantes do subtipo A(H1N1) que circulava desde 1918 em seres humanos.

Pandemia de Hong Kong, 1968 A(H3N2)

Tal como sucedeu em 1957, a pandemia de 1968 foi consequência de um processo de recombinação genética. Seguiu-se ao aparecimento do subtipo A (H3N2).

O subtipo A(H3N2) resultou de um rearranjo de dois segmentos aviários.

A gripe de Hong-Kong, que teve uma expressão moderada, terá provocado um excesso de mortalidade, a nível mundial, estimado em cerca de um milhão de óbitos. Na compreensão deste fenómeno há que ter em conta, por um lado que 11 anos antes a emergência da gripe

Asiática pelo subtipo A(H2N2) explica alguma protecção conferida contra a N2 e que, por outro lado, a pandemia de 1900 foi originada pelo A(H3N8) pelo que os mais idosos poderiam ter, igualmente, alguma protecção contra a H3.

Desde então, já em actividade sazonal, o vírus A(H3N2) tem sido responsável por epidemias que estão na origem de excesso de mortalidade, particularmente na população idosa.

Pandemia de 2009 A(H1N1)v

Em 24 de abril de 2009 a OMS emitiu um alerta sobre a emergência de um novo subtipo de vírus A(H1N1) com potencial pandémico.

Em Portugal, nesse mesmo dia, o Comunicado do Director-Geral da Saúde, emitido antes do final da tarde, anunciou que *“em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge estão a ser accionados os dispositivos previstos para este tipo de situações”*. Nestes termos, em articulação com a Ministra Ana Jorge, decidiu-se activar o Plano de Contingência. O processo evoluiu rapidamente. A fase 4 foi declarada a 27 de abril, a fase 5 a 29 de abril e a fase 6 a 11 de junho.

A atividade epidémica em Portugal desenvolveu-se, em termos de resposta, em duas etapas. A primeira (etapa de contenção) entre 24 de abril de 21 de agosto, teve como objetivo central evitar a formação de cadeias de transmissão (que resultaria por aplanar a curva epidémica). Estas medidas permitiram “ganhar tempo” a fim de conseguir melhorar a preparação dos serviços de saúde. O primeiro caso diagnosticado verificou-se a 29 de abril em mulher jovem até então saudável recém-regressada do México. Durante a etapa de contenção foram diagnosticados na rede laboratorial cerca de 2000 doentes (quase todos importados). A identificação progressiva de casos *sem link* epidemiológico ao estrangeiro, isto é, infecções adquiridas em Portugal, explicou a passagem etapa de mitigação. A 26 de outubro iniciou-se a campanha de vacinação baseada numa estratégia de minimização de risco que teve como alvo 30% da população. A entrega faseada de vacinas condicionou a sua utilização.

No conjunto registaram-se 200 mil casos em Portugal. O acme da onda epidémica verificou-se em finais de novembro de 2009 nas semanas 47 e 48. Foi, assim, uma actividade gripal precoce se comparada com a verificada habitualmente na época gripal. A expressão clínica da gripe foi moderada na maioria dos casos. Os grupos etários mais atingidos foram crianças e jovens dos

Designação comum	Subtipo	Mortalidade específica (global)	Grupos mais atingidos em Portugal
1918-1919 Gripe Pneumónica	A(H1N1)	20-50 milhões de óbitos	Adultos jovens. Entre 60 000 a 100 000 óbitos.
1957-1958 Gripe Asiática	A(H2N2)	1-4 milhões de óbitos	Todas as idades. 1050 óbitos
1968-1969 Gripe de Hong Kong	A(H3N2)	1-4 milhões de óbitos	Todas as idades. Não há registos de mortalidade.
2009-2010 Gripe A	A(H1N1)	100 mil -400 mil óbitos	Crianças e jovens adultos. 124 óbitos

Quadro resumo das últimas 4 pandemias

0-9 anos (25%), 10-19 (35%) e dos 20-29 (17% do total de casos). Verificou-se um total de 1189 doentes internados dos quais 117 em unidades de cuidados intensivos. Registaram-se 124 óbitos (87% ocorreram em doentes com menos de 65 anos de idade). A principal causa de morte foi a pneumonia viral primária (em 80% das situações que evoluíram para a morte, independentemente da idade e da presença ou ausência de factores de risco associados).

PLANO DE CONTIGÊNCIA

As medidas previstas no Plano agrupam-se em quatro eixos:

1. Sistemas de informação em saúde para análise de risco (incluindo a vigilância epidemiológica);
2. Prevenção/contenção/controlo (que contempla a adopção de medidas de saúde pública e a organização da prestação de cuidados);
3. Comunicação de risco;
4. Avaliação (interna e externa).

As respectivas orientações normativas estão disponíveis no *site* da Direcção-Geral da Saúde em www.dgs.pt

O Plano de Contingência prevê o reforço das estruturas de vigilância no âmbito do eixo dedicado aos sistemas de informação que impõe colaboração estreita entre todos os organismos do Sistema de Saúde e da Veterinária.

Parâmetros epidemiológicos

Na gestão da gripe pandémica, os parâmetros mais utilizados em epidemiologia teórica têm, naturalmente, em atenção que a gripe é uma infeção aguda com curto período de incubação (em média com a duração de um a três dias). O Número Básico de Reprodução (R_0) traduz o número médio de pessoas infectadas a partir de um único caso de infecção no seio de uma população totalmente susceptível. Permite, portanto, antecipar a taxa de ataque (população que será infectada na primeira onda). Uma vez que no que se refere à gripe a prevalência de anticorpos protectores não é homogénea na população susceptível, é preferível utilizar o Número Efectivo de Reprodução (R) que por variar com a diminuição da proporção de cidadãos susceptíveis, reflecte melhor a observação da realidade (tem tendência a ser mais alto em espaços fechados com aglomeração populacional como escolas ou quartelamentos militares, por exemplo). Este parâmetro pode variar em função da mudança verificada no decurso da actividade epidémica, à medida que a proporção de susceptíveis vai diminuindo (fenómeno conhecido como exaustão de susceptíveis).

A duração da infecciosidade é, em regra, de cinco dias em adultos (em crianças pode ser mais longa).

O tempo necessário para gerar novos casos complementa a informação que permite criar modelos de antecipação da dinâmica da propagação da actividade epidémica de expressão pandémica.

COORDENAÇÃO NACIONAL

O primeiro plano de contingência em Portugal para uma eventual pandemia de gripe foi desenhado pela Direcção-Geral da Saúde em 1997 no seguimento da epidemia de Hong Kong que ficou comumente conhecido como “gripe das galinhas”.

Este surto, provocado pelo vírus da gripe do subtipo A(H5N1), esteve na origem de 18 casos de infecção em seres humanos (dos quais 6 óbitos). A rapidez e eficácia das medidas então adoptadas pelas Autoridades, em especial o abate sanitário de 1,5 milhões de galinhas em três dias, controlaram o problema e atrasaram a emergência de uma pandemia.

Em 2003, na sequência do reaparecimento de casos de infecção humana pelo mesmo vírus, no Sudeste Asiático, a Direcção-Geral da Saúde coordenou os trabalhos de revisão daquele Plano. Uma vez homologado pelo ministro Luís Filipe Pereira, por despacho de 21 de fevereiro de 2005, foi difundido no *site* da Direcção-Geral da Saúde.

No seguimento de orientações contidas no articulado do Programa do XVII Governo Constitucional, bem como da Comissão Europeia e da Organização Mundial da Saúde foi decidido rever de novo o documento estratégico do Plano (trabalho que terminou em janeiro de 2006 e que foi homologado pelo ministro António Correia de Campos).

No processo de formulação de propostas para a preparação das respostas nacionais colaboraram especialistas hospitalares, de saúde pública e de medicina familiar, bem como peritos, para além da DGS, do INSA, INFARMED e INEM.

Na Primavera de 2009, no seguimento da confirmação da emergência de nova estirpe A(H1N1) na Califórnia e no México, à semelhança do que sucedeu nos restantes países do Hemisfério Norte, o Plano foi revisto e operacionalizado por decisão da ministra Ana Jorge, nos termos definidos pela Lei 81/2009. Pela primeira vez, foi instalado o Conselho Nacional de Saúde Pública que integra representantes dos sectores do Estado, Social e Privado, nomeadamente dos principais organismos da administração central e regional do Ministério da Saúde, bem como de Veterinária. O Conselho compreende duas comissões especializadas: Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e Comissão Coordenadora de Emergência.

Por outro lado, também em 2009, foi criada a Rede Nacional de Laboratórios para o Diagnóstico da Gripe (articulada com a rede da OMS), coordenada pelo INSA e que integrou quinze unidades no Continente e regiões autónomas.

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO DOMÍNIO DA GRIPE

Em 1947, a formalização de uma rede internacional para promover a cooperação científica no domínio da gripe, coincide, no tempo, com a criação da Organização Mundial da Saúde que, aliás, a enquadra.

A decisão para estabelecer a primeira rede internacional para estudar uma infecção, representa um marco de elevado relevo em Saúde Pública. Logo depois, no ano seguinte, no seguimento de proposta apresentada pela Holanda, foi criado o Centro Mundial da Gripe com sede em Londres (dirigido inicialmente por C. Andrewes).

A Rede Global de Vigilância da Organização Mundial da Saúde, que a partir de 2011 passou a ser designada por *Global Influenza Surveillance and Response System* (GISRS) em substituição de *WHO Global Influenza Surveillance Network* (GISN), integra, para além do Centro de Londres, os outros centros de referência e de investigação: Atlanta (Estados Unidos da América), Melbourne (Austrália), Pequim (China) e Tóquio (Japão). A estes, associa-se o laboratório de veterinária de Memphis e juntam-se os centros nacionais da gripe existentes em diferentes países, incluindo Portugal (criado em 1953). O laboratório da Gripe está integrado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Aquela rede tem por objectivo essencial identificar a emergência de novas estirpes de vírus que possam ter potencial pandémico por um lado e por outro monitorizar a evolução das mutações antigénicas e genéticas das estirpes virais A e B, a fim de poderem ser dadas instruções às empresas farmacêuticas para prepararem a vacina para a época seguinte. Estas recomendações, fornecidas duas vezes por ano, uma para cada um dos hemisférios do Globo, visam fazer com que a vacina sazonal contemple as estirpes que venham a circular.

No Outono de 2005, ao mesmo tempo que o Secretário-Geral da ONU nomeava David Nabarro como seu representante especial para a coordenação sobre a gripe, os Estados Unidos da América lançaram uma iniciativa internacional (*Internacional Partnership on Avian and Pandemic Influenza*) na perspectiva de reforçar a cooperação em prevenção e controlo capaz de retardar o início da próxima pandemia.

No contexto das relações entre os Estados Membros da União Europeia e especialmente através do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC de Estocolmo), Portugal tem participado activamente nas discussões sobre a preparação das respostas para a eventual ocorrência da pandemia.

Nesse contexto têm sido múltiplas as reuniões, formais e informais, onde as medidas de saúde pública a adoptar são debatidas e aprovadas: entre ministros; directores-gerais da saúde; directores-gerais de saúde e de veterinária em conjunto, entre especialistas, etc.

Foi, também, a Comissão Europeia que promoveu o exercício de simulação em novembro de 2005 que envolveu 28 países.

O Regulamento Sanitário Internacional da OMS (revisão de 2005) é um instrumento legal que une 196 Estados aderentes. Cria o conceito de emergência de saúde pública internacional designado habitualmente pela sigla PHEIC (*Public Health Emergency of International Concern*) para as situações extraordinárias que se referem a fenómenos súbitos, graves, inabituais ou inesperados que requerem acção internacional imediata. A coordenação das respostas é competência da OMS, se bem que o Estado Membro atingido tenha intervenção principal nas decisões.

Por outro lado, compreende-se que Portugal e Espanha, no quadro das relações bilaterais, tenham dado relevo à troca de informações recíprocas para concertação dos respectivos planos de contingência.

Em abril de 2013, a propósito da epidemia de A(H7N9) na China um oportuno editorial do *The Lancet* acentua novamente a importância da rápida notificação de casos novos com absoluta transparência e a indispensável partilha de conhecimentos científicos, a par do reforço dos sistemas de vigilância e de investigação.

Em junho de 2013 a OMS difundiu novas propostas de *guidance* para a gestão das respostas no contexto de uma pandemia de gripe. Neste quadro, modificam-se as fases de 2009 que passam a ter as seguintes designações: fase interpandémica; fase de alerta; fase pandémica; fase de transição até nova fase interpandémica.

OUTRAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS

Em 2003 (entre 1 de novembro de 2002 e 31 de julho de 2003), a SARS (sigla inglesa para *Severe Acute Respiratory Syndrome*, traduzida para português por Síndrome Respiratória Aguda) surgiu como fenómeno epidemiológico de tipo “cometa” (provocado por um serotipo de coronavírus que nunca tinha sido identificado em seres humanos). Ocorreu subitamente e depois de controlada não voltou a reemergir.

Ficou, pela primeira vez, comprovada a possibilidade da ocorrência de uma infecção nova, até então desconhecida em seres humanos, como resultado do salto da barreira de espécie (o corona vírus circulava em civetas, em países da Ásia, nomeadamente no Vietnam).

As civetas como hospedeiro na etapa epizootica (neste caso, os morcegos poderão ser reservatório animal, se bem que esta possibilidade careça, ainda, de demonstração) alteram a descrição de 2003 que consideravam aqueles animais como reservatório do vírus.

O ciclo epizootia – epidemia – epizootia, na fase humana, traduziu-se, a nível global, por mais de 8400 casos, dos quais 916 óbitos. A transmissão associada aos cuidados de saúde colocou médicos, enfermeiros e restante pessoal em particular risco de exposição à infecção. No plano socioeconómico a disrupção verificada em 2003 com a emergência da SARS foi imensa, muito em particular em Toronto, uma vez que a génese de cadeias de transmissão assumiu expressão

especialmente dramática.

Em 2012, a identificação de uma nova estirpe de coronavírus, primeiro na Arábia Saudita e depois nos países limítrofes (2013), como agente de doença respiratória grave (*severe respiratory disease*) recebeu a designação de MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome-coronavirus*), motivou novo alerta internacional.

Biólogos e virologistas têm insistido que os vírus patogénicos existentes na Natureza não são todos conhecidos. semelhança de 2013, no futuro, tudo indica, assim continuará a ser.

Francisco George

Lisboa, janeiro de 2014

[Publicado a 10 de março de 2014, em www.dgs.pt]

SIGLAS e ACRÓNIMOS

ARN: Ácido ribonucleico.

ECDC: *European Centre for Disease Prevention and Control*.

GISN: *WHO Global Influenza Surveillance Network*.

INSA: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

OIE: ex-Organização Internacional das Epizootias, agora designada como Organização Mundial para a Saúde Animal, mantendo, porém, a sigla inicial (*World Organization for Animal Health*).

OMS: (ou, em inglês, WHO): Organização Mundial da Saúde.

PHEIC: *Public Health Emergency of International Concern*.

RT-PCR: *Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction*.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

O Autor, que exerce funções públicas em regime de exclusividade, declara que não tem qualquer ligação, nem teve qualquer intervenção, remunerada ou não, em ações ou atividades, de forma pontual ou duradoura, relacionadas com qualquer empresa, sociedade, fundação, organismo, industrial ou comercial, na área da saúde.

AGRADECIMENTOS

O Autor agradece a colaboração das médicas Madalena Almeida Santos, virologista do Hospital Curry Cabral e Isabel Marinho Falcão, especialista na Unidade de Emergência da DGS, bem como do desenhador Luciano Chastre.

BIBLIOGRAFIA

- Derenne, Jean-Philippe; Bricaire, François. *Pandemia A Grande Ameaça*. Lisboa: Alêtheia Editores, 2005.
- Dias, Domingos José. *A Pandemia Gripal de 1918*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Outubro, 1919.
- Dolin, Raphael. Influenza-Interpandemic as well as Pandemic Disease. *N Engl J Med* 2005; 353;24.
- Frada, João. *A Gripe Pneumónica em Portugal Continental-1918*. Lisboa: Setecaminhos, 2005.
- George, Francisco. Introdução ao Estudo da Gripe. Downloaded de www.dgs.pt, m 1 junho, 2013 (<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007724.pdf>).
- Madeira, Affonso Henriques Malheiro. *A Gripe, Estudo de Epidemiologia*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Junho, 1921.
- Morens, David; Taubenberger, Jeffery; Fauci, Anthony. Pandemic Influenza Viruses – Hoping for the Road Not Taken. *N Engl J Med*. Downloaded from nejm.org on June 6, 2013.
- Portugal, Direcção-Geral da Saúde (DGS). *Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe*. 2ª ed. Lisboa: DGS, 2008.
- Portugal, Lei Nº 81/2009. *Regulamenta um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública*. *Diário da República*, 1ª ser. 21 Agosto 2009; 162:5491-5495.
- Sampaio, A.; Ayres, L.; Nunes, M. I. P. Aspectos Laboratoriais da Epidemia da “Gripe Asiática”. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. 1958; Volume V, nº4: 493- 518.
- Sampaio, A.; Caeiro, F.M. A Epidemia de Gripe “Asiática” em Portugal. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Vol. V (1958), Nº 3 (267-360). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1958.
- Sampaio, A.; Caeiro, F.M. Contribuição para o estudo da epidemiologia da gripe através de um inquérito por amostra representativa da população da cidade de Lisboa. *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*. Vol. V (1958), Nº 4 (383-491). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1958.
- Smith, W.; Andrewes C. H.; Laidlaw P.P. A Virus Obtained from Influenza Patients. *The Lancet*. 1933; July 8; 66-68.
- Stokes, J. *et al*. Results of Immunization by Means of Active Virus of Human Influenza. *J Clin Invest*. 1937.
- Tucídides. *História da Guerra do Peloponeso*. 1.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

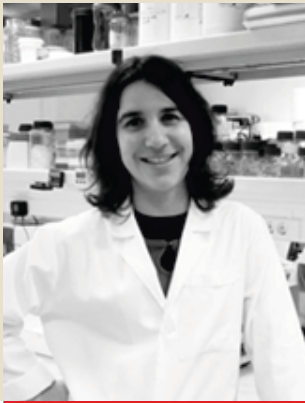
Wilschut, Jan; McElhaney, Janet E. *Influenza*. London: Mosby, 2005.

World Health Organization (WHO). *Avian influenza: assessing the pandemic threat*. Geneva: WHO, 2005.

World Health Organization (WHO). A revision of the system of nomenclature for influenza viruses: a WHO Memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 58 (4):585-591 (1980).

Yu Chen; Weifeng Liang; Shigui Yang et al. Human infections with the emerging avian influenza A(H7N9) virus from wet market poultry: clinical analysis and characterization of viral genome.

The Lancet, Early Online Publication, 25 April 2013; doi:10.1016/S0140-6736(13)60903-4.



Ana Grenha

A Investigação das doenças pulmonares

Nota biográfica

Ana Grenha licenciou-se em Farmácia no Instituto Politécnico do Porto em 2001 e doutorou-se em Farmácia – área de Tecnologia Farmacêutica pela Universidade de Santiago de Compostela (Espanha) em 2007. É atualmente Professora Auxiliar de Tecnologia Farmacêutica na Universidade do Algarve, onde ingressou em 2007. É investigadora sénior no Centro de Ciências do Mar

(CCMar) e colaboradora do Centro de Investigação Biomédica, ambos da Universidade do Algarve, sendo a investigadora responsável do Laboratório de *Drug Delivery*. O seu grupo de investigação dedica-se ao desenho e desenvolvimento de sistemas particulados para administração de fármacos, tendo como foco particular a administração por via pulmonar, mediada por inalação.

Tem sido investigador principal de vários projetos financiados, a maioria deles na área da administração pulmonar, e é autora de 38 artigos científicos em revistas internacionais com revisão por pares, 6 capítulos de livros e 1 patente na área da administração de fármacos e sistemas de administração.

Ana Grenha

A Investigação das doenças pulmonares

A investigação aplicada ao tratamento das doenças pulmonares

Centro de Ciências do Mar (CCMar) e Centro de Investigação Biomédica (CBMR) da Universidade do Algarve

As doenças do foro respiratório são variadas e muitas têm grande impacto na população, como a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a fibrose quística e a tuberculose.

Nos últimos anos a comunidade científica tem-se debruçado de forma crescente sobre o potencial da administração pulmonar enquanto via de administração de fármacos, particularmente no tratamento de doenças de âmbito pulmonar. Se por um lado esta é a via de administração por excelência para doenças como a asma, noutros casos, como o da tuberculose, a terapêutica convencional envolve administração por via oral. Neste caso e noutros, a investigação científica tem vindo a solidificar as possibilidades de adoção de uma terapêutica administrada por via pulmonar, com o principal intuito de melhor localizar os fármacos no local de ação, o que poderia trazer benefícios importantes a nível de efeitos secundários e duração do tratamento (Loira-Pastoriza, Todoroff, & Vanbever, 2014).

O grupo de investigação de *Drug Delivery* da Universidade do Algarve tem vindo a dedicar-se ao desenvolvimento de estratégias de administração de fármacos por via pulmonar. A sua missão começa com o desenho de sistemas que transportem os fármacos para as regiões desejadas do pulmão, tanto micropartículas como nanopartículas, fazendo posteriormente a sua caracterização e os necessários testes biológicos, incluindo testes em animais de laboratório quando justificável. Especificamente, nos últimos anos o grupo tem-se dedicado a um projeto de desenvolvimento de micropartículas destinadas à inalação pulmonar, para tratamento da tuberculose pulmonar. Neste contexto, o grupo tem um processo de patenteamento em curso (Alves, Pereira, et al., 2016).

Não obstante a existência de uma terapêutica efetiva, a tuberculose continua a liderar as tabelas de causas de mortalidade, particularmente nos países em desenvolvimento. Isso deve-se a uma terapêutica longa e com efeitos secundários severos em alguns casos, que comprometem a adesão à terapêutica, havendo também uma causalidade associada a co-infecção com HIV. Novas estratégias terapêuticas são, portanto, reclamadas. Sendo a tuberculose uma doença respiratória, em que a bactéria causadora da doença se aloja nos macrófagos alveolares presentes na região mais profunda do pulmão, a administração direta dos antibióticos no pulmão afigura-se uma estratégia promissora. Neste contexto, o grupo de investigação propõe uma terapêutica inalatória para a tuberculose pulmonar, mediada por micropartículas produzidas à base de polissacáridos que atuam como transportadores de fármacos tuberculostáticos (Alves, Cavaco, et al., 2016; Rodrigues et al., 2017).

BIBLIOGRAFIA

Alves, A., Cavaco, J., Guerreiro, F., J. Lourenço, J., Rosa da Costa, A., & Grenha, A. (2016). Inhalable antitubercular therapy mediated by locust bean gum microparticles *Molecules*, 21(702), 1-22.

Alves, A., Pereira, F., Rodrigues, S., Guerreiro, F., Cunha, L., & Grenha, A. (2016). Patent PCT/IB2016/052353, WO 2016/174573 (in process in European Patent Office).

Loira-Pastoriza, C., Todoroff, J., & Vanbever, R. (2014). Delivery strategies for sustained drug release in the lungs. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 75, 81-91.

Rodrigues, S., Alves, A., Cavaco, J., Pontes, J., Guerreiro, F., Rosa da Costa, A., . . . Grenha, A. (2017). Dual antibiotherapy of tuberculosis mediated by inhalable locust bean gum microparticles. *International Journal of Pharmaceutics*, 529, 433-441.



Paulo Girão

A Pneumónica no Algarve

Nota biográfica

Licenciou-se em História pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em 1989. Concluiu o Mestrado em História Regional e Local em 2002 com a apresentação da tese de dissertação sobre a Gripe Pneumónica no Algarve. É membro da Direção e docente do Quadro de Agrupamento da Escola Básica Manuel do Nascimento em Monchique. É Membro da Direção e colaborador do Instituto de Cultura Ibero-Atlântica de Portimão.

Paulo Girão

A Pneumónica no Algarve

O Algarve conheceu no ano de 1918 os efeitos demolidores do surto de gripe pneumónica. Tendo sido a última região do território continental português a receber a epidemia, também aqui a morte e o sofrimento fizeram parte do quotidiano das populações durante um breve – mas terrível – período de tempo.

Numa região tradicionalmente isolada, pobre e pouco desenvolvida, os primeiros sinais da doença fizeram-se sentir durante os primeiros dias de outubro em Loulé e S. Brás de Alportel com origem em migrações laborais vindas da zona do Tejo, onde na altura se fazia sentir com grande força. A epidemia espalha-se por todo o Algarve de forma rápida e difusa, atingindo picos de grande intensidade na transição para o mês de novembro, só abrandando no final desse mês. Em dezembro, entrava-se numa fase de rescaldo.

O sentimento de impotência e de ineficácia caracterizou o combate à gripe pneumónica no Algarve, aliás, à semelhança do que aconteceu no restante território nacional. A falta de meios, o desconhecimento da etiologia da doença, a desorganização dos serviços sanitários de administrativos, os problemas de comunicação e de transporte, a burocracia e incompetência, a corrupção e o oportunismo, foram realidades que dificultaram a acção das entidades competentes no combate à epidemia. A actuação da sociedade civil e da Igreja, apesar de esforçada, teve efeitos muito limitados.

Nestas circunstâncias, verificou-se uma estagnação no crescimento demográfico da população algarvia na segunda década do século XX. A maioria dos concelhos perdeu habitantes, destacando-se elevados índices de mortalidade entre jovens adultos, ou seja, potenciais geradores de filhos, uma característica que marcou a mortalidade gripal desta pandemia um pouco por todo o mundo.

Numa conjuntura de guerra e com toda a situação inflacionista inerente a épocas de carestia, a gripe pneumónica apanhou uma população debilitada e, num meio algarvio muito próprio, afectou gente que na sua maioria vivia mal. Nas vésperas da chegada da epidemia à região, os trabalhadores rurais algarvios eram menos bem pagos que a média nacional e o orçamento semanal das famílias operárias no Algarve era também mais baixo que a média nacional.

A gripe pneumónica fomentou a desorganização económica no Algarve, ao afectar a circulação e distribuição de produtos, a produção agrícola - diminuiu em 1919 -, condicionando a produção artesanal e oficial nalguns concelhos. Numa época de agitação sindical e de desordens públicas, a epidemia trouxe mais uma preocupação às autoridades, favorecendo um clima de medo, revolta e pânico perfeitamente justificados.

“Existe uma história do sofrimento. Esta história das doenças conhece a febre conjuntural das epidemias. É uma história dramática que revela através dos tempos uma doença emblemática

unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual”, reconhece Jacques Le Goff. A importância do estudo deste tipo de epidemias é, pois, importante para o estudo de determinadas épocas históricas. Estamos a falar de uma doença responsável pela maior catástrofe demográfica do século XX. O estudo regional da gripe pneumónica no Algarve acabou por ser um espelho de um fenómeno de proporções gigantescas.

CAPÍTULO II

Instituições e Património Arquitectónico: um século de Arquitectura Hospitalar no Algarve

SAÚDE E CULTURA

30 MAIO // CONFERÊNCIA | 14:30

Local: Auditório da Direcção Regional de Cultura do Algarve - DRCAlg

**INSTITUIÇÕES E PATRIMÓNIO ARQUITETÓNICO:
um século de Arquitectura Hospitalar no Algarve**

ORADORES

Dr. Jorge Varanda

- Evolução dos Hospitais em Portugal: História e Arquitectura

Arq. José Avelãs Nunes

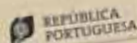
O caixão branco com pregos: arquitecturas para ou contra a tuberculose? A relação evolutiva entre sanatórios, medicina e instituições.

Arq. Paulo Providência

Leprosaria Nacional: reabilitação e obliterário de memória.

Arq.^a Sara Pelicano e Arq. Ilídio Pelicano (ARIPA - Architectos)

Arquitectura Hospitalar nos dias de hoje



REPÚBLICA PORTUGUESA

CULTURA

SÁBIO

APOIO

COMISSÃO DE PORTUGAL

cult
alg

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve



2015

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

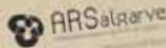
Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve



ARS Algarve



UA Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve



Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve

Associação para o desenvolvimento da cultura do Algarve



Jorge Varanda

Evolução dos hospitais em Portugal:
História e Arquitetura

Nota biográfica

Jorge Augusto Vasco Varanda, nascido em 25 de março de 1946. Natural de Soure, distrito de Coimbra.

Licenciado em Direito pela Faculdade de Direito de Coimbra (1963-68).

Diplomado em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública (1976/78).

Estagiário da Fundação Calouste Gulbenkian na Mayo Clinic, EUA (1997).

Administrador principal, membro do Conselho de Gerência. Administrador delegado do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (1979/1990).

Director do Serviço de Informática do Ministério da Saúde (1990/93).

Director Geral do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde (1993/1994).

Administrador Delegado do Hospital Egas Moniz (1994-97).

Adjunto do Secretário de Estado da Saúde (1997/99).

Administrador Delegado do IPO – Centro Regional de Lisboa (2001-02).

Adjunto da Unidade de Missão Hospitais SA (desde 17.01.03).

Presidente da Comissão Sectorial da Saúde do Conselho Nacional da Qualidade (1997-2012).

Co-autor do livro «Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais», Lisboa, 2004.

20 de março de 2019

Jorge Varanda

Evolução dos hospitais em Portugal:

História e Arquitetura

A evolução dos hospitais em Portugal seguiu, com algum atraso, as tendências evolutivas. Ainda é hoje assim. O caminho seguido passou por hospitais 'palácio', pavilhonares e hospitais bloco, pouco havendo para evidenciar dos novos conceitos do 'healing environment'.

1. Os hospitais medievais exerciam múltiplas funções sociais, albergando viúvas, órfãos, estudantes, peregrinos e doentes. O facto de acolherem doentes não lhes dava obrigatoriamente natureza hospitalar, carecendo de médicos e de uma organização médica. A clínica era praticada no domicílio e os hospitais não possuíam médico próprio.

2. Os primeiros hospitais foram fundados pelos Reis D. João II e D. Leonor, no final do século XV: o de Todos os Santos e o de N.ª S.ª do Pópulo, das Caldas da Rainha. Neste último, as obras para albergar doentes terão começado em 1485, mas cerca de 1488 a Rainha terá decidido criar um hospital. Isto poderá indiciar que terá sido o primeiro em Portugal.

As obras do Hospital de Todos os Santos começaram em 1492 e os primeiros internamentos ocorreram em 1502, reinado de D. Manuel I. A orgânica e o funcionamento ficaram estabelecidos no Regimento de 1504.

3. A fundação da Misericórdia de Lisboa, em 1498, foi acto de extensas consequências em Portugal pela generalização do seu modelo, em confluência com a difusão do modelo dos novos Hospitais. Esta foi a rede que perdurou até 1974.

4. Nos séculos XVII e XVIII a experiência e as descobertas ir-se-ão acumular permitindo transformações posteriores profundas da Medicina hospitalar.

Entre nós, o facto mais relevante foi a construção já no final desse período do Hospital de Santo António, pela Misericórdia do Porto, edifício que fechou o ciclo palaciano da arquitectura hospitalar entre nós.

5. Foi Michel Foucault quem chamou ao hospital 'máquina de curar', assinalando a alteração da natureza dos hospitais a partir do final do século XVIII. Foi lenta a evolução, conjugando teorias com descobertas no campo da Medicina.

Os Hospitais pavilhonares foram uma solução própria do século XIX e começos do século XX, que permitiu separar doentes por condições de saúde diversas

Duas teorias se opuseram, a dos miasmas e a do contágio, como formas de contracção da doença. A dos miasmas teve impacto tardio nas soluções arquitecturais de dois Hospitais pavilhonares da segunda metade do século XIX, o da D. Estefânia e o de Santo Isidoro, nas Caldas da Rainha.

6. O final do séc. XIX e o começo do séc. XX estão intimamente ligados por projectos a realizar:

- O Hospital do Rego, actual Curry Cabral, destinado a doenças infecto-contagiosas, construído entre 1902 e 1904 e aberto 1906.

- A Maternidade Alfredo da Costa, resultado da luta do Professor Alfredo da Costa pela substituição da deficiente Maternidade de Santa Bárbara do Hospital de S. José, foi inaugurada em 1932.

- O Hospital Colonial, como resposta ao princípio da ocupação efectiva dos territórios coloniais de África (Congresso de Berlim, 1878). Coube a Teixeira de Sousa propor em 1902 às Cortes a criação do Hospital Colonial e da Escola de Medicina Tropical.

- A fundação do Instituto Português para o Estudo do Cancro, antecedente do IPO, sendo Ministro da Instrução Pública António Sérgio, por iniciativa do Professor Francisco Gentil.

- A situação do Hospital de Rilhafoles e a experiência nele vivida pelo benemérito Salgado de Araújo deram origem ao legado aplicado na construção do Hospital Júlio de Matos, de 1942.

7. Uma torrente de descobertas nos séculos XIX e XX modificou os hospitais e aproximou-os do conceito de 'máquinas de curar'. A evolução acelera-se a meio do século XIX, no domínio da cirurgia, com o uso da anestesia geral (1846).

Outros avanços se seguem como a teorização da patologia celular (Virchow, 1858), a teoria dos germes (Pasteur e Koch, 1870) e a publicação por Lister do texto 'Antiseptic Principle of the Practice of Surgery' (1867).

8. Há a referir, os sanatórios. Entre nós, o primeiro foi o da Guarda (1907). Tinham mediado 44 anos desde que Brehmer abrisse um sanatório em Görbersdorf, Silesia, no qual os doentes eram expostos a um clima de altitude e regime nutricional.

Os sanatórios passaram a ser o padrão na Europa para o tratamento da tuberculose e o país polvilhou-se de sanatórios na primeira metade do século XX.

9. A criação de especialidades médicas foi um movimento impulsionado pela aquisição de novos conhecimentos e técnicas.

Em Portugal passou-se o mesmo que na Europa e no Mundo enchendo os hospitais de novos serviços especializados.

10. Seguindo o exemplo de Florence Nightingale no St. Thomas Hospital em Londres (1860), foram criados cursos de enfermagem pelo Hospital da Universidade de Coimbra, em 1881 e pelo Hospital de S. José e anexos, em 1887. Foi o começo de um amplo movimento que transformou a profissão e os hospitais.

11. Dois nomes emergem na concepção e construção do Novo Hospital Escolar de Lisboa, aberto em 1953: o Professor Francisco Gentil e o arquitecto Hermann Distel. Tratou-se do primeiro hospital em Portugal concebido em forma de bloco: dois blocos interligados.

12. Uma das principais transformações ocorridas na sociedade portuguesa teve a ver com o

número de médicos e enfermeiros existentes e o aparecimento de novas profissões no campo do diagnóstico e da terapêutica.

13. A criação do Ministério da Saúde e Assistência (1958) e da Direcção Geral dos Hospitais (1961), abriram a porta a mudanças significativas nos Hospitais. Seguiu-se a criação do SNS em 1978. Desde então o parque hospitalar sofreu uma enorme expansão, tendo sido quase todo ele renovado. Foi o triunfo do Hospital bloco e da 'máquina de curar'.

INTRODUÇÃO

A evolução dos hospitais em Portugal seguiu, com algum atraso, a evolução registada nos países inovadores em tal matéria. Ainda é hoje assim. Inovámos na criação de um hospital termal e de um sistema hospitalar assente nas misericórdias. Ficaram essas duas marcas, no início do caminho seguido pelos hospitais em Portugal desde então: 'palácios', pavilhões e hospitais bloco, pouco havendo ainda para evidenciar na aplicação dos novos conceitos do 'healing environment'. Do meio do século XIX em diante também nós procurámos criar 'máquinas de curar', segundo a expressão de Foucault. Em 1974, o Estado chamou a si os antigos hospitais das Misericórdias e em 1979 integrou-os no novo SNS, gerindo-os à sua maneira. Iremos procurar descrever e ilustrar esse caminho.

No sector público, temos hoje um parque hospitalar quase todo ele renovado ao longo do século passado, a partir da construção dos Hospitais Escolares de Lisboa e do Porto, respectivamente de Santa Maria e de S. João. A organização, hierarquização técnica foi estabelecida na Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946. Nessa mesma Lei foi criada a Comissão de Construções Hospitalares, integrada pela equipa que preparou e seguiu a construção do Hospital Rovisco Pais, da Tocha. Com base nessa equipa foi renovada uma parte significativa, principalmente de hospitais sub-regionais no pós-guerra, reflectindo um optimismo semelhante ao que levou a uma febre construtiva de hospitais nos EUA no mesmo período.

Muitos desses hospitais tiveram um destino diferente daquele para o qual foram construídos, não só pela falta de médicos para os operar, à medida em que foram sendo construídos, pelas limitações do financiamento, e, finalmente, pela agregação que a legislação de 1970 de Gonçalves Ferreira fez dos hospitais sub-regionais, renomeados de concelhios, aos cuidados de saúde primários.

Para o pós-25 de Abril ficou a construção de um Hospital Central Universitário, o de Coimbra, e ainda a edificação da larga maioria dos Hospitais Regionais, terminando com construções em regime de Parceria Público-Privadas (Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira). No princípio, a prioridade foi dada à periferia, onde os recursos eram menores com diminuta atracção para os profissionais. Para o fim ficou a periferia de Lisboa (Almada, Amadora-Sintra, Cascais, Loures, Vila Franca de Xira). O Hospital de Loures foi criado de raiz.

O único hospital central que não foi dotado de instalações novas ou objecto de profundas transformações foi o que hoje se designa de Centro Hospital de Lisboa Central. Dele se destacaram os Hospitais de D. Estefânia (séc. XIX), o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade de Alfredo da Costa. Viu a saída da Faculdade de Medicina de Lisboa e a construção do novo Hospital Escolar de Lisboa ainda na primeira parte do século XX. Uma equipa de cirurgia cardiotorácica, proveniente do Hospital de Santa Marta seria o núcleo fundador do Hospital de Santa Cruz e o excesso de procura da Urgência do Hospital de S. José justificaria a criação do Hospital de S. Francisco Xavier.

Grande parte da renovação operada teve como base as actividades de programação lideradas pelo Engenheiro Eduardo Caetano, professor da Escola Nacional de Saúde Pública e colaborador do Professor Coriolano Ferreira na Direcção Geral dos Hospitais, assumindo algumas opções, a saber:

- A dimensão das unidades de internamento, em redor das 30 camas, muito semelhante ao padrão utilizado pela Enfermeira Florence Nightingale, no caso do Hospital de D. Estefânia.
- Enfermarias com várias camas, excepto quartos de isolamento, ou quartos particulares.
- A orientação solar das enfermarias, por razões higiénicas e de poupança energética.
- O carácter compacto dos edifícios e a concepção dos internamentos em comprimento.

A última grande decisão, no domínio complementar dos hospitais, foi a de criar a Rede de Cuidados Continuados Integrados, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. O envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida a tal obrigaram para evitar a acumulação de doentes em Hospitais, gerando sobre utilização, ou no domicílio ou em Lares, sem os cuidados devidos, gerando o seu contrário. Diz o preâmbulo do referido Decreto-Lei que a prossecução dos objectivos da nova Rede «a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.»

Uma palavra para a Administração Hospitalar, cuja profissionalização foi obra do Professor Coriolano Ferreira, partindo da sua experiência no Hospital da Universidade de Coimbra, desde 1944, primeiro como chefe dos serviços administrativos e depois como administrador, em 1950 e em linha com o que se passava nos países mais evoluídos. Entre as duas datas, em 1948, funda a Revista dos Hospitais Portugueses onde irá defender ao longo dos anos 50 e 60 a formação especializada em administração hospitalar e a materialização da carreira.

O reconhecimento legislativo da carreira de Administração Hospitalar teve dois momentos

iniciais significativos:

- A sua inclusão no Estatuto Hospitalar e no Regulamento Geral dos Hospitais, com a justificação de que: «A administração dos hospitais, ao menos dos mais importantes, tornou-se tarefa de profissionais, com preparação cuidada e estatuto adequado, visto que a mobilização de meios financeiros e humanos nos serviços de saúde atinge enorme volume e os prejuízos decorrentes de uma gestão pouco esclarecida podem ser importantíssimos, tanto do ponto de vista económico como social e humano.»

- A criação da Escola Nacional de Saúde Pública, com o primeiro curso de Administração Hospitalar a ter início em 1970.

Uma palavra ainda para a produção legislativa, após a criação do SNS, visando o estatuto e a gestão dos hospitais, no que se pode apelidar da longa marcha da empresarialização até à actual fase de controlo da tutela financeira subsequente à crise financeira de 2010 em diante.

A Idade Média

O ensino da Medicina no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, fundado em 1131, pode ter precedido mais de três séculos os primeiros hospitais em Portugal. Sabe-se que houve instituições medievais no nosso País chamadas hospitais, que exerciam múltiplas funções sociais, albergando, consoante os casos e as circunstâncias, viúvas, órfãos, estudantes, peregrinos e doentes. O facto de acolherem doentes não lhes dava obrigatoriamente natureza hospitalar, se não assentassem numa organização de natureza médica, destinada à recuperação da saúde. Com o que poderíamos hoje chamar de unidades especializadas, havia as leprosas ou gafarias, com a função dupla de isolamento da comunidade e de amparo aos doentes.

Entre as vinte e cinco definições de Hospital coligidas pelo Professor Coriolano Ferreira para a primeira aula do Curso de Administração Hospitalar, escolhi a seguinte, datada de 1963: «Um hospital é um estabelecimento residencial que presta cuidados a curto prazo e a longo prazo, compreendendo serviços de observação, diagnóstico, terapêutica e reabilitação, a pessoas afectadas ou suspeitas de doença ou lesão e a parturientes. Pode ou não prestar serviços a doentes ambulatoriais em regime de consulta externa». Esta definição acrescenta já a dimensão ambulatória, embora circunscrita à consulta externa, e enfatiza o facto de nem todos serem doentes os que são atendidos num hospital. Não refere as funções de ensino e de investigação. Os cuidados no domicílio, a integração em redes de cuidados e os serviços de telediagnóstico não são referidos, dada a distância no tempo.

Na Idade Média em Portugal, os médicos seriam escassos e trabalhavam em casa, não se responsabilizando pelos hospitais. «A clínica medieval era realizada no domicílio, pelo que nenhum dos hospitais possuía médico privativo, sendo este chamado quando necessário.» Além disso, os doentes que se acolhiam nesses hospitais eram pobres, sem recursos para os recompensar pela sua actividade. Só o pagamento institucional ou a caridade cristã os poderia

mover. Interessante, porém, seria estudar em particular as camas existentes no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, uma vez que a comunidade crúzia tinha elementos com o curso de Medicina, inicialmente formados em Paris.

Os nomes para essas instituições, em geral de pequena dimensão, variavam: albergarias, mercearias, hospitais. «As albergarias e hospitais mais não eram do que casas com algumas (poucas) camas onde se acolhiam pobres e peregrinos. A administração de cuidados médicos não era o motivo da criação de tais instituições e a assistência traduzia-se pelo agasalho dos mais necessitados e pela oferta de alimentação. As duas designações - albergaria e hospital-eram, aliás, usadas indiscriminadamente no vocabulário medieval.»

Os primeiros hospitais da era moderna em Portugal

As considerações anteriores conduzem-nos aos dois hospitais fundados por D. João II e por sua mulher, D. Leonor de Avis, no final do século XV, o Hospital de Todos os Santos e o Hospital de N.^a S.^a do Pópulo, das Caldas da Rainha. Qual dos dois teve a primazia histórica é assunto não resolvido. O problema principal reside na falta de informação histórica exacta no que se refere a uma eventual mudança de decisão da Rainha D. Leonor quanto à natureza da instituição a criar e à data a partir da qual a nova instituição passou a funcionar com médico e organização hospitalar. A decisão de construir terá sido tomada em 1485 e três anos depois começaram a ser acolhidas pessoas para tratamento. Nesse ano de 1488, a Rainha D. Leonor teve a visita e a companhia de uma dama italiana, de seu nome Eugénia Benedetta, ligada a uma comunidade de freiras Murati de Florença, vizinhas do Hospital de Santa Maria Nuova, 'the first hospital among christians'. É obrigatório que tivessem falado desse hospital e das novidades que encerrava, como modelo mais avançado de prestação de cuidados, assente numa estrutura de natureza médica, tal como veio a ser desenhada pelo Compromisso outorgado em 1512 pela Rainha para o seu hospital.

Eugénia Benedetta só pode ter sido uma fonte de informação de primeiro plano sobre o famoso hospital fundado pelo banqueiro Franco Portinari, pai de Beatrice, a diva inspiradora de Dante Alighieri.

A decisão de criar um hospital foi muito significativa e com implicações patrimoniais relevantes, atendendo à dimensão que o mesmo veio a ter: 110 camas, aberto, muito embora apenas entre maio e o final de setembro de cada ano. Não é de esquecer ainda o impacto que a nova instituição teve no contexto da sociedade portuguesa: uma novidade organizacional dedicada à saúde dos pobres, desprovidos de cuidados. Implicou ainda a criação de uma Vila à sua volta. O processo decisório de D. João II terá sido próximo ou paralelo, tendo a obra do Hospital de Todos os Santos sido iniciada em 1492. Ainda antes da morte de seu pai D. Afonso V, em 1477, obtém autorização do Papa (Sixto IV) para construir em Lisboa o Hospital que viria ser o de Todos os Santos, autorização renovada em 1485, por Inocêncio VIII. As dificuldades próprias de

um empreendimento de tal monta, atrasaram por sete anos o início da construção. Os primeiros internamentos registam-se dez anos depois em 1502, já no reinado de D. Manuel I que cumpriu escrupulosamente a vontade do seu antecessor. A orgânica e o funcionamento ficaram estabelecidos em 1504 pelo Regimento outorgado por D. Manuel.

Quais os princípios da organização de um de outro?

Em ambos os Hospitais a função máxima de gestão era a do provedor. Os cuidados com a gestão eram muito exigentes, a começar pelas qualidades exigidas na escolha do provedor: "pessoa honrada, e de bom saber, e zeloso de todo o bem caridozo" (HRTS) 'homem discreto e virtuoso' (HNSP). A Rainha Dona Leonor foi muito explícita: 'o qual será clérigo ou Leigo, qual delles se achar mais pertencente para o ditto officio, porem não queremos que seja frade nem commendador, nem pessoa poderosa que passe de cavaleiro para sima'.

O modelo de organização clínica dos dois hospitais era o mesmo: organização com base em enfermarias, onde se separavam os doentes por género e por algumas condições médicas (é exemplo disso a Casa das Boubas (doentes com sífilis) no HRTS ou a Enfermaria das Febres, criada no HNSP. Além disso, era o médico que admitia e prescrevia. Os enfermeiros vigiavam pelas condições do doente durante o dia e a noite. Havia ainda uma grande preocupação pelas condições higiénicas: considerando que a higiene «he huma das principaes cousas que aproveita aos doentes e de que os enfermeiros devem ther o mayor cuidado». A primazia do médico e os cuidados a ter com os doentes internados obrigavam a duas visitas por dia, na companhia do boticário ('que saiba muy bem seu officio, e a prattica delle por ser couza perigosa se pelo contrario for') e do enfermeiro. Em complemento da sua actividade havia enfermeiros (doze no HTRTS e três no HNSP) cirurgiões (dois no HTRTS, sendo que no HNSP o médico era também cirurgião), um boticário, um barbeiro sangrador e uma cristaleira. Havia ainda oficiais com funções hoteleiras, administrativas e logísticas.

De acordo com os valores da época, a medicina e a religião estavam interligadas. Até nós, chegou a Igreja de Nossa Senhora do Pópulo, que a Rainha D. Leonor, relíquia da nossa arquitectura, que a Rainha Dona Leonor mandou construir, entre 1495 e 1500, com a dupla função de Igreja do Hospital e da nova comunidade caldense, promovida pela Rainha, com o apoio do marido, e mais tarde do seu irmão, D. Manuel I.

A Misericórdia de Lisboa, obra da Rainha D. Leonor. Difusão do modelo em todo o País

A fundação da Misericórdia de Lisboa, em 1498, foi um acto de profundas e duradouras consequências em Portugal, tendo em conta a disseminação do modelo em todo o território e a confluência com a difusão do modelo hospitalar trazido pelos Hospitais de Todos os Santos e de Nossa Senhora do Pópulo. A conjugação dos dois movimentos traduziu-se numa reforma da assistência em Portugal, promovida sob liderança real, com relevo para o papel assumido por D.

Manuel I. A rede hospitalar daí resultante acabou perdurar até à nacionalização dos Hospitais das Misericórdias em 1974.

A Professora Laurinda Abreu descreve assim o processo histórico que conduziu à predominância das Misericórdias na assistência hospitalar em Portugal : « Das etapas desse processo convém salientar as que foram estruturantes e que tiveram as Misericórdias como protagonistas: a autorização régia para que as Santas Casas pudessem acumular património que lhes permitisse custear as obras de caridade; a concessão de autonomia jurisdicional, oficializando o estatuto de confrarias sob protecção régia assumidas pelo Concílio de Trento e, portanto, isentas da tutela do Ordinário; a clarificação da sua situação jurídica ocorrida durante a regência do cardeal D. Henrique com a inclusão da prerrogativa papal no direito nacional; e, finalmente, a quase monopolização da gestão hospitalar, que se iniciou durante o governo deste mesmo cardeal, e que depois praticamente se concluiu durante o reinado de Filipe II. Ao encerrar-se o século XVI, as Misericórdias estavam projectadas à categoria de principais instituições assistenciais, de resto, as únicas existentes em muitas localidades».

Conjugado com este, foi o da reorganização hospitalar, promovido por D. Manuel I: «os inquéritos ordenados pela Coroa para avaliar do (in)cumprimento das vontades dos testadores dos hospitais tinham fornecido a D. Manuel I os fundamentos legais para a incorporação desses mesmos institutos nos bens da Coroa, o que lhe permitiu reorganizá-los no sentido da concentração, escolhendo em cada localidade o hospital que melhores condições reunia para assumir as funções de 'Hospital Geral'. A partir de meados do século XVI o processo conhecia uma segunda etapa com a entrega destes hospitais às Misericórdias. (...) Quando os Filipes chegaram a Portugal – o que coincide com o processo da padronização hospitalar em Castela – o processo já estava completamente estruturado, sem que os novos monarcas nele interferissem, a não ser pelo reforço das competências das Santas Casas. Nomeadamente, entregando-lhes vários hospitais que tinham ficado de fora da sua alçada»

Os séculos seguintes serão de consolidação do sistema de assistência assim estruturado. Que outros hospitais houve para além do universo das Misericórdias? Hospitais da Coroa, hospitais militares, ligados aos tempos históricos em que Portugal esteve envolvido em situações de guerra e hospitais de iniciativa municipal.

O reconhecimento profissional: médicos, boticário e cirurgiões

É ainda muito relevante referir «a promulgação, em 25 de outubro de 1448, da carta régia proibindo a prática das «artes da física e da cirurgia» sem prévio exame realizado pelos físicos e cirurgiões com competência para o fazerem. Neste caso concreto, o cirurgião régio Manuel Gil, nomeado, neste mesmo documento de 1448, cirurgião mor do reino, com jurisdição para ordenar a prisão de todos os que exercessem o ofício sem a referida licença»

«Investindo numa progressiva delimitação das esferas de actuação das três mais importantes

profissões de saúde, físico, cirurgião e boticário, caberia a D. Manuel I a elaboração do primeiro Regimento do Físico mor, em 1515, documento precedido da regulamentação das funções dos médicos hospitalares (Regimento do Hospital de Todos os Santos, de 1504), e da aprovação do Regimento dos Boticários de Lisboa, em 1497. Em 1521 o rei reformava o Regimento do Físico mor, aproveitando para redefinir as condições do controlo sobre boticas e boticários, cuja responsabilidade era também acometida ao físico-mor.».

No que se refere aos 'físicos' o futuro haveria de assistir a uma luta de poderes entre a Universidade de Coimbra e o Físico-Mor em redor do reconhecimento daqueles cuja formação assentava na prática empírica e dos formados no estrangeiro.

Os séculos XVII e XVIII

Trata-se de dois séculos de transição, em que a experiência e as descobertas se irão acumular (casos da descoberta do termómetro no século XVII e do microscópio no século seguinte) permitindo transformações profundas da Medicina e dos hospitais a partir de meados do século XIX.

Entre nós, o facto mais relevante foi o da construção já no final desse período do Hospital de Santo António pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, edifício que fechou o ciclo palaciano da arquitectura hospitalar entre nós, num momento em que já havia sido construído um hospital pavilhonar em Inglaterra, em Plymouth. A dimensão da construção, problemas ocorridos no decurso das obras (necessidade de nivelamento do terreno, alicerces profundos e necessidade de muros de suporte) e as perturbações ocorridas no Porto com as invasões francesas e a guerra civil de 1832-34 conduziram a uma execução apenas parcelar do projecto de John Carr: «O projeto inicial de Carr foi modificado várias vezes e nunca chegou a ser concluído. Pouco menos de metade do grande quase quadrado foi construído, pois dos quatro pórticos projetados, apenas um foi edificado (...). Assim, apenas a fachada do lado nascente foi terminada, bem como uma parte das fachadas dos lados norte e sul, ficando por erigir todo o lado poente e a igreja (...). Não obstante, esse estabelecimento hospitalar tornou-se o maior hospital do Porto, e um espaço particular para o tratamento dos doentes nessa cidade durante longas décadas, sempre administrado pela Irmandade da Santa Casa».

Quanto às preocupações relativas à higiene, assinala-se:

- O sistema de ventilação, com colocação de ventiladores em todas as enfermarias e um sistema de tubagens até ao telhado. Divisória interna, invisível do exterior, para promover a circulação de ar e onde seriam colocados os sanitários.
- A reserva de água prevista por piso e o sistema de bombagem para fazer chegar a água às partes mais elevadas do edifício.
- Uma galeria subterrânea com uma corrente contínua de água e um sistema colector de saneamento.

- Corredor de acesso ao pátio central para evitar a exposição directa ao sol das enfermarias.

A lenta gestão da máquina de curar

Foi Michel Foucault quem cunhou a expressão do hospital como 'máquina de curar', assinalando uma alteração profunda da natureza da instituição hospitalar a partir do final do século XVIII. Foi exactamente em 1788 que Jacques Tenon publicou as *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, documento que marca esse período de mudança para uma nova época.

Foi lenta a evolução, conjugando teorias com descobertas no campo da Medicina. O domínio da saúde pública e a ineficácia dos Hospitais em dar resposta aos desafios, antes de se conhecerem os agentes infecciosos, foi um dos aspectos mais relevantes desse processo evolutivo. Pode dizer-se que essa evolução não terminou ainda nos nossos dias, tendo em conta a realidade dos eventos adversos e, em particular, o das infecções nosocomiais que não permitem dizer que o Hospital é exclusivamente a máquina de curar que se deseja.

Dos factores que impulsionaram a mudança, vão ser referidos os seguintes:

- O contributo da arquitectura na modelação pavilhonar dos Hospitais.
- A acção dos novos conhecimentos e tecnologias na transformação da Medicina, tanto no que diz respeito à Cirurgia, como à Medicina em geral.
- A multiplicação das especialidades médicas.
- O ensino da enfermagem e autonomização profissional da enfermagem.
- Os hospitais bloco.
- A aplicação à Medicina das metodologias da gestão da qualidade. O impacto do relatório 'To Err is Human, dos Institutes of Medicine, EUA.
- A organização dos hospitais e da gestão hospitalar.
- As novas tendências da corrente do 'Healing Environment'.

Uma das respostas com um certo grau de eficácia no sentido de evitar que os Hospitais fossem um lugar de propagação da morte, mas de cura, foi a dos Hospitais pavilhonares, solução própria do século XIX e começos do século XX. Duas teorias se opuseram na segunda metade do século XIX: a dos miasmas e a teoria do contágio, como formas de contracção da doença. Os miasmas correspondiam à propagação da doença pelo 'mau ar' causado por matéria orgânica em decomposição que seria o veículo das epidemias.

A teoria dos miasmas teve impacto directo nas soluções arquitecturais aplicadas aos Hospitais, sendo disso exemplo dois Hospitais pavilhonares construídos entre nós na segunda metade do século XIX o Hospital de D. Estefânia e o de Santo Isidoro nas Caldas da Rainha.

O primeiro foi uma iniciativa do Rei D. Pedro V e de sua mulher, a Rainha D. Estefânia, para fazer face às carências sanitárias das crianças de Lisboa e às más condições do Hospital Real de S. José. Relacionado por laços familiares com as mais ilustres casas reais da Europa, com quem se

correspondia assiduamente, o Rei solicitou pareceres sobre projectos e plantas hospitalares, a elaborar por técnicos competentes e autorizados sobre o assunto, com relevo para Londres, Berlim e Paris.

Em Lisboa, nomeou uma Comissão a que presidia, constituída por Bernardino António Gomes, médico da Real Câmara, lente da Escola Médico-Cirúrgica e presidente da Sociedade de Ciências Médicas, pelos médicos Barral, Kessler e Simas, pelo Conde da Ponte, par do reino e pelo General Filipe Folque, cientista e Director-geral dos Trabalhos Geodésicos. O projecto escolhido foi o de Humbert, arquitecto da casa real inglesa.

O edifício original estava dividido em quatro corpos principais, formando cruz e era constituído por dois pisos de enfermarias, num total de quatro enfermarias, cada uma destinada a 32 camas. Cada enfermaria tinha cerca de 45m de comprimento, 12m de largura e 6m de altura. Estas dimensões proporcionavam a cada doente 60.3 m de espaço cúbico. Havia 20 janelas por enfermaria, 18 nas paredes laterais e 2 num dos topos, cabendo duas camas a cada janela. A ventilação era complementada pela existência de aberturas colocadas na parte inferior e superior das paredes e pela aspiração de duas chaminés em cada enfermaria.

As paredes eram em cimento polido e de côr clara e o pavimento em carvalho bem unido, de modo a poder ser envernizado ou polido, tornando-se impermeável e de fácil limpeza. Havia casas de banho com banheiras de mármore, água canalizada e luz a gás de resíduos de petróleo. A preocupação do rigor e da higiene levou a que o primeiro piso fosse construído na sua totalidade sobre abóbadas, a fim de minimizar a humidade e a possibilidade de infecção a partir do solo.

No centro da construção havia um espaçoso claustro, rodeado de 29 arcos de cantaria, no qual foi colocada uma bonita fonte, que ainda hoje se pode ver nos jardins do hospital. Na parte interna do piso superior, ladeando todo o claustro, corria uma galeria destinada ao passeio dos convalescentes. Por estas e outras razões, Florence Nightingale, à época considerada uma autoridade em construção hospitalar, escreveu: "If children's hospitals are to be built at all, this is the kind of plan that should be adopted" (in "Notes on Hospitals"). Ainda, segundo a mesma autora, as enfermarias do Hospital serão das mais magníficas da Europa. Bernardino António Gomes explica que: "esta magnificência não é a do luxo e sumptuosidade mas sim a magnificência da higiene" e considera que: o hospital "tem a elegância, não do fausto, mas a da singeleza e harmonia das formas". O custo da obra foi avaliado, à época, para cima de 250.000\$000 réis, 20.000\$000 dos quais foram doados pelo pai da rainha, o príncipe de Hohenzollern.

O local escolhido era propriedade da Casa Real – a parte norte da quinta do paço real da Bemposta chamada da "Quinta Velha", "encosta arejada nos arredores da cidade, com vegetação abundante, pertencente ao parque real, e espaço suficiente para construções de apoio e jardins. Em mais de 300 anos da história da saúde em Portugal e até à data da inauguração, o Hospital

da Bemposta foi a primeira construção hospitalar construída em Lisboa, planeada especificamente para esse efeito.

Os seguintes aspectos arquitectónicos realçam os objectivos higiénicos do projecto:

- Pé direito muito alto em cada enfermaria (seis metros).
- Isolamento de cada enfermaria, evitando a passagem do ar entre enfermarias.
- Comunicação e circulação de pessoas pelo exterior. Escadas exteriores abertas.
- Total visibilidade das camas em cada enfermaria, colocadas contra a parede.

O segundo caso é o do Hospital de Santo Isidoro, construído já no final do século de XIX, como hospital geral das Caldas da Rainha. A iniciativa (1891/92) teve origem num legado ao Hospital Termal e fez parte de um conjunto vasto de obras da iniciativa do seu Administrador, D. Rodrigo Maria Berquó (Cantagalo) em que se inclui o Parque D. Carlos I e o edifício destinado a Hospital Real D. Carlos I, os chamados, prosaicamente, Pavilhões do Parque, que nunca foram utilizados para o destino para que foram concebidos.

Ainda conheci o edifício do antigo Hospital de Santo Isidoro, na passada década de 80, em começo de ruína, antes de ser destinado a novas funções, integrado na Escola de Arte e Design local. O que o caracterizou foi a solução estrutural para desinfecção das enfermarias. Rodrigo Berquó terá visitado um hospital em Vichy cujo piso recente em madeira de carvalho estava a ser removido, bem como o estuque polido e envernizado das paredes e tectos, na sequência de uma situação infecciosa de varíola 'de má qualidade'.

Para evitar o problema que testemunhou em Vichy, Berquó concebeu um piso amovível constituído por tábuas assentes em vigas de ferro e fixas por um sistema de cavilhas que facilitavam a sua remoção. Completava o sistema, um lanternim e o tecto em chaparia de ferro e a cave, sob as enfermarias, que permitia a realização de fogueiras e defumação (usando «mato, palha ou qualquer outro combustível barato») com objectivo de eliminar os agentes infecciosos. Acrescia a orientação do Hospital a Sul, as largas e altas janelas das enfermarias, os terraços fronteiros às mesmas e o sistema de aquecimento, a partir de fogões de ferro existentes debaixo do pavimento das varandas e a circulação de ar quente, através de paredes duplas e do tecto. Vale a pena citar a Memória Descritiva do projecto, como documento ilustrativo da época e das soluções higiénicas adoptadas: «As camas e os móveis são removidos da enfermaria e desinfectados; as pranchas de madeira do pavimento são levantadas e submetidas também a um processo qualquer que as desinfecte, por exemplo a acção do calor húmido, e ao mesmo tempo a injeção de líquidos insecticidas. A enfermaria fica assim quase em estado de sofrer a desinfecção que necessita (...). nessa circunstância podemos sem perigo algum e sem um dispêndio maior do que o combustível que se emprega, transformando um estabelecimento que se tornava perigoso debaixo do ponto de vista higiénico, num outro que fica em tão boas condições do que quando foi construído.

(...)

«Os caixilhos, os leitos de ferro e quaisquer outros móveis nas mesmas condições, podem também desinfectar-se pela acção do fogo.

Os vidros que se tiram dos caixilhos, pelo processo que já indicámos, são lavados com líquidos desinfectante.»

O final do século XIX e o começo do século XX

O final do século XIX e o começo do século XX estão intimamente ligados por problemas à espera de resolução, projectos a realizar e processos evolutivos em curso. No que se refere a novos hospitais, salientam-se os seguintes:

- O Hospital do Rego, hoje designado de Curry Cabral, destinado a doenças infecto-contagiosas.

As condições deficientes do Hospital Real de S. José levaram em diversos momentos à criação de novos Hospitais, como fora já o caso do Hospital D. Estefânia, seguindo-se o Hospital do Rego e a Maternidade Alfredo da Costa. A construção foi feita entre 1902 e 1904, recebendo o hospital os primeiros doentes em 1906, com tuberculose. Foram construídos 22 pavilhões, com capacidade para 728 camas.

- A Maternidade Alfredo da Costa, foi o resultado póstumo da luta do Professor Alfredo da Costa pela substituição da Maternidade de Santa Bárbara, pessimamente instalada no Hospital de S. José. As carências financeiras atrasaram a obra. Foi inaugurada em 1932.

Parece ser apropriado realçar que a Maternidade e o Instituto Português para o Estudo do Cancro comungam da iniciativa de figuras ligadas ao ensino da Medicina, pertencentes à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Esse novo poder, associado à proximidade do poder político, acabou por substituir a iniciativa tradicional ligada ao poder monárquico.

- O Hospital Colonial foi consequência do princípio da ocupação efectiva dos territórios coloniais de África, assumido pelo Congresso de Berlim, de 1878. As guerras de ocupação, a rede administrativa e a promoção da ida de colonos para África implicaram que Portugal, tal como a Inglaterra, a França e a Bélgica criassem instituições capazes de suportar todo esse esforço, formando médicos para enfrentarem condições adversas. Coube ao médico político, Teixeira de Sousa propor em 1902 às Cortes a criação do Hospital Colonial e da Escola de Medicina Tropical, o que veio a ser feito pela Carta de lei de 24 de abril de 1902.

- A fundação do Instituto Português para o Estudo do Cancro, antecedente do Instituto Português de Oncologia, sendo Ministro da Instrução Pública António Sérgio e figura de proa do projecto o Professor Francisco Gentil.

- A situação do Hospital de Rilhafoles, a experiência nele vivida pelo benemérito Salgado de Araújo e o encontro deste com o Dr. Júlio de Matos deram origem ao legado que acabou por ser aplicado décadas depois na construção do novo Hospital Júlio de Matos, cuja inauguração ocorreu em 1942.

Avanços em Medicina

Uma torrente de descobertas ao longo dos séculos XIX e XX vai modificar a natureza dos hospitais e aproximá-los do conceito de 'máquinas de curar'.

A meio do século XIX, a evolução acelera-se, mudando totalmente o padrão histórico da cirurgia.

- Em 1846, realiza-se a primeira cirurgia com anestesia geral.
- Em 1858, Rudolf Carl Virchow teoriza a patologia celular, pondo fim à Medicina baseada nos Humores.
- Em 1870, Louis Pasteur e Robert Koch estabelecem a teoria dos germes, causa de doença.
- Em 1867, Lister publica o texto intitulado 'Antiseptic Principle of the Practice of Surgery'.

Os sanatórios

A luta contra a tuberculose teve a liderança no final do século XIX da Rainha Dona Amélia, sensibilizada pelo que via nos bairros pobres de Lisboa e nos hospitais. Em 11 de Julho é anunciada em sessão solene a fundação da Assistência Nacional aos Tuberculosos, com aprovação real dos Estatutos, em fevereiro de 1900.

O primeiro sanatório inaugurado em Portugal, em 1907 na Guarda, com a presença do Rei D. Carlos I e da Rainha Dona Amélia, recebeu o nome do médico, Dr. Sousa Martins, e aconteceu 26 anos depois da primeira de duas expedições à Serra da Estrela, na qual participara e da qual resultara a proposta de criação de sanatórios e casas de saúde naquela zona de montanha. Tinham mediado 44 anos desde que Hermann Brehmer abrisse o Brehmersche Heilanstalt für Lungenkranke, em Görbersdorf (Sokołowsko), Silesia (actualmente Polónia), para o tratamento da tuberculose, no qual os doentes eram expostos a um clima de altitude e a um regime nutricional.

Os sanatórios passaram a ser o padrão na Europa para o tratamento da doença, principalmente a partir do final do século XIX.

O país polvilhou-se de sanatórios ao longo da primeira metade do século XX, com relevo para o complexo sanatorial do Caramulo: o sanatório marítimo do Outão (1900), seguido do de Carcavelos (1902) e do Sanatório Marítimo de Sant'Ana na Parede (1904), o Sanatório Sousa Martins na Guarda (1907), o Sanatório Dr. Rodrigo de Gusmão (1909), em Portalegre, o Hospital de Repouso da Quinta das Mouras, ao Lumiar (1912), o Sanatório Marítimo do Norte, em Valadares (1917), o Sanatório Vasconcelos Porto, em S. Brás de Alportel (1918), o complexo sanatorial do Caramulo (início com o Grande Hotel em 1922, transformado em sanatório em 1925), o Sanatório Rodrigues Semide, Porto (1926), Sanatório da Ajuda, Lisboa (1928), o Sanatório Marítimo da Gelfa (1929), o Sanatório de Celas, Coimbra (1932), o Sanatório de Moselos Paredes de Coura (1934), o Hospital Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, Coimbra (1935), o Sanatório das Penhas da Saúde (1936). Nos anos seguintes outros iriam ser ainda construídos até que a ciência colocou um ponto final na tradicional abordagem sanatorial da

doença que os justificava.

A descoberta da estreptomicina em 1948 haveria de ditar o destino futuro dessas estruturas especializadas que tanto relevo tiveram na abordagem da tuberculose. Vários desses sanatórios iriam ser reaproveitados para unidades hospitalares em Coimbra, Gaia e Lisboa.

A multiplicação de especialidades médicas

A especialização em Medicina foi um movimento de natural de ocorrência e evolução, com uma aceleração ligada à aquisição de novos conhecimentos e técnicas a partir da segunda metade do século XIX.

A especialização, vinda desde sempre, foi a que separa médicos e cirurgiões. Os avanços do ensino e das práticas médicas e cirúrgicas aproximou-os definitivamente, não só porque os doentes são únicos e os seus processos de doença que possam exigir intervenções cirúrgicas, antes e depois das mesmas, são terrenos de diagnóstico e de acompanhamento comuns. Em Portugal acabou por se passar o mesmo que na Europa e no Mundo e reflectiu-se na estrutura dos hospitais, enchendo-os de novos serviços também eles especializados, seja ao nível ambulatorio, seja ao nível do internamento. Algumas das especialidades mais raras concentraram-se, como é óbvio, nos Hospitais Centrais.

Assinalo em particular, a Anestesiologia, a Cirurgia Cardiorácica, a Neurocirurgia, a Medicina Intensiva e a Medicina dos Transplantes, pedras indispensáveis na construção da 'máquina de curar'. Complementar deste processo transformador, é de assinalar a medicina de emergência, com fortes conexões ao intensivismo.

A própria evolução da Anestesiologia abriu a porta à Cirurgia de Ambulatório que entre nós se disseminou a partir do início do século XXI.

O ensino da enfermagem

A primeira escola de enfermagem foi fundada pela enfermeira Florence Nightingale em 1860 no Hospital de St. Thomas em Londres. Foi esse o primeiro passo para a criação de um sector profissional autónomo e altamente treinado.

Em Portugal, a criação de cursos de enfermagem esteve muito ligada a iniciativas de Hospitais (em 1881, no Hospital da Universidade de Coimbra; e em 1887, no Hospital de S. José e anexos), os quais acabaram por dar origem a Escolas: a do Hospital de S. José, em 1901 (designada de Artur Ravara em 1930), e a do Hospital da Universidade de Coimbra, oficializada em 1918, tendo adoptado o nome de Ângelo da Fonseca, em 1931. Um pouco posterior é a Escola ligada ao Hospital de Santo António (1896).

Coincidindo com uma crescente intervenção do Estado no domínio da regulamentação da Saúde, com relevo para a Lei de Bases da Organização Hospitalar, a Lei 2011, de 2 de abril de 1946, um ano depois é a vez da regulamentação do ensino de enfermagem (decreto-lei nº

36.219 de 10 de abril), revisto em 1952 pelo decreto-lei nº 36.219, de 10 de abril. O Governo normalizou os programas para todas as escolas, criou a categoria de auxiliar de enfermagem, exigiu o 1.º ciclo para acesso ao curso e deu autonomia técnica às Escolas e criou os cursos de Pré Enfermagem e Enfermagem Auxiliar.

Em 1957, um relatório da Direcção Geral da Assistência Social assinala a existência de 23 escolas oficiais de enfermagem, entre escolas de ensino geral e escolas de ensino especializado, além de cerca de uma dezena de escolas particulares. Foi este crescendo no número de escolas, a elevação das habilitações de acesso, o aperfeiçoamento do ensino nos anos 60 e os cursos de especialização que permitiu ir preenchendo as imensas carências em enfermagem no País e de melhorar as suas capacidades profissionais.

Nessa década, é reconhecido o papel do primeiro Director Geral dos Hospitais, o Professor Coriolano Ferreira, no apoio à melhoria do ensino e na criação da carreira de enfermagem nos Hospitais. Duas profissionais que trabalharam sob a sua liderança, as Enfermeiras Isabel Soares e Marta Lima Basto, deram testemunho na Homenagem pelo centenário do seu nascimento, ocorrida na Escola Nacional de Saúde Pública, em 2016 e citaram a sua visão estratégica sobre o papel da enfermagem nos hospitais: «“(…) um hospital é aquilo que for a sua enfermagem. É a enfermagem que toma os enfermos nas suas mãos e os assiste permanentemente. (...) É a enfermagem que contactando directa e permanentemente com o doente, com a família, os amigos e as visitas dá o “tom ao hospital”.

A evolução do ensino da enfermagem culminou com a sua integração no ensino superior politécnico, sob a dupla tutela do Ministérios da Educação e da Saúde (D.L. nº 490/88, de 23 de dezembro, regulamentado pela Portaria nº 65-A/90, de 26 de Janeiro).

Toda a evolução registada alterou estruturalmente a qualidade dos cuidados prestados.

O novo Hospital Escolar de Lisboa

Dois nomes emergem no processo de concepção e construção do Novo Hospital Escolar de Lisboa, mais tarde designado de Hospital de Santa Maria: o Professor Francisco Gentil e o arquitecto alemão Hermann Christian Distel, o primeiro como docente destacado da Faculdade de Medicina de Lisboa que desde 1913 agitou continuamente o problema e o segundo como autor do projecto. Com eles, é justo lembrar o conjunto de engenheiros e outros profissionais que ajudaram a encontrar as soluções e a pôr de pé uma obra só comparável, até então, ao Convento de Mafra.

Os trabalhos preparatórios foram de uma intensa pesquisa internacional das tendências e soluções da arquitectura hospitalar e de potenciais equipas de projecto.

O hospital foi o primeiro em Portugal concebido em formato de bloco, mais concretamente em dois blocos de onze andares (dois subterrâneos) em formato de H, com articulação de vários rectângulos. A fechar os dois blocos, dois corpos longitudinais rematados nos extremos por

quatro torreões (11 pisos).

O hospital é muito próximo no tempo de outros dois também construídos a partir da década de 30: o Hospital Júlio de Matos e o Hospital Colónia Rovisco Pais, ambos ainda segundo o modelo pavilhonar. Por isso, mais avulta a opção por um modelo em bloco, a que não deve ser estranho o genuíno interesse do Professor Francisco Gentil pelas inovações ocorridas nos EUA, os avanços na especialização e tecnologias médicas, a dimensão da construção e as exigências de funcionamento coordenado de um hospital escolar de 1500 camas.

O modelo em bloco teve origem nos EUA e acabou por substituir o modelo pavilhonar prevalente na Europa desde o século XIX. Conjugaram-se na gestação deste novo modelo de Hospital: novas tecnologias de construção, designadamente no que respeita a elevadores e circulação de ar, reforçadas pela experiência adquirida com os arranha-céus. Juntam-se a economia da construção, a economia do funcionamento e as necessidades de rápida e minimizada circulação de doentes e de profissionais.

Francisco Gentil terá abandonado a solução pavilhonar em 1935 «ideia que seria reforçada no contacto com os arquitectos Distel, Kopp, Rossi, Griffini, Salvisberg, Wiesmann, Walter, Nelson e Sánchez Arcas, no Congresso da Associação Internacional dos Hospitais, em Roma, em 1935.»

Merecem ainda destaque a complexidade do novo hospital, pensado para 1 500 camas, integrando funções de diagnóstico, tratamento hospitalar, ensino e de investigação, albergando ainda uma faculdade de medicina e uma futura escola de enfermagem

Pode dizer-se que o Hospital de Santa Maria, em conjunto com o Hospital de S.João e o pavilhão de internamento do IPO de Lisboa deram início a uma nova fase da evolução hospitalar em Portugal que se concretizaria ao longo da segunda metade do século XX. Tratou-se não só da impressionante construção de novos edifícios, segundo o modelo de bloco, como de uma alteração das próprias actividades neles realizadas. Poderia mesmo dizer-se que se cumpria assim a criação e difusão da máquina de curar falada por Michel Foucault.

As transformações nos anos 60 e seguintes em Portugal

Uma das principais transformações ocorridas na sociedade portuguesa teve a ver com o número de médicos existentes. Em 1945, havia 5187 médicos inscritos na respectiva Ordem (incluindo os Dentistas nas estatísticas até 1985) e em 1960 existiam 7071. Já em 2017, esse número ascendia a 51937, dez vezes mais do que em 1945.

Algo de semelhante ocorreu no que se refere a enfermeiros: 9541, em 1960 e 71 578, em 2017 (cerca de sete vezes e meia mais).

Acresce a esta realidade o aparecimento de novas profissões no campo do diagnóstico e da terapêutica e do serviço social.

As insuficiências dos Hospitais e da Saúde em geral em Portugal foram postas à luz no Relatório das Carreiras Médicas, no início de uma década marcada por um conjunto de iniciativas com

impacto directo nos Hospitais.

Vale a pena citar um ponto desse Relatório: «O hospital vai-se tornando num centro universal de tratamento, acessível a todas as classes, sem distinção de categoria social ou económica. Esta evolução não é casual; deriva de causas conhecidas e observa-se em toda a parte, embora em graus e formas diversas. Deve-se a factores de ordem médica, sócio-económicos, políticos e outros. O encarecimento dos serviços médicos, exorbitante para as bolsas remediadas, foi a consequência prática. O Estado, apetrechando os hospitais e franqueando-lhes as portas a toda a gente, (rica ou pobre, faz pagar integralmente os encargos aos utentes, abandonando assim a tradicional função caritativa destes estabelecimentos. Para as Administrações os serviços deixaram de ser gratuitos—'todos são pagos; pelo contrário, os médicos, continuam a tratar os doentes gratuitamente, ou por mesquinhas «gratificações». O Estado já não faz caridade, mas obriga os médicos a fazê-la.»

A criação do Ministério da Saúde e Assistência (1958) , seguida três anos depois pela da Direcção Geral dos Hospitais (1961), abriram a porta a mudanças significativas nos Hospitais, quer na acção sobre o núcleo de Hospitais do Estado, quer sobre os hospitais das Misericórdias. Na estrutura orgânica da Direcção Geral dos Hospitais são incluídas duas Comissões Inter-hospitalares, a de Lisboa e a do Porto, já existentes desde 1959, e acrescentada a de Coimbra, para a Zona Centro.

Do mesmo período são a criação das seguintes estruturas:

- Instituto Nacional do Sangue, responsável pelo exercício da Medicina Transfusional,
- ADSE, em 1963.
- Serviço de primeiros-socorros e transporte de feridos e doentes em 13 de Outubro de 1965, pelo Ministério do Interior e pelo Ministério da Saúde e Assistência.
- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

A gestão da qualidade

As metodologias da qualidade, mormente as que se englobam no conceito de garantia da qualidade foram sendo aplicadas, em diferentes contextos e realidades ao longo dos últimos vinte anos. Quatro normativos principais foram aplicados:

- O modelo de acreditação inicialmente designado de King's Fund (assinale-se a iniciativa pioneira do Hospital de Santa Marta).
- A certificação pela norma ISO 9001 (sistemas de gestão da qualidade).
- A acreditação pela Joint Commission International (no contexto inicial dos Hospitais SA)
- A acreditação pelo designado modelo da Andaluzia, sob a orientação da Direcção Geral da Saúde.

O completamento do hospital como 'máquina de cuidar' exige uma acção contínua e efectiva no que diz respeito ao erro médico, como ficou assinalado no relatório dos Institute of Medicine,

dos EUA, intitulado 'To Err is Human'

Nessa linha se interpreta o programa Stop Infecção, da iniciativa da Fundação Calouste Gulbenkian em parceria com o Ministério da Saúde, utilizando o conhecimento, a prática e as metodologias do Institute for Healthcare Improvement, de Boston, EUA.

A longa marcha da empresarialização

O modelo empresarial aplicado a hospitais públicos em Portugal é o resultado de uma lenta, mas coerente evolução, com base em preocupações comuns a diversos governos e legisladores: o aumento da despesa e dos orçamentos dos hospitais e a inapropriação do modelo burocrático da administração pública aos hospitais.

A revolução do 25 de Abril, num ápice, quebrou todas as limitações do passado e acabou por dar forma a um sistema de saúde em que o modelo administrativo de serviços públicos prevaleceu, com uma funcionalização geral da relação de emprego.

Momentos de reforma hospitalar:

- 1946: Lei de Bases da Organização Hospitalar;
- 1968: Estatuto e Regulamento Hospitalares, seguidos da alteração legislativa de 1970;
- 1977: legislação de gestão, pós-25 de Abril, com duas componentes, uma de autogestão e outra de tutela governamental;
- 1988: nova legislação de gestão hospitalar, com reafirmação do poder de tutela governamental;
- 1990: Lei de Bases da Saúde;
- 1998: Estatuto do Hospital de S. Sebastião, de Santa Maria da Feira;
- 2002: alteração à Lei de Bases da Saúde e aprovação do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, seguido da publicação dos decretos-leis que transformaram 34 hospitais em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e os respectivos estatutos.

A Lei de Bases da Organização Hospitalar de 1946 estabeleceu a rede e a hierarquia dos hospitais. A sua apropriação e influência históricas traduzem-se no facto de ainda hoje, apesar das intervenções da Carta Hospitalar e das redes de referência, não nos termos libertado dos conceitos de hospitais que a mesma estabeleceu. Ora, foi nessa lei de bases que se integrou a legislação de 1968, mais em particular na sua base XXIII, a qual explicitava que «a organização, administração e funcionamento dos hospitais civis» seriam regulamentados por diploma especial. Essa legislação de 1968 (Estatuto dos Hospitais e Regulamento Geral dos Hospitais) foi verdadeiramente a primeira grande reforma estrutural dos hospitais: procedeu ao englobamento dos hospitais das misericórdias, à profissionalização da gestão, à organização e coordenação dos serviços de acção médica e à atribuição de competências e responsabilização dos serviços pela respectiva eficiência.

Tal legislação teve pouco tempo de vigência plena, interrompida como foi pelo processo do 25 de Abril, do qual recebeu a criação do SNS, onde acabaram por se integrar os hospitais das

misericórdias e os que pertenciam ao Ministério da Educação e ao antigo Ministério do Ultramar. Recebeu ainda o desenvolvimento e generalização das carreiras profissionais e o princípio da designada gestão democrática dos hospitais.

A legislação de 1977 durou onze anos. Serviu uma época de transição, mantendo algumas preocupações de sempre do legislador, como se vê a partir deste excerto do preâmbulo do Decreto-Lei n. o 129/77: «O funcionamento dos hospitais traduz-se anualmente num esforço considerável para o país, dado o elevado volume dos meios financeiros que exige. E ainda: «Uma das mais sérias dificuldades que se têm deparado à gestão dos hospitais deriva do facto de muitos dos seus actos estarem sujeitos ao regime de ratificação ou de confirmação pelos órgãos centrais [...] No poder tutelar do Estado permanecem [...] a nomeação dos titulares dos órgãos de gestão e direcção e o poder de definir normas e critérios de actuação, coordenando e padronizando a actuação dos diversos estabelecimentos.»

Uma década depois surge nova legislação, afirmando a hierarquia da tutela governativa e a preocupação da racionalidade económica. Para tanto, o legislador refugia-se, entre outros aspectos, na «explosão das despesas hospitalares das décadas de 70 e 80» e acentua o discurso pró-económico e pró-empresarial (preâmbulo do Decreto-Lei n. o 19/ 88, de 21 de Janeiro): «A evolução do sistema hospitalar aponta claramente no sentido de uma dinâmica própria [...] coerentemente suportada por toda uma estrutura interna que não esqueça os princípios de natureza empresarial e claramente assente na iniludível integração da actividade hospitalar na economia do país, que impõe de forma rectilínea, por parte do hospital, de uma boa parte das regras de gestão desconhecidas, por delas não carecerem, dos serviços públicos clássicos.»

A aprovação da Lei de Bases da Saúde veio abrir a possibilidade de experiências inovadoras de gestão nas unidades de saúde /n.º 1 da Base XXXVI), abrindo uma porta que foi franqueada por diversos enquadramentos jurídicos.

Em 1995 abre o Hospital Fernando da Fonseca, sujeito a um contrato de gestão privada. Três anos depois o de S. Sebastião, de Santa Maria da Feira vê aprovado o respectivo estatuto, de cuja introdução faz parte a seguinte orientação tomada pelo legislador: «o actual modelo de gestão, determinando a sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo, revela-se incompatível com a verdadeira natureza dos hospitais [...] Esta natureza exige a utilização de instrumentos técnicos e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, a que os hospitais devem obedecer para a optimização da sua actividade.» O novo regime jurídico foi complementado com a contratação do financiamento em função das actividades a prosseguir, o estabelecimento de incentivos aos profissionais e agilização da contratação dos meios necessários ao funcionamento.

O êxito do Hospital da Feira deve-se ainda a alguns factores específicos: o pequeno peso do funcionalismo público; a sua localização numa região dinâmica favorável próxima do Porto e

beneficiando ainda da relativa proximidade de Coimbra; a visão com que foi geneticamente concebido, expressa em documentos estratégicos da equipa de gestão, na fase de instalação, actualizados depois pela equipa seguinte. Este hospital veio demonstrar que gerir mal o sector público não é uma fatalidade. Não sendo política da época a de alargar o modelo a grande número de hospitais, verificou-se a sua extensão às novas unidades a abrir: Hospitais do Barlavento Algarvio, da Cova da Beira, do Médio Tejo e do Padre Américo. Inovadora na estrutura foi a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, agregando um hospital relativamente recente e os centros de saúde próximos.

Seguiu-se a experiência dos Hospitais SA.

Em 2002 foi aprovada a legislação em que assentou a experiência dos Hospitais SA: a Lei n.º 27, de 8 de Novembro e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. No seguimento desses documentos, 31 hospitais do SNS foram transformados em sociedades anónimas, cujo capital se manteve exclusivamente público. A experiência teve resultados positivos em termos de gestão, de acordo com a avaliação encomendada pelo Ministro da Saúde do Governo seguinte, Professor Correia de Campos a uma equipa da Universidade Católica do Porto: maior produtividade e eficiência, menor taxa de mortalidade.

Depois foi a transformação da generalidade dos Hospitais públicos em EPE's, a partir de 2005 em diante, situação que se mantém no momento actual.

Palavras finais

O intuito deste texto foi o de juntar os factos mais significativos e dar uma visão articulada da evolução hospitalar em Portugal. Espero que seja possível preencher eventuais espaços em vazio e enriquecer os restantes para que se possa entender com clareza todo o caminho percorrido. Aqui fica um contributo com muitas marcas da experiência vivida de quem ousou pensar, pesquisar e escrever este texto.

Referências bibliográficas

- American Hospital Association; American Society of Healthcare Engineering. Health Research & Educational Trust. (2016, March). Improving Patient Experience Through the Health Care Physical Environment. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust. Disponível em: www.hpoe.org
- Moisão, Cristina Hospitais Medievais de Lisboa Revista da Ordem dos Médicos. 2012. Setembro 133
- Sousa, IC de A Rainha D. Leonor (1458-1525). Poder. Misericórdia. Religiosidade e Espiritualidade no Portugal do Renascimento. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia; Ministério da Ciência e do Ensino Superior; 2002.
- Park, K e Henderson, J The first Hospital among Christians. The Ospedale di Santa Maria Nuova in Early Sixteen-Century Florence. Medical History, 1991, 35:164-188

- Leite, AC Hospital Real de Todos os Santos. Uma Obra Moderna. In Moreira, A, Leite, AC, Quininha, A, Veloso, AJB, Matoso, A, Silva, AVA et al Omnia Sanctorum. Histórias da História do Hospital Real de Todos os Santos e seus Sucessores. By the Book, Edições Especiais. Lisboa: 2002
- Salgado, A M O Hospital de Todos os Santos. Assistência à Pobreza em Portugal no Século XVI. A irradiação da assistência para o Brasil, Índia e Japão. By the Book, Edições Especiais Lisboa: 2015
- Silva, JCV da A Igreja de Nossa Senhora do Pópulo. V Centenário do Hospital Termal. Cidade das Caldas da Rainha. 1485-1985 Caldas da Rainha: 1985
- Sá, IG e Paiva, J P Introdução. Portugaliae Monumenta Misericordiarum / ed. lit. Centro de Estudos de História Religiosa da Faculdade de Teologia – Universidade Católica Portuguesa; coord. científico José Pedro Paiva. - Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002- Vol. 3: A Fundação das Misericórdias: o Reinado de D. Manuel I. 2004 - 582, Vol. 3: A Fundação das Misericórdias: o Reinado de D. Manuel I. 2004 – 582
- Abreu, L. Purgatório, Misericórdias e Caridade: Condições Estruturantes da Assistência em Portugal (Séculos XV-XIX) Dynamis : Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam, V. 20 (2000)
- Abreu, L. A Especificidade do Sistema de Assistência Pública Português. Linhas Estruturantes Arquipélago História, 2ª série, VI (2002)
- Silva, H da O Porto e a Construção da Cidade Moderna: o Caso do Hospital Geral de Santo António, nos Séculos XVIII e XIX, in História Ciências Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro v.21, n.2, abr.-jun. 2014
- Foucault, M. Microfísica do Poder, 4.ª Ed Edições Graal Rio de Janeiro, 1984.
- Tenon, JR. Mémoir sur les Hôpitaux de Paris (Édition de 1778), Paris: Hachette; 2017
- Magner, L N. A History of Medicine New York: Marcel Dekker; 1992
- Mangorrinha, J. e Serra, J.B. O Hospital de Santo Isidoro: Assistência, Higiene e Arquitectura no Século XIX. Cadernos de História Local. Caldas da Rainha; 1993
- Gawande, A Two Hundred Years of Surgery. The New England Journal of Medicine 2012;366:1716
- Para uma História da Medicina em Portugal, Coordenação de Veloso, AJB, By The Book, Edições Especiais. Lisboa: 2017
- Mendes, PRF e Mantovani, MF Ensino de Enfermagem em Portugal: Contributos para a sua História Cogitare Enferm 2009 Abr/Jun; 14(2):374-8
- Pinto, H G Pinto A Cura e a Arquitectura. História da Arquitectura Hospitalar Portuguesa na Época Contemporânea. Da Programação à Tipologia Arquitectónica
- Estatísticas Históricas Portuguesas. Instituto Nacional de Estatística. Coordenador: Nuno Valério Lisboa: 2001 p 472-3
- Pordata. Bases de dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata>Portugal>Saúde>Recursos Humanos Quantos médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos existem por cada 100.000 residentes? 1960-2017



José Carlos Avelãs Nunes

O caixão branco com pregos:
arquiteturas para ou contra a tuberculose?
A relação evolutiva entre sanatórios, medicina e instituições

Nota biográfica

José Carlos Avelãs Nunes (n. 1984) é arquitecto, doutorado em Arquitectura pela Universidade de Coimbra (2018) e tem um E.MBA pelo ISCTE (2021). Desenvolveu um Pós-Doutoramento sobre história da ciência, com foco na história da medicina e da arquitectura, no CIUHCT - Universidade de Lisboa.

É investigador no CIUHCT – Universidade de Lisboa e no CEIS20 – Universidade de Coimbra. Tem interesses na relação entre a História da Ciência e a História da Arquitectura, como também pelas suas implicações urbanas. Participou em vários projectos de investigação, como também conferências e artigos nacionais e internacionais.

A sua tese “A Arquitectura dos Sanatórios em Portugal: 1850-1970” foi galardoada com o Prémio Victor de Sá de História contemporânea (2018) e a sua adaptação a livro “A Arquitectura Branca” com o Prémio “Lusitania” de História pela Academia Portuguesa da História (2022).

José Carlos Avelãs Nunes

O caixão branco com pregos:
arquitecturas para ou contra a tuberculose?
A relação evolutiva entre sanatórios, medicina e instituições

A transição científica entre o século XIX e o século XX é crucial para a compreensão das respostas da arquitectura, enquanto disciplina e enquanto tratamento, para a *peste branca*. Em comparação com outros momentos históricos, nomeadamente com a Primeira República ou com o Estado Novo, a arquitectura para e contra a tuberculose sofre mutações correspondentes às mudanças tecnocientíficas que se fizeram sentir. O palco da (esperança de) cura tem, à boca de cena, *experts* e instituições públicas e privadas que assumem diferentes - mas complementares - papéis.

Também as tentativas de turismo terapêutico lutaram pela sua posição, entre capital e tratamento, ou charlatanismo e experimentalismo científico. Tanto a criação de sanatórios como a sua *vida interior* são manifestos que, entre as suas ruínas e mais de cem anos depois, poderão servir propósitos ainda actuais.

Ciclo de Conferências Saúde e Cultura. 30 de Maio de 2018.

100 anos antes | 100 anos depois: breves notas sobre a arquitectura e a saúde, a Sul*
José Carlos Avelãs Nunes, CIUHCT, Fac. Ciências da Universidade de Lisboa

*estas notas foram redigidas com base na comunicação oral, pelo mesmo autor, com o título "O caixão branco com pregos: arquitecturas para ou contra a tuberculose? A relação evolutiva entre sanatórios, medicina e instituições" apresentada em 30.05.2018.

A tuberculose vestiu várias roupas e calçou vários sapatos. Desde o final do século XIX até à segunda metade do século XX, em Portugal, foi a doença que mais expressão (e atenção) mereceu, pela particularidade da sua rápida propagação e mortalidade. Foi uma doença em que o medo, a desinformação, a informação e, inclusivamente, os postulados científicos contribuíram para a designação, não só de peste, mas de peste *branca*. Responsável por aniquilar famílias inteiras, acrescentado o facto de não ser exclusiva de um estrato social ou de uma localização específica, a tuberculose captou, para si, uma atenção nunca antes demonstrada, quer de cientistas, de jornalistas, de decisores políticos, de médicos ou de intelectuais. Ao mesmo tempo, e consequentemente, páginas e páginas foram escritas, e inúmeras palavras foram trocadas e debatidas, enquanto a ciência – no laboratório, na experimentação, no terreno ou sem fronteiras – silenciosamente tentava descobrir uma qualquer droga que fosse suficientemente eficaz para estancar um *derrame* tuberculoso. Até à década de 50 do século XX,

todos os esforços foram perdidos, pois nenhum processo químico foi eficaz. Todas as tentativas foram falhadas e, no limite, apenas foram desenvolvidos processos que atenuavam, temporariamente, a doença – o pneumotórax é o mais assaz exemplo. Foram escritas várias bíblias médicas, tratados e métodos de *curar* a tuberculose, quando essa expressão nada tinha de real. Entre a descoberta do agente transmissor de tuberculose (o bacilo de Koch, em 1882) e a descoberta da estreptomicina (em 1943), acrescentando-lhes alguns anos para a divulgação e aplicação, nada mais resultou do que as questões espaciais. Ora essas questões espaciais, como iremos ver, estavam na mente dos médicos e no desenho dos arquitectos e, posteriormente, impregnados na alma de todos.

Depois das primeiras experiências empreendedoras no Funchal, em forma de equipamentos proto-sanatoriais, ganhou-se um novo fulgor com os sanatórios de montanha e os sanatórios marítimos para, respetivamente e em *lato sensu*, as tuberculosas pulmonares e as tuberculosas extrapulmonares. Estes sanatórios, em funcionamento na primeira década do século XX, fizeram nascer uma nova proposta de tratamento da tuberculose, através da arquitectura. Ressalva-se a grande importância e a grande diferença para os edifícios hospitalares: foram maioritariamente edifícios de construção de raiz e foram, também, edifícios tecnocientíficos. Tal indica que, além de uma determinada configuração espacial, eram edifícios regidos e dirigidos por um programa médico de tratamento específico para a tuberculose. No fundo, eram arquitecturas moldadas pela medicina, pensadas em conjunto através de lentes médicas e de estiradores de arquitectos. Nesta altura, os desenvolvimentos científicos foram cabais para a edificação e o planeamento de novos sistemas, diferenciados de quaisquer outros, com uma génese própria e diferenciada de um hospital, de um hotel ou de um asilo. Eram, e foram, os sanatórios edifícios especializados numa doença, ao mesmo tempo que funcionavam como estratégias de profilaxia e de tratamento. Os sanatórios de montanha utilizavam-se de diferentes recursos, com maior exploração do ar puro, da altitude, da alimentação e do repouso, enquanto os marítimos exploravam as proximidades do mar, com as suas *emanações de iodo*, e a helioterapia ganhava grande esplendor e procura.

Mas, o que acontecia, nesta mesma época do século XX, onde as praias abundavam, e uma vasta área não habitada estaria disponível? A região do Algarve, numa primeira leitura, poderia ser uma localização privilegiada e natural para a implementação de um sanatório, ou até de uma estância (de sanatórios), em paralelo com o Caramulo, por exemplo. A ciência da época, nomeadamente as considerações climatológicas, e também a experiência médica local e nacional, apontava esta hipótese, mas nunca a executou. Cedo se percebeu que, mormente estas características fossem matéria de facto para a tuberculose, não estavam acreditadas pela medicina, na sua especificidade, e também as tuberculosas pulmonares eram prioritárias, a nível de estratégia nacional.

Tão bélico como o próprio termo, na primeira década do século XX, uma experiência sanatorial teve como palco S. Brás de Alportel, no Algarve – portanto, a Sul.

O Sanatório de S. Brás de Alportel foi inaugurado em 1918¹, como o primeiro sanatório para ferroviários, numa “casa de quinta”² especialmente adaptada para o efeito e destinado, em exclusivo, para os doentes tuberculosos ferroviários do Minho e Douro e Sul e Sueste³ (da antiga



Fotografia 1 – Sanatório S. Brás de Alportel, vista geral, s/d. Arquivo Privado.

rede do Estado). Foi o primeiro de três sanatórios específicos construídos em Portugal, a par dos posteriores congéneres no Norte no Centro⁴.

O benemérito deste sanatório, o engenheiro Carlos Vasconcelos Porto, foi director dos Caminhos de Ferro do Norte de Portugal e Chefe do Serviço de Fiscalização e Estatística dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste. Foi o criador dos sanatórios dos transportes por linha férrea do Estado quando, em 1913-1914, já a tuberculose estava reconhecidamente disseminada por todo o país. Vasconcelos Porto tem conhecimento da notícia de um funcionário que tinha contraído a doença e que, em poucos meses, sucumbia à tuberculose. O engenheiro, “enervado pelo geral desleixo em meios de assistência e pelo abandono a que a tuberculose estava votado”⁵, organizou formas de angariar fundos para a sua causa, através de esmolos, festas e

1 - Cfr. Santos - Sanatório Vasconcelos Porto: São Brás de Alportel, 2006, p. 5

2 - Cfr. Martins - Cottinelli Telmo 1897-1948, Dissertação de Mestrado, 1995, p. 120

3 - Cfr. Neves - "Alguns sanatorios, casas de saude e hospitais do paiz - para doentes enfraquecidos ou doentes pulmonares" in A Tuberculose, 1932, p. 19

4 - Cfr. Carvalho - "La situation actuelle" in La lutte contre la tuberculose au Portugal, 1936, p. 93

5 - Cfr. Cabanas - "In Memoriam: Carlos Vasconcelos Porto e os Sanatórios dos Caminhos de Ferro do Estado" in Gazeta dos Caminhos de Ferro, 01.03.1945, pp. 116-117

inclusivamente publicações de álbuns⁶ para reverter para “mais uma telha”⁷ do sanatório.

O seu projecto apresentou, como modelo, o Sanatório *Buenas Vistas*, em Madrid, “que foi especialmente visitado com essa finalidade”⁸. Esta visita ocorreu em Julho de 1916, com Vasconcelos Porto acompanhado pelo médico Agostinho Lúcio e com o engenheiro José Abecassis Júnior. Também Vasconcelos Porto visitara, oito anos antes, a Suíça e a França, sendo que repetiu este último destino para visitar o Sanatório de *Bligny* e de *Beleville*⁹.

Logo após o regresso da sua viagem, o projecto imprimiu um novo fôlego com as doações da benemérita Francisca de Souza Uva, que criou as facilidades para a aquisição da quinta das Almargens com a sua velha casa de habitação. Neste edifício foi instalada uma primeira versão do sanatório, com base em doações de madeiras e outros materiais de construção – a casa foi adaptada a “casa de saúde e repouso”¹⁰. Esta iniciativa parece também ter tido repercussão nos empregados dos CFE (em ambas as linhas) que, ao quotizarem-se, permitiram uma margem financeira para o desenvolvimento do projecto.

6 - Estes álbuns, ou livros, foram publicados com a colaboração de “pessoas ilustres da sociedade”. Cfr. D'ornellas - “Reabriu o Sanatório “Carlos Vasconcelos Porto (...)” in *Gazeta dos Caminhos de Ferro*, 01.08.1930, pp. 251-256

7 - “Enternecido coração de homem, que, depois de obter dos seus amigos inúmeros e valiosos mas, ainda assim, insuficientes donativos, os arrasta consigo, nas asas do seu sonho, a percorrer as cidades, as vilas, as aldeias e os campos, do norte ao sul do País, angariando, pedindo, esmolando com que fé se milita nessa cruzada, organizando festas, concertos musicais, espectáculos, torneios desportivos, para mais uma telha, para mais uma pequena coisa que custa muito dinheiro! Com que entusiasmo se pede a colaboração de escritores e artistas, para a publicação dos álbuns “Fôlhas d'Ouro” e “Horas Serenas”, para que o produto da sua venda faça crescer aquela bendita obra”. Id, *ibid*, p.p. 251-252

8 - “Não desejo terminar sem frisar a impressão de semelhança que encontrei entre o Sanatório de Belas Vistas e o futuro Sanatório dos Almargens, em Alportel, que, como aquele, é um edifício adquirido e adaptado ao mesmo fim, situado no centro de uma quinta, mais amplo, susceptível de ser aumentado no futuro, com excelente exposição sul, abrigado dos ventos de quadrante Norte, bem ventilado, de completa luminosidade e mobilidade atmosférica, e porventura, sem os inconvenientes dos extremos rigores de temperatura, calor e frio, e que, na altitude de Humera (...) obrigam a uma certa defesa, naturalmente menos exigente na nossa região e que permitirá realizar vantajosamente o método ou processo de tratamento higiénico sanatorial”. A mesma comissão aponta duas razões para justificar a sua deliberação: a primeira para o estudo do instituto oficial para o internamento de tuberculosos pobres, e a segunda pelo “natural desejo e empenho de ver o nosso Sanatório, logo na sua origem instalado por maneira, que ao início da sua existência e da sua função social, pudesse ser a melhor e a mais útil expressão de assistência aos doentes, que, faltos de recursos próprios, casa, alimentos, roupas, medicamentos e de tratamento cuidadoso, mal poderiam resistir à acção funesta da minaz doença, e, muito menos, pensar em reaver a sua saúde, perdida nas ásperas lutas do trabalho”. Descreve o Sanatório, apenas com dois meses de funcionamento, implantado a 600 metros de altitude, com “amplíssima vista (...) desafrentada por todos os lados, a estância é ao mesmo tempo um centro vivo de ventilação, de luminosidade e de mobilidade atmosférica (...) não é um edifício moderno, mas antes uma feliz adaptação de uma boa casa de habitação, inteligentemente transformada e convertida num Sanatório para tratamento de tuberculosos”. Refere também a higiene do edifício, com as suas paredes brancas, pavimentos, tectos e grande ventilação, a coexistência de indivíduos dos dois sexos, que obriga a uma duplicação dos serviços, os quartos com um máximo de três leitos, o programa de tratamento composto por análises, laboratório e farmácia. São curiosas e importantes as referências ao funcionamento do sanatório e a sua relação com os jardins: “À entrada do edifício, lado norte, há um pavilhão de repouso, destinado aos doentes, que em dias chuvosos e de muito vento não podem sair para os passeios, jardins e tendas de abrigo, móveis que em número de vinte e um se acham distribuídos pelos passeios e jardins”) tal como a existência de marcações para os percursos que o doente poderia fazer, sempre com prescrição clínica - “Na linha central dos passeios há, de 10 em 10 metros, um tijolo branco, fixo, que serve para regular a distância que a cada doente cabe percorrer, segundo as indicações do médico”). Cfr. Lúcio - Relatório da visita oficial de estudo ao Sanatório de Tuberculosos pobres de Madrid / Agostinho Lúcio, 1916, pp. 2-7.

9 - Cfr. Santos - Sanatório Vasconcelos Porto: São Brás de Alportel, 2006, p. 35.

10 - Cfr. Cabanas - “In Memoriam: Carlos Vasconcelos Porto e os Sanatórios dos Caminhos de Ferro do Estado” in *Gazeta dos Caminhos de Ferro*, 01.03.1945, pp. 116-117

A validação científica da localização do novo edifício do sanatório foi tão importante como o seu projecto, impactando-o com uma espécie de selo de segurança. Aliás, verifica-se que a empírica validação de um *doente zero*, que foi considerado curado, foi apenas um rastilho para a congruência do investimento. A localização do sanatório, marcada pela aquisição dos terrenos, é justificada pelas palavras dos conhecidos e respeitados médicos Sousa Martins e Ricardo Jorge, que tinham indicado a localização como “o melhor ponto de Portugal para a cura da tuberculose”¹¹, reforçada com a opinião de Tito Fontes, médico do Porto, que enviava os seus doentes tuberculosos para o Algarve¹². Geraldino Brites¹³, lente da Universidade de Coimbra e também médico, partilhou a mesma opinião. Foram também ouvidas as considerações de Lopo de Carvalho e de José Joaquim d'Almeida, que se deslocaram especificamente para a observação cuidada, à luz da ciência¹⁴.

O engenheiro José Abecassis¹⁵, que também tinha viajado para Madrid foi, naturalmente, o encarregado pelo projecto do sanatório, e a construção por Eduardo Garrido onde, como habitualmente, “todas as instalações obedeceram aos mais rigorosos preceitos de higien¹⁶. A adaptação conserva os traços originais, no entanto estilizava o edifício, enquanto lhe adicionava elementos de Arte Déco - linguística em voga na arquitectura da época - muito embora imprimindo um ritmo mais depurado e mais linear¹⁷. Ao terem sido feitas as obras de adaptação a sanatório este edifício passa a ter um aspecto mais urbano, um desenho mais simétrico, mais clássico. Temos, agora, toda a fachada principal animada em grupos de três vãos numa sequência ritmada.

11 - Cfr. Gazeta dos Caminhos de Ferro de 16.09.1918, p. 281

12 - Cfr. D'ornellas - "Reabriu o Sanatório "Carlos Vasconcelos Porto" em S. Brs de Alportel ... Uma biblioteca no Sanatório" in Gazeta dos Caminhos de Ferro, 01.08.1930, pp. 251-526

13 - Geraldino da Silva Baltazar Brites (1882-1941) foi professor da Universidade de Coimbra (Faculdade de Medicina) e exerceu clínica em Loulé em 1908-1910. Cfr. Neves - Sanatórios de planícies: O Sanatório Popular de Lisboa (Lumiar), 1937, p. 9

14 - Cfr. D'ornellas - "Reabriu o Sanatório "Carlos Vasconcelos Porto" em S. Brás de Alportel ... Uma biblioteca no Sanatório" in Gazeta dos Caminhos de Ferro, 01.08.1930, pp. 251-256. Também Cassiano Neves, mais tarde, reconhece os benefícios do clima de Alportel, em especial no Inverno, que poderia fazer com o que o sanatório fosse um sério concorrente Guarda ou ao Caramulo. Cfr. Neves - Sanatórios de planícies: O Sanatório Popular de Lisboa (Lumiar), 1937, p. 9

15 - "Deve-se ao Sr. Engenheiro Abecassis a planta e dedicada vigilância destas obras e a sua especial situação de então Director dos Caminhos de Ferro, facilitou em mil e uma coisas a realização da obra, para a qual muito concorreu também o ento Chefe de Secção em Faro, Sr. Eduardo de Melo Garrido, dedicado e fiel executor das indicações do Sr. Engenheiro Abecassis, e que, embora já adoentado, foi sempre o homem firme no seu posto e a esta obra se entregando de alma e coração". D'ornellas - "Reabriu o Sanatório "Carlos Vasconcelos Porto" em S. Brás de Alportel ... Uma biblioteca no Sanatório" in Gazeta dos Caminhos de Ferro, 01.08.1930, pp. 251-256

16 - Cfr. Gazeta dos Caminhos de Ferro de 16.09.1918, p. 281

17 - Ao terem sido feitas as obras de adaptao a sanatório este edifício passa a ter um aspecto mais urbano, um desenho mais simétrico, mais clássico. Temos, agora, toda a fachada principal animada em grupos de três vãos numa sequência ritmada. Onde anteriormente se encontravam molduras típicas de uma casa rural do princípio do século XIX (ou finais do século XVIII), agora encontramos cantarias mais Art Dco. Nas traseiras, mantiveram-se algumas das janelas originais, sobressaindo o de no serem homogêneas e com escada apoiada em traves.



Fotografia 2 – Sanatório S. Brás de Alportel, vista frontal com galerias de cura, s/d. Arquivo Privado.

Dois anos depois, em 1918, dá-se a inauguração do sanatório que recebe o nome do seu promotor (altera-se de Sanatório de Almargens para Sanatório Carlos Vasconcelos Porto. O acto solene teve grande impacto e divulgação pelo meio com maior tiragem comercial, em particular dentro dos ferroviários - através da Gazeta dos Caminhos de Ferro. A reportagem deste mesmo ano relata os dois pavimentos e os vários anexos do sanatório e os serviços próprios destes estabelecimentos ou a horta que circunda o edifício, mas a ênfase é mantida na “larga varanda alpendrada”¹⁸, orientada a Sul, com 20 camas de arame para a cura de ar e repouso.

Neste sanatório foram instalados 20 doentes¹⁹ em enfermarias com quatro camas e dois quartos isolados (neste caso não existiam quartos de isolamento, na acepção da palavra que outros sanatórios tinham designado, mas quartos privativos para os funcionários superiores. O seu director clínico foi o médico Alberto de Sousa, substituído por José Paulo Pereira de Machado²⁰.

¹⁸ - Cfr. Gazeta dos Caminhos de Ferro de 16.09.1918, p. 281

¹⁹ - Também cfr. Carvalho - "La situation actuelle" in La lutte contre la tuberculose au Portugal, 1936, p. 93

²⁰ - Cfr. Santos - Sanatório Vasconcelos Porto: São Brás de Alportel, 2006, p. 38

Em 1927 o sanatório foi encerrado para sofrer obras de melhoramentos e foram compradas mais parcelas de terreno para o recreio dos doentes, com a colaboração da Comissão Administrativa do Fundo de Assistência dos Sanatórios dos Caminhos de Ferro do Estado. A lotação do sanatório mantém-se em 20 doentes, mas devido aos graves problemas de deterioração e conseqüente comprometimento da estabilidade do edifício, foi completamente modernizado. Era o sanatório onde o número 13 não existia (tal como o seu quarto) pois os doentes "embirram com o número"²¹, e reabriu as suas portas em 1930, três anos depois.

O Sanatório foi visitado pelo Presidente da República em 1932, chegando a conversar com os doentes nas galerias de cura²². No entanto, esta notícia é acompanhada pela reduzida capacidade para as necessidades crescentes da classe ferroviária que, rapidamente, via em crescendo o número de tuberculosos - até de forma exponencial.

Depois do despacho do MOPC, os sanatórios para ferroviários são encerrados e, em 1953 a Companhia de Caminhos de Ferro Portugueses doa o Sanatório ao IANT²³. Volvidos dois anos²⁴, este instituto inicia os serviços com a sua total coordenação e gestão.

No ano seguinte²⁵, o Ministro do Interior e o Subsecretário de Estado da Assistência visitaram o local onde iria ser edificado o novo sanatório, ou seja, a mesma quinta onde se encontrava o edifício antigo, já desactivado. Enquanto era director o médico Medeiros Galvão, o anúncio da construção de um novo pavilhão nos terrenos adquiridos (anos antes)²⁶ caiu por terra. Assim, o primeiro sanatório moderno a funcionar a sul da linha do Tejo é apresentado, ficando em estudo a ampliação²⁷, cujas obras se iniciam apenas em 1960²⁸.

A memória descritiva da ampliação é assinada por Lopes Galvão em 1960²⁹, que descreve os serviços programáticos distribuídos em três pisos para 100 doentes, sendo os últimos dois destinados a internamento dos doentes, com oito enfermarias de seis camas, dois quartos de uma cama, gabinete para a vigilante, posto para enfermeiras, salas de tratamentos e sala de estar para os doentes. A capela é também mencionada, com um coro para evitar que os

19 - Também cfr. Carvalho - "La situation actuelle" in *La lutte contre la tuberculose au Portugal*, 1936, p. 93

20 - Cfr. Santos - *Sanatório Vasconcelos Porto: São Brás de Alportel*, 2006, p. 38

21 - D'ornellas - "Reabriu o Sanatório "Carlos Vasconcelos Porto" em S. Brás de Alportel ... Uma biblioteca no Sanatório" in *Gazeta dos Caminhos de Ferro*, 01.08.1930, pp. 251-256

22 - Cfr. *Gazeta dos Caminhos de Ferro* de 01.03.1932, p. 120

23 - Em conjunto com Sanatório Paredes de Coura, com D.L. do M.O.P.C. Cfr. *Gazeta dos Caminhos de Ferro* de 16.01.1954, p. 435 e Dias - "Luta contra a Tuberculose" in *Boletim de Assistência Social*, 01-06.1954, p. 42

24 - Em 05.02.1955. Cfr. Rosa - Da A. N. T. ao S. L. A. T.: história sumária da instituição, 1979, p. 70 e 88

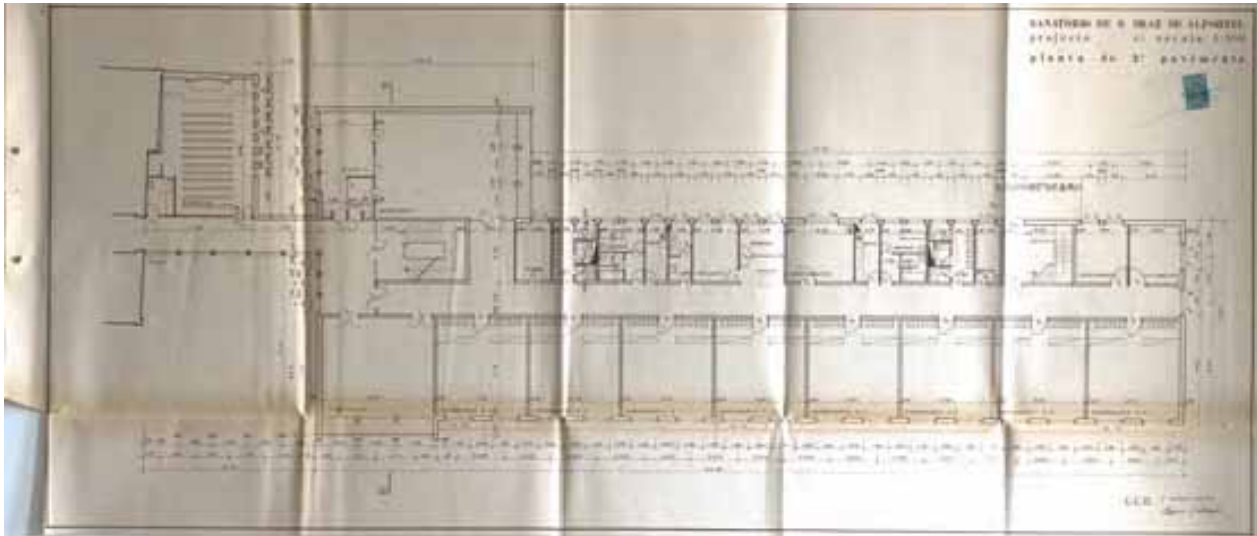
25 - Em 12.07.1954. Cfr. *Jornal do Médico* de 02.10.1954, p. 200. No entanto, em 20.01.1956 indicam que este não pode ser remodelado por falta de verbas. Cfr. Ministério das Obras Públicas (Ministro Eduardo Arantes e Oliveira) - Despacho sobre Estabelecimentos para a luta contra a tuberculose - programa para 1956. Lisboa: 20.01.1956. PT DGEMN: DSARH-013-0234/07, pp. 102-110.

26 - Pela Junta Central das Casas dos Pescadores. Cfr. *Jornal do Médico* de 02.10.1954, p. 200

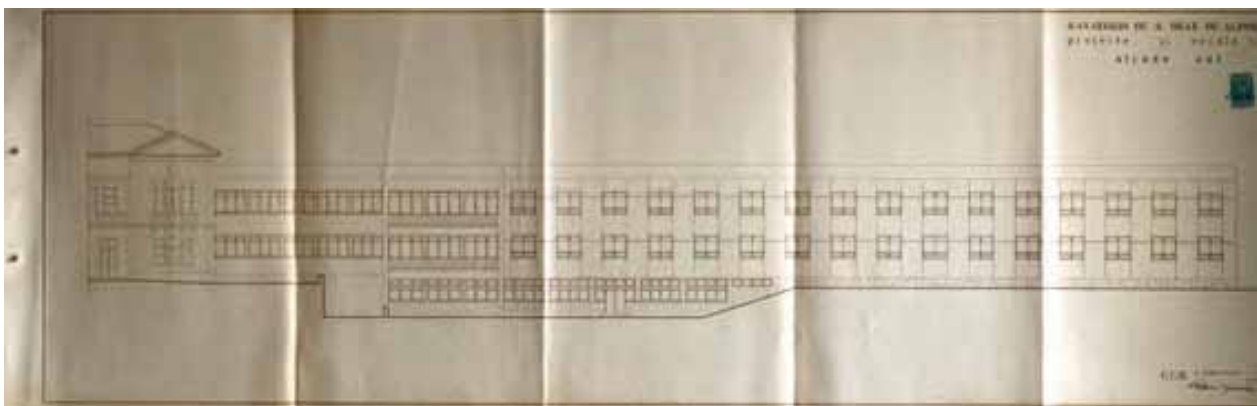
27 - Cfr. Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1954, 1955, p. 177

28 - Cfr. Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1960, 1961, V. II, p. 436. Existem memórias descritivas assinada pelo agente técnico do M.O.P., Eng. Civil Joaquim (ilegível). Cfr. [Autor não identificado (joaquim...?) - agente técnico de Eng. Civil DGEMN]] - M. D. de pequenas obras no Sanatório de S. Brás de Alportel. S/l: 09.10.1961. PT DGEMN: DSARH-013-0194/19

29 - Cfr. Lopes Galvão (DGCH) - M. D. de Ampliação do Sanatório de S. Brás de Alportel. Lisboa: 16.08.1955. DGCH: [Processo do Sanatório de S. Brás de Alportel, s/r.]. Já pertencia, o arquitecto, à C.C.H.



Fotografia 3 – Sanatório S. Brás de Alportel, Ampliação, planta do 2º. Piso. Lopes Galvão, s/d. Arquivo DGCH



Fotografia 4 – Sanatório S. Brás de Alportel, Ampliação, alçado sul. Lopes Galvão, s/d. Arquivo DGCH

doentes, pelo menos os que se encontrem impossibilitados de descer as escadas e que se encontrem no 3º. pavimento possam assistir às cerimónias religiosas. A capela estava ligada a outro corpo por meio de uma galeria. A engenharia civil foi entregue ao engenheiro Rodrigues Teixeira³⁰, e a obra à Sociedade de Construção Civil Soconscivel, com sede em Lisboa³¹. A ampliação do sanatório, com um corpo com unidades de internamento para 100 doentes³² termina em 1963³³ e, nos anos seguintes, foi sujeito a obras complementares (acessos, circulação

30 - Cfr. Rodrigues Teixeira (DGCH) - M. D. de ampliação do Sanatório de S. Brás de Alportel (construção civil). Lisboa: 26.08.1955. DGCH: [Processo do Sanatório de S. Brás de Alportel, s/r.].

31 - Cfr. Sociedade de Construção Civil Soconscivel LDA. - Proposta para construção da Ampliação do Sanatório de S. Brás de Alportel (construção Civil). Lisboa: 17.02.1960. DGCH: [Processo do Sanatório de S. Brás de Alportel, s/r.].

32 - A capacidade total é de 124 camas (em conjunto com as vinte do antigo edifício).

33 - Cfr. Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1961, 1962, pp. 169-170, V. II, pp. 432-433; Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1962, 1963, pp. 63-64 e V. II, pp. 406-407; Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1963, 1964, p. 349; Ministério das Obras Públicas - Melhoramentos em execução e a inaugurar para comemorar as datas de 27 de Abril e 28 de Maio - 1963, 1963, s/p.



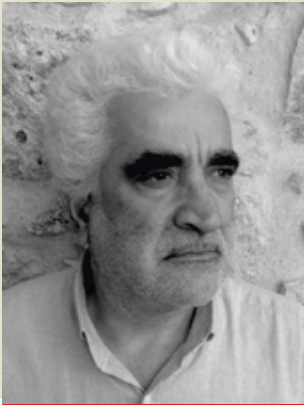
Fotografia 5 – Sanatório S. Brás de Alportel, aspecto do acesso ao sanatório. s/d. Arquivo DGCH

exterior, iluminação, esgotos, etc.³⁴. Este edifício permitia, assim, a instalação dos doentes do sexo feminino, e é inaugurado o novo edifício em 1963³⁵, depois de direcção de obra do engenheiro Ataíde Ferreira.

100 anos depois, em 2018, relembram-se os 100 anos antes, no Ciclo de Conferências Sade e Cultura. Revisitam-se as questões de sade locais, e relembra-se a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre os edifícios hospitalares a Sul. Aliás, a cultura da região (e também nacional depende, fortemente, de consolidados estudos sobre os seus edifícios e da sua ciência. A marca no território existe, e foi visitada, onde várias características do seu funcionamento como sanatório foram preservadas. A questão do património, como indicou o colega-orador Paulo Providência, é uma passagem de testemunho eficaz caso o uso seja continuado. No entanto, para que esta transição seja respeitosa do seu passado, e com ela aprenda, é necessário construir um conjunto de avaliações, de várias perspectivas, e de um sistema capaz de manter as memórias, através de uma arquitectura que já foi til, mas que, como se verifica actualmente, poderá ser (ainda) mais útil.

³⁴ Cfr. Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1964, 1965, p. 496; Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1967, 1971, p. 434; Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1968, 1968, p. 113; Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1969, 1972, p. 110, 114 e 124. Na década de 70, cfr. com Ministério das Obras Públicas - Relatório da Actividade do Ministério do Ano de 1970, 1972, p. 114; Ministério das Obras Públicas - Melhoramentos em execução e a inaugurar para comemorar as datas de 27 de Abril e 28 de Maio - 1963, 1963

³⁵ Cfr. Santos - Sanatório Vasconcelos Porto: São Brás de Alportel, 2006, p. 65



Paulo Providência

Leprosaria Nacional: reabilitação e obliteração de memória

Nota biográfica

Formado pela Faculdade de Arquitetura do Porto e doutorado pela Universidade de Coimbra, onde ensina Projeto.

A par da atividade profissional e de ensino, é investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e co-coordenador do núcleo Cidades, Culturas e Arquitetura. A sua atividade de investigação tem-se centrado nos edifícios e equipamentos de saúde, assim como nas relações entre arquitetura, antropologia, arqueologia e paisagem.

Co-editor da revista Joelho: #4 - Crisscrossing Architecture and Archaeology (2011) e #6 - Teaching through Design (2013). Entre as suas publicações destaca: A Cabana do Higienista, Coimbra, e|Darq 2000; Leprosaria Nacional, Porto, Dafne 2013; Architectonica Percepta, Zurique, ParkBooks 2016.

Paulo Providência

Leprosaria Nacional: reabilitação e obliteração de memória

Ciclo de Conferências Saúde e Cultura. 30 de Maio de 2018.

Por ignorância ou deliberado esquecimento da incómoda história da doença de Hansen em Portugal, a reabilitação do Hospital-Colónia Rovisco Pais para Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, realizada nos últimos quinze anos, traduziu-se num completo desvirtuamento da sua estrutura espacial original. Apesar das novas valências programáticas terem exigências próprias, não seria difícil compatibilizá-las com o importante património cultural constituído pelo Hospital-Colónia Rovisco Pais, obra conjunta do médico Bissaya Barreto e do arquiteto Carlos Ramos, expoentes da medicina social e da arquitetura hospitalar na década de 1940, em Portugal.

Por entre as várias incompreensões que o projeto de reuso revela, destaca-se a ausência de projeto para o espaço natural tão importante para o novo programa; ausência de um plano global estruturado de faseamento na reabilitação dos edifícios; implantação de novos edifícios completamente alheios à estrutura espacial original; subversão no acesso aos antigos pavilhões de incuráveis (asilos; materiais construtivos e linguagens arquitetónicas indiferentes às arquiteturas pré-existentes, entre outras questões. Resultado de um completo desconhecimento do conjunto a ampliar e reabilitar, a incompreensão dos valores arquitetónicos, paisagísticos e terapêuticos presentes, impele-nos a determo-nos na história do edifício, resgatando assim a sua memória¹.

1. A estrutura do conjunto edificado comportava um edifício de acolhimento e avaliação – o Hospital – composto por uma sala de operações cirúrgicas, laboratórios de análise (onde era suposto proceder à investigação científica sobre a terapêutica da doença de Hansen); esse edifício, orientado para poente (aliás como os asilos a poente, constituía uma referência fundamental no conjunto, ordenando o grande espaço central onde se dispunham simetricamente, a norte e sul, a lavandaria e cozinha, e de onde partiam as enfermarias térreas para acolhimento de doentes trabalhadores (funcionalmente aptos para o trabalho, culminando com os dois grandes asilos para internamento de doentes incuráveis. O conjunto encontrava-se inserido numa propriedade assinalável, pontuada nos seus limites pelos “bairros das famílias”,

¹ - A história do edifício, das intenções, programas e materializações na sua edificação, encontra-se descrita em “Leprosaria Nacional”, Sandra Xavier e Paulo Providência (editores), Porto: Dafne, 2016.

conjunto habitacionais de piso térreo organizados por um arruamento de acesso, e que albergavam famílias de doentes de Hansen; cada conjunto era pontuado por uma casa do maioral que incluía espaços de oficina para trabalho. A colocação do novo pavilhão com as piscinas do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, assim como a pavimentação de um estacionamento automóvel, desvirtuaram completamente a estrutura espacial original; a recente intenção de converter a antiga lavandaria em auditório, surge como uma opção espúria, não resgatando a estrutura espacial original.

2. Um dos aspectos enigmáticos do projeto original, explicável apenas por uma atitude de pudor humanista dos envolvidos (médico e arquiteto) em relação ao estigma das deformações provocadas pela doença de Hansen, prende-se com a orientação a poente das enfermarias, varandas e espaços de estar e refeição dos asilos, abertas para a paisagem, e encerrando-se fortemente para nascente, onde se localizam os espaços de entrada, descargas e recepção dos edifícios; com esta orientação, procurava-se preservar o doente do confronto com o visitante. No processo de reabilitação esta orientação é invertida através da construção de acesso pelo lado poente (sobretudo no asilo sul, antigo asilo masculino), pavimentando um arruamento, contornando o edifício, e subvertendo o sentido de desenho original dos asilos.

3. Debate intenso sobre as questões de materialidade e linguagem arquitetónica adoptadas nos vários edifícios que compunham o Hospital-Colónia, obrigava Carlos Ramos a adoptar estratégias de desenho que se distanciassem da modernidade do Liceu José Falcão, construído pouco anos antes em Coimbra, obra que Bissaya conhecia bem. A controvérsia seria resolvida adoptando elementos arquitetónicos do Conventinho, edifício original da propriedade da Quinta da Fonte Quente onde se implantou o Hospital (e que Ramos considerava demolir na fase de programa preliminar). A adopção de técnicas construtivas tradicionais em alvenarias de pedra, incluindo a realização de vãos em arco, a realização de coberturas em madeira, a aplicação de argamassas de cal ou a utilização de telha cerâmica de fabrico local, encontravam justificação na escassez de materiais no crítico momento da edificação, ou economia de guerra, embora respondendo também às ansiedades de Barreto, que pretendia obra comunicante, figuração de um imaginário historicista, embora moderno por dentro. Grande qualidade nas carpintarias, esquadrias e vãos, revestimentos azulejares e até em elementos de cantarias de calcário da região. Nada disto transparece na obra de reabilitação, tão apressada numa modernidade pequenina e de materiais tão desqualificados, alheia ao esforço culturalista.

4. Por fim, construção de inumeráveis percursos de atravessamento, sem hierarquia nem desenho, asfaltando grandes superfícies para estacionamento automóvel, sem qualquer contemporização ou respeito pelas necessárias permeabilidades, subvertendo o que poderiam ser áreas de passeio, exercício, e contemplação do espaço natural, pela introdução

indiscriminada do acesso mecânico automóvel, tomando por modelo parques industriais, desenhados para a circulação das máquinas, e não de pessoas. A par desses desqualificados desertos de asfalto, concentração do tratamento paisagístico em pequenos jardins, em conflito não resolvido com as áreas de pinheiro bravo.

Ressalva final: defende-se o reuso do património hospitalar com funções de saúde pública, pois a melhor forma de o preservar é pelo uso. No entanto, a fragilidade das intervenções, alheadas do conhecimento profundo dos edifícios, faz-nos questionar sobre os procedimentos de elaboração dos programas, e processos de avaliação das soluções a adoptar.



ARIPA

Ilídio Pelicano / Sara Pelicano

Arquitetura hospitalar nos dias de hoje

Nota biográfica

ILÍDIO PELICANO

Diplomado em 1973 pela Escola de Belas Artes de Lisboa e especialista em Arquitetura Hospitalar.

Fundador em 1979 da ARIPA - Ilídio Pelicano Arquitectos, Lda., Gabinete de Arquitetura com especial enfoque em projetos na área da Saúde.

Autor de mais de 100 edifícios de saúde, e mais recentemente, do Projeto do Hospital Central da Madeira.

SARA PELICANO

Diplomada em 1999 pela Faculdade Técnica de Arquitetura de Lisboa.

Ingressou na ARIPA - Ilídio Pelicano Arquitectos, Lda. em 1998 como Arquiteta Estagiária e é atualmente Coordenadora Geral e Sócia-gerente.

Autora de vários edifícios de saúde e, mais recentemente, do Projeto do Hospital Central da Madeira.

CAPÍTULO III

Leituras do Património da Saúde

CICLO DE CONFERÊNCIAS SAÚDE E CULTURA

01 JUNHO // PALESTRA // EXPOSIÇÃO | 16:00

PALESTRA //
**SÃO BRÁS DE ALPORTEL -
Leituras do Património da Saúde**

Local: Salão Nobre da Câmara Municipal de São Brás de Alportel

ORADORES

Emanuel Sancho

Museu do Traje de São Brás de Alportel

Doutora Paula Saraiva

Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa

Arq. João Duarte

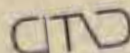
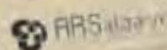
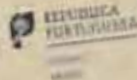
Faculdade de Arquitetura e Artes - Universidade Lusitana de Lisboa

INAUGURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO //
A SAÚDE EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL

- Espaços e personalidades

Local: Largo de São Sebastião

EXPOSIÇÃO PATENTE ATÉ DIA 5 DE OUTUBRO DE 2018





Emanuel Sancho

A Saúde em São Brás de Alportel

Nota biográfica

Natural de Faro. Director do Museu do Traje de São Brás de Alportel desde 1997.

Percorreu as áreas da mecânica e do turismo, embora desde sempre tenha mantido uma grande proximidade com o setor cultural como voluntário e investigador.

Enquanto a licenciatura em Património Cultural continua a aguardar a sua conclusão, adquiriu competências na área das bibliotecas.

Pertence aos Corpos Diretivos do MINOM PORTUGAL– Movimento Internacional para uma Nova Museologia. É membro da direção da AGEAL – Associação de Gestores Culturais do Algarve. Integra o Grupo Coordenador da RMA - Rede de Museus do Algarve.

É autor de vários artigos nas áreas da museologia social, gestão comunitária e história local.

Recebeu a Insígnia Municipal de Valor e Altruísmo, 2015, atribuída pela Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

Foi nomeado “Museólogo do Ano 2021” pela APOM - Associação Portuguesa de Museologia.

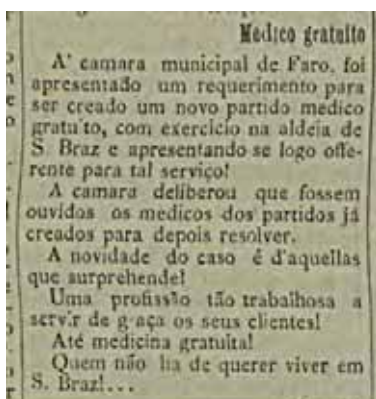
Emanuel Sancho

A Saúde em São Brás de Alportel

É curioso como as preocupações relacionadas com a saúde surgem recorrentemente em São Brás de Alportel. Seja por via das condições naturais – ambiente, pureza do ar, natureza, abundância de águas correntes – o facto é que esta ligação surge-nos por via dos jornais antigos, dos publicistas locais e dos políticos.

Também o período de bem-estar que caracteriza os finais do século XIX e inícios do séc XX, reflete-se na ambição de se verem melhorados os serviços públicos de saúde, nomeadamente na constituição do então denominado Partido Médico.

Principia esta aldeia a ser visitada com frequência por numerosos forasteiros (...) procurando lograr a pureza dos benéficos ares deste salubérrimo Eden, afim de obstem à continuidade dos seus crueis sofrimentos.



21 de maio de 1893
José Belchior Passos

Fig. 1 - Notícia publicada no jornal O Algarve nº 80, de 3 de outubro de 1909

In O ALGARVE nº 80 3-10-1909

Em 1909, a freguesia de São Brás tenta algo inovador para a época: a instituição de um serviço público de saúde gratuito e universal.

Logo em 1918 surge em São Brás de Alportel o Sanatório Carlos Vasconcelos Porto. nTratou-se de uma iniciativa daquele funcionário dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste que bem se pode considerar que inaugura em Portugal o fenómeno dos hospitais de empresa. É hoje o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul, dependente do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Em 1923 surge um movimento consistente com o objetivo da criação de um hospital em São Brás de Alportel. O arquiteto escolhido foi o jovem Carlos Ramos, em plena ascensão, que mais tarde viria a destacar-se na moderna arquitetura portuguesa.

A obra conheceu várias interrupções, prolongando-se penosamente pelas décadas de 30 e 40. Virgílio Rodrigues de Passos, farmacêutico e notável estratega em alguns dos mais importantes momentos da história do Concelho, sempre recusou protagonismos. Embora sendo a verdadeira força motriz do projeto, ocupou discretamente o lugar de tesoureiro da "Comissão da Creação

do Hospital de S. Braz de Alportel". Atormentado por problemas de saúde, em 1942 encerrou o processo, quando sentiu que os seus dias se aproximavam do fim (1945).

Na década de 70 o edifício é adaptado e recebe o Centro Psiquiátrico Fernando Ilhargo. Na década seguinte é a Santa Casa da Misericórdia de São Brás que aí instala os seus serviços sociais e administrativos – utilização que se prolonga até à atualidade.

Em 1966 é inaugurado o Hospital de São Brás de Alportel. Foi uma iniciativa do benemérito José Lourenço Viegas que pretendia homenagear a sua terra natal construindo de raiz um edifício destinado a Hospital. O edifício e os equipamentos de vanguarda para a época, financiados integralmente por José Lourenço Viegas e sua esposa, passam a estar ao serviço da população local e do Algarve em geral. Trata-se do atual Centro de Saúde de São Brás de Alportel.

Este impressionante afã empreendedor voltado para a área da saúde e bem-estar que havia já sido notado pela investigadora, colega e amiga, Cristina Fé Santos, reserva ao território de São Brás de Alportel um lugar de destaque na História da Saúde no Algarve.



Fig. 2 - Reservas do Museu do Traje de São Brás de Alportel - Materiais médicos e afins

Nos nossos dias, o Museu de São Brás, consciente desse passado, tem beneficiado da integração de relevantes acervos de origem local: curandeiros, antigos médicos, extintas farmácias, particulares, etc. A preocupação com a defesa e preservação do património associado à saúde foi, também ele, visto nesta terra como uma responsabilidade a assumir. Assim, o Museu integra hoje no seu acervo alguns milhares de objetos, sendo considerado o único núcleo de reservas museológicas organizadas neste campo, existente no Algarve.

Foi neste contexto que surgiu a oportunidade de participação do Museu de São Brás nas iniciativas de comemoração do centenário do Ex-Sanatório Carlos Vasconcelos Porto. A iniciativa deu origem a um vasto programa de exposições, palestras e publicações que tiveram o mérito de produzir conhecimento para a localidade e de chamar a atenção para a história e os patrimónios da saúde no Algarve.



Paula Saraiva

São Brás de Alportel: Leituras sobre o património de saúde

Nota biográfica

Coordenadora Principal do Centro de Gestão de Informação e Conhecimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) na Universidade Nova de Lisboa e investigadora do IHMT/GHTM – Global Health & Tropical Medicine, até maio de 2022, é atualmente coordenadora da Biblioteca da Secretaria-Geral do Ministério da Defesa Nacional.

Doutorada em Ciências da Informação e Documentação (2014) e Mestre em Arquivos, Bibliotecas e Ciências da Informação, pela Universidade de Évora (2007); licenciada em História pela Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa (1992). Docente livre da Faculdade de Medicina de Lisboa (2004-2008) e no IHMT desde 2016. Com funções dirigentes em diversos organismos da Administração Pública desde 2008, foi autora de várias comunicações e publicações integrando comissões científicas em eventos nacionais e internacionais, como a organização do Simpósio em 2017 “Tuberculose: A História e o Património”. Membro da BAD (desde 1995), membro da APDIS (desde 2013), membro da EAHIL (desde 2000). Participa nos Grupos de Trabalho das Bibliotecas de Ensino Superior da BAD, dos Museus de Ciência e da Saúde e da Rede de Bibliotecas da Defesa Nacional. Submission Advisor da EAHIL - European Association for Health Information and Libraries para o WORKSHOP 2019, Basileia, Junho. Autora e co-autora de diversas publicações, partes de livro e artigos, entre os quais, autora da publicação “120 anos – 120 peças: Memórias do IHMT – Revisitadas nas coleções do Museu (1902/2022)” e autora do capítulo “As coleções do Instituto de Higiene e Medicina Tropical: Ciência, Arte e Património” na publicação “Lisboa guardiã de saber tropical” uma edição de 2021 da Câmara Municipal de Lisboa.

João Miguel Couto Duarte

São Brás de Alportel: Leituras sobre o património de saúde

Nota biográfica

Arquiteto pela Faculdade de Arquitetura da Universidade Técnica de Lisboa (1990), Mestre em Teorias da Arte pela Faculdade de Belas-Artes da Universidade de Lisboa (2005), Doutor em Arquitetura pela Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa (2016).

Professor Auxiliar na Faculdade de Arquitetura e Artes da Universidade Lusíada de Lisboa, onde leciona desde 1991. Investigador integrado do CITAD – Centro de Investigação em Território, Arquitetura e Design.

Membro da organização do Simpósio “Tuberculose: A História e o Património”, que se realizou no Instituto de Higiene e Medicina Tropical em 2017.

Co-Produtor dos filmes Aires Mateus: matéria em avesso (2017) e Body-Buildings (2021), realizados por Henrique Pina.



Paula Saraiva

João Miguel Couto Duarte

São Brás de Alportel: Leituras sobre o património de saúde

Resumo

No âmbito do ciclo comemorativo “100 anos depois – Saúde e Cultura”, a palestra 'São Brás de Alportel: leituras sobre o património de saúde' procura revisitare algumas das dimensões deste particular património são-brasense, observando quer os seus valores materiais, quer os seus valores imateriais. Passa também por aí a história de São Brás de Alportel.

À imagem daquilo que sucedia então no interior do país, a assistência médica imediata existente em São Brás de Alportel de há um século, era sobretudo exercida pelo boticário, na vila, pelo médico municipal e pelo delegado de saúde, que percorriam as povoações prestando cuidados de saúde e cirúrgicos, sempre numa relação de proximidade com as populações. Numa época de profundas transformações políticas, teciam-se cumplicidades e confianças, fortemente marcadas também pelo ideário republicano. Todos estes homens, e certamente também algumas mulheres, as parteiras, que assim exerciam as suas profissões foram dando corpo a um património imaterial de saúde que importa hoje conhecer e salientar. A par da memória de muitos nomes – Vitorino Passos Pinto (1870-1937), José da Machada Júnior (1870-1951) e Virgílio Passos (1882-1945) são apenas exemplos –, permanecem reconhecíveis alguns dos lugares das suas ações.

O património material de saúde de São Brás de Alportel será mais facilmente reconhecível. O antigo Sanatório Vasconcelos Porto – cuja inauguração está também na base do ciclo comemorativo “100 anos depois – Saúde e Cultura” – foi o primeiro edifício de grandes dimensões ligado à saúde a surgir no concelho, ainda que destinado aos funcionários dos Caminhos-de-Ferro. O seu projeto foi desenvolvido pelo engenheiro José Abecassis Júnior (1863-1932) na década de 1910, procurando tirar partido dos bons ares locais. Ambicionado para a população são-brasense, foi o antigo Hospital de São Brás de Alportel, obra de iniciativa privada. Seria a primeira obra aí construída com esse fim. Teve projeto do arquiteto Carlos Chambers Ramos (1897-1969), um dos pioneiros do Movimento Moderno em Portugal, iniciando-se a sua construção na década de 1930. A sua concretização seria contudo fruste, permanecendo em 1942 ainda por concluir. De modos distintos, também estes edifícios dão corpo ao primeiro património de saúde de São Brás de Alportel, importando por isso revisitá-los.

Paula Saraiva e João Couto Duarte, no âmbito do ciclo comemorativo “100 anos depois – Saúde e Cultura”, com a palestra ‘São Brás de Alportel: leituras sobre o património de saúde’ procuraram revisitar algum deste particular património marcante para a história de S. Brás de Alportel, observando quer a sua dimensão material, quer a sua dimensão imaterial.

Pela sua natureza, o património imaterial de saúde de São Brás de Alportel é talvez menos conhecido, surgindo sobretudo associado à memória de alguns dos seus beneméritos, de alguns dos seus profissionais e dos lugares das suas práticas. À imagem daquilo que sucedia então no interior do país, a assistência médica de proximidade existente em São Brás de Alportel no início do século XX, era sobretudo exercida pelo boticário, pelo médico municipal, muitas vezes designado ‘facultativo’, e pelo delegado de saúde, que percorriam as povoações do concelho prestando assistência médica e cirúrgica às populações e tecendo com os seus pacientes relações de cumplicidade e confiança. Todos estes homens e mulheres, as parteiras, ao exercerem as suas atividades, contribuíram para a construção do património imaterial de saúde são-brasense, numa época de profunda transformação política, fortemente influenciada pelo ideário republicano. A par da memória de várias personalidades – Vitorino Passos Pinto (1870-1937), José da Machada Júnior (1870-1951) e Virgílio Passos (1882-1945) são apenas exemplos –, algumas das quais hoje preservadas na toponímia são-brasense, permanecem reconhecíveis alguns dos lugares das suas ações, cabendo aí destacar sobretudo as farmácias. A investigação desenvolvida pela historiografia são-brasense bem como a musealização de artefatos que estão associados à prática da saúde têm sido determinantes para o conhecimento, a valorização e a divulgação deste património.

O património material de saúde de São Brás de Alportel é mais facilmente reconhecível, sendo constituído sobretudo pelo antigo Sanatório Vasconcelos Porto e pelo antigo Hospital de São Brás de Alportel.

O Sanatório Vasconcelos Porto – cuja inauguração está também na origem do ciclo comemorativo “100 anos depois – Saúde e Cultura” – foi o primeiro edifício de grandes dimensões ligado à saúde a surgir no concelho, ainda que fosse destinado aos funcionários dos caminhos de ferro. A concretização do sanatório deveu-se ao esforço de Carlos Vasconcelos Porto (1862-1945), Chefe do Serviço de Fiscalização e Estatística dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste. O projeto foi desenvolvido pelo engenheiro José Abecassis Júnior (1863-1932), subdirector da companhia, que para o efeito e em conjunto com o médico Agostinho Lúcio da Silva (1842-1926), Diretor dos Serviços de Saúde dos Caminhos de Ferro do Estado, e Vasconcelos Porto, visitou em 1916 o então recentemente inaugurado Real Sanatório Antituberculoso de Nuestra Señora de las Mercedes, em Húmera, próximo de Madrid. Abecassis Júnior tinha já sido responsável em 1910 pelo projeto de adaptação do Forte de Santiago do Outão, em Setúbal, a sanatório marítimo. O Sanatório Vasconcelos Porto resulta da transformação de uma antiga casa rural, à imagem, aliás, do sanatório de Húmera. Seria inaugurado em 1918. É possível divisar no seu desenho a presença dos pavilhões projetados pelo arquiteto Raúl Lino (1879-1874) para o Sanatório Sousa Martins, na Guarda, inaugurado em 1907. Hoje, o edifício do antigo Sanatório Vasconcelos Porto está integrado no complexo do Centro de Medicina de Reabilitação do Sul. Mantém-se claramente identificável a sua fachada Sul, marcada pela galeria de cura; o interior foi contudo substancialmente alterado.

Ambicionado para a população são-brasense, foi o antigo Hospital de São Brás de Alportel, uma obra de iniciativa privada. Seria a primeira aí construída com esse fim. O hospital foi projetado em 1930 pelo arquiteto Carlos Chambers Ramos (1897-1969), um dos pioneiros do Movimento Moderno em Portugal. Os contatos resultantes das suas ligações familiares, por via da sua mulher, Clarice Ventura (1900-1983), a Olhão, onde tinha já alguma obra construída, e a experiência no projeto de edifícios hospitalares, com destaque para o Pavilhão do Rádio do Instituto Português de Oncologia, em Lisboa, projetado em 1927, terão justificado o convite a Carlos Ramos para elaborar o hospital são-brasense. Carlos Ramos proporia um projeto modernista, um pequeno pavilhão de volumes austeros de cobertura plana sujeitos a uma lógica que se pretendia estritamente funcional. A construção seria iniciada em 1931, mas os trabalhos avançariam com dificuldade em virtude do escasso acompanhamento da obra por parte de Carlos Ramos e das limitações técnicas locais para a concretização do projeto. A obra seria suspensa em 1939 por falta de meios financeiros, assim permanecendo nas décadas seguintes. Na década de 1970, na sequência de algumas adaptações, o edifício viria a comportar a extensão psiquiátrica do Hospital de Faro. Só na década seguinte ficaria na posse da Santa Casa da Misericórdia de São Brás de Alportel, que o transformaria radicalmente para nele instalar um lar de idosos. A estrutura projetada por Carlos Ramos é hoje praticamente indiscernível, absorvida que foi por sucessivas construções. Radica-se talvez na dificuldade de localizar este projeto a indevida atribuição a Carlos Ramos de outras estruturas hospitalares posteriores de São Brás de Alportel.

Agarez, R. (2016). *Algarve Building: Modernism, Regionalism and Architecture in the South of Portugal, 1925-1965*. London and New York: Routledge.

Carneiro, M. (1998). A parteira no contexto das artes de curar: séculos XV-XVIII. *População e Sociedade*, (4), 123-144.

Duarte, A. (2005). *Memória: São Brás de Alportel (Vol. 1)*. S. Brás de Alportel: Casa da Cultura António Bentes.

Sancho, E. e Lourenço, A. (Eds.) (2016). *As engrenagens do tempo: visão social de 30 anos de história de S. Brás de Alportel: 1900-1930*. S. Brás de Alportel: Museu do Traje.

Santos, C. (2006). *Sanatório Vasconcelos Porto: São Brás de Alportel*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Serra, E. (1932). *Guia jurídico do médico (Vol. 1)*. Lisboa: Empresa Jurídica.

CAPÍTULO III-A

Exposição - São Brás de Alportel

*A saúde em São Brás de Alportel
- Espaços e Personalidades*

SAÚDE E CULTURA

01 JUNHO // PALESTRA // EXPOSIÇÃO | 16:00

PALESTRA //
**SÃO BRÁS DE ALPORTEL -
Leituras do Património da Saúde**

Local: Salão Nobre da Câmara Municipal de São Brás de Alportel

ORADORES

Emanuel Sancho

Museu do Traje de São Brás de Alportel

Doutora Paula Saraiva

Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa

Arq. João Duarte

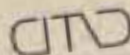
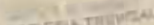
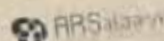
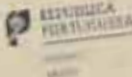
Faculdade de Arquitetura e Artes - Universidade Lusitana de Lisboa

INAUGURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO //
A SAÚDE EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL

- Espaços e personalidades

Local: Largo de São Sebastião

EXPOSIÇÃO PATENTE ATÉ DIA 5 DE OUTUBRO DE 2018



100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E CULTURA

A SAÚDE EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL



Primórdios / *Saúde e Ação Caritativa*

HEALTH AND CHARITABLE ACTION



A ASSISTÊNCIA AOS DOENTES, DESFAVORECIDOS E NECESSITADOS CONTOU DESDE SEMPRE COM O PAPEL INCONTORNÁVEL DA IGREJA CATÓLICA.

É conhecida a existência de um Albergue Paroquial em São Brás de Alportel desde 1603, com funcionamento muito "desconcertado", como alguém o classificou na altura. O albergueiro admitia peregrinos em trânsito, doentes, inválidos, crianças abandonadas, loucos e cegos. Dava cama, roupa, água, luz e sal durante três dias. Se eram doentes, oferecia fogo, lenha, farinha, vinagre, azeite e frango. Todas estas despesas eram suportadas pela Fábrica da Igreja.

Since the very beginning, the Catholic Church had an unavoidable role in the assistance to the sick, disadvantaged and needy. An interesting case occurred in 1603, when we found in São Brás a Parish Hostel, associated with the parish. The hostel took in passing travelers, the sick, disabled, abandoned children, insane and blind people. It provided a bed, clothes, water, light and salt for three days. If the travelers were sick, it offered fire, wood, flour, vinegar, olive oil and chickens.

Ex.^{ma} Senhor

Propôs-se a comissão que subscreve esta circular angariar donativos para a Casa da Caridade, Misericórdia, Albergue, e também para os pobres deste concelho, promovendo festas públicas que se realizarão no sítio da Galheira nos dias 23 e 24 de Setembro, e que constarão de Boia, Hozer, venda da Filiz, etc.

Porque é nobre o objetivo desta comissão, tanto a mesma na generalidade de V. Ex.^{ta}, enviando uma prenda para o «Kermesse», o que, em nome das infelizes que necessitam e em seu nome, recomendo-lhe agradecer.

A Presidente, O Presidente,

Jacqueline de Brito Pinto José de Jesus Clark Junior

GRANDE FÉRIAS ESPORTIVO NA GALHEIRA

Nos dias 15 e 16 de Agosto, em benefício do Monte Pio Artístico e Casa da Caridade de S. Brás d'Alportel, promovido por um grupo de raparigas e rapazes.

1/2 - Folhetos volantes de divulgação de iniciativas benéficas em favor de várias instituições caritativas de São Brás de Alportel

Documentos cedidos por João Martins Nogueira

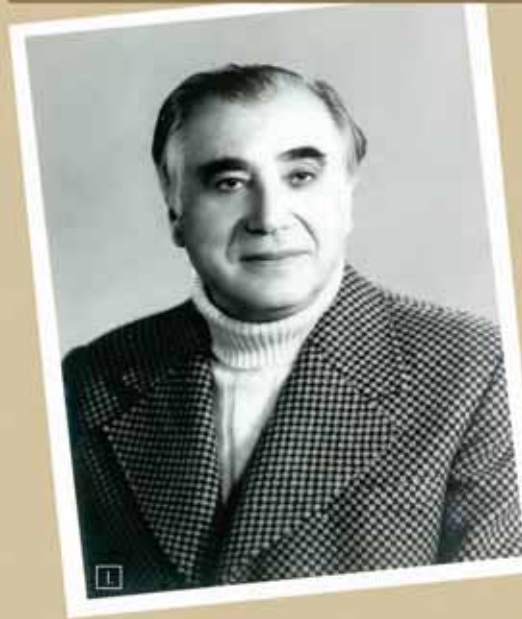
Já no séc. XIX surge a Casa da Caridade. Fundada em 1864, no tempo do Prior José Pedro da Costa Inglês, esta Casa, tinha por finalidade "sustentar, vestir, calçar, pernoitar e tratar os pobres do sexo feminino". Com o tempo, passou a ser porto de abrigo de vagabundos, idosos, crianças, órfãos, paralíticos e alienados.

A Instituição sobreviveu com dificuldades e carências de meios até 1960. Nessa altura foi proposta a sua integração na Santa Casa da Misericórdia de São Brás de Alportel. A decisão foi tomada e concretizada no ano seguinte.

Ilustração: Heráldica de São Brás de Alportel e Albergue de Santa Clara

Médicos que marcaram o povo

DOCTORS WHO LEFT THEIR MARK ON THE PEOPLE



... sabemos de documentos antigos que nos falam de um tal Manuel Guerreiro da Mata, médico natural de Évora que habitava São Brás em 1756. Tivemos ainda conhecimento que Manuel Antunes Rosa, médico de Olivença, aqui residia em 1830. Desconhece-se a sua ação, pois deles não restou nos documentos ou nas memórias das gentes, mais do que o nome e a confirmação da sua existência neste nosso lugar durante algum tempo.

Precisamos chegar ao século XX para encontrar uma sequência interessante de médicos que aqui desenvolveram a sua profissão de forma efetiva. Curioso é que, quase sempre, são filhos da terra, confirmando a *vox populi* que diz que "São Brás é terra de doutores".

We needed to reach the 20th century to find an interesting sequence of doctors who evolved their profession in an effective way. Curiously, almost always, they are all children of the land, confirming the vox populi that states "São Brás, the land of the doctors."

It is worth mentioning the most notable ones, such as: Vitorino Passos Pinto (1870 - 1937), Alberto Júlio Loureiro de Sousa (1881-1962) and Gabriel Pereira de Medeiros Galvão (1907-1993).



1 - Dr. Evaristo Sousa Gago
2 - Dr. Virgílio Martins Coelho
3 - Dr. Mário Dinis Porto



ALÉM DOS MAIS
CONSAGRADOS - VITORINO
PASSOS PINTO, ALBERTO DE
SOUSA E MEDEIROS GALVÃO
-, OUTROS MÉDICOS
EXERCERAM EM SÃO BRÁS DE
ALPORTEL CUJA DEDICAÇÃO
OS INSCREVEU NA HISTÓRIA
E TÓPONÍMIA LOCAL:
VIRGÍLIO MARTINS COELHO
(1909-1971); MANUEL
FRANCISCO NEVES (1907-1985),
MÁRIO DINIS PORTO (1908-1975),
JOÃO FRANCISCO DIAS (1898-1955),
EVARISTO SOUSA GAGO
(1908-1975), SILVA NOBRE (1878-
1968), ENTRE OUTROS.

Dr. Vitorino João Rodrigues Passos Pinto / 1870-1937

VITORINO PASSOS PINTO ENCARNA BEM O MÉDICO BENEMÉRITO, DE TIPO "JOÃO SEMANA", QUE JÚLIO DINIS NOS DESENHA COMO DE CARÁTER IRREPREENSÍVEL, BONDOSO E REVERENCIADO PELA COMUNIDADE ONDE VIVE.

FREQUENTOU O LICEU DE FARO, FORMOU-SE NA ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA E EXERCEU MEDICINA EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL, ESTOI E SANTA BÁRBARA DE NEXE.



1 / 2 - Receita médica e pagela funerária do Dr. Vitorino Passos Pinto



Em 1908, passou a ser conhecido em todo o país e ficou na história da medicina do Algarve como o primeiro a praticar uma operação ao apêndice (apendicectomia) tendo o êxito desta intervenção sido noticiada em 1909 na revista portuense o "Petardo". Tratou-se de uma situação de emergência quando um conterrâneo acorreu ao seu consultório com uma dor forte, a qual foi diagnosticada por este clínico como uma apendicite aguda. O médico, então inexperiente, apercebeu-se que, se este não fosse imediatamente operado, correria risco de vida. A operação teve êxito e o paciente sobreviveu.

Em São Brás de Alportel, perdura ainda a memória das suas peregrinações pela serra, montado num pachorrento burro, pernoitando aqui e além, assistindo os que necessitavam dos seus cuidados. Tinha conta aberta na farmácia para pagar os medicamentos aos seus doentes mais pobres.

Casou-se com Rosa Caiado, que passou a ser a sua assistente em todos os momentos.

Vitorino Passos Pinto incarnates very well the role of meritorious doctor, of irreproachable character, kind and revered by the community where he lived. The memory of his pilgrimages to the mountains in São Brás de Alportel still remains, riding on a lazy donkey, spending the night here and there, aiding those who needed his care. In 1908, he became known all throughout the country and went down in the history of medicine in the Algarve as the first doctor to do an appendix operation.

Dr. Alberto de Sousa
/ 1870 -1937



DE SEU NOME COMPLETO, ALBERTO JÚLIO LOUREIRO DE SOUSA NASCEU EM SANTAREM. FORMOU-SE EM 1906, NA ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE LISBOA E EXERCEU DURANTE OS PRIMEIROS ANOS NA SUA TERRA NATAL.

I - A Escola Médico Cirúrgica de Lisboa



Graduated in 1906 from the Medical-Surgical School in Lisbon. He moved to São Brás de Alportel, where in 1915 was nominated municipal doctor and health sub-delegate. He was the first clinical director of the Carlos Vasconcelos Porto Sanatorium, president of the Commission for the Defense of Interests of São Brás de Alportel and co-founder of the Humanitarian Firefighters Association of São Brás de Alportel.

Fixou-se em São Brás de Alportel, de cujo concelho foi, em 1915, nomeado médico municipal e subdelegado de saúde.

Em 1918, estava em França, na Primeira Grande Guerra, onde ocupou o posto de oficial médico miliciano.

Em 1920, casou com Joaquina Francisca Dias Andrade, filha do rico proprietário Miguel Dias de Andrade.

Foi o primeiro diretor clínico do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, presidente da Comissão de Defesa dos Interesses de São Brás de Alportel e cofundador da Associação Humanitária dos Bombeiros de São Brás de Alportel.

Foi presidente da Junta de Provincia do Algarve e da Comissão Distrital da União Nacional. Foi também presidente da Comissão Administrativa das Caldas de Monchique.

Dr. Medeiros Galvão / 1907-1993



GABRIEL PEREIRA DE MEDEIROS GALVÃO NASCEU NOS AÇORES EM 1907 E FALECEU EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL EM 1993. LICENCIOU-SE EM MEDICINA E CIRURGIA PELA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA, EM 1931.

Teve uma ação política relevante como dirigente local e regional da União Nacional (1936 e 1965) e uma curta carreira parlamentar (1973-1974).

After taking over as municipal doctor, in 1938, Medeiros Galvão was nominated as clinical director of the Carlos Vasconcelos Porto Sanatorium, position he occupied until 1977. Of the four decades at the service of São Brás de Alportel, he leaves grateful memories of his rigor, discipline and technical competence. Paradoxically, his generosity and affability to his patients is insistently referred to.



1 - Certificado de "Fellow" do American College of Chest Physicians
2 - Dr. Medeiros Galvão com os funcionários do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto

Depois de ter ocupado as funções de médico municipal, Medeiros Galvão foi nomeado, em 1938, diretor clínico do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, cargo que ocupou até 1977. Das quatro décadas que dedicou a São Brás de Alportel, restam gratas recordações do seu rigor, disciplina e competência técnica. Paradoxalmente, a sua generosidade e afabilidade para com os seus pacientes é insistentemente referida.

Frequentava algumas instituições internacionais dentro da sua área profissional, destacando-se o seu estatuto de Fellow do American College of Chest Physicians.

A Farmácia Machada



MACHADA PHARMACY

FUNDADA EM 1892, TINHA COMO PROPRIETÁRIO E DIRETOR TÉCNICO JOSÉ PEREIRA DA MACHADA JÚNIOR, CASADO COM MARIA DO ROSÁRIO MACHADA, MORAVA COM A SUA FAMÍLIA NO PISO SUPERIOR DO ESTABELECIMENTO ONDE VIERAM À LUZ OS QUATRO FILHOS DO CASAL. A FARMÁCIA TINHA DUAS PORTAS PARA A TRAVESSA DO MASCARENHAS (ATUAL RUA LUIS DE CAMÕES) E OUTRA A DAR PARA A RUA ALVARO CASTELÕES (ATUAL RUA POETA BERNARDO DE PASSOS).



1 - A família Machada, em abril de 1915.
2 - Placa de rua da antiga Farmácia Machada.

Founded in 1892, its owner and technical director was José Pereira da Machada Júnior. Sr. Machada, as he was known, was a notable, educated and socially active man. He was, from the very beginning, a supporter for the autonomy of the parish of São Brás de Alportel and for its constitution into a municipality. He was a part of the local administration (1916) and aided in the foundation of the Hospital in the 20's and 30's of the 20th century.

O Sr. Machada, como era conhecido, foi um homem notável e culto e socialmente ativo, apoiante desde a primeira hora da autonomia da freguesia de São Brás de Alportel e a sua constituição em concelho.

Participou na administração local (1916) e na criação do Hospital, nos anos 20 e 30 do século XX.

Após a sua morte, em 1951, a Farmácia passou a ser gerida pela sua filha mais nova Maria Teresa Pereira Machado, até ao seu encerramento que ocorreu no início da década de 60 do século XX.

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS
SAÚDE E CULTURA

A SAÚDE EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL



Barbeiros, boticários e republicanos

BARBERS, APOTHECARIES AND REPUBLICANS



A aldeia de São Braz de Alportel tem (...) um médico apenas para uma população de 12 mil almas! 4 farmácias, 2 ao sabor azul e branco e 2 ao sabor verde e encarnado, centros de reunião e cavaqueira.

In Jornal Econ do Sul, nº 10
São Brás de Alportel, 9 de março de 1912

3

FARMACIA LAZARO COSTA

Especialidades farmacêuticas
nacionais e estrangeiras,
perfumarias. Aguas de Vidago,
Sabroso, Pedras Salgadas, etc.

• S. BRAZ D'ALPORTEL

A PAR DAS BARBEARIAS, AS FARMÁCIAS ERAM PONTOS DE ENCONTRO DE REFERÊNCIA E CENTROS DE DISCUSSÃO E CONSPIRAÇÃO POLÍTICA POR EXCELÊNCIA.

- 1 - Agostinho de Móra Faria (farmacêutico)
2 - Lázaro de Sousa Costa (farmacêutico)
3 - Anúncio de jornal, 1912

A figura do Farmacêutico era, nas pequenas cidades e vilas do Algarve de 1900, uma personagem muito considerada e que veio a ganhar cada vez maior relevância em São Brás de Alportel por ocasião da I República.

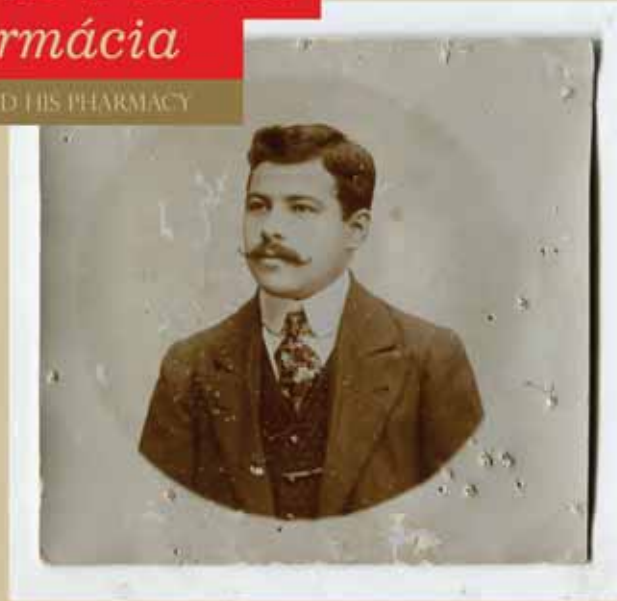
Sendo a localidade um importante centro de resistência republicana através de grandes personagens históricas como Rosa Beatriz, João Dias Nobre e o farmacêutico Virgílio de Passos entre outros, a farmácia era o centro de reunião central onde circulava a mensagem republicana. Em face da escassez de médicos, o farmacêutico estava sempre acessível nos momentos de aflição - por esse motivo era uma personagem próxima do povo. Muitas vezes, acumulava mesmo outras funções, sendo escolhido frequentemente para padrinho, fiador e mediador de conflitos. Esta aura de credibilidade conduziu muitos farmacêuticos à intervenção política e a postos de relevo na administração local, muitas vezes conotados com os diversos partidos políticos.

In the small cities and villages of the 1900 Algarve, the Chemist was a very important figure and became increasingly more so in São Brás de Alportel around the 1st Republic. This aura of credibility led many chemists to political interventions and to occupy many important positions in the local administration, many times connotated with various political parties.

Virgílio de Passos e a sua Farmácia

VIRGÍLIO DE PASSOS AND HIS PHARMACY

A FARMÁCIA PASSOS
É O SEU
PROPRIETÁRIO,
VIRGÍLIO RODRIGUES
DE PASSOS (1882-1945),
REPRESENTAM BEM A
PREPONDERÂNCIA
SOCIAL E POLÍTICA
DESTE TIPO DE
ESTABELECIMENTOS
NAS SUAS
LOCALIDADES.



1 - Pagela publicitária de medicamento desenvolvido na Farmácia Passos

Passos Pharmacy and its owner, Virgilio de Passos (1882-1945), represent very well the social and political preponderance of this type of establishments in their localities. As a chemist, he created, registered and sold some medicines that circulated and gained merit in his locality.

Perdura ainda hoje a memória da velha Farmácia Passos, situada na Rua Gago Coutinho, n.os 53 e 55. O farmacêutico transferiu para aqui o seu estabelecimento que anteriormente se situava apenas à distância de algumas portas (nº 47).

Virgílio de Passos reunia a fina-flor republicana são-brasense que ali discutia os acontecimentos mais marcantes do país e da freguesia. É até legítimo supor que a vida política local, a implantação do Concelho em 1914, o Triângulo Maçónico, tenham tido em boa parte a sua sede na Farmácia Passos. Como farmacêutico, criou, registou e comercializou alguns medicamentos que circularam e ganharam reconhecimento no seu meio.

O Montepio Artístico

THE MONTEPIO ARTÍSTICO



Nos primeiros anos do século XX terá existido em São Brás de Alportel uma instituição a que foi dado o nome de "Monte-Pio João de Deus". Sabemos apenas que o médico Leão Magno surge como mentor da iniciativa e que o farmacêutico José Pereira da Machada Júnior, sócio n.º 41, liquidou a sua quota em julho de 1903.



- 1 - Publicação dos estatutos, 1936
- 2 - Documento comprovativo do pagamento de quotas, 1903

On March 1st, 1913, the São Brás de Alportel's Association of Socorros Mútuos, Montepio Artístico becomes part of the lives of the people of São Brás. The association had a pharmacy and its fundamental mission was to provide its associates with free medical assistance and provide medicines at a minimum price. In 1969, after 56 years at the service of the disadvantaged, the Montepio is dissolved into the Santa Casa da Misericórdia of São Brás de Alportel to where all its funds were transferred.

O PRIMEIRO MONTEPIO NÃO DEVE TER VINGADO, POIS SÓ ALGUNS ANOS DEPOIS, AO SEREM APROVADOS OS SEUS ESTATUTOS EM 1 DE MARÇO DE 1913, A ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS MÚTUOS, MONTEPIO ARTÍSTICO DE SÃO BRÁS DE ALPORTEL PASSA A FAZER PARTE DA VIDA DOS SÃO-BRASENSES. TINHA FARMÁCIA E POR MISSÃO FUNDAMENTAL MINISTRAR AOS ASSOCIADOS ASSISTÊNCIA MÉDICA GRATUITA E FORNECER-LHES MEDICAMENTOS A UM PREÇO MÍNIMO.

A 10 de julho de 1969, o Montepio extingue-se, dissolvendo-se na Santa Casa da Misericórdia de São Brás de Alportel para quem transfere todos os seus bens. Por esta meritória instituição, que durante 56 anos deu apoio aos são-brasenses mais desfavorecidos, passaram nomes de grande relevo como os dos farmacêuticos Virgílio Passos e José Pereira da Machada Júnior, João Viegas Calçada e Antonino Calapez da Cruz.

O Hospital Velho (o que nunca chegou a ser...) (atual Santa Casa da Misericórdia)

OLD HOSPITAL (THE ONE THAT NEVER WAS...)



EDIFÍCIO DO HOSPITAL

L - Relatório da Prestação de Contas do projetado Hospital de São Brás. Aspecto do edifício inacabado, em 1934.

O ENSEJO POPULAR DA CRIAÇÃO DE UM HOSPITAL EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL REMONTA A FIMAIS DO SÉCULO XIX. CONTLUDO, É APENAS EM 1923 QUE É CONSTITUÍDA UMA "COMISSÃO FUNDADORA DO HOSPITAL".

Desta, faziam parte, de entre uma longa lista de nomes, José Pereira da Machada Júnior, Virgílio Passos, Lázaro Costa e Manuel Pires Rico.

Não se sabe em que circunstâncias o arquiteto Carlos Ramos (1897-1969) surge a partir de 1928 a desenhar o projeto do edifício, mas é possível que as obras que desenvolvera em Olhão poucos anos antes possam ter contribuído para a sua escolha. Carlos Ramos viria a ser consagrado como um dos pioneiros do Movimento Moderno em Portugal, sendo autor do Pavilhão do Rádio no IPO, em Lisboa.

Após várias ações de angariação de fundos e um lento avançar das obras, a comissão decide dar por terminadas as suas funções em 1939.

As paredes do edifício inacabado foram entregues à Santa Casa da Misericórdia de São Brás de Alportel, que após várias utilizações acaba por aí instalar a sua sede e Lar de Idosos, utilização que se prolonga até aos nossos dias.



The popular event to create a hospital in São Brás de Alportel, dates back to the end of the 19th century. However, only in 1923 a "Hospital Founding Commission" is created. After slow progress in the construction, the commission decided to terminate its functions in 1939. The unfinished building was handed over to the Santa Casa da Misericórdia of São Brás, who gave it new functions.

O Hospital Novo

(atual Centro de Saúde de São Brás de Alportel)

THE NEW HOSPITAL



L

NA DÉCADA DE 60 DO SÉCULO XX, O ILLUSTRE SÃO-BRASENSE JOSÉ LOURENÇO VIEGAS MANIFESTOU INTERESSE EM CONSTRUIR O TÃO DESEJADO HOSPITAL DE SÃO BRÁS, DISPONIBILIZANDO-SE PARA FINANCIAR O PROJETO, A OBRA E OS EQUIPAMENTOS. DA SUA DETERMINAÇÃO, NASCEU O EDIFÍCIO QUE HOJE ALBERGA O CENTRO DE SAÚDE DE SÃO BRÁS DE ALPORTEL, INAUGURANDO UM TEMPO NOVO NA QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE.

José Lourenço Viegas terá acompanhado de perto o andamento da obra, assumindo até a sua direção. Não se conhece o autor do projeto do edifício.

A iniciativa teve um caráter resolutivo, não tendo o benemérito pedido mais às entidades locais do que a agilização do processo burocrático. Para Lourenço Viegas, o gesto representava o reconhecimento à sua terra natal por tudo quanto dela havia recebido.

O edifício viria a ser ocupado pela primeira vez no dia 25 de outubro de 1966, e a inauguração teve lugar no dia 6 de novembro do mesmo ano, na presença do então Presidente da República, o Almirante Américo Tomás.

A sua atitude altruísta, por esta e outras obras beneméritas, conferiu-lhe em 1966, as insígnias da Ordem de Mérito, grau de Comendador.

L - Cerimónia de inauguração do Hospital de S. Brás, 6 de Novembro de 1966.

In the 60's decade of the 20th century, the notable citizen of São Brás, José Lourenço Viegas, manifested his interest in building the so sought after São Brás Hospital, providing funds, construction and equipment. From his determination was born the building that houses today's São Brás de Alportel's Centro de Saúde (Health Centre), representing a new era in the quality of life of this community.

O Sanatório Carlos Vasconcelos Porto

(atual Centro de Medicina e Reabilitação do Sul)

CARLOS VASCONCELOS PORTO SANATORIUM

HEILBRUNN - CENTER OF MEDICINE AND REHABILITATION OF THE SOUTH



INAUGURADO EM 1918, O SANATÓRIO CARLOS VASCONCELOS PORTO, EM SÃO BRÁS DE ALPORTEL, FOI O PRIMEIRO HOSPITAL A SER CONSTRUÍDO POR INICIATIVA PATRONAL – A COMPANHIA DE CAMINHOS DE FERRO PORTUGUESES.

Inaugurated in 1918, the Carlos Vasconcelos Porto Sanatorium in São Brás de Alportel, was the first hospital to be built under an employer's initiative – the Companhia de Caminhos de Ferro Portugueses (the Portuguese Railway Company). With a rather tumultuous path, the Sanatorium had many crisis, temporary shutdowns and administrative changes. Currently the building is occupied by the Centro de Medicina e Reabilitação do Sul (Centre of Medicine and Rehabilitation of the South).

Teve projeto do engenheiro José Abecassis, Jr (1863-1932), que era então subdiretor dos Caminhos de ferro do Sul e Sueste.

O seu primeiro Diretor Clínico foi o Dr. Alberto de Sousa. Após anos difíceis do ponto de vista económico sucede-lhe, em 1938, o Dr. Gabriel Medeiros Galvão. Com um percurso sinuoso, o Sanatório conheceu muitas crises, encerramentos temporários e alterações administrativas.

in Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, Cristina Fê Santos, 2006

1. / 2. – Aspectos do edifício e varanda;
3. – Pacientes iniciando o período de repouso.

"Fulano foi para o Sanatório" – e a seca informação soava como um dobre de finados. O Sanatório, por antonomásia, pois mais não era preciso acrescentar, era o de São Brás de Alportel. Não havia outro no Algarve. E a vila – nas faldas da Serra do Caldeirão e beneficiando dos seus salúferos ares lavados – ficou inelutavelmente associada ao estabelecimento cujo nome, só com pronúncia-lo, arrepia. Ir para o Sanatório era como ingressar numa espécie de limbo. Por norma, lá se ficava, raro se voltava. O tuberculoso estava, para o século XX, pelo menos até ao seu meado, como o leproso para a idade medievá. O destino do doente era o olvido à perpetuidade, a morte cívica como preâmbulo da morte física.

António Rosa Mendes, 2006
in Sanatório Carlos Vasconcelos Porto,
Cristina Fê Santos, 2006

CAPÍTULO IV

Comemorações do centenário do Sanatório de São Brás de Alportel

100 anos DEPOIS
CICLO DE CONFERÊNCIAS
SAÚDE E CULTURA

8 . SETEMBRO . 2018

O SANATÓRIO

CARLO
PORTO



8 . SETEMBRO . 2018
Museu do Traje de São Brás de Alportel

O SANATÓRIO
CARLOS VASCONCELOS PORTO
-100 ANOS DEPOIS

9:30h - 18:00h - com visita ao Sanatório

Integrado no Ciclo Saúde e Cultura, é uma parceria da Direção Regional de Cultura do Algarve, Câmara Municipal de São Brás de Alportel, ARS Algarve e Universidade do Algarve, tem como palestrantes convidados investigadores nacionais e estrangeiros.



100 anos DEPOIS
CICLO DE CONFERÊNCIAS
SAÚDE E CULTURA



PROGRAMA

// 9:30 -

CONF

ORADORES
LOCAL // MU

// 18:00

SESSÃO DE HOMENAGEM //

- Momento musical e visita ao núcleo histórico

LOCAL // ANTIGO SANATÓRIO VASCONCELOS PORTO
(ATUAL CMFRSUL - CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DO SUL)

INSCRIÇÕES ONLINE // www.cm-sbras.pt





Cristina Fé Santos

(O(s) Sanatório(s) de São Brás de Alportel
– O caso do Sanatório Vasconcelos Porto

Nota biográfica

Licenciada em Património Cultural, pela Universidade do Algarve, mestre em História da Arte, pela mesma universidade, exerce atualmente as funções de técnico superior na Direção Regional de Cultura do Algarve.

Integrou a equipa de “Faro, Capital Nacional da Cultura 2005”.

Autora da publicação “Sanatório Vasconcelos Porto - São Brás de Alportel”, editado pela D. Quixote, em 2006; integrou a equipa coordenadora da exposição “Espaço-Memória” sobre o Ex-Sanatório Carlos Vasconcelos Porto em São Brás de Alportel; co-coordenadora da revista “Promontoria Monográfica – História do Algarve”, nos seus 3 volumes, e da publicação “Pousada de São Brás 1944 -2014” (Casa da Cultura António Bentes - Museu do Traje de São Brás de Alportel, 2014).

Coordenadora e co-autora da publicação “Dra. Laura Ayres (1922-1972) - Uma vida dedicada à Saúde Pública”, e comissária da exposição sobre a Dra. Laura Ayres, integrada no Laboratório Regional de Saúde Pública Dra. Laura Ayres (ARSA Algarve 2009).

Tem colaborado com diversas instituições em atividades ligadas à área do património. É autora de vários artigos sobre história local.

Vítor Ribeiro

(O(s) Sanatório(s) de São Brás de Alportel
– O caso do Sanatório Vasconcelos Porto

Nota biográfica

Licenciado em Arquitetura pela Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto (1997), mestre em Reabilitação da Arquitetura e Núcleos Urbanos (2010) e doutor em *Arquitetura, ramo de Conservação e Reabilitação* (2017) pela Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa, exerce atualmente as funções de técnico superior arquiteto na Câmara Municipal de Castro Marim.

Exerceu atividade docente como Assistente Convidado no curso de pós-graduação em *Planeamento e Construção Sustentável* do Instituto Superior de Engenharia da Universidade do Algarve (2010/2012);

exerceu atividade profissional como técnico superior arquiteto na Câmara Municipal de Vila Real de Santo António (2008/2010) e integrou a equipa de projeto do Gabinete Técnico de Apoio às Aldeias - Sotavento (*Programa de Revitalização das Aldeias do Algarve*, CCDR Algarve) (2001/2007), da qual foi igualmente coordenador (2005/2007).



Foi coordenador-geral e co-autor das publicações *Materiais, Sistemas e Técnicas de Construção Tradicional. Contributo para o estudo da arquitectura vernácula da região oriental da serra do Caldeirão* (CCDR Algarve e Edições Afrontamento, 2008) e *GTAA Sotavento. Síntese dos Trabalhos 2001/2007* (CCDR Algarve, 2008); co-editor e co-autor da publicação *Arquitectura Tradicional no Mediterrâneo Ocidental – 1º Congresso Internacional [Actas]* (Campo Arqueológico de Mértola e Argumentum Edições, 2015); e co-autor das publicações *O Mercado de Faro: uma herança mediterrânea* (Ambifaro, 2017), *Pousada de São Brás 1944-2014* (Casa da Cultura António Bentes - Museu do Traje de São Brás de Alportel, 2014) e *Património Rural Construído do Baixo Guadiana* (Associação Odiana, 2004).

Cristina Fé Santos

Vítor Ribeiro

(O(s) Sanatório(s) de São Brás de Alportel
– O caso do Sanatório Vasconcelos Porto

INTRODUÇÃO

No dia 8 de setembro de 1918, há pouco mais de 100 anos, o Sanatório de São Brás de Alportel (fig.1), o primeiro (e único) estabelecimento do género a ser criado na região algarvia dedicado ao tratamento desse terrível flagelo que era, na época, a tuberculose, abria as suas portas aos funcionários dos Caminhos de Ferro do Estado.



Fig. 1 - O Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, de São Brás de Alportel. S.a., s.d



Fig. 2 - Carlos Vasconcelos Porto. S.a., s.d.

Fruto da iniciativa benemérita do homem cujo nome lhe haveria de ficar justamente associado, Carlos Vasconcelos Porto (fig.2), funcionário dos Caminhos de Ferro do Estado, o sanatório aproveitava assim os *bons ares* que se reconheciam, desde há muito, à beira serra em que se implantava a então ainda jovem vila de São Brás de Alportel.

Ao longo dos anos foram muitos os doentes que por ali passaram - ainda que numa primeira fase fosse somente acessível a funcionários dos Caminhos de Ferro, usufruindo das condições ímpares que o estabelecimento proporcionava - e muitas as histórias que por ali deixaram. Alguns deles até acabariam mesmo por constituir família e se fixar numa região que não era a sua, curados da tuberculose, mas não do amor que por lá encontraram.

Primeira de várias iniciativas destinadas ao mesmo fim - o tratamento da tuberculose -, o Sanatório Carlos Vasconcelos Porto (SCVP) acabaria, porém, por ser o único a ser concretizado.

Tendo resistindo até aos nossos dias, ainda que profundamente alterado e reconvertido a outros fins médico-assistenciais, constitui hoje um elemento patrimonial que importa valorizar, não só pela sua importância assistencial e pelo seu papel inovador do que diz respeito à assistência hospitalar promovida por uma empresa para os seus trabalhadores, mas também pela sua arquitetura adaptada a uma função específica.

SÃO BRÁS DE ALPORTEL E OS SEUS BONS ARES

A escolha de São Brás de Alportel, localidade situada em pleno sotavento algarvio numa zona de transição entre o Barrocal e a Serra, para a construção de um sanatório não surge por acaso, sendo inúmeras as referências aos bons ares da região que se podem encontrar publicadas antes daquela data.

Na edição do *Correio da Noite* de 14 de fevereiro de 1889 pode-se ler que “as condições climatológicas são esplendidas, dando logar a que uma grande parte dos facultativos enviem para allí os seus clientes atacados de tuberculose”¹, razão pela qual, informa a mesma publicação, terá sido esta a localidade sugerida ao infante D. Augusto, então padecente de doença, como a ideal para o seu restabelecimento.

Em 1893, nas páginas do mesmo periódico, podemos encontrar referência a uma visita a esta localidade efetuada pelo Dr. Sousa Martins - médico cuja incansável dedicação aos mais desfavorecidos outorgará, até aos dias de hoje, uma aura de santidade - na sequência da qual este terá ficado “encantado” com o lugar, propondo-se “estabelecer ali um *sanitarium*, sendo a companhia formada por homens de dinheiro e sciencia”, acrescentando a notícia que “O sítio não podia ser melhor e a direcção mais competente”².

A este ilustre clínico muitos outros se lhe seguirão, como é o caso do médico José Filipe Ivaes, que chega mesmo a afirmar ter “visto tuberculosos pulmonares curarem-se ou melhorarem com muito mais facilidade nos campos do Algarve que noutros pontos escolhidos e indicados da Europa”, conclusão a que diz ter chegado “não só em directo exame em pessoas das minhas relações clínicas, mas também no estudo comparativo dos livros da especialidade.”³

Nas décadas seguintes, e já depois da inauguração do SCVP, não é também difícil encontrar referências similares. Num artigo publicado em agosto de 1921 no jornal *Correio do Sul* refere-se que é graças ao seu “clima bendito” que na serra de São Brás de Alportel “se refugiam os desgraçados que a tuberculose chupa e amarelece e para retomarem o vigor antigo e a bela cor

1 - “Chronica Elegante - D. Augusto”. In *Correio da Noite* (1889, 14 de fevereiro), como reproduzido em *Almanach de S. Braz d'Alportel (Algarve) para o anno de 1893 (1892)*. S. Brás de Alportel: João Manuel Rodrigues de Passos, pp. 23-24

2 - “Sanitorium no Algarve”. In *Correio da Noite* (1893, 3 de março), 4058, como reproduzido em *Almanach de S. Braz d'Alportel (Algarve) para o anno de 1894 (1893)*. S. Brás de Alportel: João Manuel Rodrigues de Passos (ed.), p. 30.

3 - Alvares, J. F. (1916, 16 de julho). “Clima Campestre do Algarve”. In *O Algarve*, 434, p. 1.

das faces”, aproveitando “estes campos verdes de hortas e pomares tranquilos, silenciosos, d'um ar de encantamento e sonho que nos torna bons”⁴. Por isso, o local é sugerido como propício não só para estadias prolongadas na procura de cura para males respiratórios, mas também para estadias sazonais, como local de repouso.

Esta última referência ao que hoje podemos chamar de Turismo de Saúde é também tema de um artigo publicado, em 1926, no jornal *Ecoss do Sul*, da autoria de M. Cruz Costa Júnior. Significativamente intitulado “A Indústria da Saúde”⁵, no qual o autor refere que em “S. Braz d'Alportel a quem a sciencia medica vem fazendo desde há anos um largo reclame, sem emolumentos, tem mais uma industria a desenvolver – a industria da saúde”. Desta forma, Costa Júnior procurava evidenciar a importância que esses bons ares poderiam representar, como nova fonte de receita, no desenvolvimento económico do jovem concelho, que desde o séc. XIX tinha na indústria corticeira a sua maior fonte de rendimento, com a sua estrutura económica baseada essencialmente na pequena unidade agrícola.

Todavia, São Brás não é o único local referenciado na região algarvia como apresentando condições propícias ao tratamento da tuberculose. Efetivamente, conforme se pode ler na edição de *O Algarve* de 25 de março de 1917, também a Monchique são reconhecidas, num parecer então remetido à Direcção Geral das Colónias, “todas as condições climatericas e de salubridade” necessárias ao “aproveitamento do estabelecimento termal das Caldas de Monchique, [...] como sanatorio para tratamento dos funcionarios publicos das colonias”⁶. Não constando, porém, que tal adaptação se tenha concretizado, São Brás acabará assim por beneficiar, no domínio da assistência aos tuberculosos, da singularidade ao nível regional, onde não só se instalará o único estabelecimento do género na região, como motivará a proposta de mais dois estabelecimentos sanatoriais: um destinado aos pescadores, como veremos mais adiante, e o outro à população em geral.

No entanto, dado o seu carácter exclusivo, mantendo a população local à margem da assistência ali prestada, a inauguração do SCVP não alteraria o panorama em que no início do século XX se encontrava a vila de São Brás de Alportel, elevada a sede de concelho apenas quatro anos antes⁷, ou seja, desprovida de espaços assistenciais que prestassem os cuidados médicos mínimos necessários à sua população, situação que só se virá a alterar já nos anos 1960⁸.

4 - *Correio do Sul*, 28/08/1921, p. 3.

5 - Costa Júnior, M. C. (1926, 2 de janeiro). “A Indústria da Saúde”. In *Ecoss do Sul*, p. 2.

6 - “Sanatorio em Monchique” (1917, 25 de março). In *O Algarve*, 470, p. 2.

7 - Em 1912 São Brás de Alportel era a maior freguesia do concelho de Faro, contando com cerca de 12.500 habitantes, facto que foi de grande importância para que fosse aprovado um projeto de lei do deputado Machado dos Santos de que resultaria a sua elevação a concelho em 1 de junho de 1914.

8 - Em 1928, por iniciativa de uma “Comissão para a criação de um Hospital”, liderada à época pelo jornal local *Ecoss do Sul*, foi apresentado o projeto para a construção de um hospital em São Brás de Alportel, da autoria do arquiteto Carlos Ramos. No entanto, apesar de iniciada, em 1931, a sua construção acabaria por nunca chegar a ser concluída, por falta de verbas. Nos anos 1970, o remanescente daquela construção, que era muito pouco, foi reaproveitado dando lugar ao atual edifício assistencial da Santa Casa da Misericórdia de São Brás de Alportel. Só nos anos 1960, por iniciativa do benemérito são-brasense José Lourenço Viegas, o concelho passou a dispor de um hospital, inaugurado em 6 de novembro de 1966, espaço onde hoje se encontra o Centro de Saúde de São Brás de Alportel.

CARLOS VASCONCELOS PORTO E O SANATÓRIO DE SÃO BRÁS DE ALPORTEL

Construído num período em que a tuberculose afetava grandemente a população mundial e, por conseguinte, a portuguesa, o SCVP é, como já se referiu, o único sanatório construído em toda a região algarvia. Não direcionado para a população em geral, nem sequer para a população são-brasense, o estabelecimento destinava-se exclusivamente ao tratamento dos ferroviários, funcionários da empresa Caminhos de Ferro do Estado, que padeciam de tuberculose (fig.3). Foi o primeiro hospital inserido numa empresa/indústria para cuidar apenas e só dos seus funcionários, situação que se manteve até ao início da década de 1950, numa época em que o Estado não providenciava os cuidados de saúde a todos os que deles necessitavam.

Na sua origem encontra-se Carlos Vasconcelos Porto⁹, também ele funcionário dos Caminhos de Ferro do Estado. À ação e ao impulso deste homem filantropo dedicado às causas beneméritas se deve não só o Sanatório em São Brás de Alportel, batizado com o seu nome em sua homenagem, mas também um outro sanatório dedicado, também, ao tratamento dos ferroviários tuberculosos, inaugurado alguns anos mais tarde, em 1934, no norte do país, em Mozelos, Paredes de Coura (fig.4).



Fig. 3 - Ferroviários em tratamento na galeria de repouso do SCVP. S.a., s.d.

9 - Carlos Vasconcelos Porto, filho de Nuno António Porto e de Maria Carlota Coelho Vasconcelos, nasceu em Monserrate, Viana do Castelo, a 15 de setembro de 1862 e faleceu no Porto em 2 de novembro de 1945, cidade onde residia. Casou com Margarida Gomes d'Amorim em 21 de dezembro de 1887, em Santarém, onde também nasceu o seu filho, António. Foi um dos grandes protetores da Casa dos Pobres do Porto, instituição que dirigiu durante muito tempo, tendo sido louvado e condecorado com a medalha militar de prata de Comportamento Exemplar, o grau de cavaleiro da Ordem de Avis e a Grã-Cruz de Benemerência, Ordem de que era membro.



Fig. 4 - Sanatório de Mozelos, Paredes de Coura. Fonte: *Gazeta dos Caminhos de Ferro*, s.d

Para o efeito, Carlos Vasconcelos Porto desenvolveu várias iniciativas para angariar fundos que viabilizassem a construção do sanatório em São Brás de Alportel. A primeira medida que toma nesse sentido foi a de expor a situação a todos os funcionários dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste e do Minho e Douro, propondo-lhes que todos os meses retirassem dos seus salários “um vintém”. A ideia foi aceite e em pouco tempo foi possível angariar a quantia de 200 escudos. Uma outra iniciativa, por ele tomada, foi a edição de livros de poemas, identificados como *Album Litterario e Artístico*. Surgem, assim, duas obras: *Folhas de Ouro*, em 1917 (edição numerada), e *Horas Serenas*, em 1923 (fig.5) - esta última visando também a angariação de verbas para a construção do sanatório a construir em Paredes de Coura -, nas quais terão “gentilmente colaborado [...diversos] Escriptores e Artistas Portuguezes”, associando-se desta forma ao louvável propósito¹⁰.

10 - Na primeira daquelas obras colaboraram, na parte literária: D'Azevedo Castello Branco; Adriano Morgado Camêlo, Affonso de Dornellas; Affonso Lopes Vieira; Agostinho de Campos; Alberto Marques Pereira; Alberto Monsaraz (Conde de Monsaraz); Alberto Pimentel; Alfredo da Cunha; Alfredo Passanha; Alfredo Pimenta; Alfredo Pinto (Sacavem); Álvaro de Castelões; Álvaro de Paiva; Ana de Castro Osório; Antonio Candido; Antonio Corrêa de d'Oliveira; Antonio da Penha e Costa; Antonio Sardinha; Augusto Gil; Augusto de Lacerda; Augusto de Santa-Rita; Ayres de Ornellas; Ayres de Sá; Bento Carqueja; Bernardo de Passos; Branca de Gonta Colaço; Caêl; Candido de Figueiredo; Candido Guerreiro; Carneiro de Moura; Cesar de Frias; Christovam Ayres; Conde de Sabugosa; Cruz Magalhães; Cruz Moreira (Caracoles); Cunha e Costa; Domitília de Carvalho; E. Severim de Azevedo (Crispim); Eduardo Garrido; Eduardo Schwalbach Lucci; Ernesto de Vasconcelos; Eugenio de Castro; F. Gomes Teixeira; F. de Macedo Lopes; F. Rangel de Lima; Fernandes Costa (General); Francisco de Queiroz; Francisco dos Santos-Viegas; Garcia Pulido; Gomes de Brito; Guerra Junqueiro; Henrique Lopes de Mendonça; Hippolyto Raposo; Hygino Mendonça; J. A. Moreira d'Almeida; J. C. Rodrigues da Costa; J. Leite de Vasconcelos; J. de Oliveira Simões; Jaime de Magalhães Lima; João do Amaral; João Costa; João de Deus Ramos; João da Rocha; João Saraiva; Joaquim Leitão; José Antonio de Freitas; José Caldas; José Coelho da Cunha; José Victorino Ribeiro; Julio Brandão; Julio de Castilho; Julio Dantas; Lourenço Cayolla; Luciano Pereira da Silva; Luís de Almeida Braga; Luiz de Magalhães; Luthgarda de Caires; Manoel d'Arriaga; Maria Amalia Vaz de Carvalho; Maria Candida Parreira; Maria de Carvalho; Maria José de Azeredo Teixeira de Aguilár; Maria Magdalena de Martel Patrício; Maria O'Neil; Mario Beirão; Martinho da Fonseca; Mayer Garção; Mécia Mousinho de Albuquerque; Pinto de Carvalho (Tinop); Ruben de Lara; Santos Farinha; Silva Campos; Sousa Costa; Teixeira de Paschoaes; Teixeira de Queiroz; Vicente Almeida d'Eça; Vicente Arnos; Virginia de Castro e Almeida; Visconde de Villa-Moura; e Xavier de Magalhães (Gamalhães); e, nas ilustrações: Affonso de Dornellas; Alfredo Guedes; Carlos Reis; Emilia Santos Braga; Felix da Costa; Helena Gameiro; J.V. Salgado; João Vaz; Jorge Colaço; José Albino Armando; José Campas; José Malhóia; Luiz Costa – Folha d'Album - Capricho; Luz de Freitas Branco – Peça para piano; Maria Alexandrina Ferreira Chaves; Maria da Conceição de Lemos Magalhães; Roque Gameiro; Teixeira Lopes; Visconde de Moraes Sarmento; e Visconde de Sacavém (José).

Em Faro foi também organizada, em 28 de fevereiro de 1917, uma récita no Cine-Teatro Farense com o fim de angariar dinheiro para a construção do sanatório de São Brás, a que se associou o produto obtido com a venda da edição da colectânea dos poemas ali apresentados, intitulada *Coração Algarvio*¹¹. (fig. 5)



Fig. 5 - Capas das obras publicadas cujas receitas reverteram para a construção do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto.

Na segunda obra referida colaboraram: † A. Cardeal Patriarcha; Acacio Leitão; Acácio de Paiva; A. de Vasconcelos Porto; Afonso Lopes Vieira (Prefácio e); Agostinho Lucio; A. J. Ferreira da Silva (Dr.); Albertina Paraizo; Alberto Bessa; Alberto Monsarraz; Alberto Pimentel; Alberto Pinheiro Torres; Alfredo Bensaude; Alfredo da Cunha; Alfredo Pimenta; Alfredo Pinto (Sacavém); Alvaro de Paiva; Alvaro Possollo; Amadeu da Costa Carvalho; Americo Durão; Anselmo Vieira; Anthero de Figueiredo; António Alves Martins; Antonio Arroyo; Antonio Cabral; Antonio Cabreira; Antonio Corrêa Simões (D.), Deão; Antonio Sardinha; Arronches Junqueiro; Augusto Forjaz; Aurélio Costa Ferreira; Ayres de Sá; Azul; Bento Carqueja; Bernardo da Costa Mesquitella (D.); Bernardo Valentim Moreira de Sá; Branca de Gonta Colaço; Brito Rebello; C. A. Marques Leitão; Caldeira Rebollo; Camara Lima; Candida Ayres de Magalhães; Candido de Figueiredo; Candido Guerreiro; Caracoles; Carlos Afonso dos Santos; Carneiro de Moura; César de Frias; Christovam Ayres; Conde de Bertíandós; Conde de Sabugosa; Condessa de Vinhó e Almedina; David Lopes; Eça de Almeida; Ed. Brazão; Edgar Prestage; Eduardo Pimenta; Ernesto de Vasconcelos; Fernanda de Castro; Fidelino de Figueiredo; Francisco dos Santos Viegas; F. Rangel de Lima; Frederico Oom; Gomes de Brito; Gonçalo Nogueira, Mons; Hemeterio Arantes; Henrique Trindade Coelho; Hipolyto Raposo; Higyno de Mendonça; Jacintho Nunes; Jayme Ferreira; Jayme de Magalhães Lima; Jayme Victor; J. de Oliveira Simões; J. J. Nunes; J. J. Teixeira Botelho; J. Leite de Vasconcellos; J. Malheiro Reymão; J. M. Greenfield de Mello; J. Pedro Teixeira; † João (Arcebispo de Mitylene); João de Barros; João Costa; João Franco; João Grave; João Tello de Magalhães Collaço; Joaquim Lima; Jorge Teixeira; José Caldas; José Maria Rodrigues (Dr.); José Pessanha (D.); José Schmidt Rau; José Tátá; José Valente de Faria; Julio Dantas; Júlio de Lemos; L. de Figueiredo da Guerra; Lino Ferreira; Luciano Pereira da Silva; Luz de Almeida Braga; Luz de Magalhães; Luiz de Viveiros Pereira; Luzia; L. Xavier Barbosa; Mafalda Mousinho de Albuquerque (Ruben de Lara); † Manuel, Arcebispo de Évora; Manuel Ribeiro; Maria Alvares; Maria Candida Parreira; Maria do Carmo de Rezende; Maria de Carvalho; Maria Fernanda de Castro e Quadros; Maria Fraga; Maria José de Azeredo Teixeira de Aguilar; Maria Leonor Reis; Maria da Luz Sobral; Maria Magdalena; Maria Telles da Sylva; Mariano Gracias; Mario Beirão; Mário de Campos; Martinho da Fonseca; Miguel Correia; Moreira Junior; Pires de Lima da Fonseca; Rodrigo A. Pequito; Rodrigues Davim; Ruy Cordovil; Sabino Coelho; Samuel Maia; Santos Farinha; Santos Tavares; Solano de Abreu; Thomaz d'Almeida Manuel de Vilhena (D.); Thomaz d'Eça Leal; Thomaz de Mello Breyner (D.); Thomaz Ribeiro Colaço; V. Chagas Roquette; Vicente Arnoso; Vicente Monteiro; Virginia Victorino; Visconde de Villa Moura; e Weiss d'Oliveira.

¹¹ - Nesta edição colaboraram: D. Bernardo Mesquitella; Bernardo de Passos; Candido Guerreiro; Coelho de Carvalho; Elisa Shiappa Roby; Emilio Shiappa Roby; João Lucio; José Castanho; José Dias Sancho; Julio Dantas; Matheus Moreno; Raul Pousão Ramos; Rodrigues Davim; e Salazar Moscozo.

O Sanatório Carlos Vasconcelos Porto: da casa rural ao complexo hospitalar atual

O terreno escolhido para a instalação do SCVP localiza-se no sítio de Almargens, a cerca de 3 quilómetros da vila e a duzentos e noventa e oito metros de altitude¹². Esta localização permitia que os doentes se mantivessem à margem dos habitantes da vila, assegurando o isolamento que a doença, pela sua contagiosidade, impunha. Esse isolamento, porém, nem sempre terá sido eficazmente conseguido, pois conforme se pode constatar pela descrição feita, em 1929, por Estanco Louro, os doentes “circulam livremente, por entre a população – frequentam as tabernas, namoram, casam, etc.”¹³, ou seja, faziam tudo o que era suposto não fazerem a fim de evitar o contágio da população local.

Resultante de uma doação de Francisca Pires Uva (fig.6), o terreno, vasto e dispendioso de zona baixa relativamente plana e uma encosta voltada a sul, apresentava-se dotado por isso de boa exposição solar e abrigado dos ventos de norte. A instalação do sanatório irá aproveitar a casa rural existente, em cujo alçado principal sobressaía um torreão, com dois pisos, encimado por telhado de tesouro na sua extremidade nascente, dispondo a área restante de apenas um piso e cobertura em açoteia (fig. 7).



Fig. 6 - Francisca Pires Uva. S.a., s.d.

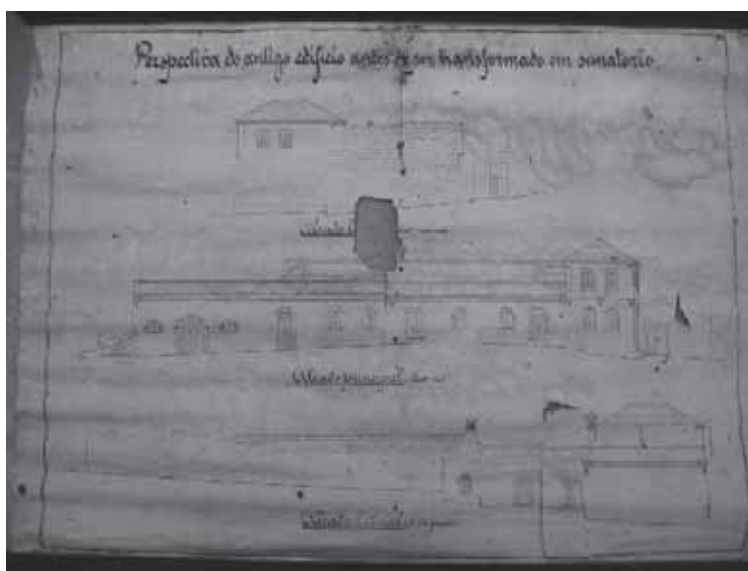


Fig. 7 – A casa rural preexistente que viria a dar lugar ao SCVP. S.a., s.d. Cristina Fé Santos, 2002.

12 - Araújo, A. T. (1994). *História da Pneumologia Portuguesa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, p. 368.

13 - Louro, E. (1996 [1929]). *O Livro do Alportel* (3.ª ed.). S. Brás de Alportel: Câmara Municipal, p. 394.

Da casa rural então existente, porém, pouco restará (fig. 8), para além da memória do torreão que o remate da extremidade nascente do Sanatório evoca, com o frontão que o distingue do volume restante, e alguns dos vãos do piso térreo que seguem o ritmo e posição dos originais (fig. 9). Nas traseiras, as cantarias de alguns vãos denunciam também a sua pertença ao edifício preexistente (fig. 10), que corresponderia a um *monte* de lavrador abastado que terá chegado até nós, a exemplo de muitos outros, como “uma amálgama arquitectónica onde se cruzam e acumulam soluções e expressões de diferentes épocas”¹⁴, a que as guarnições dos vãos em cantaria - integradas no edifício, muito possivelmente, na centúria de Oitocentos no âmbito de obras de melhoramento - e o torreão e respetiva cobertura conferiam distinção social.



Fig. 8 – Alçado principal do SCVP. S.a., s.d. Cristina Fé Santos, 2002.



Fig. 9 – O torreão do SCVP evocativo da casa rural preexistente. Vítor Ribeiro, 2021.

14 - Caldas, J. V. (2010). “Verdade e ficção acerca da casa rural vernácula do Baixo Algarve”. In Queiroz, J. e Santos, M. (Coord.). *Cidades e Mundos Rurais. Tavira e as sociedades agrárias*. Tavira: Câmara Municipal, p. 55.



Fig. 10 - Dois vãos da casa rural, com guarnições em cantaria, conservados na fachada tardoz. Vítor Ribeiro, 2021.

O projeto de ampliação e adaptação, arquitetónica e funcional, do imóvel existente aos fins em vista, ou seja, ao uso sanatorial, teve como modelo o Sanatório Buenas Vistas (Boas Vistas), situado perto de Madrid, onde funcionários dos Caminhos de Ferro se deslocaram em 1916 com o intuito de tomar conhecimento das melhores práticas técnicas, quer clínicas quer construtivas, adotadas nessa época. A autoria do projeto é do Eng.º José Abecasis¹⁵, que na data ocupava o cargo de diretor dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste, e a execução da obra esteve a cargo de Eduardo Frederico de Mello Garrido, então responsável pela Secção de Obras do Sul, seguindo os “conselhos do Dr. José Joaquim de Almeida, presidente da Assistência aos Tuberculosos”, resultando numa edificação bem adaptada ao fim a que se destinava.

Um dos aspetos mais notórios do novo edifício resultante das obras de adaptação à nova função é, sem dúvida alguma, o varandim que se estende ao longo de quase toda a fachada principal (fig. 11). Suportado por uma estrutura metálica constituída por frações de carris, da marca Bochum, fabricados em 1884 e 1892, reaproveitados para esta finalidade¹⁶(fig.12), e dotado de uma boa exposição solar, como não poderia deixar de ser por força das práticas terapêuticas seguidas na época no combate à tuberculose, este varandim constituía a designada galeria de cura. Era neste espaço fundamental que os doentes passavam boa parte do dia, em camas de rede, cumprindo o repouso, parte integrante do processo de cura, recebendo a exposição da luz solar e respirando os bons ares que o seu processo terapêutico exigia.

15 - José Abecasis (ou Abecassis) Júnior nasceu a 1 de outubro de 1863 em Vila Real de Santo António e veio a falecer a 24 de abril de 1932 em Lisboa. Da sua obra, que não foi ainda alvo de um trabalho de fundo de investigação, são de destacar o projeto de adaptação do Forte do Outão a sanatório (c. de 1900) e a versão final do projeto da filial do Porto do Banco de Portugal, em que a sua participação surge após a morte dos arquitetos Ventura Terra e José Teixeira Lopes.

16 - Com efeito, os elementos utilizados na estrutura do Sanatório evidenciam uso em ambos os lados da superfície de rolamento. A (re)utilização destes materiais para este fim, diverso daquele para que foram originalmente fabricados, representa não só o contributo, em espécie, dos Caminhos-de-Ferro do Estado - Sul e Sueste para esta obra, como também um esforço de economia de meios. A sua disponibilidade terá resultado de ações de renovação da via, que, em geral, consiste na substituição dos carris, no sentido de melhorar a qualidade da circulação e, por conseguinte, dos serviços prestados (oferecendo mais segurança e maior velocidade), e evidencia a existência de meios financeiros para adaptar a via à circulação de melhores comboios, nomeadamente rebocados por locomotivas mais potentes e pesadas.



Fig. 11 - A galeria de cura do SCVP. Vítor Ribeiro, 2021.

Do lado poente, numa posição ligeiramente recuada, virá ainda a ser construída a Casa do Diretor, edifício de construção posterior que se destaca do conjunto pela sua imagem mais modernista, mas cuja autoria e data de construção não foi ainda possível apurar (fig.13).



Fig. 12 - Pormenor da estrutura metálica de suporte da galeria de cura, onde é visível a origem e data de fabrico. Pedro Gago, 2022.



Fig. 13 - A Casa do Diretor do SCVP.
Vítor Ribeiro, 2021.

Três décadas depois da construção do SCVP, a zona onde este se implanta volta a ser a escolhida para a construção de um segundo sanatório. O novo equipamento é promovido pela Junta Central das Casas dos Pescadores (JCCP), destinando-se a servir, também em regime de exclusividade, os respetivos filiados. Para o efeito, a JCCP adquire um terreno a nascente do SCVP, no prolongamento da mesma encosta orientada a sul onde este se implanta, e encomenda o projeto ao arquitecto Jorge Oliveira¹⁷, há poucos anos instalado na região algarvia, onde terá sido o primeiro arquitecto residente¹⁸.

Na primeira metade de 1947, já com os terrenos adquiridos pela JCCP¹⁹, Jorge Oliveira apresenta um primeiro estudo para o referido sanatório. Submetido à apreciação do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT), o projeto seria objeto de uma revisão em termos de organização funcional, não sofrendo alterações na sua imagem arquitectónica.

Com o seu volume pesado e simétrico, que se apoia no terreno sobre um embasamento de pedra a que corresponde um piso semienterrado, o edifício proposto por Jorge Oliveira apresenta uma fachada principal marcada pela ampla escadaria que conduz ao pórtico da entrada principal, exibindo uma certa monumentalidade a que as grelhagens de tijolo em v, nas varandas do último piso, conferem um toque regionalista, com as galerias de cura, voltadas a sul, como se impunha, a sublinharem a função acentuando-lhe a horizontalidade (fig.14).

17 - Nascido em Tomar em 1907 e formado em arquitetura pela Escola de Belas Artes do Porto, Jorge de Oliveira instala-se no Algarve em 1943, a convite do então ministro das Obras Públicas Duarte Pacheco, para dirigir os Serviços de Arquitetura e Urbanismo da Junta de Província do Algarve, onde permanece até ao seu regresso a Lisboa em finais dos anos 1950. Jorge de Oliveira notabilizou-se no domínio dos equipamentos públicos como autor de uma "arquitetura de Estado", devidamente "embrulhada" em papel de memória: ora com referências historicistas, como na fachada da Câmara Municipal de Faro, na sede da Junta de Província do Algarve (atual CCDR) ou no Comando Distrital da PSP; ora regionalistas, como nos mercados de Faro (já demolido), de Silves e de São Bartolomeu de Messines ou na Creche Nossa Senhora de Fátima e na Casa do Poeta, em Faro, consoante a escala e a importância do edifício.

18 - Fernandes, J. M. (2006, março). "De Jorge Oliveira a Gomes da Costa. Dois Autores e Duas Concepções da Arquitectura no Século XX em Faro". In *Revista Monumentos*, 24, p. 142.

19 - Silva, J. B. da [s.d.]. *A propósito do Sanatório «Carlos Vasconcelos Porto»*. Vila Real de Santo António, [S.n.], [s.p.].



Fig. 14 - Projeto do Sanatório da JCCP: fachada principal. Jorge Oliveira, 1947. Fonte: Arquivo da Biblioteca da UAlg, espólio do Arq.º Jorge Oliveira.

Como grande parte das suas obras algarvias - até, pelo menos, ao início da década de 1950 -, que lhe granjearam uma reputação de conservadorismo arquitetónico, o vocabulário arquitetónico “português suave” que caracteriza esta proposta contrastava fortemente com o modernismo que arquitetos como Manuel Laginha, Manuel Gomes da Costa e Vicente de Castro, mais jovens, algarvios e que começam a exercer na região a partir de finais dos anos 1940, imprimiriam às suas obras, mas adequava-se, certamente, ao gosto ou imagem que os organismos oficiais pretendiam promover.

Como anuncia o *Correio Olhanense*, ainda no final de 1948²⁰, e dá conta o *Jornal do Pescador* em fevereiro do ano seguinte²¹, a primeira pedra do sanatório da JCCP terá mesmo chegado a ser lançada, no início de 1949, num ato precedido de uma cerimónia solene que teve lugar no vizinho SCVP.

A sessão, presidida pelo então Governador Civil do distrito, Dr. Luís Vaz de Sousa, contou ainda com as presenças do comandante Henrique Tenreiro, presidente da JCCP, do Eng.º Sebastião Ramires, deputado pelo Algarve e ex-ministro, do Dr. José Correia do Nascimento, presidente da Junta de Província, do Dr. Matos Proença, presidente da Câmara Municipal de S. Brás de Alportel, e do Dr. Medeiros Galvão, diretor clínico do SCVP, tendo o reverendo Sena Neto, pároco de São Brás, procedido à sagração do ato.

No primeiro discurso da cerimónia, o comandante Henriques de Brito, capitão do porto de Tavira, a quem o jornal atribuía a ideia da criação do Sanatório, “lembrou ainda a conveniência que os algarvios teriam em construir também um outro sanatório naquela região, para as classes média e rica”²². No entanto, no seu discurso, o governador civil reconhecia “não ter ainda toda a verba votada para a projetada construção”, afirmando, porém, que “tinha fé no Chefe do Governo e em si próprio”²³ para conseguir reunir os sete mil contos em que a obra estava avaliada.

20 - “O sanatório a construir nos arredores de S. Brás de Alportel” (1948, 12 de dezembro). In *Correio Olhanense*, 45, p. 8.

21 - “Foi lançada a primeira pedra para a construção de um sanatório, em S. Brás de Alportel, destinado aos pescadores tuberculosos” (1949, fevereiro). In *Jornal do Pescador*, p. 12.

22 - “O sanatório a construir nos arredores de S. Brás de Alportel” (1948, 12 de dezembro). In *Correio Olhanense*, 45, p. 8.

23 - Idem, *ibidem*.

Todavia, em 1952 o SCVP encerra “por despacho do Ministério das Comunicações, assim como todos os outros sanatórios que são pertença dos caminhos-de-ferro, por falta de verbas”²⁴. E no ano seguinte, quer o Fundo de Assistência, quer os edifícios dos sanatórios então pertença dos Caminhos de Ferro do Estado (S. Brás de Alportel e Paredes de Coura), “com todos os seus pertences, anexos e imóveis [são] devolvidos ao Ministério das Finanças, que por sua vez os cederá, a título definitivo, ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos”²⁵.

A concentração da assistência aos tuberculosos neste organismo terá ditado também, porventura, o abandono da ideia da criação do sanatório da JCCP. Sem verba assegurada para a sua construção, este nem sequer chega assim a sair do papel, tendo os terrenos que lhe estavam destinados acabado por ser cedidos ao IANT, em 1966, “gratuita[mente], mas a título precário”, para ampliação do SCVP, ainda que com a condição de dar “prioridade sobre quaisquer outros candidatos ao internamento, [a] todos os pescadores naturais do Algarve ou residentes naquela província e inscritos como sócios efectivos nas respectivas Casas dos Pescadores que sofram de tuberculose pulmonar e careçam de sanatorização”²⁶.

Entretanto, já com o SCVP sob a alçada do IANT, surge a indicação, no relatório de atividades do Ministério das Obras Públicas do ano de 1954, na secção relativa à Comissão de Construções Hospitalares (CCH), de que estava “em estudo” a respetiva ampliação. Nesse mesmo ano, o ministro das Obras Públicas, numa das suas “visitas de estudo”²⁷ ao Algarve, passa pelo SCVP onde se inteira do andamento do processo de ampliação, cujo “projeto definitivo”²⁸ previa um aumento da capacidade daquele equipamento para 150 camas (mais 100 do que as então disponíveis).

Associado a este projeto está de novo o arquiteto Jorge Oliveira, mas agora com uma proposta cuja imagem contrasta, de forma acentuada, não só com a exibida pelo sanatório da JCCP, mas também com a que caracteriza as suas primeiras, e mais conhecidas, obras algarvias. Não se coibindo de renovar de forma radical a imagem da fachada principal do edifício original do SCVP, Oliveira associa-lhe um conjunto de elementos formais (lâminas *brise-soleil*, pilotis, grelhas, cobertura plana...) (fig.15) que nos remetem, de forma evidente, para muito do que de melhor, e



Fig. 15 - Projeto de ampliação do SCVP: fachada principal. Jorge Oliveira, 1954. Fonte: Arquivo da Biblioteca da UAlg, espólio do Arq.º Jorge Oliveira.

24 - Santos, C. F. (2006). *Sanatório Vasconcelos Porto – São Brás de Alportel*. Lisboa: Dom Quixote, p. 67.

25 - Decreto-Lei n.º 39.505 (1953, de 31 de dezembro). *Diário do Governo*, I Série, 290, pp. 1162-1663.

26 - Santos (2006), op. cit., p. 68.

27 - Ministério das Obras Públicas (1955). “Comissão das Construções Hospitalares”. In *Relatório de atividades do Ministério no ano de 1954*. Lisboa: Ministério das Obras Públicas, p. 177.

28 - Ministério das Obras Públicas (1954). *Visitas de estudo do Ministro*. Lisboa: Ministério das Obras Públicas, p. 213.

“moderno”, se produziu ao longo dos “verdes anos” 1950²⁹ da arquitetura portuguesa, onde se incluem as obras dos já citados M. Laginha, M. Gomes da Costa e V. de Castro.

No entanto, este novo projeto, que contemplava a extensão do edifício original do sanatório para nascente mantendo os dois pisos preexistentes, acabaria por não ter melhor sorte que o da JCCP. Preterido, em 1955, em favor da proposta de Augusto Manuel Lopes Galvão, arquiteto da CCH³⁰, numa fase coincidente com o início da renovação funcional dos hospitais decorrente da evolução das próprias práticas clínicas, o projeto ficará esquecido no arquivo pessoal do autor³¹. Constitui, porém, testemunho revelador, mas até hoje desconhecido, de uma produção arquitectónica menos vinculada do que se julgava à imagem historicista e regionalista que tem sido associada a Jorge Oliveira a partir de uma leitura muito parcial da sua obra, como aliás um estudo recente veio demonstrar³², evidenciando uma capacidade de distanciamento do formulário “português suave” e uma maior aproximação à linguagem do movimento moderno que lhe não eram reconhecidas. Após a passagem para a alçada do IANT, o SCVP reabre em 1957, entrando em obras de ampliação em 1960, o que lhe permitirá poder também albergar, a partir de 1963, doentes do sexo feminino. A sua capacidade irá depois aumentar para 124 camas com a construção de um novo edifício adjacente, inaugurado em 1968 após a conclusão dos acessos, circulações exteriores, iluminação, etc. (fig.16).



Fig. 16 - Corpo de ligação entre o edifício original e a ampliação executada nos anos 1960. Vítor Ribeiro, 2021.

29 - Tostões, A. (1994). *Arquitectura portuguesa nos anos 50: “Os verdes anos” ou o movimento moderno em Portugal* (Dissertação de Mestrado em História da Arte Contemporânea, Universidade Nova de Lisboa).

30 - Nunes, J. C. A. (2017). *A arquitectura dos sanatórios em Portugal, 1850-1970* (Tese de doutoramento em Arquitectura, Universidade de Coimbra), Vol. II, p. 485.

31 - O espólio encontra-se parcialmente depositado na Universidade do Algarve.

32 - Cf. Agarez R. (2016). *Algarve Building: Modernism, Regionalism and Architecture in the South of Portugal, 1925-1965*. Oxon (UK): Routledge.

33 - Nunes (2017), op. cit., p. 486.

Integrado no Hospital Distrital de Faro em 1991, o antigo Sanatório Carlos Vasconcelos Porto é por fim encerrado no dia 30 de junho de 2002, iniciando em 2007, depois de devidamente adaptado, um novo capítulo da sua vida centenária como Centro de Medicina e Reabilitação do Sul: até 2013 em regime de PPP³⁴, depois passando a ser gerido pela ARS Algarve e finalmente, desde 2017, integrado no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), de que constitui um dos quatro polos.

Bibliografia:

- Agarez R. (2016). *Algarve Building: Modernism, Regionalism and Architecture in the South of Portugal, 1925-1965*. Oxon (UK): Routledge.
- Álvares, J. F. (1916, 16 de julho). "Clima Campestre do Algarve". *In O Algarve*, 434, p. 1.
- Araújo, A. T. (1994). *História da Pneumologia Portuguesa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Caldas, J. V. (2010). "Verdade e ficção acerca da casa rural vernácula do Baixo Algarve". In Queiroz, J. e Santos, M. (Coord.) *Cidades e Mundos Rurais. Tavira e as sociedades agrárias* (pp. 49-63). Tavira: Cmara Municipal.
- "Chronica Elegante - D. Augusto". *In Correio da Noite* (1889, 14 de fevereiro), como reproduzido em *Almanach de S. Brás de Alportel (Algarve) para o anno de 1893 (1892)*. S. Brás de Alportel: João Manuel Rodrigues de Passos, pp. 23-24.
- Costa Júnior, M. C. (1926, 2 de janeiro). "A Industria da Saúde". *In Ecos do Sul*, p. 2.
- Decreto-Lei n.º 39.505 (1953, de 31 de dezembro) *Diário do Govêrno*, I Série, 290, pp. 1162-1663.
- Fernandes, J. M. (2006, março). "De Jorge Oliveira a Gomes da Costa. Dois Autores e Duas Concepções da Architectura no Século XX em Faro". *In Revista Monumentos*, 24, p. pp. 140-147.
- "Foi lançada a primeira pedra para a construção de um sanatório, em S. Brás de Alportel, destinado aos pescadores tuberculosos" (1949, fevereiro) *In Jornal do Pescador*, p. 12.
- Louro, E. (1996 [1929]) *O Livro do Alportel* (3.ª ed.). S. Brás de Alportel: Câmara Municipal. p.394.
- Ministério das Obras Públicas (1954). *Visitas de estudo do Ministro*. Lisboa: Ministério das Obras Públicas.
- Ministério das Obras Públicas (1955). "Comissão das Construções Hospitalares". *In Relatório de atividades do Ministério no ano de 1954* (pp. 175-178). Lisboa: Ministério das Obras Públicas.
- Nunes, J. C. A. (2017) *A arquitectura dos sanatórios em Portugal, 1850-1970* (Tese de doutoramento em Arquitectura, Universidade de Coimbra). Oliveira, J. de (1947) *Junta Central das Casas de Pescadores – Ante-projecto de um sanatório para S. Brás do Alportel*. Arquivo da Biblioteca Central da Universidade do Algarve.
- Oliveira, J. de (1948) *Junta Central das Casas de Pescadores - Projecto do sanatório em S. Brás do Alportel*. Arquivo da Biblioteca Central da Universidade do Algarve.
- Oliveira, Jorge de (1954). *Estudo de ampliação do sanatório de S. Brás do Alportel*. Arquivo da Biblioteca Central da Universidade do Algarve.
- "O sanatório a construir nos arredores de S. Brás de Alportel" (1948, 12 de dezembro). *In Correio Olhanense*, 45, p. 8.
- Portas, N. (2008) *Arquitectura para hoje, seguido de Evolução da Arquitectura Moderna em Portugal*. Lisboa: Livros Horizonte.
- "Sanatorio em Monchique" (1917, 25 de março). *In O Algarve*, 470, p. 2.
- "Sanitorium no Algarve" *In Correio da Noite* (1893, 3 de março), 4058, como reproduzido em

Almanach de S. Braz d'Alportel (Algarve) para o anno de 1894 (1893). S. Brás de Alportel: João Manuel Rodrigues de Passos (ed.), p. 30.

Santos, C. F. (2006). *Sanatório Vasconcelos Porto – São Brás de Alportel*. Lisboa: Dom Quixote.

Silva, J. B. da [s.d.]. *A propósito do Sanatório «Carlos Vasconcelos Porto»*. Vila Real de Santo António, [S.n.], [s.p.].

Tostões, A. (1994). *Arquitectura portuguesa nos anos 50: “Os verdes anos” ou o movimento moderno em Portugal* (Dissertação de Mestrado em História da Arte Contemporânea, Universidade Nova de Lisboa).

Agradecimentos:

À Dr.^a Salomé Horta, diretora da Biblioteca da Universidade do Algarve na data em que fizemos a pesquisa para esta comunicação, pela simpatia e disponibilidade, permitindo-nos aceder sem reservas ao espólio do arquiteto Jorge Oliveira que se encontra depositado naquele arquivo. À Dra. Rosa Gomes e ao Luís Marques pela disponibilidade em esclarecer as questões que se nos foram colocando no que diz respeito à História dos Caminhos de Ferro.



Renato da Gama-Rosa Costa

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz/Ministério da Saúde do Brasil

Arquitetura sanatorial: contribuições a partir do Sanatório Vasconcelos Porto

Nota biográfica

Arquiteto e urbanista (Universidade Federal Fluminense - 1987), mestre em Arquitetura (Universidade Federal do Rio de Janeiro - 1998), doutor em Urbanismo (Prourb/Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institut d'Urbanisme de Paris) e Pós-doutorado pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2014). É tecnologista sênior e investigador da Fundação Oswaldo Cruz, onde é chefe do Departamento de Patrimônio Histórico da Casa de Oswaldo Cruz. Docente do programa de Mestrado Profissional em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz. Docente convidado da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Coordenador do Docomomo Brasil de 2018 a 2021.

Renato da Gama-Rosa Costa

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz/Ministério da Saúde do Brasil

Arquitetura sanatorial: contribuições a partir do Sanatório Vasconcellos Porto

Estudos acerca dos sanatórios construídos para o tratamento da tuberculose vêm ganhando a atenção de pesquisadores no Brasil, mas igualmente em Portugal. O sanatório de Vasconcelos Porto, por exemplo, faz parte de uma das primeiras gerações de construção de sanatórios para tuberculosos em Portugal, cuja abertura completou seu centenário em 2018. Excetuando o papel pioneiro da Ilha da Madeira, em meados do século XIX, por suas especificidades climáticas, a primeira grande ação de construção de sanatórios para o acolhimento e tratamento de tísicos ou doentes do peito, como se dizia época, se concentrou nas duas primeiras décadas do século XX, incluindo-se os sanatórios de Outão (1900); o da Guarda (1907); o de Portalegre (1909) e o de São Brás de Alportel (1918). Posteriormente, nas décadas de 1930 e 1940, período de ação do Estado Novo, tanto em Portugal quanto no Brasil, se vê programas em que a construção de sanatórios para tuberculosos ganharia destaque nas ações de saúde pública (COSTA, 2014).

As pesquisas em torno desse específico programa terapêutico ajudam na preservação dessas instituições e de seu legado arquitetônico. Esta palestra procurou contribuir para o reconhecimento da história e valores desses sanatórios, com exemplos brasileiros e portugueses de maior expressão. Os sanatórios construídos no início do século em Portugal nos ajudam a entender como se revelava a arquitetura dessas edificações. Ao exemplo do sanatório construído em São Brás de Alportel, verificamos que edificações construídas de raiz para outros fins, como um abrigo para órfãos, asilo para cegos, antigos mosteiros ou mesmo uma rústica casa rural, como foi o caso do Vasconcelos Porto, seriam adaptadas para o uso sanatorial.

A casa rural, doada por Francisca Pires Uva para servir ao sanatório de São Brás de Alportel, já se encontrava com sua fachada principal direcionada ao sul, o que facilitou a instalação das galerias de cura, construídas em ferro e incorporadas à empena principal, que ainda teve seus vãos de janelas modificadas para obedecer a um ritmo de aberturas mais racional/científico. Entre 1928 e 1929, o arquiteto alemão Rudolf Gaberel empreendeu uma profunda reforma no Sanatório Alemão, situado em Davos, na parte germânica da Suíça, construído originalmente em 1901. Se verdadeiramente ocorreu a ampla divulgação desta intervenção, ela certamente serviu de modelo para os sanatórios que estavam sendo projetados em Portugal naquele momento e para os que viriam depois (TAVARES, 2005).

Em resumo, os sanatórios construídos no século XIX e início do XX, adotaram a substituição de suas antigas galerias de cura em madeira ou ferro por novas em betão armado. A partir, sobretudo, dos anos 1930, quando a tuberculose teve uma nova epidemia a nível mundial, em consequência da Primeira Guerra Mundial, os sanatórios passaram a adotar as galerias de cura

como forte expressão plástica dos projetos arquitetônicos, privilegiando ora mais fortemente o escalonamento, ora a sobreposição das varandas, de acordo com o maior ou o menor uso da helioterapia no combate doença.

Esse programa de saúde que tanto teria influenciado a arquitetura moderna (COLOMINA, 2003) vive nos dias atuais um dilema: deve ela continuar a seguir os preceitos da medicina contempornea e, assim, correr o risco de perder as suas características construtivas ou deve ser preservada a todo o custo? Quais os limites entre a conservação e o reuso que impõem desafios na sua preservação?

Poucos são os de fato protegidos por leis de proteção patrimonial, como ocorreu recentemente com o Sanatório da Guarda e que nos traz esperança de ação semelhante para outros sanatórios. O Sanatório de Abraveses, de Viseu, assim como o do Funchal, na Ilha da Madeira, ambos em Portugal, estão classificados como grau 6 no Sistema de Informação para o Patrimônio Arquitetônico, o que indica: "registo em pré-inventário elementar, meramente identificativo, em que apenas se registam dados elementares relacionados com o objecto de registo, como a localização, designação e tipo de utilização". Esse registo, entretanto, por si só, não garante sua preservação.

No Brasil, ou mesmo pelo mundo, iniciativas desse porte estão longe de serem uma unanimidade. Como fazer para preservar esses sanatórios? Deverão eles ficar apenas como registo de uma forma de se fazer medicina? Isso será suficiente para iniciarmos uma campanha para sua preservação? Mas, quais de fato devem ser as ações para a preservação destes importantes edifícios modernos?

Bibliografia:

CREMNITZER, Jean-Bernard. Architecture et santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe. Éditions Picard. Paris: 2005.

COLOMINA, Beatriz. Skinless architecture. IN Thesis, Wissenschaftliche Zeitschrift der Bauhaus-Universität Weimar, 2003, Heft 3. PP. 122-124.

COSTA, Renato Gama-Rosa. O sanatório João de Almada e o armamento antituberculoso em Portugal (1934). Revista Ilenha, v.54, p. 135-148, 2014.

PROPOSTA de classificação do antigo sanatório distrital de Viseu.... Nº de Processo 06/18-23-01(XXXIX). 20-07-2009. Direção Geral de Cultura do Centro. Ministério da Cultura. Portugal.

RIBEIRO, Lourival. A luta contra a tuberculose no Brasil (apontamentos para a sua história). Rio de Janeiro, 1956. Editorial Sul-Americana.

TAVARES, André. Arquitetura Antituberculose: trocas e tráficos na construção terapêutica entre Portugal e Suíça. FAUP Publicações. Porto: 2005.



Gisele Sanglard

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz/Ministério da Saúde do Brasil

Filantropia, saúde e sociedade: a construção de uma rede de assistência no Brasil e em Portugal, no início do século XX

Nota biográfica

Doutora em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS/Fiocruz), é pesquisadora do Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; e pesquisadora do CNPq. Desenvolve pesquisa na área de História, com ênfase em História da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: assistência, filantropia, infância, alimentação, Primeira República, Rio de Janeiro.

Gisele Sanglard

Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz/Ministério da Saúde do Brasil

Filantropia, saúde e sociedade: a construção de uma rede de assistência no Brasil e em Portugal, no início do século XX

Este trabalho tem por objetivo analisar o papel da filantropia na constituição de uma rede de assistência à saúde no Brasil e em Portugal. O período da virada do século XIX para o século XX é fértil para este tipo de ação, uma vez que se caracteriza pela presença do movimento operário organizado, pela difusão das ideias socialistas, pela Encíclica *Rerum Novarum* do papa Leão XIII que incita aos católicos a cuidarem da família operária; e no caso brasileiro, em particular, da passagem do trabalho escravo para o trabalho livre.

Nesse cenário, as ações das elites de ambos os países procuram construir dispensários e hospitais voltado o controle e combate às principais doenças que afligiam os países: a tuberculose e a sífilis. Suas ações muitas vezes convergiam com as políticas governamentais e, não raro, atravessavam o Atlântico agora em uma via de mão dupla.

A sociedade ocidental tinha como função, até o advento do *estado de bem-estar social*, a dedicar seu tempo e seus recursos financeiros à socorrer seus pobres. Quer através da caridade, quer da filantropia – esta virtude laicizada pelo Iluminismo. O século XIX viu surgir uma novidade nesta relação: se o valor do trabalho e do não-trabalho sempre guiou a escolha do pobre a ser atendido, o surgimento do operariado requalificou a definição do pobre: agora era aquele que, mesmo trabalhando, não tinha os recursos mínimos para sua sobrevivência. Neste contexto, a doença era um fator importante: uma vez doente, o operário não trabalhava e não recebia – passava a depender da benemerência da sociedade. As transformações do mundo do trabalho trouxe a necessidade de socorro aos acidentes de trabalho, a formação de pecúlio para a velhice, o atendimento à maternidade e que obrigava a repensar as relações entre patrões e empregados.

Na Europa, em geral, e em Portugal, em particular, a tuberculose foi um dos maiores flagelos sociais na virada do século XIX para o século XX. Duas doenças muito conhecidas no mundo ocidental, a novidade do período é a descoberta do caráter contagioso da primeira; e da transmissão hereditária da segunda – no bojo das descobertas do *bacilo de Koch* e do *treponema de Erlich*; bem como da medicina *pasteuriana*. Esta é a responsável pelo processo de modernização da caridade. Os filantropos perceberam, na medicina pasteuriana, uma nova forma de combate à pobreza, por meio primeiramente do financiamento da produção do soro. Com a possibilidade de prevenção das doenças aberta pelas descobertas de Pasteur, a pesquisa médica passa a ser considerada, pelos filantropos, uma forma de terapêutica em potencial: investir na pesquisa médica era investir na tentativa de erradicação da pobreza.

É neste sentido que podemos entender as ações de combate à tuberculose em Portugal – notadamente nas ações dos Caminhos de Ferro e a construção do Sanatório Vasconcelos Porto.

Para o caso brasileiro (em particular do Rio de Janeiro), a tuberculose, apesar de ter reunido na Liga Brasileira Contra a Tuberculose (1900) diversos filantropos, suas ações foram bastante restritas como se verá ao longo do texto. Por outro lado, o combate e controle da sífilis foi bem mais bem-sucedido, com a construção do Hospital Gaffrée e Guinle entre 1924-1929.

Como característica do grupo envolvido em ambas as instituições cariocas está a vontade de permitir o surgimento de uma cidade e de uma civilização salubres no Rio de Janeiro, da virada do século; o fato de serem homens envolvidos com o projeto de modernização do país e frequentadores dos mais prestigiosos clubes de sociabilidade do país como o IHGB e a Academia Nacional de Medicina.

O patrimônio arquitetônico construído para abrigar o Sanatório Vasconcelos Porto, em São Brás de Alportel, e o Hospital Gaffrée e Guinle, no Rio de Janeiro, são testemunhos do período em que foram construídos, com apoio da filantropia e a defesa de seu patrimônio tem papel importante em salvaguardar as edificações e acervos que podem servir de guia para pesquisas futuras.



Graça Serejo

CP (Comboios de Portugal)

As companhias ferroviárias e a assistência sanitária de combate à tuberculose no séc. XX - o combate à tuberculose nas várias companhias

Nota biográfica

Licenciada em Direito. Foi advogada e integrou os quadros da CP em 1997, na área de recursos humanos. Fez parte, entre 2006 e 2008, da Equipa da Unidade de Missão que implementou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Desde 2010, Secretária-Geral da CP, tendo mantido na sua dependência, até 2020, a supervisão da área histórico-cultural e respetivos arquivos históricos.

SINOPSE

Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, ou o Sanatório de São Brás de Alportel, como é sabido, foi inaugurado em 1918 quando boa parte da responsabilidade das questões de saúde da população não estava a cargo do Estado.

Vivia-se um período difícil, condicionado pelo ambiente de crise económica interna e europeia do pós 1ª Guerra Mundial, coincidente com os primeiros anos da República, com forte agitação política e contestação social.

A tuberculose afetava toda a população portuguesa.

Inerente à nova dimensão do Ministério do Trabalho e Previdência Social, o Conselho de Administração dos Caminhos de Ferro do Estado (CFE) foi autorizado a estabelecer um ou mais sanatórios para tratamento de empregados ferroviários atacados pela tuberculose.

Iniciativa de Carlos Augusto Coelho de Vasconcelos Porto (1862-1945), no âmbito da responsabilidade social do caminho de ferro para com os seus trabalhadores, contou com a competência e dinamismo deste ferroviário, e filantropo, curtido nas lides da amizade, da gratidão e da solidariedade: em resumo, na sua enorme humanidade.

BREVE RESENHA DA APRESENTAÇÃO

AS COMPANHIAS FERROVIÁRIAS E A ASSISTÊNCIA SANITÁRIA DE COMBATE À TUBERCULOSE NO SEC. XX

O COMBATE À TUBERCULOSE NAS VÁRIAS COMPANHIAS

As companhias ferroviárias que construíram e exploraram os caminhos-de-ferro em Portugal para além dos edifícios necessários à exploração comercial, apoio e manutenção do material circulante, desenvolveram e/ou apoiaram uma política de construções com características sociais, com o objetivo de assegurar melhores condições de educação, formação, trabalho e saúde dos seus funcionários e respetivas famílias.

A saúde foi uma das áreas que beneficiou desse apoio das companhias, bem como, aliás, dos próprios funcionários, através da criação ou incentivo à criação de associações de socorros mútuos, caixas de previdência, serviços médicos e sanatórios para combate à tuberculose.

Os profissionais dos caminhos de ferro, particularmente o pessoal do serviço de circulação, onde se destacavam os fogueiros e maquinistas, constituíam então um grupo vulnerável à forma mais

contagiosa da tuberculose, a tuberculose pulmonar, visto que por especificidades da profissão estavam expostos à inalação de poeiras resultantes da combustão do carvão das locomotivas a vapor, o que predispunha a infeções pulmonares.

As campanhas de assistência sanitária aos ferroviários que sofriam de tuberculose, tiveram início nos Caminhos de Ferro do Estado, em 1913, pela iniciativa de Carlos Vasconcelos Porto, chefe de Serviço de Fiscalização e Estatística dos Caminhos de Ferro do Sul e Sueste. São da sua responsabilidade os primeiros esforços no sentido de se construírem sanatórios exclusivamente destinados aos ferroviários.

Em 1916, através do Ministério do Trabalho e Previdência Social, o Governo publica a Lei nº 573 (DG nº114 de 08.06.1916) que autoriza a administração dos Caminhos de Ferro do Estado a estabelecer sanatórios para tratamento de empregados com tuberculose. É ainda autorizada a compra de terrenos ou edifícios para a instalação dos mesmos. Define também a criação de um Fundo de Assistência aos empregados ferroviários com tuberculose, responsável pela manutenção dos sanatórios. Os recursos económicos do Fundo seriam constituídos por subvenções definidas pelo Conselho de Administração, subscrições entre o pessoal ferroviário e donativos particulares. A administração dos sanatórios, depois de concluídos, passaria para o âmbito da Caixa de Reformas e Pensões, tal como a administração do Fundo.

Em 8 de setembro de 1918 é aberto o primeiro sanatório para empregados com tuberculose dos Caminhos de Ferro do Estado, na Serra de S. Brás de Alportel, numa quinta cuja casa de habitação fora adaptada e transformada no Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, com uma capacidade de até 20 doentes. Entretanto, iniciam-se, as obras de construção de um outro sanatório, em Paredes de Coura, com lotação prevista para 40 doentes.

O Estado, através da DGTT, vem de novo legislar no sentido de incrementar os fundos particulares para o combate à tuberculose, definindo pequenas rubricas das receitas das suas linhas para o Fundo de Assistência criado dois anos antes – produto da venda das aparas de papel e cartão da tipografia e das fábricas de bilhetes; produto da venda de papéis e impressos inutilizados; produto de leilões de objetos abandonados; venda de lixos e estrumes das estações e frutas, criadas nos terrenos dos mesmos caminhos de ferro - e verba orçamental destinada a auxílios extraordinários no valor de 6.000\$00 (decreto nº 4877, de 09.10.1918).

O crescente aumento dos casos de doentes com tuberculose obrigou, porém, a tomar novas medidas no sentido de aumentar as receitas do Fundo de Assistência, tendo sido aprovada uma sobretaxa adicional de 5% sobre todas as receitas do tráfego das Linhas do Estado, sendo 1/5 destinado ao Fundo de Assistência e o restante à Caixa de Reformas e Pensões.

Posteriormente, volta a ser publicada nova legislação nesta área (decreto N.º 9.787, de 11.06.1924), graças à influência do Chefe dos Serviços da Saúde da CP, Carlos Lopes, visando a criação nas linhas férreas do Estado e nas companhias privadas de um Fundo de Assistência

Ferrovária - que veio a associar-se ao Fundo de Assistência dos Empregados dos Caminhos-de-ferro existente desde 1919 - constituído pela percentagem de 1% sobre as receitas de exploração ferroviária, destinado à organização de meios de combate à tuberculose e à construção de sanatórios. Além da percentagem sobre as receitas de exploração, essa legislação previa ainda donativos e subsídios de entidades particulares e oficiais, bem como organização de outras iniciativas tendo por objetivo a angariação de fundos. A gestão do Fundo, passa da responsabilidade da Caixa de Reformas e Pensões para uma comissão composta por cinco funcionários de cada empresa ferroviária, sendo 4 deles nomeados pela administração das mesmas e pelo chefe do serviço de saúde e um eleito pelos trabalhadores.

A publicação deste decreto causou grande contestação por parte das companhias ferroviárias. As principais críticas prenderam-se com o facto de o Estado impor às companhias a criação de um Fundo através das receitas da sua exploração, sujeitando-as ao mesmo critério e sem atender a situações concretas. Às companhias de dimensão reduzida, como eram na sua maioria, não se afigurava justificável a aplicação de tal medida, muito menos a construção de sanatórios, visto que os serviços de saúde de cada companhia tinham competência para avaliar os casos de funcionários doentes e encaminhá-los para os sanatórios existentes. Além de que, a fiscalização da utilização das verbas do Fundo de Assistência competia à Direção da Fiscalização de Caminhos de Ferro o que era considerado pelas companhias um atentado à sua autonomia. A Companhia do Vale do Vouga, por exemplo, decidiu que o apoio que seria dado aos seus agentes que sofriam de tuberculose far-se-ia através da Caixa de Aposentações e Socorros, atribuindo-lhe uma dotação anual de 30 contos. O mesmo sucedeu na Companhia da Beira Alta, que tal como a do Vale do Vouga, recorreu para o Supremo Tribunal da Justiça, recusando-se a cumprir o disposto no decreto.

O COMBATE À TUBERCULOSE NA CP

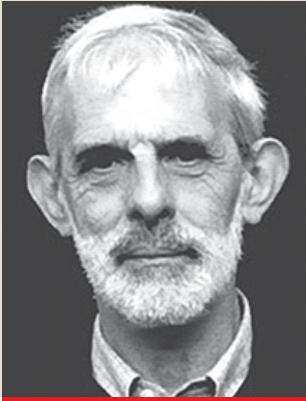
Em novembro de 1919, a Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses - CP, através da sua Direção-Geral, aprova como concessão de carácter geral a criação de um sanatório para os ferroviários a localizar na Beira Baixa ou no Norte.

Em 1927, no âmbito da Comissão Administrativa dos Sanatórios para Ferroviários Tuberculosos, presidida por Fausto Cardoso Figueiredo, é decidida a construção de um sanatório na Serra da Estrela. Apesar da revogação, entretanto, do decreto 9.787 continuou a CP a manter a verba equivalente a 1% das suas receitas para assistência aos seus funcionários, criando ainda uma Comissão Especial de Assistência, responsável não só pela gestão do Fundo, como também pela construção de um sanatório. Em 1929 a dotação do Fundo era cerca de 4.000 contos.

Em 1944 abre o sanatório das Penhas da Saúde - da autoria do arquiteto Cotinelli e Telmo que, sendo funcionário da CP, realizou o projeto a título particular e doou os seus honorários ao

Fundo – vocacionado para o combate à tuberculose para ferroviários que da mesma enfermavam.

Também o direito à assistência sanitária foi concedido a outros ferroviários portadores de doenças graves diferentes da tuberculose, tendo sido construídos dispensários em Lisboa e no Entroncamento, e facultando serviços médicos com postos em toda a rede, por forma a proporcionar aos ferroviários e suas famílias melhores condições de vida.



José Luís Dória

A Assistência hospitalar antes do SNS

Nota biográfica

José Luís Dória é médico oftalmologista. Foi Chefe de Serviço no Hospital Egas Moniz, Lisboa e docente de Oftalmologia na Faculdade de Ciências Médicas/UNL e na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa/IPL, bem como de História da Medicina na FCM/UNL. Aposentado. Foi representante português na Comissão Hospitalar da Comunidade Europeia e na União Europeia de Médicos Especialistas - Oftalmologia. Foi Presidente do Colégio de Oftalmologia da Ordem dos Médicos e desempenhou outros cargos na Direcção da Ordem dos Médicos/SRS e na Direcção da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. Foi Presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa (3 mandatos). Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de História dos Hospitais. É Classificador Internacional de Deficiência Visual do Comité Paralímpico Internacional e da Federação Internacional de Desporto para Deficientes Visuais. Foi Coordenador Científico do Museu e Arquivo Histórico do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. É Coordenador da Comissão de Assuntos Culturais/OC, da CPLP. Autor e co-autor de vários livros, capítulos independentes e artigos, de Oftalmologia e de História da Medicina, publicados quer em Portugal quer no estrangeiro. Lisboa, 2018.



Fernando Rosas

A "pneumónica" ou a "gripe espanhola" em Portugal (1918/19)

Nota biográfica

Fernando Rosas nasceu em 1946. Historiador, professor catedrático jubilado da Universidade Nova de Lisboa, investigador do Instituto de História Contemporânea da FCSH/NOVA e autor de vasta bibliografia sobre a História dos séculos XIX e XX, a I República e o Estado Novo. Foi deputado à Assembleia da República. Recebeu em 2012 o prémio PEN Clube de Ensaio, a Medalha da Ciência do Ministério do Ensino Superior e da Ciência em 2017 e a Medalha de Honra da Sociedade Portuguesa de Autores em 2018. Foi condecorado com a Ordem da Liberdade em 2006.

Nota: Por razões de força maior não foi possível contar com a presença deste convidado.



Ana Luísa Santos

O arquivo clínico do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto

– São Brás de Alportel

Nota biográfica

Ana Luísa Santos é doutorada em Antropologia Biológica e docente no Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Coimbra. Integra o Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (CIAS). Os seus interesses de investigação centram-se na abordagem biocultural e multidisciplinar ao estudo de restos esqueléticos humanos, provenientes de contextos antigos, articulada com dados oriundos de fontes documentais, hospitalares e iconográficas. Entre os tópicos de investigação destacam-se a saúde no passado, em particular a paleotuberculose e dispersão das doenças infecciosas, consequência das migrações e das alterações socioeconómicas, ao longo dos últimos milénios. Tem realizado estudos em vestígios osteológicos humanos que datam de há 2000 anos até ao século XX. Autora de vários trabalhos publicados em revistas e livros nacionais e internacionais. Orienta dissertações de mestrado, teses de doutoramento e de pós-doc. Foi Vice-presidente da Paleopathology Association de 2017 a 2019. Integra a Junta directiva da Asociación Española de Paleopatología (vogal entre 2015 e 2022 e vice-presidente desde 2022). Foi subdiretora do DCV-UC entre 2017 e 2023.



Vítor Matos

O arquivo clínico do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto

– São Brás de Alportel

Nota biográfica

Vítor Matos é doutorado em Antropologia Biológica e mestre em Evolução Humana pela Universidade de Coimbra. Exerce funções de investigador auxiliar no Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (CIAS), Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Coimbra, e coordena o grupo de investigação *Populações e Culturas do Passado* do CIAS. Os seus temas de pesquisa centram-se na paleopatologia,

designadamente o estudo dos aspectos bioculturais associados à evolução e história das doenças infecciosas humanas, sobretudo a lepra e a tuberculose, recorrendo ao trabalho antropológico de campo em escavações arqueológicas e à análise laboratorial de esqueletos humanos conjugada com a consulta de arquivos clínicos de antigos hospitais portugueses, nomeadamente a última leprosaria portuguesa, o Hospital-Colónia Rovisco Pais (Tocha, Cantanhede), e o Sanatório Carlos Vasconcelos Porto (São Brás de Alportel). É membro do conselho editorial da revista *Antropologia Portuguesa*. Mais informação em: <https://www.cienciavitae.pt/A31B-12A7-57D6>

Ana Luísa Santos

Vítor Matos

O arquivo clínico do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto

– São Brás de Alportel

Filiação institucional: Centro de Investigação em Antropologia e Saúde, Departamento de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra

Sinopse:

O Sanatório Carlos Vasconcelos Porto (SCVP) foi construído pelos Caminhos de Ferro do Estado para tratar os trabalhadores com tuberculose e inaugurado a 8 de setembro de 1918. Edificado num período com elevada mortalidade pela doença - Carvalho (1934) refere que entre 1902 e 1933 os óbitos por tuberculose em Portugal passaram de 6.674 para 12.370 - e com uma rede sanatorial e hospitalar com capacidade diminuta, o SCVP representou o ponto de partida de um projeto assistencial singular. Administrado pelo *Fundo de assistência aos empregados ferroviários tuberculosos*, o SCVP era destinado a um grupo profissional bastante suscetível à doença nomeadamente pela fragilidade pulmonar causada pelo contato com fumo. Até ao final da década de 1940, a “tríade higiénica”, que preconizava os bons ares, boa alimentação e bom descanso, proporcionados pelos sanatórios localizados estrategicamente atendendo às condições climáticas, era considerada a terapêutica mais eficaz na luta contra a tuberculose, a par de alguns procedimentos cirúrgicos, tais como o pneumotórax ou o “corte de costelas” (toracoplastia). O SCVP funcionou como instituição de tratamento da tuberculose pulmonar, e de outras doenças do foro respiratório, tutelado quer pela Companhia dos Caminhos de Ferro (1918-1952) quer pelo Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (1955-1975). Foi oficialmente extinto em 1991, data da sua integração no Hospital Distrital de Faro (HDF), e, em 2007, o edifício foi reconvertido em Centro de Medicina de Reabilitação do Sul. Passados 100 anos, o SCVP persiste na memória de alguns algarvios/são-brasenses, uns por ali terem encontrado ou procurado cura, outros pelo emprego que proporcionou em tempos difíceis. Para além das vivências pessoais, este sanatório tem ainda muito para contar através dos seus arquivos, que no entender de muitos não eram mais do que “papéis velhos”, mas cuja salvaguarda, a cargo do HDF, tem revelado informação valiosa sobre a história da tuberculose. O estudo dos 315 processos clínicos do SCVP preservados – balizados entre 1931 e 1961 –, bem como de outros documentos existentes, trouxe à luz novos conhecimentos sobre o percurso e o perfil dos doentes admitidos, as suas rotinas e os tratamentos prescritos, antes e depois do surgimento dos antibióticos. Os processos clínicos revelaram que a idade de admissão no SCVP variou entre os 14 e os 74 anos de idade, sendo a média (39,6 anos) superior à esperada se

atendermos, à época, a predileção da tuberculose pulmonar por adultos jovens. Outras informações, como as flutuações de peso durante o internamento propiciaram dados sobre as condições de vida e de saúde. Muitos doentes chegavam ao SCVP em condições de magreza extrema (p. ex. 39,5 kg) e o regime sanatorial, que implicava longos períodos de internamento – em média 352 dias – e uma dieta rica em calorias, com 5 refeições por dia, proporcionava um aumento gradual do peso – 7,6 kg, em média, havendo recuperações assinaláveis (p. ex. 41,5 kg). Apesar deste aumento ser considerado um indicador favorável para o prognóstico do doente, sobretudo antes da existência de antibióticos, esta investigação revelou que 42 dos 315 doentes estudados (13,5%) pereceram no SCVP. A análise de sobrevivência revelou que a probabilidade de falecimento durante o internamento era 3,5 vezes superior antes da existência dos antibióticos. Vários doentes, considerados incuráveis, tiveram alta clínica para passar os últimos dias junto da família. A análise das descrições dos tisiologistas do SCVP referentes à localização e extensão das lesões pulmonares, bem como da concomitância entre diversas formas de tuberculose, tem ajudado a melhorar os métodos de identificação da doença em vestígios esqueléticos de populações pré-históricas e históricas. O reconhecimento da importância da preservação deste património, infelizmente incomum em Portugal, e o seu estudo tem facultado novos dados sobre a tuberculose pulmonar.

Referências bibliográficas

- Brás, M. F. D., & Barbosa, C. (1994). Sanatório Carlos Vasconcelos Porto: um esboço histórico. In A. T. Araújo, M. G. Freitas, & J. Pina (Eds.), *História da Pneumologia Portuguesa* (pp. 365-380). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Caixas, M. (2013). O registo clínico no Sanatório de Carlos Vasconcelos Porto. In A. R. Mendes, A. P. D. Oliveira, & C. F. Santos (Eds.), *Contributo para a história da Saúde no Algarve* (pp. 181-192). Faro: Centro de Estudos de Património e História do Algarve (CEPHA), Universidade do Algarve.
- Carvalho, L. 1934. A luta contra a tuberculose em Portugal. *Lisboa Médica*, 11: 873-906.
- Matos, V. M. J., & Santos, A. L. (2013). Os bons ares do barrocal algarvio: a tuberculose em ferroviários internados no Sanatório Carlos Vasconcelos Porto. In A. R. Mendes, A. P. D. Oliveira, & C. F. Santos (Eds.), *Contributo para a história da Saúde no Algarve* (pp. 193-209). Faro: Centro de Estudos de Património e História do Algarve (CEPHA), Universidade do Algarve.
- Matos, V. M. J., & Santos, A. L. (2015). Trends in mortality from pulmonary tuberculosis before and after antibiotics in the Portuguese sanatorium Carlos Vasconcelos Porto (1918-1991): archival evidence and its paleopathological relevance. *Tuberculosis*, 95(Sup. 1), 101-104. doi:10.1016/j.tube.2015.02.008
- Santos, C. F. (2006). *Sanatório Vasconcelos Porto, São Brás de Alportel*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.



Isabel Palmeirim

A formação em Medicina, os jovens profissionais e a integração na região

Nota biográfica

Médica de formação e investigadora por paixão, Isabel Palmeirim doutorou-se na área da Genética ligada ao desenvolvimento embrionário, na "Université Pierre et Marie Curie" - Paris. O seu trabalho de doutoramento conduziu à descoberta de um relógio molecular embrionário, descoberta considerada pela revista científica Nature como um marco milenar na área do Desenvolvimento Embrionário. Isabel Palmeirim foi posteriormente investigadora do Instituto Gulbenkian de Ciência, Professora Auxiliar fundadora das Escolas de Medicina das Universidades do Minho e Algarve, sendo, desde 2013, Professora e Diretora do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve.

A formação de médicos no Algarve

No fim da década de 90, o Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (MCTES), tornou explícito que a criação de novos cursos de Medicina em Portugal estaria condicionada a propostas que refletissem uma “inovação significativa” em educação médica, e foi dentro desse espírito de inovação que, o então Reitor da Universidade do Algarve (UAlg), Prof. Doutor Adriano Pimpão, em 2004, convidou o Doutor José Ponte, Anestesiologista e docente na escola médica do King's College London, a conceber um curso de medicina inovador.

Em 2005 foi apresentada a primeira proposta ao MCTES que, após avaliação por uma Comissão Internacional, recebeu aprovação condicional. Incluídas as condições requeridas, a proposta é validada pela Comissão e aprovada em Conselho de Ministros, em julho de 2008, criando-se assim o curso de Medicina da UAlg.

Foi a 8 de setembro de 2009 que o Algarve acolheu os seus primeiros 32 estudantes de Medicina, que ingressaram no Mestrado Integrado em Medicina (MIM-UAlg) após um rigoroso processo de seleção.

A proposta do Algarve, revelou-se inovadora desde o momento da admissão: os candidatos têm de ser detentores de uma licenciatura na área das ciências exactas, ciências da natureza ou da saúde, sendo a seleção, um processo rigoroso e objetivo, baseado na avaliação da capacidade cognitiva e de competências humanas, consideradas pilar para o exercício da Medicina.

Também a área letiva quebrou as tradicionais barreiras professor-aluno, criando um clima de proximidade onde, em pequeno grupo, um tutor/moderador gere a aprendizagem por objetivos baseados em problemas clínicos reais. Neste contexto, a turma é dividida em grupos de 8 estudantes que começam desde cedo a aprender a comunicar e a trabalhar em equipa.

Completada com sessões práticas e seminários, a aprendizagem baseada em problemas é nuclear e a base dos dois primeiros anos de formação.

A componente prática é fundamental na formação médica. Os estudantes do MIM UAlg treinam em modelos anatómicos e digitais, fazendo simulações que os capacitam para fazer frente aos desafios da prática clínica. As competências basilares ao exercício da Medicina, são integradas desde a segunda semana do curso, durante os dois primeiros anos em contexto dos cuidados de saúde primários, num rácio de 1:1 com tutores especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) de Centros de Saúde da região algarvia. Este conceito foi inovador, não só em Portugal mas em toda a Europa, tendo já sido recrutados mais de 50 especialistas em MGF, com formação em educação médica. A presença em ensino clínico é transversal a todo o curso, havendo uma integração crescente na componente assistencial em contexto hospitalar nos dois últimos anos de formação.

A aprendizagem reflete um currículo diversificado, incluindo um estímulo importante para a investigação básica e clínica, assim como o incentivo para a realização de um estágio

internacional que exponha o estudante a um ambiente diferente do que vivencia diariamente. A avaliação ao longo do curso utiliza métodos objetivos, incluindo "OSCE" (*Objective Structured Clinical Examinations*) em competências práticas, em comunicação e em manobras clínicas, sendo a avaliação de conhecimentos teóricos feitas por meios que permitem comparação com escolas médicas internacionais (Canadá, Holanda, etc.).

Desde o primeiro ano do curso muitas inovações foram introduzidas em resposta a novas evidências em educação médica. Uma estrutura de gestão extremamente versátil e aberta à inovação, sem cadeiras ou regências, permite uma rápida e eficaz adaptação ao *feedback* dos estudantes e tutores. Esta capacidade de adaptação tem-se revelado motivadora e reflete a intenção original do curso, de funcionar como uma "bancada experimental" em educação médica.

Em 2019 celebrou-se o 10º aniversário do MIM-Ulg que produziu até então cerca de 250 médicos, tendo vários já completado a sua formação especializada. Apesar de a proveniência da maioria dos estudantes ser de fora da região algarvia (80%), cerca de 40% escolheu continuar a sua formação especializada no Algarve.

O MIM-UAlg mantêm-se a cumprir os objetivos propostos: inovação constante na área da Educação Médica e atração de jovens médicos para a região, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de saúde no Algarve.

CAPÍTULO V

O fim da I Guerra Mundial

100 ANOS DEPOIS CICLO DE CONFERÊNCIAS SAÚDE E CULTURA

09 NOVEMBRO // PALESTRA | 15:00

O FIM DA 1ª GUERRA MUNDIAL

Local: Universidade do Algarve / Sala de Seminários da Reitoria
(Campus de Gambelas)

ORADORES

Vilhena Mesquita

- A I Guerra Mundial

Carina Infante do Carmo

- A literatura portuguesa e as cinzas da
I Grande Guerra.

Francisco Piedade

A guerra atual

17:00 // ENCERRAMENTO DO CICLO //
100 ANOS DEPOIS - SAÚDE E CULTURA

Com a presença da Diretora Regional de
Cultural, Presidente da ARS Algarve, Presidente
da Câmara Municipal de S. Brás de Alportel e
Reitor da Universidade do Algarve.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

cult
alg



ARS Algarve



UAlg



José Carlos Vilhena Mesquita

O fim da Primeira Guerra Mundial

Nota biográfica

Professor universitário e historiador. Nasceu em Vila Nova de Famalicão, distrito de Braga, em 1955. Estudou na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, onde concluiu a licenciatura em História, em 1980.

Sob orientação do Prof. Romero Magalhães, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, concluiu o Doutoramento em Ciências Económicas, em 1997.

Iniciou a docência universitária em 1983, na Universidade do Algarve onde é atualmente docente.

Em 1993 integrou a equipa que fundou a Universidade do Algarve para a Terceira Idade.

Em 1994 foi galardoado com o Prémio Especial Algarve de Comunicação Social e em 1995 com o Prémio Samuel Gacon, no âmbito da Comunicação Social Algarvia, instituído pela RTA.

Em 1998 fundou a AJEA - Associação dos Jornalistas e Escritores do Algarve da qual foi Presidente.

Foi diretor da revista «Stilus» (1998-2006) e dos mensários «Jornal Escrito» e «Nó Vital», ambos órgãos de cultura, artes e letras.

Proferiu dezenas de conferências, escreveu ensaios e publicou centenas de artigos no «Diário de Notícias» e em outros órgãos nacionais. Da sua lista de obras fazem parte cerca de trinta títulos.

<https://www.cienciavita.pt/portal/5410-C860-8660>

José Carlos Vilhena Mesquita

O fim da Primeira Guerra Mundial

Passados cem anos desse desastroso conflito militar, que vulgarmente designamos por Grande Guerra, a Europa mudou muito, e em todos os sentidos. Desde logo na sua geografia política, com o surgimento de novos/velhos países, que desde sempre foram nações, reclamantes da sua identidade, da sua independência, do seu território e, sobretudo, da sua história. Foi a consciência e memória do passado nas pequenas nações, que suscitou a revolta contra a opressão imperialista dos grandes potentados industriais, escudados em colossais forças militares, que desencadearam na Europa a conflagração de revoluções sociais e um consequente choque de interesses coloniais internacionalistas. A Grande Guerra acendeu-se na fogueira do imperialismo e apagou-se na heroica bandeira da democracia e da liberdade. Porém, não se extinguiu... As divergências permaneceram no campo político e económico, o imperialismo dissipou-se, mas subsistiu o colonialismo. E no rescaldo das decisões mal dirimidas adivinhava-se a todo o instante o reacender de uma nova guerra, que permitisse aos vencidos, ao orgulhoso povo germânico, obter a desforra da ignominiosa derrota a que ficara sujeito no «Tratado de Versailles».

No período que precede o deflagrar da I Guerra Mundial há que ter em conta a paradoxal circunstância da Europa estar a viver um período de prosperidade. A indústria do aço progredia incontrolável e avassaladora. A euforia tecnológica desenvolvia-se em todos os sectores, nomeadamente na indústria bélica. As descobertas científicas alemãs, sobretudo na Química, desenvolveram novas indústrias nas áreas da saúde e do medicamento, nos fertilizantes e adubos, nos pesticidas e venenos. A Alemanha era, em todos os sentidos, a maior potência da Europa, em concorrência directa e em franca oposição aos interesses do velho império britânico. Todavia, restavam do passado várias questões mal dirimidas em sede da diplomacia ocidental, as quais podemos apontar como responsáveis pelo deflagrar do conflito:

- A disputa imperialista entre os países europeus por territórios de África e da Ásia.
- A Alemanha tornou-se numa grande potência, ameaçando a Inglaterra até aí considerada um potentado europeu.
- O nacionalismo cresceu e valorizou-se como ideologia entre os povos que não possuíam autonomia territorial e política, gerando-se conflitos, especialmente na região das Balcãs.
- O imperialismo dominava a cultura ocidental e ameaçava o equilíbrio mundial.

Razões que desencadearam a primeira guerra mundial:

- A guerra "franco-prussiana" atribuiu à Alemanha os territórios da Alsácia-Lorena, muito ricos e importantes para a França.
- A Alemanha superara a Inglaterra na produção de aço, na mecanotecnia e na indústria química, tornando-se na maior potência industrial europeia.
- A Rússia era inimiga dos impérios Otomano e Austro-húngaro, porque sustentava o pan-eslavismo, isto é, a unificação dos povos eslavos que integravam esses dois impérios. A Sérvia estava do lado da Rússia porque pretendia unificar os Balcãs.
- A "paz armada" ou guerra latente, justificava a formação de alianças militares.

As afinidades políticas e os interesses económicos explicam a formação de dois blocos de que resultaram as seguintes alianças militares: a Tríplice Entente e a Tríplice Aliança. A primeira era formada pela França, Inglaterra, Rússia e Sérvia, enquanto que a segunda era composta pela Alemanha, Itália, e os impérios Austro-húngaro e Turco-Otomano.

A Alemanha era inimiga da França e da Inglaterra, e a Rússia era inimiga dos impérios austro-húngaro e Otomano. Por essa razão a Alemanha juntou-se aos austro-húngaros e Itália, que depois mudou de lado, passando para a Tríplice Entente. A França, a Inglaterra e a Rússia, formaram a Tríplice Entente. A Sérvia aderiu pelas afinidades à Rússia, visto simpatizar com o pan-eslavismo.

Em 1915 a Itália entrou na guerra ao lado da Tríplice Entente. Mas foi enganada pela Inglaterra, que no fim não lhe deu os territórios prometidos em África. Compreendem-se, por isso, as razões que levaram Mussolini a preferir, mais tarde, aliar-se com Hitler.

Mas, para a eclosão da guerra, faltava uma causa próxima, que surgiu com o assassinato, em Sarajevo, do herdeiro do trono da austro-húngaro, Franz Ferdinand, morto por um estudante nacionalista sérvio. As declarações de guerra sucederam-se em catadupa. Causou admiração o entusiasmo dos voluntários que se ofereciam para a guerra. Isso deveu-se ao nacionalismo que despontara na Europa. Mas também aos imperialismos, que se consubstanciavam no pan-germanismo alemão e no pan-eslavismo russo.

A Grande Guerra dividiu-se em duas partes distintas: a fase dos movimentos e o longo período das trincheiras.

Na primeira, a Alemanha progrediu imparável até s portas de Paris. No início parecia imbatível, mas passado algum tempo o avanço militar paralisou por falta de meios logísticos, sobretudo combustível para o transporte de equipamentos bélicos. Para não recuar, o exército alemão resolve resistir na frente de ataque escavando trincheiras. Era o fim da guerra dos movimentos, e o início da paralisante guerra das trincheiras. Centenas de milhares de soldados permanecerem, atolados na lama das trincheiras, onde foram pasto de parasitas (piolhos e percevejos), de

fungos e bactérias, ao longo de três penosos anos, sofrendo momentos de angústia e de miséria, em condições infra-humanas. Uma guerra com mais de 10 milhões de mortos, milhares de feridos e mutilados. Um trauma europeu, sobretudo para a França, que foi a principal vítima do conflito, com milhões de mortos e feridos, cidades destruídas pelos bombardeamentos, e uma economia de rastos.

Em 1917, ocorreram dois factos muito importantes para o desfecho da guerra: em Outubro deu-se a revolução russa, cujo novo governo chefiado por Lenine assinou um tratado secreto, designado "Glasstov", para sair da guerra, e compensar a Alemanha com a oferta de alguns territórios. O segundo acontecimento decisivo foi a entrada dos EUA na guerra, pois tudo levava a crer que a Alemanha acabaria por vencer o conflito. Começaram por enviar ajuda médica, depois mantimentos e, por fim, numerosos contingentes militares. A adesão americana foi decisiva para a vitória da Tríplice Entente na Grande Guerra.

A 11 de Novembro de 1918, as partes beligerantes assinaram o armistício que poria termo à primeira guerra mundial. O presidente dos EUA, Woodrow Wilson, apresentou uma proposta de resolução da guerra, que ficou conhecida como os 14 pontos de Wilson. Esse documento sugeria que os países diminuíssem os seus arsenais bélicos, optassem por políticas mais transparentes, e, sobretudo, que a guerra terminasse sem vencedores, para que os países contendores assinassem um acordo de paz, sem culpar nem punir ninguém. Sugeria ainda a criação de um órgão internacional, designado por "Liga das Nações", que asseguraria a manutenção da paz no mundo.

Essa proposta não foi totalmente aceite, porque as nações vencedoras queriam subjugar a Alemanha e obrigá-la a pagar pesadas indemnizações de guerra. Para o efeito, as nações vencedoras reuniram-se em Paris, onde subscreveram o «Tratado de Versailles», que pôs fim à primeira guerra mundial. A humilhação dos vencidos foi tão execrável que viria a constituir-se no principal motivo para a deflagração da Segunda Guerra Mundial.

O «Tratado de Versailles» determinava que a Alemanha era a única e exclusiva culpada da guerra. Definia que a Alemanha não podia ter um exército com mais de 1000 soldados, nem produzir armas, nem tanques, perdendo as colónias que tinha na Ásia e na África. Devolveu-se à França o território da Alsácia e da Lorena. Além disso, a Alemanha perdia todas as suas minas de carvão e de ferro, tendo ainda de pagar avultadas indemnizações aos países vencedores.

Com base no «Tratado de Versailles» criou-se também a Liga das Nações, com sede em Paris. Apresentava-se como órgão internacional para o estabelecimento da paz no mundo, desiderato que nunca logrou alcançar. Os EUA pretendiam que a sede da Liga fosse em Nova York, pelo que se recusaram a participar. Isso condenou a organização ao fracasso. Foi para obstar a essa recusa e a idêntico fracasso que, em 24 de Outubro de 1945, na sequência da II Guerra Mundial se fundou a ONU - Organização das Nações Unidas.

Acresce dizer que Portugal entrou oficialmente na Grande Guerra, como beligerante, apenas em 9 de Março de 1916, em face do aprisionamento de dezenas de navios alemães acostados em portos lusos. Esta decisão foi um golpe político do governo republicano para obrigar a Alemanha a declarar-nos guerra. Na verdade, Portugal detinha o estatuto de neutralidade, e assim se manteve até 1916. Todavia, desde o início da guerra em 1914 que as tropas alemãs vinham sistematicamente atacando as nossas colónias africanas. As forças militares estacionadas em Moçambique, defendiam-se tenazmente, sem, contudo, haver qualquer declaração oficial de beligerância emitida entre as partes. Os líderes dos três principais partidos republicanos, sob a égide do Dr. Afonso Costa, subscreverem um pacto de união republicana, para salvar a pátria de uma possível agressão estrangeira (como a que estava a suceder nas colónias) e, sobretudo, para salvar o próprio regime, obrigando o aliado britânico a aceitar a nossa participação no conflito, reconhecendo as outras nações aliadas na guerra, a existência da novel República Portuguesa.

Ao abrigo do ancestral «Tratado de Windsor», subscrito no séc. XIV por D. João I, que ainda hoje se mantém em vigor – razão pela qual é o mais antigo tratado militar do mundo – o governo republicano mandou organizar o CEP-Corpo Expedicionário Português, que rumou aos campos de batalha da Flandres, onde chegou a alcançar um efectivo de 200 mil homens. Na frente ocidental, espreada pelos campos franceses e belgas, bateram-se os nossos soldados com bravura e coragem, apesar de mal abastecidos, deficientemente equipados e literalmente abandonados, a partir de 1917, pelo governo germanófilo de Sidónio Pais. Durante mais de um ano, o CEP não recebeu apoios logísticos, nem o indispensável revezamento das suas tropas, o que contribuiu para o descrédito das chefias e para a depressão moral das tropas entrincheiradas no front ocidental. Percebe-se agora o porquê do presidente Sidónio Pais ter sido assassinado no ano seguinte, e o porquê do fracasso das nossas tropas na tristemente célebre Batalha de La Lys, onde se distinguiu a figura mítica desse intrépido soldado que dava pelo nome de Aníbal Augusto Milhazes, cujos numerosos feitos de bravura e heroísmo lhe valeram o epíteto de “soldado Milhões”.

A participação de Portugal na Grande Guerra teve o importante efeito de compelir as principais nações europeias, quase todas monárquicas, a reconhecerem a existência do regime republicano em Portugal. Por outro lado, conseguiram-se manter as colónias africanas praticamente intactas, e a salvo da rapacidade britânica e germânica. Mas tudo isso teve um custo que não justificou os resultados efectivos dessa participação, que foram em todos os capítulos muito dolorosos e profundamente lamentáveis. Do ponto de vista económico-financeiro foi desastroso, pois aumentou exponencialmente a dívida pública, causando graves problemas sociais nos diversos sectores da vida laboral. Com as finanças públicas nitidamente insolventes, também a vida política, social e cultural se tornaria insustentável, sendo a dívida externa e a exaustão da fazenda uma das causas próximas da revolução militar do «28 de Maio de 1926». Do ponto de

vista humano, a participação portuguesa na Grande Guerra teve consequências desastrosas, já que ascendeu a 40 mil mortos, causando uma tremenda sangria na vida social, na organização do trabalho, tanto nos meios rurais como na indústria urbana, e sobretudo no sentimento dos portugueses.

Basta lembrar a existência em França do cemitério militar de Richebourg l'Avoué, onde se encontram sepultados 1.831 soldados caídos em combate, dos quais 238 corpos se encontravam de tal maneira estropiados que não foi possível identifica-los, razão pela qual na sua lápide funerária se encontram registados como "português - desconhecido".

No final da guerra o balanço das perdas humanas foi desastroso: dez milhões de mortos, 20 milhões de feridos, estropiados e gaseados. A Alemanha exaurida, a França devastada pelos combates e bombardeamentos, os impérios russo, alemão, otomano e austro-húngaro colapsaram e fragmentaram-se em novos países. Apesar de todas as desgraças, há que ressaltar alguns factores que resultaram positivos. A emancipação da mulher foi o mais importante. O recrutamento militar fez escassear a mão de obra, surgindo em alternativa a mulher operária, nas fábricas, nos serviços, nos hospitais, e até na retaguarda da guerra. A igualdade e os direitos da mulher no trabalho e na vida económica da sociedade tornaram-se numa evidência que o tempo se encarregaria de demonstrar. O imprescindível papel da mulher na vida social e pública, viria a reafirmar-se vinte anos depois com a deflagração de novo conflito mundial.

No rescaldo da guerra, outras consequências relevantes não devem ser descuradas. Desde logo ao nível da Medicina, com novos medicamentos e importantes avanços na Química e na Farmacopeia. No trabalho, a divisão de funções, a linha de montagem, o Taylorismo, os movimentos sindicais e as ideologias políticas. Os movimentos artísticos na pintura e na música, com o jazz por exemplo. No teatro e sobretudo no cinema, com a cor e o som. Nos transportes, com as epopeias aéreas de Charles Lindbergh e até de Gago Coutinho. Enfim, surgiram mudanças nos hábitos, nos costumes e nas mentalidades. A grande surpresa são os loucos anos vinte, que todos conhecemos da literatura americana e do cinema, cujo expoente se pode fixar na obra *O Grande Gatsby*, de F. Scott Fitzgerald, que foi soldado do exército americano aquando da primeira invasão de 1917. Além do Jazz e da dança, cuja influência afroamericana era indesmentível, acresce ressaltar a música de George Gershwin para a Broadway, a revolução automóvel pela Fordização da indústria construtora, a motorização das máquinas agrícolas ou o aumento da velocidade dos automóveis, que deu origem aos autódromos e às loucas corridas, de que são exemplo as 500 milhas de Indianápolis. Acima de tudo isso estão as relações humanas, com o amor livre e o namoro espontâneo, a mostrar-se como expressão da liberdade conquistada no pós-guerra. De todos estes excessos resultaria a crise bolsista de 1929, a falência de bancos e empresas, o desemprego, a austeridade, e por fim o nazi-fascismo dos fatídicos anos que precederam a segunda guerra mundial.

Em suma... com a assinatura do Tratado de Versailles, em 1919, pode dizer-se que a democracia venceu em toda a linha. O mapa da Europa rejuvenesceu de vida política e de novos mercados económicos. Os EUA obtiveram o estatuto de primeira potência mundial, que conseguiu manter até hoje, mercê da sua presença militar nos principais conflitos mundiais. A Europa actual, sobretudo no que respeita ao seu mapa político, é muito semelhante ao que resultou do fim da primeira guerra mundial.

A primeira guerra mundial, alterou completamente a nossa percepção da vida social cultural e económica do planeta. Mas permanecemos hoje, como no passado, imbuídos do mesmo espírito eurocentrista, confiantes na ocidentalização do primeiro mundo. Essa é uma visão deturpada da realidade. A vida é hoje global, mais dependente dos interesses económico do que das influências políticos. Os potentados económicos tem de procurar encontrar o justo equilíbrio e o caminho da paz. A próxima guerra mundial poderá fazer-nos regressar às cavernas e acabar com a civilização, tal qual hoje a conhecemos.



Carina Infante do Carmo

*Universidade do Algarve | Centro de estudos
Comparatistas, Faculdade de Letras, Universidade
de Lisboa*

A literatura portuguesa e as cinzas da I Grande Guerra

Nota biográfica

Professora da Universidade do Algarve, Doutorada em Literatura e Cultura Portuguesas. Membro do Centro de Estudos Comparatistas da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. autora de vários livros, assim como de artigos publicados em revistas e edições nacionais e internacionais.

<https://www.cienciavita.pt/FE12-0F81-E311>

Carina Infante do Carmo

A literatura portuguesa e as cinzas da I Grande Guerra

Intitulei esta minha intervenção *A literatura portuguesa e as cinzas da I Grande Guerra* para falar sobre a literatura entre o final dos anos 1910 e a entrada da década de 1930 que, entre nós, tratou este momento verdadeiramente inaugural do século XX. Antes de mais, por ela ser emblema artístico da guerra total e sem sentido, despojada da aura de acto heróico. O que se segue são notas breves que sintetizam pistas de análise e reflexão, essenciais para compreendermos a literatura neste contexto histórico-cultural.

As feridas da que ficou conhecida como Grande Guerra, a começar pelo custo pesadíssimo que o Tratado de Versailles impôs aos alemães vencidos, entrelaçam-se no tempo com a crise dos regimes demoliberais europeus e a recomposição dos impérios no xadrez internacional da época. Os milhões de mortos e feridos, a devastação de uma guerra tecnológica, industrial e de escala planetária - em que Portugal se envolve primeiro, em Angola e Moçambique (1914) e, depois, na Flandres (1916) - fixam um cenário de cataclismo que Raul Brandão define lapidarmente, em *Húmus* (1917): "Na barafunda da Europa ardem aqui e ali cidades inteiras. Um brasido e gritos...". Um cataclismo que as três ondas de pandemia pneumónica, imediatamente subsequente, só irão agudizar.

Ao tratar a literatura que tomou como motivo a I Guerra Mundial, não esqueço, entretanto, que é a imagem (fotografia, cinema) o grande instrumento documental do tempo, exibindo, apesar das restrições impostas pela Censura, o obscuro da morte e da deformação humana.

Multiplicaram-se, naqueles quatro anos devastadores os criadores de imagem (fotógrafos oficiais, repórteres e militares ou civis amadores). A imprensa ilustrada é parte privilegiada do debate público e da propaganda, na medida em que intensifica o clima afectivo de inculcação de valores patrióticos para a mobilização bélica. Apenas com o antecedente histórico da Guerra Civil Americana (1861-65), a Grande Guerra tornou-se na primeira grande conflagração mediática, graças ao contributo do cinema, ainda nos seus alvares, e sobretudo ao relevo da fotografia e dos seus efeitos poderosos de enquadramento e montagem. No panorama nacional, são protagonistas Joshua Benoliel, o fotojornalista da *Ilustração Portuguesa* que fixou imagens inesquecíveis dos efeitos da guerra em território português, na partida dos soldados ou nas marcas do luto pelos mortos; e Arnaldo Garcez, encarregado pelo Exército da cobertura fotográfica dos exercícios de preparação dos soldados portugueses nos campos de treino, das trincheiras, abrigos e ruínas mas igualmente, na retaguarda, nos hospitais e nos momentos de confraternização com as restantes tropas aliadas e a população francesa e, por fim, na celebração do dia da vitória.

A entrada portuguesa na guerra teve como motivo nuclear a preservação das colónias em África e a afirmação internacional da jovem República. Ao serviço desse plano se empenharam vários

intelectuais: assim confirmam as revistas *Águia* (n.º 52-54, 2016)¹ e *Portugal na Guerra* (1917), periódico do Corpo Expedicionário Português, editado em Paris. Contudo, essa mobilização não foi tão generalizada quanto se possa pensar. Contou com o silêncio de personalidades de referência no campo republicano, como Basílio Teles ou Aquilino Ribeiro, além da combatividade antiguerrista do movimento operário e sindical e da reserva de certas camadas das forças armadas, cientes da impreparação para um conflito daquela escala tecnológica.

Antes de 1917, num tempo de massificação dos media e do mercado do espectáculo e do entretenimento, faz-se a promoção da guerra e da nossa entrada no conflito em periódicos de grande expansão. *A Ilustração Portuguesa* publica reportagens ilustradas mas também contos, crónicas e poesia que exaltam a guerra em versão heróica. Lembro, em contraste, a crónica de Mário de Sá-Carneiro (que depois este veio a renegar, pelas alterações que sofre o texto publicado "A batalha do Marne" (*Ilustração Portuguesa*, II série, n.º.513, 20.12.1915; aí evoca um campo de batalha em França, num tom melancólico que contrasta com a atitude provocatória de vários artistas da geração de *Orpheu*. A eclosão da Grande Guerra teve, aliás, implicações na vida de muitos deles, obrigados a abandonar Paris e a regressar a Portugal. A revista *Portugal Futurista* (1917 dá, aliás, sinal de tais repercussões da guerra: a colaboração de Apollinaire e Blaise Cendrars naquela revista de vanguarda é resultado da ligação ao casal Delaunay que, entre 1916-17, se refugiara no Norte de Portugal, interagindo e influenciando Eduardo Viana, Almada Negreiros, José Pacheco e Amadeo de Sousa-Cardoso, amigo dos tempos de Paris.

Desaparecidos muitos modernistas no final da década de 1910 (Sá-Carneiro, Amadeo, Santa-Rita Pintor, a aceitação e consagração do modernismo far-se-á lentamente, nas décadas seguintes, primeiro por via plástica e gráfica e, só depois, literária. Os anos da guerra levam o modernismo a dar formas artísticas ao abalo radical experienciado nas concepções do humano, nas representações fragmentárias de tempo e espaço. Aquele movimento incorpora as ideias de desumanização das massas, urbanas e consumistas, de teia burocrática, mecânica e autoritária da cidade e de aristocratização social da arte. O pensamento político e estético de Fernando Pessoa situa-se bem nessa linha conservadora e elitista.

Quando radicalizam o projecto modernista, em versão vanguardista, os modernistas assumem sem rodeios a alergia ao conformismo burguês e, em alguns casos, a adesão estetizada à brutalidade da guerra moderna. Dessa atitude se aproxima Almada Negreiros, sob a forma de manifestos e ultimatoss, como o que publica no *Portugal Futurista*. Ou, então, em *A Cena do dia*, que Almada dá à estampa, em 1923, na revista *Contemporânea*, mas com data original de 1915, num quadro que prepara a afirmação cesarista e totalitária do sidonismo: aqui é

1 - Na *Águia: Portugal e a Guerra* (n.º 52-54, Abril-Junho 1916) encontram-se artigos de Teixeira de Pascoaes, Teófilo Braga, Raul Proença, Leonardo Coimbra, Augusto de Castro, Aurélio da Costa Ferreira, entre outros.

amplificada a contestação ao guerrismo republicano e às bases de sustentação do novo regime, numa convergência fugaz com o integralismo e os monárquicos que se confirma em pleno na revista *A Ideia Nacional* (1915-6). O vigor e inventiva inter-artística da narrativa plástica de *A Engomadeira* (1917) e de "Saltimbancos" (*Portugal Futurista*, 1917) fazem de Almada o grande intérprete literário da Grande Guerra no quotidiano lisboeta, explorando a palavra em liberdade e a sugestão do pictórico que supera e subordina o enredo e os critérios de representação realista.

Quanto a Fernando Pessoa, pode assinalar-se o sentido de contradição, por vezes em diálogo com os seus heterónimos. Nos escritos (muitos deles deixados inéditos) de pensamento político, assumiu insensibilidade quanto aos horrores da guerra, defendeu o uso da força e invocou, não raro, argumentos em favor da Alemanha, sobretudo para se opor ao Partido Democrático que defendia a intervenção portuguesa e o lado francês. Já o poeta pessoano não esqueceu a dor humana, as mortes vãs da guerra e a desumanidade que esta sempre desperta nos homens. Basta referir, a este propósito, os poemas do ortónimo "O menino de sua mãe" (*Contemporânea*, série III, nº. 1, 1926) e "Tomámos a vila depois de um intenso bombardeamento", a afirmação pacifista de Alberto Caeiro, em "A guerra, que aflige com seus esquadrões o mundo...", ou a "Ode Marcial", de Álvaro de Campos².

É, entretanto, a escrita autobiográfica que mais intensamente figura a experiência trágica da guerra, protagonizada por militares que passaram pelos campos de batalha europeu e, mais escassamente, africano. A ética militar e o patriotismo redentor de tais testemunhos combinam-se, não raro, com uma marca anti-épica, de trauma e homenagem póstuma aos mortos e estropiados em combate; as capas de muitos desses livros re incidem em imagens de dor e desolação, cruzeiros, árvores despidas, ruínas ou caveiras. Destaco os seguintes títulos: André Brun, *A Malta das Trincheiras* (1918); Augusto Casimiro, *Nas Trincheiras das Flandres* (1918); Jaime Cortesão, *Memórias da Grande Guerra* (1919); Pina de Moraes, *Ao Parapeito* (1919) e *O Soldado-Saudade na Grande Guerra* (1921); Carlos Selvagem, *Tropa de África* (1919); Capitão Menezes Ferreira, *João Ninguém, Soldado da Grande Guerra: Impressões Humorísticas do C. E. P.* (1921). Quase todos são edições, publicadas entre 1916 e 1923, da Biblioteca da Renascença Portuguesa, associação cultural que quis aproveitar a vitória do regime republicano para renovar a sociedade portuguesa, com um escol activo e transformador de intelectuais.

A obra de Cortesão é emblemática da contradição entre a ideia da guerra como escola de valores - condizente com o seu apoio declarado à entrada portuguesa na frente europeia, enquanto autor da *Cartilha do Povo* (1916) - e o reconhecimento do choque e absurdo da beligerância nas trincheiras. Na mesma contradição se situa Carlos Selvagem, em *Tropa de*

2 - Com excepção de "O menino da sua mãe", todos os outros poemas referidos foram publicados postumamente, na maioria aquando da edição da obra pessoana nos anos 1940.

África, ao mesmo tempo que adopta um olhar sobre a soldadesca no palco africano, segundo um óbvio preconceito social. Em contraste, André Brun escolhe o viés humorístico para dar a ver o sofrimento dos seus estimados lãzudos, os soldados na frente da Flandres, casando heroísmo e ridículo que não podiam escapar a este militar condecorado e, também, dramaturgo e cronista. Sobre este conjunto de obras, importa sublinhar dois aspectos essenciais. Enquanto obras autobiográficas, quase sempre da autoria de escritores estreados, os livros acima referidos são invariavelmente de oficiais e, como tal, implicam um viés de classe na óptica adoptada para relatar a experiência da guerra. Depois, todos eles, de modos diversos, confirmam traços estruturantes da vida contemporânea. É Paul Fussell que o diz em *The Great War and Modern Memory* (1981): de um lado, o choque entre os eventos da guerra e a linguagem publicamente usada para dizer e louvar a ideia do progresso, hegemónica no século XIX e XX; do outro, a falta de sentido da guerra e da existência humana por ela condenada e que, neste contexto, ganha emblema no trio associado à guerra de trincheiras: o parapeito, o arame farpado e a lama. Não por acaso, Walter Benjamin, em "O narrador" (1936), fala da mudez impotente dos soldados, em resultado do trauma provocado pela guerra devastadora e desestruturante nas trincheiras. Em *Soldado-Saudade na Guerra-Grande* (1921), Pina de Moraes não se fica pelo louvor da abnegação dos militares sacrificados na Flandres, pois denuncia a contradição de se construir um futuro com base na morte; nas suas palavras, "fazer da morte pedra angular de um monumento". Ressoa nesta citação o trauma que se projecta no culto dos mortos e, em particular, do Soldado Desconhecido que, a 9 de Abril 1921, passou a ter, no Mosteiro de Alcobaça, o seu túmulo de homenagem e de celebração pátria. Começa, então, a modelação da memória pública da guerra, prolongada ao longo daquela década com cerca de cem monumentos evocativos dos mortos na Grande Guerra. Tal iniciativa culminaria num programa um pouco mais consistente de evocação colectiva, durante a Ditadura Militar. Na vida real revela-se, em contrapartida, uma recepção muito precária aos militares desmobilizados, muitos deles deficientes, traumatizados, expostos ao desemprego e à desprotecção social, o que justifica a criação, em 1924, da Liga dos Combatentes.

Noutras literaturas ocidentais é a forma romanesca que deu expressão maior ao balanço do trauma da Grande Guerra, assumindo uma posição pacifista, o absurdo da guerra ou uma visão anti-heróica do sofrimento humano – lembremos, para este efeito, Jaroslav Hasek, *O Bom Soldado Švejk* (1923), Erich-Maria Remarque, *A Oeste Nada de Novo* (1929), Ernest Hemingway, *Adeus às Armas* (1929) ou Ferdinand Céline, *Viagem ao Fim da Noite* (1932). Já no contexto literário português, é, de novo, a escrita autobiográfica que cumpre esse papel: em concreto o III volume (póstumo) das *Memórias* de Raul Brandão, subtintulado *Vale de Josafat* (1933), e dois livros, ambos de 1934, de Aquilino Ribeiro: *É a Guerra* e *Alemanha Ensanguentada*. Raul Brandão evidencia a bestialidade, a devastação e a morte que a guerra acarretou. Com ele o conflito mundial abria caminho à subversão dos padrões de moralidade e a um tempo de

ganância e ostentação dos que se beneficiaram com a miséria da grande maioria. Publicados no mesmo ano, os dois títulos de Aquilino enfatizam uma posição antibelicista. O diário *a Guerra*, escrito vinte anos antes, revela-nos um estrangeiro numa Paris que mergulha gradualmente na escalada da I Guerra Mundial: a manipulação mediática, o inferno das trincheiras, pressentida da retaguarda, e as contradições dos guerristas portugueses, a começar pelo então ministro de Portugal em Paris, João Chagas. As acusações de germanofilia, imputadas a Aquilino, por causa de crónicas que publicara nas vésperas do deflagrar do conflito, vêm afinal da sua “imoderada franqueza” sobre o “nateiro de sangue” que o nacionalismo francês alimentou, ou sobre as feridas da derrota alemã, abertas pelo tratado de paz que os vencedores impuseram, e cujas consequências o autor testemunha no seu caderno de viajante *Alemanha Ensanguentada*. Por último, o prefácio de *a Guerra*, datado de 1934, acrescenta a lucidez de quem vê germinar, sobre os escombros da Grande Guerra, o ascenso de Hitler e do nazifascismo, na Alemanha, mas também a ditadura em Portugal, como corolário da política suicidária do regime republicano em prol da intervenção portuguesa.

Referências Bibliográficas

ARAJO, Francisco Miguel. 2014. *Reminiscências nacionais da Grande Guerra: as edições literárias da “Renasença Portuguesa” (1916-1924. Cadernos de Literatura Comparada*, n.º 31, Dezembro, 83-11. <ilc.cadernos.com/index.php/cadernos/article/download/273/253/>. Acesso em: 05.11.2018.

BARRETO, José. 2014. *Fernando Pessoa – germanófilo ou aliadófilo? Um debate com João de Barros que não veio a público*. Pessoa Plural, n.º. 6, Outono. <https://www.brown.edu/Departments/Portuguese_Brazilian_Studies/ejph/pessoaplural/Issue6/PDF/I6A08.pdf>. Acesso em: 05.11.2018.

BENJAMIN, Walter. 1992. O narrador. Reflexões sobre a obra de Nikolai Lesskov. In: *Sobre arte, técnica, linguagem e política*. Intr. T. W. Adorno. Lisboa: Relógio d'gua, 27-57.

CARMO, Carina Infante do. 2014. *Aquilino Ribeiro e o caderno de uma guerra mundial a nascer. Navegações. Revista de Cultura e Literaturas de Língua Portuguesa*, v. 7, n. 1, 61-68. <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/navegacoes/issue/view/877>>. Acesso em: 05.11.2018.

CORREIA, Sílvia Adriana Barbosa. 2011. *Políticas da Memória da I Guerra Mundial em Portugal 1918-1933. Entre a Experiência e o Mito. Dissertação de Doutoramento em História*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. <<https://run.unl.pt/handle/1362/5811>>. Acesso em: 05.11.2018.

- DIAS, Eduardo Mayone. 1995. *Flandres e frica: a visão de uma guerra distante*. In João Camilo dos Santos & Frederik G. Williams. In Honor of Maria de Lourdes Belchior Pontes. Santa Barbara: Center for Portuguese Studies-University of California, 425-446.
- DIAS, Luís Augusto Costa. 2018. *Personagens inventadas: jornalismo e ficção na I Grande Guerra mediática* (1914-1918. *Mediapolis – Revista de Comunicação, Jornalismo e Espaço Público*, nº. 6, Março, 41-59. <<http://impactum-journals.uc.pt/mediapolis/article/view/536>>. Acesso em: 05.11.2018.
- (orientação científica). 2016. *Intelectuais Portugueses e a Guerra 1914-1918* (e book). Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal.
- DIX, Steffen (ed.. 2015. 1915 O Ano de Orpheu. Lisboa: Tinta da China.
- FUSSELL, Paul. 1981. *The Great War and Modern Memory*. London: Oxford University Press.
- KERN, Stephen. 1983 *The Culture of Time and Space* (1880-1918. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- LEAL, Ernesto Castro. 2000. *Narrativas e imaginários da 1ª Grande Guerra: "O Soldado - Saudade" português nos "nevoeiros de morte"*. *Revista de História das Ideias - "História e Literatura"*, vol. 21, 441-460.
- . 2010. *Memória, literatura e ideologia. Saudade, heroísmo e morte*. In AFONSO, Aniceto e GOMES, Carlos de Matos. Portugal e a Grande Guerra 1914-1918. Matosinhos: Quidnovi, 559-567.
- SAPEGA, Ellen W. 2017. *World War I and the Arts: The "Geração de Orpheu" and the Emergence of a Cosmopolitan Avant-Garde*. *E-Journal of Portuguese History*, vol. 15, n.º 1, June. <https://www.brown.edu/Departments/Portuguese_Brazilian_Studies/ejph/html/issue29/html/v15n1a2.html>. Acesso em: 5.11.218.
- TRINDADE, Luís. 21. A vanguarda das letras. Público. 11.9. <<https://www.publico.pt/21/9/11/jornal/a-vanguarda-das-letras-19913789>>. Acesso em: 05.11.2018.
- VASCONCELOS, Ana, SILVEIRA, Carlos e OLIVEIRA, Pedro Aires (Comissários. 2017 *O Mundo Desarrumado Jornal da Exposição Tudo se Desmorona. Impactos Culturais da Grande Guerra em Portuga I*. Fundação Calouste Gulbenkian, 30.06 a 04.09.2017. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



Francisco Piedade

“A Guerra Atual” - Um caso de comunicação

Nota biográfica

Jornalista profissional há 25 anos é atualmente Diretor do diariOnline Região Sul. Durante duas décadas foi jornalista do grupo RTP (rádio e televisão), tendo desempenhado funções nos mais variados cenários e em diversos países. Ao serviço da Antena 1, destacam-se reportagens no Afeganistão, Iraque e Palestina. Durante 7 anos foi Correspondente Internacional da RTP em Timor-Leste. É Mestre em Comunicação, Cultura e Artes com especialização em Ciências da Comunicação.

Francisco Piedade

“A Guerra Atual” - Um caso de comunicação

Falar sobre “A Guerra Atual”, quando o mote para a discussão assenta na 1ª Guerra Mundial, abre um leque de hipóteses que passam, fundamentalmente, pelos casos mais mediáticos. Mas um “caso de comunicação” não tem, forçosamente, de ser o mais mediático. Pode sê-lo, apenas, por não ser mediático.

O Iémen, país situado na Península Arábica, é paradigma dessa realidade.

A presente comunicação apresenta dados e factos, encontrados na imprensa nacional e internacional, juntando-os numa “espécie” de recolha jornalística, preparatória de um trabalho mais profundo.

A resposta à questão “por que motivo não está o Iémen, diariamente, nas capas dos jornais?” deve ser dada por cada um de nós.

A pior fome dos últimos 100 anos

Com uma população, estimada, a rondar os 30 milhões de pessoas, o Iémen vive mergulhado numa guerra civil que dura há mais de quatro anos. O conflito opõe os rebeldes Houtis (xiitas), apoiados pelo Irão, às forças pró-governamentais, Salafistas (sunitas), suportadas por uma coligação internacional encabeçada pela Arábia Saudita, da qual fazem parte, igualmente, os Emirados Árabes Unidos.

Estima-se que possam vir a morrer à fome, caso o conflito armado se mantenha, mais de 14 milhões de civis, o equivalente a metade da população do país. Os mais desprotegidos são sempre os mais afetados, calculando-se que o número de crianças subnutridas no Iémen ascenda a 1,8 milhões. Estima-se que 1,1 milhões de pessoas estejam infetadas com cólera.

A realidade do Iémen reflete a pior situação de fome dos últimos 100 anos. Desde o início do conflito perderam a vida, no Iémen, 10 mil crianças, podendo o número chegar às 50 mil mortes até ao final de 2018.

O cálculo, mórbido, é fácil de ser feito: Diariamente perdem a vida no Iémen 130 crianças.

EUA e Sauditas

A sobrevivência do Iémen, o país mais pobre da Península Arábica, depende em 90% das importações. Os sucessivos bombardeamentos levaram ao encerramento dos portos, caindo o país numa realidade que parece não ter solução.

Sendo um país estratégico é notório o envolvimento de potências como os Estados Unidos da América (EUA) e o Reino Unido. Os primeiros fornecem as bombas. O segundo, armas e informação.

O Iémen está presente em alguns dos casos mais mediáticos dos últimos tempos. Apenas alguns

exemplos:

1) Jamal Khashoggi, jornalista, crítico do regime saudita liderado pelo Príncipe Herdeiro Moahamed bin Salman. Assassinado e esquartejado no interior do consulado saudita em Istambul. Crítico da intervenção saudita no Iémen.

2) 20 de maio de 2017, o Presidente dos EUA, Donald Trump, realiza a sua primeira Visita de Estado. A Arábia Saudita é o país escolhido. Donald Trump assina em Riad o maior acordo de venda de armas da história dos EUA, no valor de 110 mil milhões de dólares. Objetivo do acordo: assegurar a longo prazo a segurança da Arábia Saudita e da região face às ameaças do Irão.

3) Sauditas investem 20 mil milhões de dólares em infraestruturas nos EUA como contrapartida à venda de armamento, que inclui, entre outros equipamentos militares, aviões, navios e mísseis. O conflito do Iémen, embora nem sempre marque as primeiras páginas, está presente em casos, esses sim, mediáticos.

A “Roda” das armas

Entre 2013 e 2017 a venda de armamento aumento 10%, sendo os EUA o principal exportador a nível mundial. Os números são do SIPRI, Instituto Internacional de Pesquisa da Paz de Estocolmo, que reúne dados desde 1950.

O relatório do SIPRI, que merece leitura e análise atenta, aponta os países do Médio Oriente como os principais compradores de armamento (32%).

No que respeita a exportações, a China aumentou em 38% as suas vendas, principalmente a países como o Paquistão, a Argélia e o Bangladesh.

A Europa comprou menos 22% de armamento entre 2013 e 2017, em relação a período homólogo.

Envolvendo as guerras da Síria e do Iémen a maioria dos países da região, o Médio Oriente aumentou a importação de armamento (2013-2017) em 103%, com preferência para drones, helicópteros, aviões, mísseis e viaturas blindados.

A Arábia Saudita foi o país do Médio Oriente que mais armamento adquiriu entre 2013 e 2017, aumentado as suas importações em 225%.

O Irão representa 1% de todas as compras de armamento do Médio Oriente.

Amal Hussain – O rosto da fome

Ao ser fotografada por um repórter do New York Times, num campo de refugiados no Iémen, Amal Hussain tornou-se no “rosto da fome” da maior crise humanitária dos nossos tempos. A menina iemenita faleceu a 1 de novembro de 2018, com apenas 7 anos de idade.

Amal é apenas um rosto entre milhares. Um cálculo mórbido que não pode deixar de ser feito. No Iémen perdem a vida, diariamente, 130 crianças, a grande maioria vítimas de fome.

Nota final

A apresentação desta comunicação (9 de novembro de 2018) durou aproximadamente 20 minutos, tempo suficiente para que pelo menos uma criança tenha perdido a vida no Iémen.

Referências bibliográficas

Salcedas, R. (2018), "Morreu Amal, a menina com fome que é símbolo da guerra no Iémen" in Jornal de Notícias [<https://www.jn.pt/mundo/interior/morreu-amal-a-menina-com-fome-que-e-simbolo-da-guerra-no-iemen-10122832.html>].

Avó, C. (2018), "Médio Oriente campeão da corrida ao armamento" in Diário de Notícias [<https://www.dn.pt/mundo/interior/medio-orientes-campeao-da-corrída-ao-armamento-9181706.html>].

SIPRI, Military Expenditure Database [<https://www.sipri.org/databases/milex>].

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E CULTURA

NOTAS FINAIS

A Iniciativa “100 anos depois: ciclo de conferências Saúde e Cultura” teve lugar ao longo de 2018. Pretendeu evocar três acontecimentos marcantes de 1918, a Pneumónica, a inauguração do Sanatório Carlos Vasconcelos Porto em São Brás de Alportel e o fim da Primeira Guerra Mundial. Definiu como principal objetivo a realização de cinco conferências e de uma exposição evocativas destes marcantes acontecimentos do ano de 1918, realçando a sua importância histórica, cultural e social. Contou com a generosa colaboração de 23 palestrantes, que partilharam o seu saber e enriqueceram todos os presentes.

Este livro reúne todos esses contributos, com o objetivo de aprender com o passado, para pensar o presente, e construir o futuro.

Ao selecionar estes temas, pensar este projeto e reunir esta equipa, estava implícito que iriam ser abordados temas do passado, no entanto o desenrolar dos trabalhos permitiu perceber rapidamente que os temas em análise são profundamente atuais e presentes na sociedade de hoje, e que os ensinamentos do passado são apenas pontos de partida para um melhor entendimento do momento presente. A história surge-nos preenchida de factos que se repetem, mesmo que apresentados com outras roupagens, e conhecer a nossa história permite inquestionavelmente uma melhor compreensão do presente e a possibilidade de construir um futuro mais próspero.

Este ciclo foi precursor, na região do Algarve, de uma colaboração enriquecedora entre a Cultura, a Saúde, o Ensino e o Poder Local, que através de um protocolo reuniu mundos que aparentemente não se cruzam, mas que aqui, em conjunto deram corpo a este projeto inovador, que permitiu estudar, analisar e refletir de forma livre sobre estes acontecimentos, dando a conhecer parte importante da nossa história, para muitos, desconhecida.

As instituições e equipas envolvidas neste projeto, esperam que esta parceria se possa repetir no futuro, com a realização de outros ciclos e o saber mais sobre a “saúde” na região, para que a História da Saúde, no Algarve, possa fazer parte dos temas de interesse da academia, assim como em torno de outros assuntos e acontecimentos internacionais e nacionais, com impacto na região, e que nos seja permitida uma reflexão atual, que nos leve a aprender com o passado, para compreender o presente e construir um melhor futuro.

100 anos DEPOIS

CICLO DE CONFERÊNCIAS

SAÚDE E CULTURA

1918/2018

