# Olhares cruzados sobre a história da saúde da Idade Média à contemporaneidade

Alexandra Esteves &
Helena da Silva (coord.)

Landscapes Heritage & Territory Collection

Coleção Paisagens Património & Território



# OLHARES CRUZADOS SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE DA IDADE MÉDIA À CONTEMPORANEIDADE

Alexandra Esteves & Helena da Silva (coord.)

7 Introdução
Alexandra Esteves & Helena da Silva

12 Cronologia dos surtos portugueses da segunda pandemia de peste (séc. XIV–XVII): importância e problemas
André Filipe Oliveira da Silva

22 Entre o medo e a morte: uma epidemia em Braga (1711–1712)
Maria Marta Lobo de Araújo

40 'Inconstância do clima d'onde deriva a frequência das doenças': clima em dissertações inaugurais apresentadas à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) no século XX
Monique Palma

58 O Tejo e a defesa sanitária marítima de Lisboa nos séculos XIX e XX: epidemias, doenças tropicais, nação e império
Isabel Amaral

84 Medicina Tropical no espaço de Angola (1923). Sinais de encontros científicos em África
Maria de Fátima Nunes

108 Prioritizing Institutional Survival over Human Health during a Pandemic: The Influenza of 1918 at the Pierre Indian School
Mikaëla M. Adams

126 A Gripe Espanhola em Guimarães: crise e estratégias de recuperação
Antero Ferreira, Célia Oliveira, Fátima Silva & Tânia Ferreira

138 A epidemia depois da pandemia: a encefalite letárgica
Alexandra Esteves

156 Traumas psíquicos nos soldados portugueses no pós-Primeira Guerra Mundial
Helena da Silva

180 O obsceno e a voz no mundo hospitalar psiquiátrico
Tiago Pires Marques & Mattia Faustini

190 A assistência médico-social no Hospital Colónia Rovisco Pais
Cristina Nogueira

224 Health policies and fighting epidemic diseases in Scandinavia—different trajectories towards the development of public health and the Nordic welfare model
Vibeke Narverud Nyborg

248 Os primeiros doentes com SIDA em Portugal: os cadernos de registo dos dados dos doentes e dos testes de deteção do LAV (HIV) de Odette Ferreira (1984–1987)
Paula Basso

272 Health pathways of chronic patients through the prism of relationships between professions
Eliane Rothier Bautzer

# Introdução

O interesse por temas que se inscrevem no domínio da história da saúde tem vindo a crescer nos últimos anos, em particular na viragem para o século xxi, para o que terão contribuído as recentes epidemias. No tempo presente, esse interesse, materializado em inúmeras publicações, debates e conferências, não se circunscreve à história ou ao meio académico, mas observa-se também no cidadão comum, cujo quotidiano foi e, em certa medida, continua a ser afetado, de modos diversos, pelos efeitos da pandemia de COVID-19, que no momento em que publicamos este livro, em 2022, ainda não está debelada.

Foi neste contexto que dois centros de investigação (Lab2PT e IHC) membros do In2Past (Laboratório associado para a investigação e inovação em património, artes, sustentabilidade e território) conseguiram reunir um conjunto de especialistas que se dedicam à investigação sobre temas relacionados com a história da saúde, nomeadamente, sobre a doença, as epidemias, as políticas de saúde, as instituições e os seus agentes, não apenas na vertente estritamente histórica, mas também antropológica, sociológica ou demográfica. Foi assim possível cruzar diferentes olhares sobre essas matérias, desde a Idade Média até à contemporaneidade, focados no espaço europeu, principalmente em Portugal, mas que também chegaram a outros lugares, incluindo aos Estados Unidos.

O livro que agora se publica abre com um texto de André Filipe Oliveira da Silva (CITCEM-UP e CIDEHUS-UÉ), sobre a segunda pandemia de peste em Portugal. Além de sinalizar a dificuldade de inventariar a totalidade, ou a maioria, dos surtos de peste que afetaram o país entre meados do século xiv e o século xvii, o autor sublinha a relevância do tema e abre novas pistas de investigação sobre uma matéria que ainda carece de estudos aprofundados e consistentes, tanto a nível nacional como local.

Maria Marta Lobo de Araújo (Lab2PT/In2PAST — UMinho), por sua vez, trata da primeira grande epidemia do século xviii que afetou a cidade de Braga, sobretudo entre 1711 e 1712. Todavia, contrariando o que decerto seria expectável, as fontes não permitem a identificação da epidemia em causa, sendo, por isso, aventadas várias hipóteses (tifo, febre tifoide, malária, varíola, peste bubónica, febre do gálico). A autora refere, a propósito, os problemas de higiene e de saúde pública que, à semelhança do que sucedia noutros centros urbanos, se verificavam em Braga, bem como as medidas de natureza diversa que as autoridades locais tomaram tendo em vista a prevenção e a eliminação de focos de insalubridade que abundavam na cidade e que potenciavam o surgimento e o alastramento de todo o tipo de doenças.

Partindo do pressuposto de que há uma variedade de fatores que influenciam a saúde, Monique Palma (CIUHCT–NOVA de

Lisboa) aborda a forma como a relação entre clima e saúde é tratada nas dissertações inaugurais apresentadas pelos médicos recém-formados da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, nos inícios do século xx. Como refere a autora, se noutro tempo a climatologia médica teve uma presença marcante na medicina, hoje a história ambiental cruza-se com a da saúde e tem permitido o desenvolvimento de várias áreas, algumas de inegável atualidade, como, por exemplo, o estudo do impacto das alterações climáticas na saúde, assunto que, como é assinalado, já aparece em obras dos começos do século passado.

No capítulo seguinte, Isabel Amaral (CIUHCT–NOVA de Lisboa) propõe-se mostrar a associação da cidade portuária de Lisboa a um novo olhar sobre os espaços assistenciais, as doenças e os seus atores, e a sua relação com o aparecimento da medicina tropical portuguesa, no início do século xx, bem como refletir sobre a adaptação ou edificação de locais e espaços, disposições legislativas e atores, entre 1804 e 1948, a partir dos quais é possível construir narrativas sobre o controlo das doenças tropicais na cidade.

Maria de Fátima Nunes (IHC–U.E.), no trabalho intitulado *Medicina Tropical no espaço de Angola (1923). Sinais de encontros científicos em África*, aborda, entre outras matérias, questões de saúde colonial em África e práticas de medicina tropical. A sua atenção centra-se no primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental, que teve lugar em Luanda, em 1923. Destaca o papel desempenhado pelos médicos angolanos nos encontros científicos internacionais, revelador de um grande dinamismo da medicina tropical, num cenário de inovações sanitárias na política colonial que se seguiu à Primeira Guerra Mundial.

A gripe pneumónica é o tema principal do estudo realizado por Mikaela M. Adams (University of North Carolina — Chapel Hill), intitulado *Prioritizing Institutional Survival over Human Health during a Pandemic: The Influenza of 1918 at the Pierre Indian Schoo*l. A autora procura mostrar como essa pandemia foi encarada pelos responsáveis e afetou a população indígena norte-americana, a partir da análise do que sucedeu numa escola-internato, onde, como refere, foi dada prioridade aos aspetos institucionais em detrimento da salvaguarda da saúde dos alunos, com consequências desastrosas.

Segue-se o trabalho de Antero Ferreira (Casa de Sarmento — Universidade do Minho e CITCEM); Célia Oliveira (Casa de Sarmento — Universidade do Minho); Fátima Silva (Casa de Sarmento — Universidade do Minho) e Tânia Ferreira (CITCEM —Universidade do Minho). Os autores, além de descreverem o impacto da gripe espanhola na cidade de Guimarães, propõem-se analisar, através do estudo da nupcialidade, os mecanismos de recuperação da população do concelho, na procura de uma explicação para o facto de, decorridos 12 anos sobre a crise pandémica, ter retomado o seu ritmo de crescimento. Da análise desses

mecanismos resultou, precisamente, o reconhecimento da importância da intensificação da nupcialidade na retoma do ritmo de crescimento populacional do concelho.

Se muito se tem escrito sobre a pandemia de gripe, neste livro há ainda espaço para doenças pouco ou praticamente nada estudadas, como a encefalite letárgica, coetânea da gripe espanhola, e que foi objeto de diferentes hipóteses explicativas. Alexandra Esteves (Lab2PT/In2PAST — UMinho) aborda esta enfermidade, que intrigou a comunidade médico-científica da época e que ainda subsiste como um enigma do século xx, e que acabou por interessar, sobretudo, os médicos psiquiatras, dada a natureza das sequelas que provoca.

Helena da Silva (IHC-NOVA-FCSH) apresenta algumas conclusões da investigação realizada no âmbito do projeto de investigação sobre a saúde dos soldados portugueses durante e após a Primeira Guerra, dando especial relevo aos traumas psíquicos de que sofriam esses homens. Trata-se, afinal, de uma matéria que tem sido silenciada pela historiografia nacional. A partir da consideração de alguns casos concretos de militares que sofreram de traumas psíquicos no pós-guerra, a autora propõe-se esclarecer, entre outras questões, a atuação do Estado português face a esta situação, bem como identificar as estruturas que os acolheram e quem os apoiou.

Tiago Pires Marques e Mattia Faustini (CES—Universidade de Coimbra) analisam três documentários gravados em três hospitais psiquiátricos, nas décadas de 1960 e 1970: *I Giardini di Abele*, realizado no hospital psiquiátrico de Gorizia (Itália) em 1968; *Júlio de Matos... Hospital?*, dirigido por José Carlos Marques em 1974; *O Jardim dos Esquecidos*, realizado por Mário Cabrita Gil em 1977. A exposição dos corpos psiquiatrizados, a privação dos direitos dos internados, as condições degradantes em que se encontravam, a brutalidade e a desumanidade do tratamento a que os doentes eram submetidos são denunciados nesses documentários, que, desde logo, serviram para interpelar as consciências e suscitar o questionamento sobre o humano, além de terem contribuído para o reconhecimento da urgência de reformas e correções no sistema psiquiátrico.

A assistência médico-social no Hospital Colónia Rovisco Pais é o objeto de estudo de Cristina Nogueira (CulturAge). A autora contextualiza a criação deste estabelecimento, destinado a prestar assistência aos padecentes de hanseníase (lepra) em Portugal, na segunda metade do século xx. Trata-se, como explica, da única unidade nacional de assistência médico-social e de investigação, construída de raiz, inteiramente dedicada à hanseníase em Portugal, durante quase 40 anos. No sentido de perceber o enquadramento da sua atividade, procurou perceber igualmente em que medida a assistência à hanseníase em Portugal acompanhou a evolução do tratamento desta doença e seguiu as orientações dos especialistas internacionais.

O médico norueguês que descobriu o vírus da lepra (Gerhard Armeuer Hansen) também é mencionado, no capítulo seguinte, por Vibeke Narverud Nyborg (University of South Eastern Norway; PANSOC-OsloMet), nomeadamente, a propósito do papel que este teve no debate sobre a saúde e a medicina e o conflito entre a necessidade de proteger a sociedade e os direitos individuais. A autora explica como o modelo nórdico, muitas vezes apontado como sendo um sistema único de saúde, segue, afinal, vários trajetos e apresenta diferenças nos vários países (Suécia, Noruega, Dinamarca).

Paula Basso (Museu da Farmácia) dedica o seu texto à investigação levada a cabo por Odette Ferreira, professora e investigadora da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, em colaboração com investigadores estrangeiros, nos finais dos anos 1980, sobre uma doença epidémica (SIDA ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) então ainda desconhecida. Para o efeito, apoia-se na análise das informações oficiais e na informação contida nos cadernos de registo dos dados e dos testes de deteção do LAV (HIV) dos primeiros doentes suspeitos de terem contraído a doença. A autora assinala a relevância do papel desempenhado pela investigadora portuguesa na descoberta e na demostração da existência de vários vírus da SIDA (HIV) e no reconhecimento social da doença em Portugal.

O livro encerra com um trabalho de Eliane Rothier Bautzer (CERMES3, CNRS-INSERM-EHESS — Université Paris Cité) que escreve sobre as mudanças registadas na assistência e no papel dos cuidadores no tratamento e acompanhamento de doentes crónicos. De um ponto de vista sociológico, a autora analisa como, nos últimos anos, o setor da enfermagem tem conseguido uma crescente autonomia, que reconfigura a relação com os restantes profissionais de saúde e também com os pacientes.

Nesta obra, são tratados diversos assuntos que, direta ou indiretamente, remetem para a saúde e a doença, mas também são atendidos os contextos, a forma como as populações reagiram, como atuaram os vários agentes, designadamente, médicos e enfermeiros, as políticas e medidas que foram seguidas, tanto em circunstâncias adversas como de normalidade. São de assinalar, a este propósito, a edificação de hospitais gerais e especializados, a criação de dispensários ou as campanhas de sensibilização para os cuidados a ter para prevenir as doenças. Fala-se do corpo, da mente, dos traumas que a guerra provoca, da atividade investigativa na área da saúde e da doença, do modo como a sociedade é capaz de "produzir" estigmas através das enfermidades, seja pela associação de determinada doença a certos comportamentos considerados promíscuos e amorais, seja pelas marcas físicas que ocasionam.

Como este livro demonstra, o estudo da temática nele tratada é suscetível de ser abordada segundo diferentes perspetivas. Está

aberto, portanto, à participação de diferentes áreas do saber, designadamente da história da medicina e da saúde, da história económica, social, cultural e política, ligadas pelo objetivo comum de compreender e explicar ocorrências que afetam a vida das populações, como são as doenças.

Importa, finalmente, agradecer o apoio do Lab2PT e do IHC, dois centros de investigação que integram o Laboratório associado IN2PAST, para a publicação desta obra, bem como a participação dos autores dos textos que a integram. Fica a expetativa de que consiga despertar o interesse dos leitores e que constitua um ponto de partida para o prosseguimento da investigação sobre uma temática que está bem longe de estar esgotada.

Alexandra Esteves & Helena da Silva

ANDRÉ FILIPE OLIVEIRA DA SILVA *

# Cronologia dos surtos portugueses da segunda pandemia de peste (séc. XIV–XVII): importância e problemas

*
CITCEM (UP), CIDEHUS (UÉ)

# Introdução

Antes mesmo do início da pandemia de covid-19, o estudo das grandes doenças do passado, sobretudo daquelas que assumem proporções epidémicas, vivia já uma era de desenvolvimento sem precedentes. Aquela à qual eu próprio venho dedicando atenção há anos, a peste, é, com larga margem, a protagonista da maioria dos projetos, estudos e resultados. A aplicação de novas técnicas de investigação genética a agentes patogénicos do passado, desenvolvendo novos métodos de recuperação e análise de ADN antigo, permitiram, em 2011, a descodificação do genoma de *Yersinia pestis*, bactéria responsável pela infame doença, colhida em restos mortais de vítimas da Peste Negra[1]. Esta identificação inequívoca demonstrou a proximidade genética entre a bactéria contemporânea e aquela que permanece ativa hoje na maioria dos continentes, terminando com uma polémica de décadas em torno da verdadeira natureza das pestes históricas, mesmo sem explicar as diferenças na virulência e na velocidade de propagação[2]. Na década que se seguiu, um número cada vez maior de genomas descodificados permitiu construir uma complexa árvore filogenética, verdadeira genealogia de estirpes e variantes que não cessa de crescer e revelar uma realidade muito mais rica e global do que se pensava ainda há bem pouco tempo[3]. Os historiadores, ao contrário do que uma primeira impressão descuidada pode sugerir, não têm um papel secundário neste debate e neste desenvolvimento. Figuras notáveis como Lester K. Little[4] ou Monica H. Green[5] demonstram como são fundamentais as ferramentas, os métodos e o conhecimento de um historiador treinado para tratar os dados que microbiólogos e geneticistas vêm recuperando, cujo potencial não pode ser plenamente alcançado sem a intervenção dos especialistas nas ciências do passado humano. Será necessário, naturalmente, uma cada vez maior familiarização dos historiadores da doença com o vocabulário, os conceitos e as ferramentas dos seus correligionários das ciências da saúde, não para se sobreporem, mas para se completarem e entenderem mutuamente.

Creio que, a par do aproveitamento do desenvolvimento científico e tecnológico que vivemos e do qual este ramo está a beneficiar, há espaço para as fontes ditas tradicionais, seja para regressos ou para incursões em materiais até aqui pouco ou nada explorados, pelo menos sob este propósito. Os documentos escritos, sobretudo em territórios como Portugal, conservam um potencial por alcançar, por mais que um conjunto notável de pessoas tenha trabalhado para mudar isso nas últimas duas décadas.

Aquilo que aqui se apresenta não é uma investigação terminada. É uma reflexão que medeia um percurso de vários anos, que conduziu à redação da minha tese de doutoramento e de um conjunto de artigos, e aquilo que constitui o meu plano

de investigação nos anos que virão. Sendo a peste o meu objeto preferencial de estudo, será no exemplo da peste que me focarei neste capítulo/artigo.

## Cronologia de pestes: ponto de situação

Ainda hoje, com alguma frequência, é a largamente ultrapassada cronologia de fenómenos epidémicos coligida por Vieira Meireles em 1866 que continua a servir de referência, de forma direta ou indireta, àqueles que tratam epidemias medievais e quinhentistas[6]. A bibliografia portuguesa sobre o tema é dedicada sobretudo a a) análise local de um surto, como o impacto ou a notícia da sua ocorrência numa determinada cidade ou vila, sem estudo crítico sobre a forma como chegou lá e para onde possa ter partido depois dessa 'paragem'[7], b) análise de um documento, ou de um conjunto restrito de documentos, que fornecem pequenos ensaios de micro-história muito útil, mas cujo potencial permanece subaproveitado pela escassez de trabalhos análogos[8], c) ao estudo das medidas profiláticas ou de contenção levadas a cabo pela Coroa ou pelas autoridades locais, com um foco sobre a história do exercício do poder, da comunicação política e da articulação das autoridades, e não tanto sobre a história do fenómeno epidémico propriamente dito[9]. Todas as abordagens são importantes, mas não permitiram ainda estabelecer com segurança uma cronologia e uma geografia de surtos de peste em Portugal, essencial por si e para o estudo da dinâmica da doença, do seu impacto e das suas consequências.

Além de haver surtos locais ou regionais cujos registos não foram ainda sistematizados, há um conjunto de epidemias de impacto relativamente contido que foram desproporcionalmente referidas, e até mesmo identificações equívocas e que não dizem respeito a verdadeiros eventos epidémicos, como o da pretensa peste de 1356[10].

## Importância da sistematização de notícias sobre surtos: geografia da peste

O desenvolvimento de modelos de propagação de doenças em surtos do passado, mormente da peste, não é novo. Modelos estatísticos e algoritmos complexos são desenvolvidos e aplicados, obtendo resultados interessantes[11], mas enfermos à partida por

se basearem em recolhas documentais parciais e datadas. Nos últimos anos, alguns autores vêm sublinhando a importância de rever as listagens de surtos e alertando para os riscos do uso de dados incompletos e com viés geográfico[12], demonstrando a partir de casos concretos as lacunas das listagens comummente utilizadas, entre os quais aquela que se conserva na monumental obra de Jean-Noël Biraben dedicada às pestes históricas na Europa e no Mediterrâneo, que caminha a passos largos para completar meio-século[13]. Se o panorama geral pode não parecer assim tão problemático, uma lupa sobre esses mapas que resultam desses modelos ou de análises genéricas revela erros grosseiros, sendo este o caso, por exemplo, dos Países Baixos[14] e da Boémia[15], seja cartografia dedicada especificamente à Peste Negra, seja respeitante ao conjunto de surtos de peste da Segunda Pandemia. No caso da célebre proto-pandemia de meados do século XIV, os mapas da Europa e do Mediterrâneo mais difundidos chegam a representar a evolução geocronológica da epidemia em Portugal de forma totalmente inversa àquilo que terá sido a realidade[16].

Cartografar a doença é, por isso, um objetivo desafiante e que inspira cuidados redobrados. É um resultado desejável numa fase mais avançada, e após a exploração do rol de documentos principais. Representar a circulação e a propagação da doença é um instrumento da maior utilidade. A recolha sistemática de surtos de impacto nacional ou peninsular pode permitir estabelecer padrões de propagação, perceber a influência da sazonalidade, do tipo de povoamento, da geomorfologia do terreno, da interação entre Homem e roedores, etc. Localizar surtos surgidos espontaneamente em áreas interiores, sem sinais de comunicação a partir da costa ou da fronteira castelhana, poderá ser um indício muito forte da existência, ainda que temporária, de depósitos silvestres de peste em populações de roedores silvestres, hipótese impensável há uma década e que vem sendo proposta para outras áreas da Europa. E quais as espécies que ocorrem em território continental português que poderão permitir a sobrevivência enzoótica da *Yersinia pestis*? Definir a geografia da doença, sobretudo de uma infeção com uma etiologia e ecologia tão complexas como a peste, deve ser um objetivo principal no estudo da doença. Ir além da dimensão humana das suas manifestações permite reconstituir o quadro geral de um passado onde o Homem é um ator principal, mas não único, num ambiente integrado e complexo.

## Desafios e problemas metodológicos

Arrolar todos, ou a maioria, dos surtos de peste que afetaram Portugal entre meados do século XIV e o século XVII (altura em que os grandes surtos parecem desaparecer do território português) não é uma tarefa simples. Em primeiro lugar, é preciso definir

um conjunto de fontes que forneça o maior número de dados possível sem que seja necessária uma 'abordagem de arrastão', isto é, sem que seja necessário varrer integralmente fundos e arquivos em busca de referências soltas à peste. Creio que três conjuntos de produtores de documentação deverão ser centrais numa investigação deste tipo, ainda que outras fontes tenham sempre utilidade, como procurarei defender.

Em primeiro lugar deverá ser utilizada documentação municipal. Ainda que o número de arquivos municipais que conservem atas de vereação anteriores a 1500 sejam escassos[17], outros tipos de documentação, como a correspondência entre o rei e um município, permitem alargar o rol de concelhos incluídos e obter dados importantes. Após 1500, o número de municípios dos quais se conserva atas de vereação e outro tipo de documentação quotidiana aumenta exponencialmente, e será parte central de qualquer levantamento. A identificação de referências a surtos de peste em concelhos vizinhos, por exemplo, a partir de testemunhos provenientes de um município particularmente bem documentado, permitirá obter informação sobre eventos epidémicos nos vários concelhos limítrofes, ou até a cidades e vilas importantes, mais distantes, mas às quais uma frequentada ligação por terra ou mar justificava uma vigilância permanente. Será mais fácil determinar quando eclodiu a epidemia em cada local, através de que ligações preferenciais um ou mais surtos se propagaram, com que velocidade, qual a explicação das autoridades para a entrada de um surto proveniente de outras paragens, qual a duração de cada surto, qual o volume, ainda que não quantitativa, do impacto demográfico, procurando estabelecer padrões e definir as variáveis que influenciavam estes fatores. A partir destas fontes, seria possível reconstituir o rol da maioria das epidemias de peste, permitindo um esboço da sua circulação no território à escala regional e, combinando as diversas regiões do reino, um retrato à escala do território português, incluindo ilhas atlânticas. Relatórios de autoridades locais, feitos quase "em tempo real", permitem uma aproximação sistemática a estes eventos dificilmente alcançável de outra forma.

Apesar da sua enorme utilidade para o estudo do impacto socioeconómico e demográfico da peste, fundos como os juízos dos órfãos terão uma importância menor na definição da duração dos surtos e da sua geografia. Deverão, contudo, ser tidos em conta, ainda que de forma complementar.

Identificados os anos de peste e os locais que afetaram, haverá lugar para uma segunda exploração de arquivos pertencentes a instituições de assistência, focando esses anos e locais e otimizando a leitura arquivística. Entre todas as instituições, os arquivos das numerosas Santas Casas da Misericórdia, sobretudo das mais antigas, serão o local ideal de exploração. Apesar de serem criadas de 1498 em diante, boa parte dos hospitais e das albergarias

medievais foi integrada na Misericórdia criada na cidade ou vila onde se localizavam e, em muitos casos, há conservação de documentação medieval. É este o caso de Évora, onde sobrevivem vários tombos de escrituras de hospitais e albergarias medievais no acervo da Misericórdia local[18], e é igualmente o caso de Braga, que conserva, por exemplo, documentação da gafaria medieval bracarense[19]. Para os séculos XVI e XVII, é o próprio manancial documental das Misericórdias que enriquecerá as informações colhidas nos testemunhos municipais. Naturalmente, o papel das misericórdias e dos hospitais e albergarias medievais que as antecederam, não será tanto o de socorrer os pestíferos. As medidas profiláticas ou de contenção eram sobretudo políticas e administrativas, mas o papel das instituições assistenciais, mesmo não sendo responsáveis pelo internamento de casos suspeitos ou confirmados, não se poderá desprezar. Cartórios de ordens religiosas com vocação assistencial são outro recurso com potencial, e nunca se poderá esquecer a documentação régia e de oficiais régios "descentralizados", assim como, com o avançar da cronologia e a multiplicação de testemunhos, alguns arquivos privados, testemunhos epistolográficos, entre outros. Cada município ou região terá recursos documentais complementares, e apenas a execução do plano de investigação permitirá definir quais existem em cada paragem e quais os mais úteis em cada local e momento.

Por fim, no final do ciclo português da Segunda Pandemia, há ainda um terceiro recurso documental de grande potencial e com utilidade direta não só para o estudo do impacto demográfico destes fenómenos, mas também da sua propagação e duração: os registos paroquiais. A grande limitação passa pela conservação deficiente de registos para o período anterior a 1600, que tornou os livros quinhentistas raros. Além disso, a eventual disrupção da capacidade de registo em caso de morte massiva da população, como poderá ter acontecido na Peste de 1599–1602, põe em causa a verosimilhança dos dados fornecidos. Um dos clássicos da demografia histórica portuguesa, a tese de doutoramento de Norberta Amorim, revela tanto a utilidade inigualável destes registos, como as limitações que carregam, sobretudo no seu estudo demográfico de várias freguesias de Guimarães entre os finais do século XVI e o início do século XIX, onde se detetam alguns sinais da passagem dessa derradeira grande peste[20]. Porém, nos casos em que se conservam livros de registo de mortalidade em anos de peste, pode ser possível confrontar os dados cronológicos com aqueles que a documentação municipal fornece, permitindo uma definição mais fina, ao nível da freguesia, tanto no intervalo de duração da epidemia, como no território afetado.

Um dos maiores desafios é o da correta identificação de um surto de peste como uma efetiva manifestação epidémica da infeção por *Yersinia pestis*. Nos últimos anos, a bioarqueologia acumulou, e segue

acumulando, um conjunto cada vez maior de provas do papel de relevo da bactéria da peste em surtos históricos que se fizeram sentir em cronologias e geografias muito distintas. Para o historiador, esta tendência permite assumir com maior grau de verosimilhança que as referências documentais à peste, a doentes e surtos da doença, entre a Baixa Idade Média e o Período Moderno, correspondem efetivamente a manifestações da infeção. Testemunhas de vários surtos ao longo das suas vidas, os homens e as mulheres que viveram entre meados do século XIV e o século XVII, em Portugal, seriam capazes de distinguir os sintomas típicos da peste, pelo menos da sua forma bubónica — a mais comum — daqueles que caracterizavam tipos diferentes de doenças. De qualquer forma, creio que seria da maior utilidade desenvolver uma escala de "segurança de identificação" para classificar os diversos surtos revelados pela documentação, com base num conjunto de critérios como o número de testemunhos, descrição de sintomas, da condição física dos infetados ou da evolução e circulação geográfica do surto. Os moldes de desenvolvimento desta ferramenta carecem, naturalmente, de definição e discussão coletiva. Uma escala deste tipo não elimina a possibilidade de identificação errada do agente patológico — algo que só pode ser atingido com ferramentas paleogenómicas —, mas reduz a margem de erro e torna mais transparente e rigoroso o estudo dos diversos episódios.

## Conclusão

As ideias que apresentei e procurei explorar são isso mesmo: ideias de trabalho e a base do que idealmente será o meu objeto de estudo ao longo dos próximos anos. São premissas que me parecem centrais naquilo que deve ser um projeto de investigação sobre a peste ao longo dos próximos anos. Outras doenças, ainda que menos documentadas, ou com uma história humana mais recente — pelo menos enquanto fenómenos com 'identidade' atribuída, como a tuberculose — poderão beneficiar de programas semelhantes. A lepra, por um lado, a malária, por outro, assim como muitas doenças venéreas, respiratórias, de pele, etc., deverão beneficiar desta epidemiologia retrospetiva, com utilidade não só para o estudo do passado, mas também para o presente que vivemos. Todos estes elementos são necessários para uma epidemiologia histórica nos séculos pré-estatísticos. Agora acompanhados por outros cientistas, os historiadores têm obrigação de liderar este movimento de renovação. No que diz respeito à peste, todo o labor permanecerá incompleto enquanto não for definido um quadro cronológico e geográfico rigoroso. Saber por onde e com que velocidade circulava a infeção é um primeiro passo para compreendermos como circulava, como sobrevivia e porque se extinguia. Enquanto estes elementos

não puderem ser mais bem compreendidos a uma escala local, regional e nacional, as sínteses continentais ou transcontinentais continuarão a perpetuar erros de análise e a produzir modelos enviesados que pouca utilidade real oferecem aos que a eles recorrerem e que apenas dificultarão o estudo de um fenómeno multissecular tão impactante.

**Notas**

1. Bos, K. I., Schuenemann, V. J., Golding, G. B., Burbano, H. A., Waglechner, N., Coombes, B. K., McPhee, J. B., DeWitte, S. N., Meyer, M., Schmedes, S., Wood, J., Earn, D. J., Herring, D. A., Bauer, P., Poinar, H. N., & Krause, J., "A draft genome of Yersinia pestis from victims of the Black Death", in *Nature*, 478 (7370), 2011, p. 506–510. https://doi.org/10.1038/nature10549.

2. Vivian Nutton, que chegou a separar as duas fações (aqueles que recusavam a peste clínica como protagonista na Peste Negra e nas restantes pestes históricas, contra os defensores de que a peste era a grande responsável) designando-os por "sceptics" (céticos) e "believers" (crentes). O debate de três décadas produziu uma bibliografia considerável, sendo o resumo da autora sobre essa historiografia "cética", um bom ponto de partida: Nutton, Vivian, "Introduction", in *Medical History*, 52:S27 [Pestilential complexities: understanding medieval plague.], 2008, p. 1–16. doi:10.1017/S0025727300072069.

3. Cui, Y., Yu, C., Yan, Y., Li, D., Li, Y., Jombart, T., Weinert, L.A., Wang, Z., Guo, Z., Xu, L., Zhang, Y., Zheng, H., Qin, N., Xiao, X., Wu, M., Wang, X., Zhou, D., Qi, Z., Du, Z., Wu, H., Yang, X., Cao, H., Wang, H., Wang, J., Yao, S., Rakin, A., Li, Y., Falush, D., Balloux, F., Achtman, M., Song, Y., Wang, J., Yang, R., "Historical variations in mutation rate in an epidemic pathogen, Yersinia pestis" in *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.*, 110 (2), 2013, p. 577–582, doi: 10.1073/pnas.1205750110; Spyrou, M.A., Keller, M., Tukhbatova, R.I., Scheib, C.L,, Nelson, E.A., Andrades Valtueña, A., Neumann, G.U., Walker, D., Alterauge, A., Carty, N., Cessford, C., Fetz, H., Gourvennec, M., Hartle, R., Henderson, M., von Heyking, K., Inskip, S.A., Kacki. S., Key, F.M., Knox, E.L., Later. C., Maheshwari-Aplin, P., Peters, J., Robb, J.E., Schreiber, J., Kivisild, T., Castex, D., Lösch, S., Harbeck, M., Herbig, A., Bos, K.I., Krause, J., "Phylogeography of the second plague pandemic revealed through analysis of historical Yersinia pestis genomes", in *Nature Communications*, 10 (1): 4470, 2019, doi: 10.1038/s41467-019-12154-0; Zhou, Z., Alikhan, N. F., Mohamed, K., Fan, Y., Agama Study Group, & Achtman, M., "The EnteroBase user's guide, with case studies on *Salmonella* transmissions, *Yersinia pestis* phylogeny, and *Escherichia* core genomic diversity", in *Genome research*, 30 (1), 2020, p. 138–152, https://doi.org/10.1101/gr.251678.119.

4. Little, Lester K., "Plague Historians in Lab Coats", in *Past & Present*, vol. 213.1, November 2011, p. 267–290, https://doi.org/10.1093/pastj/gtr014.

5. Green, Monica H., "How a microbe becomes a pandemic: a new story of the Black Death", in *The Lancet. Microbe*, vol. 1.8, 2020, e311–e312. doi:10.1016/S2666-5247(20)30176-2; Green, Monica H., "Emerging diseases, re-emerging histories", in *Centaurus*, vol. 62.2, 2020, p. 234–247, https://doi.org/10.1111/1600-0498.12306; Green, Monica H., "The Four Black Deaths", in *The American Historical Review*, Volume 125, Issue 5, December 2020, p. 1601–1631, https://doi.org/10.1093/ahr/rhaa511.

6. Meirelles, António da Cunha Vieira de, *Memorias da Epidemiologia Portugueza*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1866; indiretamente, esta cronologia foi utilizada por A. H. de Oliveira Marques no seu clássico *A sociedade medieval portuguesa: aspectos de vida quotidiana*, Lisboa, Sá da Costa, 1964 (reeditada cinco vezes, a última das quais em 2010), que por sua vez foi a fonte para sínteses e trabalhos de referência bastante posteriores que cristalizaram a lista incompleta de Vieira Meirelles e perpetuaram alguns erros nela contidos.

7. Baião, António, "As Freiras de Lorvão e a Peste de 1348", in *Instituto*, 100, 1942, p. 734–737; Carvalho, Sérgio Luís de, "A Peste de 1348 em Sintra", in *Actas das Jornadas de História Medieval «1383–1385» e a Crise Geral dos Séculos XIV–XV*, Lisboa, 1985, p. 129–135; Rodrigues, Ana Maria S. A., "Uma Peste em Torres Vedras em 1395", in *Espaços, Gente e Sociedade no Oeste: Estudos sobre Torres Vedras Medieval*, Cascais: Patrimonia Historica, 1996, p. 13–15; Marques, José, "Peste, em Ceivães — 1579", in Capela, José Viriato (coord.), *Monção: entre muralhas, com tantas portas quantos os sentidos*, Monção, Casa Museu de Monção, 2014, p. 179–181.

8. Rau, Virgínia, "Un document portugais sur la peste noire de 1348", in *Annales du Midi: revue archéologique, historique et philologique de la France méridionale*, 78, 1966, p. 331–334 ; Moreno, Humberto Baquero, "Um testamento concebido durante a Peste Negra", in *Bracara Augusta*, XXXII, 73–74, 1978, p. 125–141; Coelho, Maria Helena da Cruz, "Um Testamento Redigido em Coimbra no Tempo da Peste Negra", in *Revista Portuguesa de História*, XVIII, 1980, p. 312–331; Moreno, Humberto Baquero, "A Peste Negra e os legados à Igreja", in *Revista de Ciências Históricas da Universidade Portucalense Infante D. Henrique*, VI, 1996, p. 133–143.

9. Abreu, Laurinda, "The city in times of plague: preventive and eradication

measures against epidemic outbreaks in Évora between 1579 and 1637", in *Popolazione e Storia*, vol. 2, 2006, p. 109–125, http://hdl.handle.net/10174/1980; Abreu, Laurinda. "A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI–XIX", in *Ler História*, vol. 73, 2018, p. 93–120. http://dx.doi.org/10.4000/lerhistoria.4118.

**10.** Silva, André Filipe Oliveira da, *A Peste Negra em Portugal Os casos do Entre--Douro-e-Minho e do Entre-Tejo-e-Odiana*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Porto, 2021, p. 582–584. https://hdl.handle.net/10216/137710.

**11.** Christakos, G., Olea, R.A., Yu, H.L., "Recent results on the spatiotemporal modelling and comparative analysis of Black Death and bubonic plague epidemics", in *Public Health*, 121(9), 2007, p. 700–20, doi: 10.1016/j.puhe.2006.12.011; Yue, Ricci P.H., Lee, Harry F., Wu, Connor Y. H., "Trade routes and plague transmission in pre-industrial Europe", in *Science Reports*, 7, 2017, p. 12973, DOI:10.1038/s41598-017-13481-2.

**12.** Roosen, Joris, and Daniel R. Curtis, "Dangers of Noncritical Use of Historical Plague Data", in *Emerging Infectious Diseases*, vol. 24.1, 2018, p. 103–110, doi:10.3201/eid2401.170477.

**13.** *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 vols, Paris, Mouton, 1975–1976.

**14.** Roosen, Joris, and Daniel R. Curtis, "Dangers of Noncritical Use of Historical Plague Data"..., p. 103–110.

**15.** Para uma excelente crítica das representações cartográficas clássicas da Peste Negra, aconselha-se Mengel, David C., "A Plague on Bohemia? Mapping the Black Death", in *Past & Present*, 211:1, 2011, p. 3–34. doi:10.1093/pastj/gtq069.

**16.** Silva, André Filipe Oliveira da, "Chronology, routes, and conditions for the spread of the plague in Portugal during the Black Death", in *Anais de História de Além-Mar*, XXII, 2021, p. 59–83. https://run.unl.pt/handle/10362/136792.

**17.** Além de pouco numerosas, o conjunto das atas de vereação medievais portuguesas que sobrevive encontra-se quase todo publicado: Costa, José Pereira da (ed.), *Vereações da Câmara Municipal do Funchal: século XV*, Funchal: Secretaria Regional de Turismo e Cultura. Centro de Estudos de História do Atlântico, 1995; *Actas de Vereação de Loulé, Século XV*, coord. de Manuel Pedro Serra, leitura e transcrição de Luís Miguel Duarte, suplemento da revista Al-Ulyã, n.º 10, 2004; *Actas de Vereação de Loulé, Século XVI 1522–1527*, coord. de Luís Miguel Duarte, leitura e transcrição de André Vitória, Fátima Machado, Flávio Miranda, Joana Sequeira e Luís Miguel Duarte, Loulé, Arquivo Histórico Municipal, suplemento da revista Al-Ulyã n.º 14, 2014; *Actas de Vereação de Loulé: séculos XIV–XV*, coord. de Manuel Pedro Serra, leitura e transcrição Luís Miguel Duarte, João Alberto Machado e Maria Cristina Cunha, Loulé, Arquivo Histórico Municipal, separata da revista Al-Ulyã, n.º 7, 1999. *Vereaçoens: 1431–1432: Livro I*. leitura, índices e notas de João Alberto Machado e Luís Miguel Duarte, Porto, Arquivo Histórico, 1985; *Vereaçoens: anos de 1390–1395: o mais antigo dos Livros de Vereações do Município do Pôrto existentes no seu Arquivo*, Porto, Câmara Municipal, [1937]; *Vereaçoens: anos de 1401–1449: o segundo livro de vereações do município do Porto existente no seu arquivo*, Porto, Câmara Municipal do Porto, Gabinete de História da Cidade, [imp. 1980]; Ribeiro, Marco Alexandre, *As Atas de Vereação do Porto de 1485 a 1488. Leitura Paleográfica, Publicação e Estudo Prévio*, Dissertação de Mestrado, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2019; Marques, José, "A administração municipal de Vila do Conde, em 1466", in *Bracara Augusta*, Vol. 37, n.º 83–84 (96–97), 1983, p. 5–116 [contém a transcrição do livro de atas sobrevivente para esse ano]; Vargas, José Manuel (ed.), *Livro da vereação de Alcochete e Aldeia Galega (1421–1422)*, Alcochete, Câmara Municipal de Alcochete, 2005; Fonseca, Jorge, *Montemor-o-Novo no século XV*, Montemor-o-Novo, Câmara Municipal, 1989 [transcreve os dois livros de atas de vereações montemorenses quatrocentistas que sobrevivem]. Há ainda dois fólios contendo as atas de vereação de Braga do mês de fevereiro de 1469, que permanecem inéditas: Martins, Raquel Oliveira, *O Concelho de Braga na segunda metade do século XV: O governo d'Os homrrados cidadaaos e Regedores*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho, 2013, p. 17–19, 33. Alguns livros de atas de vereação portuenses do século XV mantêm-se igualmente inéditos.

**18.** Arquivo Distrital de Évora, *Santa Casa da Misericórdia de Évora*, livros 61 a 65.

**19.** Arquivo Distrital de Braga, *Santa Casa da Misericórdia de Braga*, livros 419 e 420 [Livros 1.º e 2.º dos Prazos Primordiais].

**20.** Amorim, Maria Norberta Simas Bettencourt, *Guimarães 1580–1819. Estudo Demográfico*, Lisboa, Instituto Nacional de Investigação Científica, 1987, p. 285–290.

MARIA MARTA LOBO DE ARAÚJO *

# Entre o medo e a morte: uma epidemia em Braga (1711–1712)

*
Departamento de História
da Universidade do Minho
Lab2PT/In2PAST

# Introdução

A epidemia do SARS-CoV-2 conduziu a um novo olhar sobre a questão da saúde pública e das epidemias, originando nos últimos dois anos a publicação em Portugal de vários trabalhos sobre esta matéria. Para Braga foram também feitas novas análises, sendo conhecidos alguns contributos. Saliente-se, todavia, a nível nacional um menor investimento nestas questões para o Período Moderno, uma vez que para a Idade Contemporânea, talvez fruto da celebração do primeiro centenário da ocorrência da gripe pneumónica, recordada com a realização de congressos, a publicação de livros, capítulos de livros e artigos, registou um maior impulso. Para a Idade Moderna os trabalhos são em menor número e devem-se em grande parte à investigação de Laurinda Abreu. Faltam, por conseguinte, estudos de caso para as cidades e vilas do território nacional, que possibilitem esforços de síntese[1].

Confrontar o leitor com o tema é transportá-lo para um cenário de dor e angústia, onde quase sempre impera a morte. É também contactar de perto com formas de vida, aspetos económicos, culturais, sociais e religiosos, que aliados à capacidade de organizar e tratar ou à falta dela, se vive com medo, com muito medo, em períodos de pestes e epidemias, como se pode observar no tempo longo da História[2].

Um dos marcos que mais penalizava as cidades no alvorecer da Idade Moderna, mas também no seu decurso, era a falta de higiene e os seus reflexos na saúde pública. Grande parte dos centros urbanos apresentava graves problemas sanitários, o que facilitava a instalação de doenças, não somente devido à carência de práticas de higiene dos seus habitantes, mas também às deficientes políticas públicas empreendidas pelas autoridades locais.

As principais pestes quinhentista com que Braga foi confrontada foram estudadas por Cristina Cunha, num trabalho que as sistematiza e dá a conhecer o seu impacto na cidade[3]. O esforço de conter as pestes e de manter a cidade longe da doença não foi constante, tal como aconteceu noutras cidades portuguesas e estrangeiras. Atuava-se na ocasião da doença, mas quando esta amainava ou era erradicada, esqueciam-se rapidamente as medidas e a vida corria com normalidade até à próxima peste. Deste modo a que ocorreu em finais de quinhentos e passou a seiscentos abriu caminho a um novo ciclo de crises, quase sempre conhecidas primeiro no clima, depois nos cereais e na subida do seu preço e finalmente na saúde pública. Estas estão ainda por aprofundar na cidade, pese embora estejam já várias delas sinalizadas[4].

O nosso estudo centra-se na primeira grande epidemia do século XVIII na cidade, que se alarga entre 1710 e 1712 e ganha particular acuidade entre 1711 e 1712.

**Gráfico 1**
**Movimento da mortalidade nas paróquias de Braga (1707-1713)**




Arquivo Distrital de Braga (doravante ADB), Fundo da Paróquia da Cividade, *Registos de Óbitos, 1688–1730*, n.º 48, fls. 66–118; Fundo da Paróquia de Maximinos, *Registo de Óbitos, 1694–1771*, n.º 65, fls. 63–95v.; *Registos de óbitos, 1711–1772*, n.º 66, fls. 2–17v; Fundo da Paróquia de São João do Souto, *Registos de óbitos, 1705–1751*, n.º 95, fls. 25v.-146; Fundo da Paróquia de São Vítor, *Registos de óbitos, 1697–1715*, n.º 123, fls. 99–210; Fundo da Paróquia da Sé, *Registo de Óbitos, 1674–1715*, n.º 85, fls. 211v.-272.

## A epidemia de 1711–1712

A epidemia que ocorreu na cidade no final da primeira década e seguiu para a segunda do século XVIII deve ser integrada num conjunto de epidemias conhecidas no reino na última década do século anterior. Recorde-se que a centúria se iniciou com uma outra epidemia entre 1704 e 1705, embora menos grave que a de 1711–1712, também ela registada na cidade de Braga. Quer a primeira, quer a segunda foram também conhecidas em várias partes de Portugal e em particular na sua capital5. As epidemias e as pestes faziam parte da vida das populações da Idade Moderna, iam e vinham e não avisavam. O ambiente em que proliferavam era-lhes favorável. Lixo amontoado, esgotos a céu aberto, águas inquinadas, fontes sujas, animais em trânsito e muitos insetos faziam parte das imagens das cidades da Idade Moderna, contribuindo para a falta de higiene e o surgimento de doenças. Por seu lado, a higiene individual era também muito precária, pelo que a conjunção de vários fatores potenciava o alastramento da doença.

Como ponto de partida da epidemia de 1711–1712, estudamos o movimento dos óbitos das freguesias da cidade entre 1707 e 1713.

Todas as epidemias deixavam a marca da morte. Cruzavam-se a miúdo com crises de subsistência, subida de preços, carência alimentar e fome. Quando a morte se instalava na comunidade, o medo contribuía para a desorganização, o caos e muitas vezes a solidão. O medo de ser contagiado afastava os sãos dos

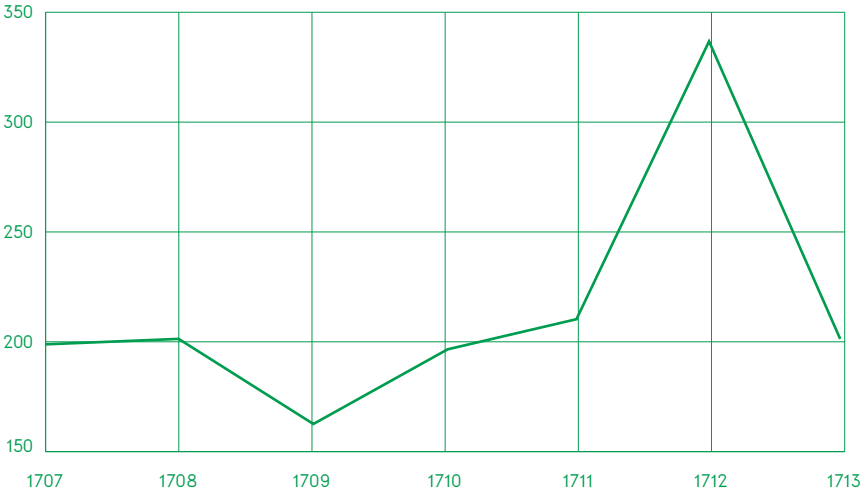



**Gráfico 2**
**Movimento da mortalidade nas paróquias de Braga (1707–1713)**

ADB, Fundo da Paróquia da Cividade, *Registos de Óbitos, 1688–1730*, n.º 48, fls. 66–118; Fundo da Paróquia de Maximinos, Registo de Óbitos, 1694–1771, n.º 65, fls. 63–95v.; *Registos de óbitos, 1711–1772*, n.º 66, fls. 2–17v; Fundo da Paróquia de São João do Souto, *Registos de óbitos, 1705–1751*, n.º 95, fls. 25v.-146; Fundo da Paróquia de São Vítor, *Registos de óbitos, 1697–1715*, n.º 123, fls. 99–210; Fundo da Paróquia da Sé, *Registo de Óbitos, 1674–1715*, n.º 85, fls. 211v.-272.

contaminados, muitos morrendo sozinhos e mesmo sem os últimos sacramentos[6].

Recorremos a várias fontes para conhecer a sua intensidade e desenvolvimento. Os registos de óbito, conjugados com crónicas e estudos, possibilitaram-nos o acesso a uma crise grave, mas não muito intensa. A análise do **Gráfico 1** possibilita constatar a grave crise de mortalidade provocada pela epidemia que se abateu na cidade entre 1710 e 1712, com maior gravidade entre 1711 e 1712 e com maior incidência neste último ano.

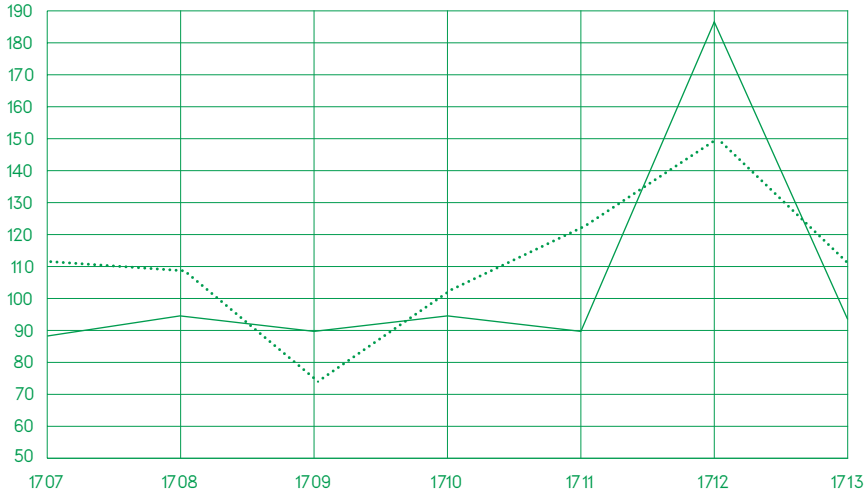
Analisámos as cinco paróquias da cidade[7] e privilegiámos anos antes e depois da epidemia para apurarmos os períodos de maior incidência. Assim, verificámos que a epidemia foi mais gravosa na freguesia de São Vítor, seguida da freguesia de São João do Souto, na qual se encontrava o hospital, sendo as paróquias da Cividade e de Maximinos as menos afetadas. Ou seja, a epidemia foi mais intensa na parte leste e central da cidade do que na parte oeste. Refira-se ainda que as paróquias do centro — Sé e São João do Souto — eram as mais populosas.

Constata-se, claramente, através da análise do **Gráfico 2**, o ano de 1712 como sendo o mais mortífero, bem como a descida abrupta no ano seguinte do número de óbitos.

O **Gráfico 3** permite verificar que a mortalidade masculina foi muito mais intensa que a do outro sexo, principalme nte no que diz respeito à epidemia de 1711–1712.

O século XVIII começou com um conjunto de crises logo na primeira década. Destacam-se os anos de 1704–1705 e 1712 como sendo os mais mortíferos. A epidemia que grassou na cidade entre 1711 e 1712 foi antecedida de anos de fome. O ano de 1709 foi referido como sendo de "frios intensos", que se prolongou nos três anos seguintes[8]. A segunda década assiste também a uma subida do número de óbitos, com incidência particular no ano de 1712, como já notámos. A mortalidade cresceu sobretudo entre os meses de

**Gráfico 3**
**Mortalidade por sexo nas paróquias de Braga (1707-1713)**




Sexo feminino

Sexo masculino

Fonte: ADB, Fundo da Paróquia da Cividade, *Registos de Óbitos, 1688-1730*, n.º 48, fls. 66-118; Fundo da Paróquia de Maximinos, *Registo de Óbitos, 1694-1771*, n.º 65, fls. 63-95v.; *Registos de óbitos, 1711-1772*, n.º 66, fls. 2-17v; Fundo da Paróquia de São João do Souto, *Registos de óbitos, 1705-1751*, n.º 95, fls. 25v.-146; Fundo da Paróquia de São Vítor, *Registos de óbitos, 1697-1715*, n.º 123, fls. 99-210; Fundo da Paróquia da Sé, *Registo de Óbitos, 1674-1715*, n.º 85, fls. 211v.-272.

fim de primavera e outono, incidindo principalmente entre maio e dezembro. Pese embora esta circunstância, foi na segunda metade de setecentos que se registaram as crises mais "fortes" ou "maiores"[9].

Mas que fatores potenciaram esta epidemia? Em primeiro lugar é preciso referir que terá sido a conjugação de vários, registados desde 1709 e que se agravaram nos três anos seguintes. Em 1709 conheceu-se uma subida do preço dos cereais, tal como já se tinha registado em 1704 e 1705, causando carestia alimentar e colocando muitos problemas de subsistência, principalmente aos grupos sociais mais vulneráveis. Após a fome vieram as doenças e a morte. Assim mesmo aconteceu na Espanha. No Norte, na Galiza, o excesso de chuva fez perder as colheitas, desequilibrando o sistema de abastecimento e abrindo caminho ao surgimento da doença e da morte. Foi assim em Santiago de Compostela e em Orense, mas também no Sul. Na Andaluzia, a crise foi também dura e muito mortífera. Vivia-se uma severa crise de tifo que dizimou muita gente em Sevilha[10].

Entre 1710 e 1712, em Braga não aumentaram somente os preços dos cereais. A mesma linha ascensional foi registada no azeite e no sal[11]. Más colheitas, escassez de cereais, crises sucessivas e aumento dos preços tinham implicações diretas na vida de todos, mas particularmente na dos mais pobres, que não tinham condições para fazer face às despesas e assistiam à degradação das suas condições de sobrevivência. E foi neste contexto adverso que surgiram revoltas e motins das populações mais pobres, desesperadas com a falta de alimentos[12].

A subida dos preços foi conhecida em várias localidades do Minho, sendo registada em Viana da Foz do Lima e em Ponte de Lima, como, aliás, já anteriormente referido, também na Galiza, que sofreu igual crise[13]. Esta subida foi causada pelas adversas condições climatéricas. Em 1708, houve chuvas abundantes em todo o reino que causaram cheias e prejuízos, sobretudo nos

campos agrícolas. Em Braga, a adversidade do clima esteve na base da realização de procissões pelo tempo, organizadas pelo Cabido e pela Misericórdia nos meses de fevereiro e de outubro[14].

Incapaz de dominar o tempo, o homem moderno encontrava no sagrado a intervenção de que necessitava para rogar a Deus pela mudança. Se chovia em demasia pedia-se sol, se o calor permanecia longamente, implorava-se chuva. A movimentação do sagrado aconteceu amiúde, envolvendo todo o aparelho religioso da cidade. Mitra, Cabido, Ordens Religiosas e Confrarias uniam-se para fazer descer as imagens dos altares, colocá-las nos andores e fazê-las sair em procissão. Eram as chamadas "procissões pelo tempo", assim designadas nas fontes. Para além das imagens da cidade e quando a situação era muito grave que envolvia epidemias, eram também convocadas as de Santa Maria Madalena, da Falperra, e a do Bom Jesus do Monte, pertencentes a templos e a confrarias situados a alguns quilómetros da cidade. Várias procissões podiam sair em dias sucessivos, aglomerando os fiéis em torno do sagrado. Estas cerimónias religiosas serviam para aplacar a ira de Deus contra os homens. Esperava-se um milagre entre cânticos e orações. E assim aconteceu nos anos em estudo, quando se implorou publicamente para que parasse de chover.

Como as adversidades climatéricas traziam fome e doença, pedia-se a todos os santos, mas rogava-se especialmente a São Sebastião e a São Lourenço, por serem protetores das pestes.

Depois deste excesso de pluviosidade, em 1712 conheceu-se a sua falta, tendo-se feito rogativas pelo seu aparecimento[15].

À fome seguiu-se a doença e febre malignas, que atormentavam as populações e dizimavam os corpos mal alimentados e debilitados. A escassez de cereais provinha também dos abusos cometidos pelos intermediários, que causavam especulação e contrabando[16].

Embora as condições climatológicas se fizessem sentir no campo e na cidade, era nesta última que a mortalidade acontecia de forma mais acentuada, devido ao povoamento concentrado e à insalubridade das pessoas, das casas e das ruas. Saliente-se, todavia, que à falta de homogeneidade social correspondiam níveis diferenciados de mortalidade. Assim, as populações residentes em bairros pobres e com uma alimentação menos rica e variada estavam mais sujeitas à morte, por serem também as que tinham menos defesas e sucumbiam mais rapidamente.

A dieta a que esta população tinha acesso era monótona, marcada pela presença de cereais, podendo ser complementada com algum peixe e carne barata e de pouca qualidade. Estas pessoas ingeriam normalmente um caldo com produtos baratos, como era o caso de alguns vegetais. Tal como na sociedade, também a alimentação estava hierarquizada, razão por que alguns produtos eram inacessíveis à maioria da população.

Para os grupos sociais mais humildes, o pão era o alimento essencial, por ser de baixo custo. Porém, em períodos de carestia

também ele se tornava inacessível pelo seu elevado preço[17]. A falta de alimentos básicos causava debilidade, cansaço e apatia, bem como problemas emocionais e psíquicos[18].

Mas se uns padeciam de fome, outros usufruíam de bons produtos e de uma dieta alimentar equilibrada com proteínas, vitaminas e minerais.

Para além da fome, outros motivos ambientais agiam diretamente na saúde das populações. Destaco a água que bebiam, por ser de acesso fácil a todos. Era dos poços, das fontes e até dos rios que as populações se abasteciam de água. Com a intensidade das chuvas, estas águas encontravam-se contaminadas e impróprias para consumo. Também a dos rios não reunia condições pelas imundices que lá eram despejadas e pelos detritos que as margens acumulavam, o que contribuía para contrair várias doenças.
As fontes não escapavam a esta caracterização. Vulgarmente com água suja e impura, as fontes eram ainda lugar de lavagem das miudezas dos animais e não raras ocasiões depósito de carcaças dos mesmos. Ali bebiam ainda gatos, cães, cavalos e gado bovino que estivessem de passagem pelas cidades ou nelas residissem.

Braga procurou nas primeiras décadas do século XVIII alterar e melhorar as condições de abastecimento de água. O arcebispo D. Rodrigo de Moura Teles (1704–1728) empreendeu esforços nesse sentido e construiu novas fontes no hospital, criando-lhe maior autonomia de abastecimento.

Mas a água está ainda relacionada com a lavagem dos corpos e a higiene pessoal e pública. Em alguns momentos do século XVII sentem-se preocupações camarárias em Braga com a higiene pública, ordenando-se a limpeza das ruas e a sua lavagem. Sempre que havia epidemias na cidade, a Edilidade nomeava um ou dois guardas-mores da saúde e tomava medidas tendentes a debelar a doença e a proporcionar melhores condições de higiene aos seus habitantes.

Embora os livros de posturas municipais existentes no Arquivo Municipal de Braga não refiram as datas das posturas, entende-se serem as mesmas relativas à Idade Moderna. Visam essencialmente aspetos relativos à sujeira existente nas ruas e caminhos, às águas, a alguns produtos e às pessoas. Proíbem a existência de animais mortos nas ruas e vielas, nomeadamente cães, porcos, gatos, bestas e "outras cousas mortas fedorentas", sob o pagamento de uma multa de 500 réis[19]. As posturas enfatizam os cheiros das ruas, proporcionando quadros realistas de ruas e caminhos a cheirarem a urina, com animais mortos e lixo amontoado, pobres e vagabundos andrajosos e com falta de roupa e de higiene, fontes com vísceras, animais e muita sujidade, enfim uma cidade com variados problemas de higiene pública e privada. O quadro pinta-se ainda com padeiras infetadas a continuarem a cozer o pão.

A limpeza das ruas e caminhos ficou sob o escrutínio dos vereadores, que considerando que a limpeza das cidades e vilas

era o melhor que podia existir, determinaram o pagamento de igual coima aos que lançassem carqueja, cisco, águas sujas, carnes, gatos mortos e outras sujidades nas vias públicas. Se este lixo fosse ainda deitado fora dos locais acima visados o seu autor pagaria o dobro[20]. Não raras vezes, a Câmara responsabilizava os moradores pela limpeza das ruas, mas nem mesmo assim elas se mantinham higienizadas e limpas.

Como a cidade tinha dentro de si espaços de cultivo onde existiam hortas, exigia-se que os caminhos que lhes davam acesso, assim como os portelos estivessem sempre limpos. Os vereadores tinham conhecimento de "pessoas ociosas, sujas e desonestas sem temor de cousa algua não olhando a honestidade limpeza [que] se assentavam aos portelos (...) e lançavam muitas sujidades". Aos prevaricadores era aplicada a multa supramencionada.
A Câmara mostrava-se hostil aos que deambulavam pela cidade e nas suas proximidades, sujos e ociosos, vagabundos, por certo, procurando enquadrá-los nas normas, por constituírem um perigo para a saúde da comunidade. Esta atitude relativa aos vadios e pobres não era nova e encontra-se documentada. Para além de se restringir os dias que podiam permanecer em algumas localidades, em tempo de epidemia a sua entrada nas cidades era também restringida e feita sob estrita vigilância[21].

Proibia-se igualmente o lançamento de água através das janelas e portas de dia e de noite, procedimento considerado "coisa muito odiosa e mau exemplo" e levado a cabo por pessoas "sem temor das justiças". A Câmara considerava existir na cidade grande "devassidade e desonestidade da gente desta cidade" e procurava com esta medida que as ruas fossem mais limpas e estivessem menos malcheirosas. A multa a aplicar era a mesma de sempre, mas o acrescento na postura deixa entender quanto se procurava acabar com este procedimento. Quando não se conseguisse identificar quem lançava a urina para a rua, a multa aplicava-se ao residente na casa[22], responsabilizando-o por atos que podiam ser praticados por outros, todavia, era uma forma deste atuar dentro das suas portas.

Também as fontes, os chafarizes e os canos da cidade estiveram sob vigilância, desejando-se que estivessem mais limpos.
A Edilidade tinha conhecimento que se lavava roupa suja e "outras cousas" na fonte e chafariz "das Conegas", o que constituía um mau exemplo para todos os cidadãos, proibindo, por conseguinte, tal prática. Igual proibição alargava-se ao rego da "rua de Sousa de baixo", não se podendo lavar gamelas nesse curso de água.
A infração era paga com uma multa de 200 réis[23]. O uso da fonte "de Sousa" voltou a ser escrutinado devido à sujidade existente, em grande parte por causa da lavagem das tripas de animais. Todos os que a usassem para esse fim, como as restantes fontes da cidade, incorriam no pagamento de uma coima de dois mil réis. Os vereadores mandaram apregoar esta postura para que se evitassem desculpas com o desconhecimento[24].

E se em algumas ocasiões estas foram as fontes citadas, noutras o registo dá-nos a conhecer as preocupações com mais, por serem locais onde a sujidade predominava, tonando-se, por isso, alvos recorrentes das manifestações camarárias.

Nesta campanha pela higiene e o asseio, a Câmara não se coibia de criticar os moradores da cidade, por não alterarem os seus procedimentos. Asseio era a palavra de ordem para conter as pestes e as epidemias. Assim, também os produtos deviam ser vendidos de forma higiénica e em boas condições, o que nem sempre acontecia. Os que vendessem carne em condições impróprias para ser consumida eram punidos com uma multa de duzentos réis. Já as padeiras estavam obrigadas a vender o pão, tendo sobre si "huma toalha muito limpa e lavada". A estas mulheres exigia-se também que usassem roupa de lã e colocassem um lenço na cabeça quando amassassem o pão e o levedassem. Estas peças de roupa deviam estar limpas e serem de uso exclusivo para esta tarefa. Não podiam cozer o pão se estivessem doentes de males contagiosos, sob pena de pagamento de uma multa de dois mil réis e serem presas. Estavam ainda proibidas de usarem a roupa de cozer o pão na cama, o que era um costume[25].

Perante a precariedade do vestuário, os grupos sociais mais débeis davam múltiplos usos à sua indumentária, e não era raro usarem na cama a roupa que envergavam durante o dia. O exemplo mais paradigmático era o das mantas. Muitos pobres resguardavam o corpo no inverno com mantas que colocavam sobre as costas, as quais eram usadas à noite na cama. Como nem sempre podiam comprar estas peças, normalmente eram dadas por caridade, cumprindo legados instituídos ou oferecidas a partir das receitas das Misericórdias[26]. Vestir corpos nus era uma obra de misericórdia relevante na Idade Moderna. A roupa era um bem caro e raro. A maioria da população comprava-a poucas vezes durante a vida, por não reunir condições para a adquirir.

A incapacidade de adquirirem roupa em quantidade e adaptada a cada circunstância, obrigava os pobres a gerirem a que tinham de forma a responderem às suas necessidades. Sem roupa para cada ocasião, as padeiras usavam a do trabalho na cama, o que não contribuía para a higiene nem para a saúde pessoal e pública. Em caso de estarem infetadas punham em perigo toda a população, pelo contágio existente.

A alusão a casos de infetadas demonstra como os grupos sociais mais vulneráveis atuavam. Mesmo com a doença, continuavam a trabalhar por necessidade. Provavelmente com filhos e outros dependentes, estas mulheres não deixavam de trabalhar para que o sustento não faltasse em casa, mesmo colocando a saúde dos outros em risco.

Para além dos lugares públicos e de acesso a todos, como eram as fontes, as ruas e os caminhos e hortas, também os domésticos, como era o forno e a atividade de cozer o pão, estavam sob o olhar

vigilante da Câmara. As medidas eram exigentes, procuravam alterar práticas diárias, mas tinham um efeito muito pouco duradouro.

Procurando controlar os preços dos medicamentos e de outros produtos, a Câmara taxou determinados artigos, proibindo os boticários de os exceder. Ao mesmo tempo impôs-lhes um regulamento para cumprir. São exemplo os xaropes, as águas, as "confeições", as conservas, as "pirolas", os óleos, os unguentos, os emplastros e os troviscos[27]. Os boticários ficaram obrigados a seguir a tabela feita pela Câmara e a assinar as receitas aviadas, sendo fortemente multados em caso de desobediência com o pagamento de elevada coima. A punição estendia-se ainda a pena de cadeia. Estes profissionais estavam obrigados a ter na sua botica o regimento, sendo também multados se não o apresentassem[28]. As medidas procuravam controlar a subida dos preços, numa altura em que as mezinhas eram muito necessárias e a sua procura crescia, bem como uniformizar comportamentos. A subida desmesurada dos preços prejudicava todos, mas muito particularmente os grupos menos favorecidos, de modo que a imposição de montantes era muito necessária e cautelosa, uma vez que o agravamento da pobreza colocava riscos a toda a comunidade. Desta forma, todos estavam obrigados aos mesmos procedimentos, num período de grande carestia e de muitas doenças.

As posturas municipais suponham ainda a existência de um delator, o qual seria premiado com parte da coima aplicada. Ou seja, a comunidade devia manter-se vigilante numa altura de grande medo e aflição. Esta corresponsabilidade demonstrava a valorização da higiene pública em tempo de epidemia, pelo que se era tarefa de todos os vizinhos contribuir para a saúde pública através da limpeza das ruas e vielas, era também da sua responsabilidade acusar quem prevaricava.

Para além da situação existente em termos públicos, também no que toca a aspetos pessoais se verificavam muitas deficiências. A lavagem dos corpos era muito precária e deficiente. No tempo da "lavagem seca", a água lavava apenas algumas partes, nomeadamente as que estavam à vista de todos: a cara e as mãos. Junto ao corpo, era a camisa que se mudava, por se acreditar que as secreções da pele eram absorvidas por essa peça de roupa, sendo ela que devia ser sujeita a limpeza[29]. Mas só os mais ricos podiam mudar com alguma frequência a camisa, pois os restantes não o conseguiam fazer. Sobre a camisa eram colocadas todas as atenções, mas deve-se sublinhar a incapacidade dos pobres mudarem essa peça de roupa, por não terem para a substituir, assim como sobre a sujidade dos seus corpos.

Também nos hospitais, a camisa longa que revestia o corpo não era mudada todos os dias, assim como as camas não eram feitas diariamente. As práticas divergiam de instituição para instituição e estavam muito relacionadas com a quantidade de roupa existente,

que, por sua vez, dependia da capacidade financeira de cada hospital. Desta forma, as mudanças, quer de roupa pessoal, quer da cama dependiam destes fatores e foram-se alterando ao longo do século XVIII. No Hospital de São Marcos, de Braga, os internados tomavam banho quando ingressavam nas enfermarias e depois lavavam as mãos para as refeições. No momento do ingresso, cada doente deixava as suas roupas no hospital e vestiam uma camisa que a instituição lhe oferecia para usar enquanto internado. As suas roupas eram lavadas e devolvidas no momento da saída. Sabemos que em 1740 o corpo de um doente foi encontrado com bichos, o que não abona sobre a higiene praticada aos doentes nem sobre os cuidados do enfermeiro que cuidava dele. Piolhos, pulgas e percevejos abundavam nas casas e corpos, mas existiam também, por exemplo, nos enxergões[30].

Assim, não só nas casas particulares se sentia falta de higiene, também nos hospitais eram grandes as carências. As cidades eram marcadas pela insalubridade. Nas ruas, casas, praças e cangostas abundava a sujeira e predominava a falta de higiene. Em terra, na sua maioria, embora algumas estivessem empedradas, as ruas ou se encontravam com muito pó, principalmente no verão, ou com charcos de água, sobretudo no inverno, e quando chovia nas outras estações do ano. Eram mal ventiladas e muito frequentemente encontravam-se em mau estado de conservação. Águas estancadas e sujas existiam nos charcos, onde havia também lixo, detritos e sujeiras que saíam das moradias e das atividades mesteirais. Devido à falta de um escoamento eficaz destas águas, permaneciam inquinadas[31], o que favorecia o surgimento de insetos, veículos transmissores de doenças[32]. Das casas saía também lixo e águas, estas lançadas diretamente para as ruas, enchendo-as de esterco e sujidade. Por elas transitavam animais, deixando os dejetos e conspurcando as artérias públicas[33]. Porcos, cães, cabras, gado bovino transitavam na cidade de Braga ainda no século XVIII, sendo alvo de medidas camarárias em tempo de epidemias, no sentido de serem afastados, de modo a que as ruas ficassem mais limpas. As medidas tomadas pela Edilidade ameaçavam sempre com coimas e às vezes com pena de prisão, mas o facto de serem repetidas demonstra a reincidência da população e a incapacidade de interiorizar novas práticas de higiene pública e privada[34]. Era nos momentos de crise que a higiene pública era tida em maior consideração, procurando-se evitar que a cidade permanecesse suja. A luta entre o sujo e o limpo ganhava apenas força nos períodos de pestes e epidemias, para de novo reinar a porcaria e a imundice.

Esta grande preocupação com a água, as fontes, os canos e os chafarizes é demonstrativa do medo que a doença impunha e pode estar relacionada com o surgimento da febre tifoide. O mesmo se constatava nas praças de venda de peixe e carne, onde os produtos expostos às moscas e ao tempo, nem sempre se encontravam nas melhores condições para serem vendidos e consumidos.

O acesso à saúde era também muito diferenciado entre os diferentes grupos sociais. Enquanto os mais bem posicionados chamavam os médicos, os cirurgiões e os sangradores ao seu domicílio, podiam comprar as mezinhas receitadas, alimentar-se melhor e descansar no conforto das suas moradias, os pobres, quando eram aceites, tratavam-se nos hospitais das Misericórdias e/ou podiam receber auxílio em suas casas, também prestado essencialmente por estas confrarias[35]. Pese embora ser esta a realidade mais comum, podiam ainda ser auxiliados por alguma confraria de que faziam parte, como acontecia na cidade de Braga, com os irmãos da confraria de São Vicente[36]. Nesta instituição ajudava-se essencialmente os seus membros que caíram em pobreza: velhos e viúvas foram os providos em tempo de maior necessidade. Foi, todavia, na Misericórdia da cidade que a pobreza se fez sentir. A confraria procurou por diferentes meios dar resposta aos pedidos que lhe chegavam dos mais carenciados, provendo-os com esmolas e sobretudo acolhendo-os no seu hospital. Na última década de seiscentos, o aumento da pobreza da cidade era materializado no volume de esmolas distribuídas pela confraria. Esta situação foi comum a outras cidades europeias. Em França e na Espanha, algumas cidades foram marcadas por igual panorama, conhecendo graves crises alimentares, seguidas de febres contagiosas e mortíferas[37].

Embora as fontes consultadas não detalhem os procedimentos adotados pela Edilidade perante esta epidemia, sabemos que o comum era depois da notícia de que a epidemia estava próxima, ou mesmo já com ela dentro de portas, eram nomeados os guardas-mores de saúde, mandadas encerrar as portas da cidade, sendo abertas somente mediante a apresentação de uma "carta de saúde", saindo e entrando apenas pessoas com razões muito ponderosas, procedia-se à limpeza das ruas e caminhos, tinha-se em particular atenção as águas, nomeadamente as das fontes, canos e chafarizes, tomavam-se medidas quanto a locais de abastecimento e a produtos vendidos, proibiam-se mercados, feiras e romarias, procurando-se evitar a aglomeração de pessoas e nas ruas anunciava-se em pregão algumas das proibições e os castigos a aplicar[38].

Mas de que epidemia estamos a falar? As fontes não a identificam. A menção genérica de "febres contagiosas" é comum a muitas epidemias, sugerindo ser mais do que uma doença. Essa situação também não era rara, pelo que também desconhecemos se se verificou entre 1711 e 1712. Seria mais uma epidemia de tifo, como se verificou noutras ocasiões? Ou de febre tifoide? Ou de malária? Ou de varíola? Ou de peste bubónica? Ou ainda febre do gálico? Como sabemos, as epidemias podiam ter na sua origem várias doenças infetocontagiosas, existindo umas que se desenvolviam mais no inverno e outras mais no verão[39].

Em Braga, o arcebispo D. Rodrigo de Moura Teles foi provedor da Misericórdia entre 1709 e 1712. Estava a chegar à cidade quando

foi confrontado com a primeira epidemia. Passados poucos anos houve mais uma, na qual se manteve muito enérgico no combate e na assistência aos pobres que se tratavam em suas casas e aos internados no hospital. Ao hospital enviou uma esmola de 100 cruzados, em 1710, e ordenou que as galinhas pagas à Santa Casa fossem direcionadas para São Marcos, por a instituição não as poder adquirir em suficiência, devido ao seu elevado preço. A subida de preço dos produtos alimentares refletia-se sobremaneira no hospital, a braços com muitas despesas provocadas pelo movimento ascensional de internamentos. Perante as dificuldades do centro hospitalar, o arcebispo seguiu o exemplo de outros hospitais (Lisboa e Évora) e em 1712 enviou um pedido ao Papa para os legados não cumpridos da diocese serem encaminhados para São Marcos, o que foi despachado favoravelmente em 1713[40].

O uso de carnes brancas no tratamento da doença era indicado por médicos e cirurgiões, pelo que o seu consumo era muito elevado em todos os hospitais. Apesar de São Marcos dispor de um capoeiro, o número de aves que possuía não era suficiente para as suas necessidades, o que o levava a gastos com este produto. Para a alimentação, os médicos aconselhavam produtos com qualidade, como carnes brancas, como era o caso da galinha, pão branco e frutas, produtos que os pobres não conseguiam adquirir por falta de poder de compra. Assim, encontravam no hospital um lugar que lhes proporcionava esse tratamento, mas também descanso e limpeza.

O movimento de internamento do hospital conheceu uma grande subida entre 1711 e 1712. Alguns dos doentes eram portadores de gálico, entre eles alguns soldados que serviam na Guerra da Sucessão de Espanha. Para além dos doentes que chegavam, os assalariados também foram contagiados e caíram doentes[41].

Após o período mais crítico, a cidade e a Santa Casa regressaram a alguma normalidade e os presos assistidos pela Misericórdia de Braga viram a sua ração reforçada, assim como outros pobres para fazerem face à carestia de víveres e ao seu preço. Também as cartas de guia aumentaram sobretudo nos anos de 1712 e 1713, o que de alguma forma não deixa de ser surpreendente, pois a epidemia de 1712 não tranquilizaria os que se encontravam em viagem[42]. Viajariam nos meses de menor intensidade da doença? Esta é uma hipótese que colocamos. Já para o ano seguinte, e após a epidemia ter passado, era normal que a vida retomasse a normalidade e as peregrinações para Santiago movimentassem muitos fiéis. Sabemos, porém, que sob a capa de peregrinos chegavam ao Hospital de São Marcos muitos que não o eram e aí usufruíam da assistência da Santa Casa. Gente incumpridora que causava muitos problemas ao hospital, por serem vagabundos e ladrões. Foram sinalizados, sobretudo, por causarem problemas de ordem moral, mas o medo que pudessem aceder a bens da instituição estava também presente. Homens e

mulheres que trariam também problemas de higiene, por serem errantes e sem recursos.

A certeza de que a vida citadina retomou a normalidade é dada pela notícia de que em 1713 as freiras que tinham vindo do convento de São Francisco de Monção para Braga foram nesse ano para outro convento em Barcelos, acompanhadas pelo arcebispo e seus adjuntos, ano também em que o arcebispo D. Rodrigo de Moura Teles foi eleito para juiz da confraria do Santíssimo Sacramento, da igreja da Sé, durante as "grandes festividades" que os irmãos lhe fizeram[43].

## Considerações finais

O estudo das epidemias em Braga nas Idades Moderna e na Contemporânea tem nos dias que correm chamado a atenção de mais investigadores. O caminho percorrido é ainda curto, sobretudo para o Período Moderno, mas pode servir como ponte de partida para novos estudos. À semelhança de outros centros urbanos, Braga era no século XVIII uma cidade com muitos problemas de higiene e de saúde pública. Suja e com uma malha urbana em desenvolvimento, a cidade cresceu muito nesta centúria, apresentando uma cadeia ritmada de epidemias, que começaram logo na primeira década. Anos de más colheitas, devido a problemas meteorológicos, subida de preços dos produtos alimentares, fomes e doenças que surgiam, desapareciam para voltar a aparecer, estiveram presentes ao longo de toda a centúria, mais amiudadamente na primeira metade. Sublinha-se, todavia, a gravidade de alguns surtos epidémicos ocorridos na segunda metade, de que se destaca o de tifo entre 1768–1770.

A epidemia de 1711–1712 trilhou o caminho dos fatores anteriormente mencionados, deixando surpreender uma cidade mal preparada para enfrentar mais uma epidemia, embora a Câmara se esforçasse por colocar algumas medidas em prática: modelos velhos que não abriam caminhos novos. A situação era, todavia, mais grave, porquanto as medidas de higiene e saúde pública impostas durante a epidemia eram colocadas de parte logo que esta fosse debelada. Esta não era, contudo, uma característica exclusiva desta cidade. O mesmo acontecia nas restantes, demonstrando a dificuldade que existia de homens e instituições mudarem mentalidades e alterarem comportamentos. Será preciso esperar pelo movimento higienista para que lentamente se modifiquem práticas muito enraizadas.

A epidemia em estudo abalou sobretudo a parte oriental e central da cidade em termos de mortes registadas, mas o hospital, que se situava na freguesia de São João do Souto, sofreu também com os muitos doentes que o procuraram.

Com a doença veio também o medo, figurativamente representado no fecho das portas da cidade. Acreditava-se em maior proteção, recorrendo a um velho expediente de isolamento,

que funcionava como um cordão sanitário. O isolamento ajudava, mas não deixava a salvo as populações de intramuros quando o mal já percorria as velhas ruas e vielas do centro urbano. E quando não se conseguia amainar o avanço do contágio, recorria-se ao sagrado, fazendo descer as imagens dos altares, para, em ombros dos humanos, velarem pela sua saúde de todos. As procissões, as preces e as multidões de crentes nas ruas demonstravam publicamente formas de devoção popular. Implorava-se à divina proteção num momento tão agudo e de grande ansiedade. Assim foi em Braga no virar da primeira década e no começo da segunda do século XVIII, quando a fome deu lugar a uma epidemia de "febres malignas", matando muita gente na cidade.

**Notas**

1. O mesmo constatou Laurinda Abreu em 2018. Consulte-se Abreu, Laurinda, "A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI–XIX", in *Ler História*, 73, 2018, p. 100.

2. Leia-se para este assunto Esteves, Alexandra, "As epidemias e a memória histórica", in *A Universidade do Minho em tempos de pandemia*, Braga, Universidade do Minho, 2021, p. 156–170.

3. Cunha, Maria Cristina Almeida e, "Saúde pública e assistência em Braga no século XVI", in *Actas do III Congresso Histórico de Guimarães. D. Manuel e a sua época*, vol. II, Guimarães, Câmara Municipal de Guimarães, 2004, p. 419–427.

4. Araújo, Maria Marta Lobo de, "*Gente pasmada: febres contagiosas, apegadiças e sumárias* na Braga Moderna", in *Universidade do Minho em tempos de pandemia. Reflexões*. I, Braga, Uminho Editora, 2020, p. 174–197.

5. Rodrigues, Teresa, *As crises de Mortalidade em Lisboa. Séculos XVI-XVII*, Lisboa, Livros Horizonte, 1990, p. 159–163.

6. Araújo, Maria Marta Lobo de, "A ronda da morte: as epidemias da Idade Moderna em Portugal", in Korndörfer, Ana Paula; Brum, Cristiano Enrique de; Rossi, Daiane; Fleck, Eliane Cristina Deckmann (Orgs.), *Em tempos de pandemia: reflexões necessárias sobre saúde e doenças no passado e no presente*, São Leopoldo, Oikos, 2021, p. 30.

7. Nesta data existiam apenas cinco freguesias na cidade. A de São José de São Lázaro só surgiu em 1747.

8. Confira-se Oliveira, Aurélio, *Terra e Trabalho. Senhorio e gentes do Vale do Cávado durante o Antigo regime. A abadia de Tibães — 1620–1822*, vol. I, Maia, ISMAI e CEDTUR, 2013, p. 38.

9. David, Henrique Manuel Pebre Rodrigues, *As crises de mortalidade no concelho de Braga (1700–1880),* vol. I, Universidade do Porto, 1992, p. 170. Tese de Doutoramento policopiada.

10. Ignacio Carmona, Juan, *La salud de la multitude. Ingesta, mendioambiente, patologia y sanidade temprana Edad Moderna,* Sevilla, Diputación de Sevilla, 2021, p. 50–53.

11. ADB, Tedim, Manuel José da Silva, *Diario Bracarense das Epocas, Fastos e Annaes mais remarcáveis, e sucessores dignos de mençam, que sucederam em Braga, Lisboa e mais partes de Portugal, e Cortes da Europa*, Braga, 1764; Fundo do Manuscritos, Idem, *Diário bracarense I. Épocas dos anais e memórias bracarenses dos séculos XIV e XV e antecedentes*, 1748, n.º 1054, fls. 84–85.

12. Oliveira, Aurélio, *Terra e Trabalho,* vol. I, p. 42.

13. Veja-se o trabalho de Fernández Cortizo, Camilo, "La pequeña edad de hielo en Galicia: estado de la cuéstión y estúdio histórico", in *Obradoiro de Historia Moderna*, 25, 2016, p. 9–39.

14. Leia-se para este assunto Silva, Luís Pedro, *O clima no Noroeste de Portugal (1600–1855): dos discursos aos impactos,* Porto, Faculdade de Letras, 2019, p. 354–355.

15. Silva, Luís Pedro, *O clima no Noroeste de Portugal,* p. 358.

16. Confira-se para esta matéria o trabalho de Oliveira, Aurélio, *Terra e Trabalho,* vol. II, p. 206.

17. Montanari, M, *El ambre y la abundancia. História y cultura de la alimentación en Europa*, Barcelona, Editorial Crítica, 1993, p. 107.

18. Leia-se Ignacio Carmona, Juan, *La salud de la multitude,* p. 35.

19. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, s. n., fl. 5v.

20. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fls. 8–8v.

21. Veja-se Abreu, Laurinda, *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e assistenciais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI–XVIII)*, Lisboa, Gradiva, 2014.

22. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fls. 19–19v.

23. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fls. 20v.-21.

24. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fl. 69.

25. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fls. 20v., 94v.

26. Para a roupa dos pobres leia-se Ferreira, Luís Gonçalves, *Vestidos de caridade: assistência, pobreza e indumentária na Idade Moderna. O caso da Misericórdia de Braga,* Vila Nova de Famalicão, Húmus, 2020.

27. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fls. 97v.-100.

28. AMB, *Livro das vereações desta cidade de Braga*, fl. 100.

29. Consulte-se para este assunto Lindmann, Mary, *Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna*, Lisboa, Ed. Replicação, 2002.

30. Carmona García, Juan, *Crónica urbana del malviver (s. XIX–XVII). Insalubridad, desamparo y ambre en Sevilla*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 2000 p. 40.

31. Lindmann, Mary, *Medicina e Sociedade no início da Europa Moderna*, p. 181.

**32.** Snowden, Frank, M., *Epidemics and society from the black to the presente*, Yale, University Press, 2019, p. 41.

**33.** Uma boa caracterização do estado sanitário da cidade de Braga na Idade Moderna e no começo da Contemporânea encontra-se em Rodrigues, Inês Pimenta Fernandes, *Limpar a cidade em tempo de crise: higiene e asseio em Braga (séculos xvii–xix),* Braga, 2021, p. 77–85. Dissertação de Mestrado policopiada.

**34.** Ignacio Carmona, Juan, *La salud de la multitude,* p. 79–81.

**35.** Para o auxílio da Misericórdia de Évora aos doentes que permaneciam sem suas moradias veja-se Pardal, Rute, *Práticas de caridade e assistência em Évora (1650–1750),* Lisboa, Colibri/CIDHEUS, 2015.

**36.** Araújo, Maria Marta Lobo de, "Assuntos de pobres: as esmolas dos confrades de São Vicente de Braga (1783–1839)", in Araújo, Maria Marta Lobo de; Esteves, Alexandra (coords.), *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos xvi–xx),* Braga, CITCEM, 2011, p. 107–124.

**37.** Goubert, Pierre, *Beauvais et le beauvaisis de 1600 a 1730*, Paris, EHESS, 1982, p. 76–77.

**38.** Para Évora leia-se o trabalho de Abreu, Laurinda, "O combate aos surtos na Idade Moderna", in *Visão Histórica*, 30–3, 2020, p. 55.

**39.** Veja-se Oliveira, António de, *Capítulos de História de Portugal*, vol. ii, Viseu, Palimage Editores, 2015, p. 615.

**40.** Araújo, Maria Marta Lobo de, "Os serviços de saúde e a assistência à doença", in Capela, José Viriato; Araújo, Maria Marta Lobo de, *A Santa Casa da Misericórdia de Braga 1513–2013*, Braga, Santa Casa da Misericórdia, 2013, p. 358, 360.

**41.** Esta análise encontra-se em Castro, Maria de Fátima, *A Misericórdia de Braga. A assistência no hospital de S. Marcos*, vol. iv, Braga, Santa Casa da Misericórdia e Autora, 2008, p. 512–513.

**42.** Confira-se Castro, Maria de Fátima, *A Misericórdia de Braga. Assistência material e espiritual,* vol. iii, Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga e Autora, 2006, p. 109.

**43.** Tedim, Manuel José da Silva, *Historia Ecclesiastica e Politica do Paiz Bracarense da Epoca do seculo 18 com os factos mais remarcáveis que tem acontecido neste reino*, fl. 37.

MONIQUE PALMA *

# *Inconstância do clima d'onde deriva a frequência das doenças*: clima em dissertações inaugurais apresentadas à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) no século xx

*
CIUHCT – NOVA de Lisboa

# Introdução

Um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006, revela como o cuidado com o ambiente pode promover a saúde no ecossistema humano[1]. O clima, evidentemente, é um termo muito utilizado neste relatório[2]. José Pereira Miguel e Maria de Fátima Reis mencionam o relatório da OMS no estudo que intitularam "O Impacto do Meio Ambiente sobre as Doenças"[3], e salientam que as alterações do clima potenciam a disseminação de agentes patogênicos e de doenças transmissíveis, que podem originar episódios epidêmicos, dado que a alteração do clima desencadeia uma série de fenômenos que comprometem, por exemplo, o abastecimento de água potável, o acesso a alimentos, ou o saneamento[4].

A relação entre saúde humana e clima estava presente nos manuais de medicina ainda antes do período contemporâneo. Como já registrado em diversos trabalhos[5], é uma relação presente desde Hipócrates em seu "Tratado Dos Ares, Águas e Lugares"[6]. Para além dos manuais médicos, no período moderno e início da época contemporânea, em Portugal houve lugar para o entendimento da climatologia médica, que será abordada mais andiante neste capítulo. Inclusive, no Decreto n.º 19337, de 11 de fevereiro de 1931, que aprovou o regulamento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), publicado pelo Diário do Governo e emitido na 1.ª Secção do Ministério da Instrução Pública — Direcção Geral do Ensino Superior e das Belas Artes, é possível verificarmos que o artigo 8.º informa que o curso de higiene pública, com a duração de um semestre, era constituído por cinco secções. A primeira correspondendo a: "1. Meteorologia Climatológica. Técnica meteorológica. Hidrografia e telurologia médicas. Endemo-epidemiologia. Técnica de desinfecção sanitária. Higiene internacional"[7]. Em Meteorologia Climatológica constavam as teorias que argumentavam sobre a influência do clima na saúde. Contudo, no decorrer do século xx, o campo da climatologia médica, que defendia que o ambiente climático era um fator de relevo para o desenvolvimento fisiológico e para o surgimento de diferentes doenças, perdeu visibilidade, em boa medida por conta dos avanços no campo do saber médico[8].

Se estamos argumentando sobre saúde e clima, convém apresentar a definição de clima, que é determinado "pela incidência da radiação solar, pela circulação atmosférica e oceânica e pelo vulcanismo"[9]. O clima é composto por diferentes elementos que o tornam parte indissociável da história humana[10]. A temperatura, a humidade, os raios solares, os ventos e os fenômenos atmosféricos são elementos que contribuem para a caracterização de um clima. "É da sucessão da análise à sucessão de estados de tempo, meteorologia — o estudo da atmosfera — que

se estabelecem as normais climáticas (normalmente para períodos não inferiores a 30 anos)". A associação do clima, e dos elementos que o constituem, com saúde e doença é frequente. É relevante notar, inclusive, que essa relação aparece em diversos trabalhos que têm como referencial teórico a história ambiental. Nestes casos, as doenças não são o enfoque principal das investigações[11], mas sim o clima e suas variações. A ausência de equilíbrio no ambiente, por exemplo, que pode ocorrer por conta das instabilidades dos elementos do clima, acaba, nestes estudos, sendo significativa, e um dos motivos que contribui para o surgimento de doenças[12].

Se, por um lado, encontramos trabalhos em história ambiental, que embora não tenham o enfoque em saúde-doença, abordam o tema, por outro, há referências ao ambiente em trabalhos que não são puramente de história ambiental. Por exemplo, Frank Martin Snowden, em *Epidemics and Society — From the Black Death to the Present*, a propósito da invasão da Rússia por Napoleão Bonaparte, mostrou como as condições naturais e ambientais foram desprezadas e causaram perdas humanas que os médicos de campanha não conseguiram evitar[13].

Neste trabalho não vamos tratar de forma exaustiva o que já foi argumentado sobre saúde e ambiente[14]. Este capítulo constitui um estudo inicial a partir dos trabalhos de médicos recém-formados da FMUP, sobre a compreensão e uso da palavra clima, sobre levantamento de dados e sobre as enfermidades que eram mencionadas e relacionadas com elementos que caracterizam o clima. Esta introdução tem o objetivo de informar o referencial teórico-metodológico desta investigação, que valoriza a conceção de que há uma estreita ligação entre seres humanos, animais e o ambiente (onde os agentes humanos e não humanos ocupam e desenvolvem funções). É também de particular interesse o clima (composto por diversos elementos e que varia consoante as condições do ambiente)[15], a partir do entendimento de que saúde — humanidade — ambiente — po ssuem uma conexão indissociável. A investigação está alinhada com a acepção de que a história é um contributo importantíssimo para a compreensão e a articulação de planos para os desafios que a espécie humana enfrentará dentro da temática de saúde-ambiente[16]. Neste tópico introdutório apresentamos o essencial do referencial teórico metodológico que será a base do diálogo, e será conduzido a partir de três pontos fundamentais: a) qual o entendimento, a perceção e o uso de clima nas dissertações inaugurais dos médicos recém-formados da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no século xx; b) para além da compreensão e uso da palavra clima, averiguar se houve levantamento de dados; c) quais as enfermidades que foram mencionadas e relacionadas com elementos do clima, pelos médicos recém-formados da FMUP.

# O universo das fontes — diálogo com as questões iniciais

As teses inaugurais defendidas e apresentadas à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto constituem fontes de dados importantíssimas e muito úteis em investigação da história da medicina, principalmente a partir do século XIX[17]. É nesse espólio que encontramos as fontes desta investigação, sendo alvo de análise essencialmente cinco dissertações inaugurais de médicos recém-formados da FMUP, a saber: "Breve estudo sobre a Hysterectomia total nos casos de Carcinoma uterino"[18] (1900), de João Casimiro Barbosa; "Breve estudo sobre a Chorea de Sydenham"[19] (1902), de Arnaldo José Vilela; "Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto"[20] (1906), de Manuel Joaquim Gonçalvez; "Breve estudo sobre a endemo-epidemia palustre"[21] (1912), de Eduardo Alberto Ferreira de Almeida; e "Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P."[22] (1919), de Carlos Cincinato da Costa Frias. Estas fontes foram selecionadas levando em consideração o conteúdo de cada dissertação, em que cada um dos médicos recém-formados aborda diferentes casos de estudo. Para a análise que se desenvolve neste capítulo, interessa entender a relação clima e saúde para o desenvolvimento de enfermidades variadas.

## 'A medicina e a doutrina climática-telúrica'

Relacionar doenças com o clima é o cerne da doutrina médica climática-telúrica e da climatologia médica, que serviam de fundamentação para o entendimento de patologias para os médicos até ao século XX. Dentro da perspectiva da climatologia médica, a designação e o tratamento das enfermidades só podiam ser feitos com a caracterização das condições e dos fatores ambientais, em termos climáticos e geográficos (calor, gases, miasmas, parasitas, pressão atmosférica, humidade), o que fazia da botânica, da climatologia, da meteorologia, da topografia e da geologia disciplinas úteis para a formação dos médicos[23]. As fontes selecionadas para o desenvolvimento deste capítulo estão inseridas neste universo de compreensão de diagnóstico e tratamento em que o clima foi indispensável para a atividade médica. Com o advento da microbiologia e os avanços no campo tecnológico, a climatologia foi perdendo a sua relevância para a medicina já no final do século XIX. O progresso científico conduziu ao final da explicação e uso da doutrina telúrica em medicina, que foi extinta no século XX, num período de mudança[24].

É de ressaltar que o clima era considerado elemento auxiliar e terapêutico em medicina ainda antes da instituição da disciplina.

Por exemplo, Ismael Cerqueira Vieira, em seu trabalho intitulado "Conhecer, Tratar e Combater a "Peste Branca" — A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853–1975)[25]" defendeu que, para o tratamento da tuberculose pulmonar, o clima era um elemento importante desde tempos remotos, posição que perdurou até ao século xx. Em Portugal, a disciplina de climatologia aparecia associada à hidrologia. Maria Manuel Quintela referiu que o ensino da hidrologia médica nas faculdades portuguesas teve início em 1922. A disciplina recebeu então a denominação de "Lições de Hidrologia e Climatologia", em Lisboa, Porto e Coimbra[26].

Mais do que contribuir para uma teoria, para além de ser uma doutrina de fundamentação prática e teórica da medicina, a climatologia médica, segundo Flávio Coelho Édler, contribuiu, em alguns países europeus, para a organização de uma rede de contatos com o objetivo de coletar e circular informação sobre meteorologia, topografia e uma lista de enfermidades recorrentes[27]. Portugal estava inserido em processos de transferência de conhecimento antes da época contemporânea[28], e o clima e a saúde são conteúdos que se somam nesta rede de transmissão de saberes.

A climatologia médica não estava restrita ao território português. No outro lado do Atlântico, em território brasileiro, como acontecia em Portugal, o clima era utilizado para o entendimento e tratamento das doenças. Em "A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização", André Luiz Vieira de Campos, Dilene Raimundo Nascimento e Eduardo Maranhão relatam que, em 1930, havia referências de médicos que justificaram o surgimento de doenças recorrendo ao clima e aos elementos que o caracterizam. Os autores, levando em consideração pareceres médicos da década de trinta do século xx, indicam o caso da poliomielite, percebida como uma doença que podia ser transmitida, dependendo da humidade do ar, da eletricidade e do campo magnético[29].

É dentro de um contexto de mudança de percepção de doutrina médica que as dissertações inaugurais selecionadas para este estudo estão inseridas. Os avanços técnológicos e o desenvolvimento da microbiologia foram desvalidando a fundamentação telúrica. A climatologia deixa de ser uma área do saber indispensável para a medicina no século xx. Partindo dos três pontos fundamentais delineados nos capítulos anteriores, e olhando para as fontes documentais que serão analisadas neste trabalho, percebemos que estas podem não ser representativas para a alteração da fundamentação da teoria da formação médica do período aqui em análise. Comecemos, pois, a delinear este quadro:

a) *Qual o entendimento, a perceção e o uso de clima nas dissertações inaugurais dos médicos recém-formados da FMUP?*

Parte da resposta a esta pergunta está no fato de o clima não ter sido o enfoque e/ou parte da investigação dos alunos das Escolas

Médicas em Portugal. A teoria médica telúrica e os interessados em compreender o clima e os elementos que o caracterizam não se restringiam à área da saúde, pois, o clima contribuía tanto para a explicação da disseminação de doenças quanto para calcular a produção e o valor de compra e venda de cereais, o que atraía a atenção de especialistas, que iam desde a engenharia à economia[30]. A relação do clima, e seus elementos, como é o caso da meteorologia com a saúde, é constatada não apenas nas dissertações que estão em análise neste capítulo. É o caso do trabalho de Luís Pedro Silva — "Notícias sobre situações meteorológicas de risco em Portugal na Gazeta de Lisboa: (1715–1762)", no qual o autor refere que o acompanhamento do índice pluviométrico, um elemento que contribui para caracterização do clima, causava tanto impacto, dada a sua interferência na saúde e na produção agrícola, que a ausência de chuva motivou várias cerimónias litúrgicas[31].

O estabelecimento desta relação entre clima e medicina teve início bem antes das dissertações inaugurais defendidas na Escola Médico-Cirúrgica. As primeiras observações meteorológicas na cidade do Porto foram feitas pelo médico José Bento Lopes, no final do século XVIII[32].

Sobre o clima em Portugal, Ana Monteiro defendeu em seu trabalho "O reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal (1850–1900)", que o país é dividido em cinco grupos, "do ponto de vista climático: secção marítima, secção continental, clima de altitude, clima de florestas e clima de cidades"[33]. O uso da palavra e a caracterização dos elementos do clima (tais como quente, frio, húmido) são frequentes. A definição e o entendimento de clima nas fontes elencadas não são, em sua maioria, precisos. Este é o caso da dissertação de João Casimiro Barbosa — "Hygiene[34], no qual o autor defende que, em geral, um clima é tanto mais salubre quanto mais afastado estiver do equador[35]. Arnaldo José Vilela refere apenas que "o clima e a latitude são descriptas como causas extrínsecas"[36] para a doença e indicou, como veremos mais à frente, que os casos de chorea[37] são mais recorrentes em povoações marítimas e em países frios.

Manuel Joaquim Gonçalvez apontou os fatores que contribuem para a formação de um clima:

> A disposição oreographica e a natureza do solo, a grandeza e situação dos rios, a distancia do mar, a altitude e muitos outros elementos topographicos têm, ninguém o ignora, uma grande influencia e concorrem mais ou menos para a formação d'un clima[38].

Para caracterizar o clima da cidade do Porto, o médico recém-formado argumentou que deve ser considerada a disposição da pressão atmosférica[39] do local, "elevada nos mezes frios e baixa nos mezes quentes, pode dizer-se, o clima nem é marítimo nem

puramente continental: fica comprehendido entre os dous typos"[40].

Já o médico Eduardo Alberto Ferreira de Almeida, a propósito da influência que o clima exercia sobre o paludismo, enfatizou que "para o desenvolvimento da endemia n'uma localidade, duas condições ha que são indispensáveis: temperatura exterior bastante elevada, pelo menos durante uma parte do anno[41]", e a água estagnada[42].

Na segunda metade do século XIX, houve um médico que se interessou pela temática do clima. O seu nome é Joaquim Guilherme Gomes Coelho, mais conhecido por suas produções no campo da literatura portuguesa, sob o pseudónimo de Júlio Dinis. As suas obras só podem ser compreendidas se for feito o enquadramento das suas ideias nas suas teorias sobre o clima e a meteorologia[43]. O autor em questão defendeu a sua dissertação inaugural, que intitulou "Da Importância dos Estudos Meteorológicos para a Medicina e Especialmente de suas Applicações ao Ramo Operatório" em 1861. Nela, ele dissertou sobre o clima e a sua relação com a saúde e salientou que "é o conhecimento do clima hygienico, que convém ao medico, mais que o do geographico; só aquelle é que o poderá elucidar em questões da natureza da que eu tenho referido; e para o obter, negar-se-ha o valioso auxilio da meteorologia?"[44]. Em sua obra, apresentou os elementos que fazem parte da constituição do clima. Joaquim Gomes Coelho chegou a ocupar o posto de diretor do Observatório Meteorológico da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, onde era o responsável pela coleta dos dados meteorológicos, de 1865 a 1869[45].

O levantamento de elementos que constituem o clima, como a meteorologia, teve início ainda no século XVIII e continuou nos séculos XIX e XX, sendo objeto feito da atenção de um grupo de médicos da FMUP. Das fontes elencadas, apenas a dissertação de João Casimiro Barbosa não estabeleceu uma relação clara da patologia tratada no estudo ("carcinoma uterino") com o clima. De qualquer maneira, as fontes em análise neste trabalho deixam entender que se houve a necessidade e/ou o viés teórico-metodológico de clarificar o conceito de clima para o desenvolvimento das dissertações inaugurais, tal não foi levado a cabo nas dissertações em análise neste trabalho. Para clarificar esta questão, podemos seguir para o segundo ponto.

b) *para além da compreensão e uso da palavra clima, averiguar se houve levantamento de dados*

Verifica-se a coleta de dados climáticos por parte dos médicos, no Porto, no século XX, no artigo publicado por Maria João Alcoforado, Maria de Fátima Nunes e Ricardo Garcia, intitulado "A percepção da relação clima-saúde pública em Lisboa no século XIX através da obra de Marino Miguel Franzini"[46]. No artigo, é referido que este médico, que ao longo de sua vida assumiu

diferentes funções para estudar o estado da saúde em Lisboa, precisou de compreender a influência que a "constituição atmospherica" representa para saúde, o que o levou a fazer observações meteorológicas que oferecia mensalmente à Academia das Ciências de Lisboa. Franzini é tido como o fundador da meteorologia portuguesa[47]. Entre 1850 e 1900, houve o reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal[48], por parte dos agricultores, políticos e médicos, levando ao surgimento de várias estações climatológicas particulares[49]. Na cidade do Porto, foi no ano de 1864 que começaram a ser publicados dados sobre o clima da estação da Escola Médico-Cirúrgica[50].

No que respeita à coleta de dados meteorológicos, as dissertações que elencamos e indicamos como fonte para o desenvolvimento deste trabalho não referem a recolha deste tipo de informação. Verificamos esse procedimento na dissertação inaugural de António Pereira Ramalho, intitulada "Pequeno subsídio para o estudo da Climatologia medica portuguesa: Região da Gralheira (Serra do Montemuro)"[51], apresentada à FMUP em 1908.

Crítico de seu próprio trabalho, Pereira Ramalho expressou em sua obra "como se vê pelos quadros meteorológicos, as minhas observações estão longe de ser completas e perfeitas"[52]. Em boa verdade, a qualidade e o critério para a recolha dos dados, que foram recolhidos de estações particulares, são fatores que interferem na possibilidade de utilizar as informações sobre o clima que eram registradas de forma independente[53]. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados por António Pereira Ramalho constituem um dos desafios para considerar a fiabilidade de seu trabalho, segundo ele próprio:

> Não me faltou vontade de adoptar para as minhas observações esse commodo e bom instrumental, mas a minha bolsa, bastante depauperada, não me tolerou tão luxuoso observatório. Tive, pois, de cingir-me a um barómetro, um thermomètre de máxima e mínima e um psychrometra. que me faziam a arreliadora partida de tudo perder, quando eu por acaso me demorava mais n'um passeio, etc. E é que nunca sahia d'isto; agradava-me o passeio, arreliava a observação perdida que me prejudicava todo o trabalho feito[54].

Como podemos perceber, o levantamento de forma independente, não vinculado ao Observatório da cidade, despertava a atenção da sociedade médica portuguesa do século xx. Para averiguar sobre a recolha de elementos do clima nas dissertações inaugurais apresentadas à FMUP, é preciso dar continuidade no processo de análise do espólio documental. Ainda que a análise das fontes selecionadas para este estudo não revelem a indicação da coleta de dados, ou a elaboração de coleta de informações meteorológicas,

**Observações meteorológicas de agosto e setembro de 1906**

Fonte: Ramalho, António Pereira, *Pequeno Subsídio para o Estudo da Climatologia Médica Portuguesa: Região da Gralheira (Serra do Montemuro)*, FMUP — Dissertação Inaugural (EMC), 1908. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/17248.



**Observações meteorologicas d'agosto de 1906**

| Dias | Horas da observação 9 — Temperatura | 9 — Grau hygrometrico | 12 — Temperatura | 12 — Grau hygrometrico | 3 — Tmeperatura | 3 — Grau hygrometrico | 9 — Temperatura | 9 — Grau hygrometrico | Médias diurnas | Médias diurnas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 2 | 13 | 82 | 18 | 60 | 19,5 | 58 | 14 | 60 | 16.1 | 66 |
| 3 | 19 | 50 | 22 | 48 | 23 | 45 | 19 | 48 | 20.7 | 47 |
| 4 | 19 | 40 | 23 | 33 | 24 | 26 | 18 | 37 | 21 | 34 |
| 5 | 22 | 30 | 25 | 27 | 27 | 26 | 18 | 49 | 23 | 31 |
| 6 | 25 | 28 | 25 | 22 | 23 | 26 | 18 | 37 | 22 | 28 |
| 7 | 20 | 39 | 24 | 37 | — | — | 13,5 | 76 | 19,1 | 50 |
| 8 | 18 | 50 | 21,5 | 43 | — | — | 12,2 | 82 | 17.2 | 58 |
| 9 | 16,5 | 45 | 22 | 53 | — | — | 16 | 63 | 18.1 | 53 |
| 10 | 18 | 62 | 22 | 43 | 23.5 | 41 | 15 | 71 | 17.1 | 54 |
| 11 | 22 | 50 | 23,5 | 43 | — | — | 13 | 68 | 19,5 | 53 |
| 12 | 17 | 70 | 20 | 55 | — | — | 15 | 80 | 17 | 68 |
| 13 | 14 | 78 | 16,8 | 56 | — | — | 12.7 | 75 | 14.5 | 69 |
| 14 | — | — | 19 | 47 | — | — | — | — | 19 | 47 |
| 15 | 15 | 55 | 22 | 38 | — | — | 14.5 | 53 | 17.1 | 45 |
| 16 | 19 | — | 21 | 38 | — | — | 15 | 68 | 18 | 53 |
| 17 | 19 | 63 | 22 | 54 | 19 | — | — | — | 20 | 58 |
| 18 | 17 | 44 | 21 | 33 | — | — | 16 | 41 | 18 | 39 |
| 19 | 20 | 47 | 24 | 24 | — | — | 18 | 30 | 20,6 | 33 |
| 20 | 21 | 32 | 25 | 24 | — | — | 20 | 59 | 22 | 38 |
| 21 | 23,5 | 45 | 24 | 41 | — | — | 17 | 47 | 21.5 | 44 |
| 22 | 20 | 44 | 21 | 55 | — | — | 15 | 63 | 18 | 54 |
| 23 | 18,5 | 66 | 20,5 | 58 | — | — | 14 | 78 | 17,3 | 67 |
| 24 | 20,5 | 53 | 22,5 | 47 | 24 | — | 18 | 62 | 21 | 54 |
| 25 | 23 | 31 | 26 | 30 | — | — | 21 | 49 | 22 | 36 |
| 26 | 22 | 36 | 27 | 19 | 27 | 36 | — | — | 25 | 30,3 |
| 27 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 28 | — | — | — | — | 20.5 | 46 | — | — | 20.5 | 46 |
| 29 | 24 | 39 | 26,5 | 28 | 21 | 49 | — | — | 23.8 | 32 |
| 30 | 25 | 40 | 26 | 31 | 20 | 34 | — | — | 20,3 | 35 |
| 31 | 21 | 51 | — | — | — | — | — | — | 21 | 51 |
| | 17,1 | 50 | 22.5 | 40,1 | 21.2 | 38.7 | 17,6 | 44.5 | 18.9 | 44.5 |
| | Médias das horas | | | | | | | | Médias mensaes | |

**Observações meteorologicas de setembro de 1906**

| Dias | Horas da observação 9 — Temperatura | 9 — Grau hygrometrico | 12 — Temperatura | 12 — Grau hygrometrico | 9 — Temperatura | 9 — Grau hygrometrico | Médias diurnas | Médias diurnas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 21 | 61 | 22 | 50 | 19 | 57 | 20,6 | 56 |
| 3 (1) | 20,5 | 64 | 18 | 80 | 11,5 | 89 | 16,6 | 77 |
| 4 (2) | 20,5 | 76 | 21,5 | 61 | 10,5 | 63 | 17,5 | 66 |
| 5 (3) | 20,5 | 68 | 19 | 73 | 16,5 | 83 | 18,3 | 74 |
| 6 (4) | 19 | 54 | 19,5 | 63 | 14,5 | 82 | 17,6 | 66 |
| 7 (5) | 18 | 55 | 22,5 | 52 | 14,5 | 82 | 18,3 | 64 |
| 8 (6) | 18 | 54 | 22,5 | 50 | 15,5 | 85 | 19 | 63 |
| 9 (7) | 20 | 72 | 18 | 71 | 13,2 | 86 | 17,3 | 76 |
| 10 | 19,5 | 63 | 21 | 59 | 14,5 | 78 | 18,3 | 66 |
| 11 | 20 | 67 | 21,5 | 53 | 20 | 79 | 17,1 | 66 |
| 12 | 17,5 | 47 | 21 | 37 | — | — | 19,2 | 42 |
| 13 | 21 | 51 | 21 | 27 | 14.5 | 57 | 18,8 | 45 |
| 14 | 20,5 | 37 | 21,5 | 49 | — | — | 21 | 43 |
| 15 | 16,8 | 63 | 18 | 62 | — | — | 17,4 | 62 |
| 16 | 13 | 59 | 17,5 | 43 | — | — | 13,5 | 51 |
| 17 | 15 | 58 | 18,5 | 42 | 12 | 54 | 15,1 | 51 |
| 18 | 15 | 58 | 21 | 51 | 12,5 | 59 | 16,1 | 55 |
| 19 | 13 | 53 | 21 | 37 | 13 | 45 | 15 | 45 |
| 20 | 18 | 49 | 215, | 34 | 15 | 52 | 18,1 | 45 |
| 21 | 19 | 40 | 20 | 47 | 15 | 63 | 18 | 50 |
| 22 | 18 | 53 | 19,8 | 45 | 14 | 57 | 16,9 | 51 |
| 23 (8) | 17 | 61 | 185, | 62 | 10 | 74 | 15,1 | 65 |
| 24 (9) | 13 | 77 | — | 86 | 10 | — | 11 | 81 |
| | 17.9 | 58 | 19.7 | 54 | 13,7 | 66 | 17.6 | 58 |
| | Médias das horas | | | | | | Médias mensaes | |

(1) Chuva.
(2) Nubelado trovoada.
(3) Nevoeiro.
(4) Grossa nuvem.
(5) Idem.
(6) Nubelado.
(7) Trovoada.
(8) Chuvoso.
(9) Chuva.

verifica-se o uso desse tipo de levantamento para o desenvolvimento de dissertações no campo da medicina. Veja-se o caso de Manoel Joaquim Gonçalvez, em "Considerações Sobre a Mortalidade Infantil no Porto", 1906, que indicou os "Bulletins do Observatório Meteorológico da Princeza D. Amelia"[55] como obra de referência para a elaboração de sua dissertação.

c) *as enfermidades que foram mencionadas e relacionadas com elementos do clima*

Há investigações direcionadas para a compreensão da influência do clima nas doenças, para além das que já foram sublinhadas no decorrer deste capítulo[56]. A medicina tropical[57], por exemplo, aborda a medicina e a sua relação com o ambiente. Aqui, será feita a análise das dissertações inaugurais da FMUP, tentando perceber o contributo das fontes selecionadas no âmbito das enfermidades relacionadas com elementos do clima. Nesse sentido, consideramos a dissertação inaugural de Manuel Joaquim Gonçalvez, "Considerações sobre a Mortalidade Infantil no Porto", apresentada em 1906, da qual extraimos parte do título do nosso trabalho "Inconstância do clima d'onde deriva a frequência das doenças"[58]. O autor defende que as variações do clima "concorrem poderosamente para perceber a frequência das doenças dos órgãos respiratórios — o vento norte e sueste — respectivamente

frequentes em março e novembro". Elencou oito causas que são fatores que influenciaram a taxa de mortalidade infantil no século xx: "a) Suppressão do aleitamento materno"[59]; "b) Impossibilidade de aleitar ou ter uma ama"[60]; "c) Falta de regras precisas para a direcção do aleitamento artificial"[61]; "d) Alimentação prematura"[62]; "e) Preconceitos"[63]; "f) Desmame prematuro e brusco"[64]; "g) Falta d'asylos, chreches e hospícios especiaes para creanças"[65]; "h) Clima"[66]. Manoel Joaquim Gonçalvez defendeu que as altas temperaturas promoviam doenças do aparelho digestivo, e o frio as doenças respiratórias, e que as crianças estão mais expostas às oscilações da temperatura.

Também sobre a mortalidade infantil, Ismael Cerqueira Vieira[67] refere que vários autores demonstraram preocupação com a mortalidade infantil na cidade do Porto, como também com a mortalidade de uma forma geral. A este propósito, Vieira citou, por exemplo, Ricardo Jorge, figura de inegável relevância na história da medicina portuguesa, autor da "Demografia e Hygiene na cidade do Porto: Clima, População, Mortalidade"[68]. Segundo Cerqueira Vieira, Ricardo Jorge mostrou que a taxa de mortalidade por doenças respiratórias era maior no inverno e que as doenças infecciosas, gastrointestinais e diarreias tinham a taxa mais elevada no verão. Gonçalvez, em sua dissertação inaugural, concordou com Ricardo Jorge a respeito das oscilações das temperaturas, elemento que caracteriza o clima, e que influenciava a taxa da mortalidade, em particular a mortalidade infantil[69].

No estudo apresentado em 1902[70], o médico Arnaldo José Vilela observou que a "chorea é muito rara nos paizes tropicaes e meridionaes, sendo frequente nos logares húmidos, nas povoações marítimas e principalmente nos paizes frios; vê-se que a frequência d'esta affecção variaria segundo o grau de latitude"[71]. Ainda assim, o autor concluiu que a falta de dados não permitiu tirar mais conclusões sobre a interferência do clima. Dezassete anos depois, em 1919, Álvaro da Silva Rosas[72] defendeu a sua dissertação, que intitulou "Um caso de mutismo histerico na coreia de Sydenham"[73], na qual expressa a sua concordância com Vilela e defende "que os casos de coreia é muito menos frequente nos paizes meridionais que nos do norte, e parece não existir nas regiões tropicaes"[74].

Eduardo Alberto Ferreira d'Almeida, em sua dissertação intitulada "Breve Estudo sobre a Endemo-epidemia Palustre", apresentada em 1912, argumentou sobre o quanto o clima quente e húmido contribuía para a proliferação do agente patogênico e consequente disseminação do paludismo[75], doença também conhecida como malária. O autor defendeu que houve casos em que somente a "Mudança de clima, repatriamento — É este muitas vezes o único meio de curar o paludismo rebelde"[76]. Eduardo Alberto Ferreira d'Almeida não considerou a malária como uma doença global[77].

Carlos Cincinato da Costa Frias, em "Sanidade Militar Profilaxia epidémica & Higiene de campanha — Notas do C.E.P.", dissertação

apresentada e publicada em 1919, relacionou o clima com doenças. Convém mencionar o contexto em que Costas Frias escreveu a sua dissertação — a Primeira Guerra Mundial —, porque, nas trincheiras, as doenças mataram muito mais do que as armas[78]. Costa Frias defendeu que as condições meteorológicas favoreciam o surgimento de doenças, como a "gripe, pneumonia, afecções catarrais"[79]. Usou o capítulo II de seu estudo para argumentar sobre "Profilaxia epidémica (paludismo, peste, meningite cérebro-espinal, tifo exantemático, etc.) — Conceito actual da febre das trincheiras"[80]. Para o caso da meningite cérebro-espinal, o médico recém-formado da FMUP alude à influência meteorológica, mas concluiu que não foi possível afirmar que o clima era um fator que contribuía para a manifestação dessa patologia[81].

No decorrer do século xx, o tema saúde e clima continuou a receber a atenção da comunidade médica. Renato A. C. Carvalho, em "A influência das condições meteorológicas e do clima sobre doenças humanas"[82], comentou a publicação do ano de 1964, que recebeu o título *Survey of human biometeorology*[83], promovida pela Organização Meteorológica Mundial, onde são discutidos os "Efeitos da influência do estado do tempo e do clima sobre as doenças". Carvalho indicou que o relatório reconheceu que doenças respiratórias estão relacionadas, em parte, com o tempo frio.

O estudo mencionado por Carvalho foi publicado na segunda metade do século xx. As dissertações inaugurais selecionadas como fonte deste trabalho são da primeira metade do referido século. Nota-se, nesta análise, que a busca pela compreensão da influência do clima no desenvolvimento das doenças tinha em vista criar medidas profiláticas para o combate às patologias[84], saber entender o ambiente e suas condições climáticas, de modo a salvaguardar a saúde humana.

Este tópico será concluído com o levantamento das doenças que estavam relacionadas com o clima[85].

## Considerações finais

Reitero que este trabalho constitui um estudo inicial sobre a compreensão e uso da palavra clima, sobre levantamento de dados e sobre as enfermidades que eram mencionadas e relacionadas com elementos que caracterizam o clima, pelos médicos recém-formados da FMUP. Espero, assim, ter contribuído para a percepção da relação próxima que pode existir entre saúde — humanidade — ambiente, e para salientar a comunicação que pode ser estabelecida entre os trabalhos de história ambiental e história da medicina.

As fontes selecionadas, redigidas por recém-médicos formados da FMUP, "Breve estudo sobre a Chorea de Sydenham" (1902), de Arnaldo José Vilela[86]; "Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto"[87] (1906), de Manuel Joaquim Gonçalvez; "Breve estudo

**Elementos que caracterizam o clima e a influência na manifestação de doenças nas dissertações inaugurais selecionadas como fonte**

Fonte: Coleta de dados nas dissertações inaugurais selecionadas como fonte

| Fonte | Doenças | Elemento climático/ Localização geográfica Associação ao clima |
|---|---|---|
| *Breve Estudo Sobre a Chorea de Sydenham*, 1902, Arnaldo José Vilela | *choreia* | países frios, povoação marítima |
| *Considerações Sobre a Mortalidade Infantil no Porto*, 1906, Manoel Joaquim Gonçalvez | sarampo | inverno |
| | *broncho*-pneumonia | frio, umidade, inverno |
| | doenças do aparelho digestivo | altas temperaturas |
| *Breve Estudo sobre a Endemo-epidemia Palustre*, 1912, Eduardo Alberto Ferreira d'Almeida | paludismo | ardor do sol, ar livre, países tropicais |
| | febre terçã, quartã | regiões mais quentes do globo, frio sol, países temperados |
| | *hemolyse* | zonas tropicais |
| | *nephrite* | climas frios |
| | febres perniciosas | países tropicais |
| *Sanidade Militar Profilaxia epidémica & Higiene de campanha — Notas do C.E.P.*, 1919, Carlos Cincinato da Costa Frias | doenças tropicais | países tropicais |
| | meningite cérebro-espinal, gripes, pneumonias | condições meteorológicas |
| | praga de piolho | aparição no inverno |
| | dengue | doença tropical |

sobre a endemo-epidemia palustre"[88] (1912), de Eduardo Alberto Ferreira de Almeida; "Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P."[89] (1919), de Carlos Cincinato da Costa Frias; "Breve estudo sobre a Hysterectomia total nos casos de Carcinoma uterino"[90] (1900), de João Casimiro Barbosa, representam um manancial de informações de grande relevância para a análise de estudos em história da medicina. Essas fontes fazem parte do universo da doutrina médico-telúrica. O clima e os elementos que o caracterizam eram utilizados para o exercício médico, dada a teoria médica então vigente.

Este trabalho pretendeu, afinal, abordar uma temática que é de extrema importância e que foi tratada nas dissertações inaugurais dos médicos recém-formados da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, à luz do conhecimento médico no século xx: a relação entre a medicina e o ambiente e a interferência dos elementos que caracterizam o clima no desenvolvimento de enfermidades.

## Notas

1. Prüss-Ustün, A.; Corvalán C., *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*, Geneva, WHO, 2006. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565196 (acedido em setembro de 2022).

2. O clima é indicado como um dos fatores que está ligado ao enfraquecimento do controle da malária, do controle da leishmaniose, e como elemento crucial para o entendimento da disseminação da dengue. Prüss-Ustün, A.; Corvalán, C., *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*, p. 20, p. 31, p. 33.

3. Miguel, José Pereira; Reis, Maria de Fátima, "O Impacto do meio ambiente sobre as doenças", in *Anais da Academia Nacional de Medicina de Portugal*, vol. 5, 2015, p. 1–20. Disponível em: http://hdl.handle.net/10451/22349 (acedido em setembro de 2022).

4. Miguel, José Pereira; Reis, Maria de Fátima, "O Impacto do meio ambiente sobre as doenças", p. 5–6.

5. Miguel, José Pereira; Reis, Maria de Fátima, "O Impacto do meio ambiente sobre as doenças", p. 1; Snowden, Frank, M., *Epidemics and Society — From the Black Death to the Present*, New Haven and London, Yale University Press, 2020, p. 289; Coelho, Joaquim Guilherme Gomes, *Da Importancia dos Estudos Meteorológicos para a Medicina e especialmente de suas applicações ao ramo operatorio*, Dissertação Inaugural, Escola Médico-cirúrgica do Porto, Porto, Typographia de Sebastião José Pereira, 1861, p. 21. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/17175 (acedido em setembro de 2022).

6. *Dos Ares, Águas e Lugares* é um dos sessenta e seis tratados que constitui *Corpus hippocraticum* ou Coleção hipocrática. Cairus, H.F., "O Corpus Hippocraticum", in Cairus, H.F.; Ribeiro Jr., W.A., (eds.), *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença,* Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, História e Saúde, 2005, p. 25–38. Disponível em: https://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753-04.pdf (acedido em setembro de 2022).

7. As outras secções são as seguintes: 2. Salubridade habitacional. Abastecimento de água. Esgotos. Higiene industrial. 3. Prática de polícia médica. Estatística demográfica e sanitária. Legislação de saúde pública. Sanidade marítima. 4. Química sanitária. 5. Micrografia sanitária. Diagnose bacteriológica. Sotos e vacinas. Técnica respectiva. *Diário do Governo*, n.º 35/1931, Ministério da Instrução Pública — Direcção Geral do Ensino Superior e das Belas Artes — 1.ª Secção, Série I de 1931-02-11, p. 274–282. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/19337-1931-210805 (acedido em setembro de 2022).

8. Edler, Flavio Coelho, "Pesquisa clínica e experimental no Brasil oitocentista: circulação e controle do conhecimento em helmintologia médica", in *História, Ciências, Saúde — Manguinhos,* vol. 17, n. 3, 2010, p. 739–755.

9. Bastos, Maria Rosário; Ribeiro, João Pedro Cunha, "Climate Change in Human History", in Leal Filho, W., Azul, A.M., Brandli, L., Özuyar, P. G., Wall, T. (eds.), *Climate Action*, Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals, Springer, Cham, 2020, p. 7, https://doi.org/10.1007/978-3-319-95885-9_30.

10. Bastos, Maria Rosário; Freitas, Joana Gaspar de; Ribeiro, João Pedro Cunha, "Climate: The Great Maestro of Life on Earth. History, Didactics and Case Studies", in Leal Filho, Walter; Manolas, Evangelos; Azul, Anabela Marisa; Azeiteiro, Ulisses M.; McGhie, Henry (eds.), *Handbook of Climate Change Communication*: *Case Studies in Climate Change Communication*, vol. 3, 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70479-1.

11. Palma, Monique; Dias, João Alveirinho; Freitas, Joana Gaspar, "It's not only the sea: a history of human intervention in the beach-dune ecosystem of Costa da Caparica (Portugal)", in *Journal of Integrated Coastal Zone Management*, vol, 21, n. 4, 2021, p. 227–247. DOI 10.5894/rgci-n432. Disponível em: https://www.aprh.pt/rgci/rgci-n432.html (acedido em setembro de 2022); Silva, Luís Pedro, "Notícias sobre situações meteorológicas de risco em Portugal na Gazeta de Lisboa: (1715–1762)", in *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, Imprensa da Universidade de Coimbra, vol. 18, 2018. DOI: https://doi.org/10.14195/1645-2259_18_21; Bastos, Maria Rosário; Freitas, Joana Gaspar de; Ribeiro, João Pedro Cunha, "Climate: The Great Maestro of Life on Earth. History, Didactics and Case Studies".

12. Miguel, José Pereira; Reis, Maria de Fátima, "O Impacto do meio ambiente sobre as doenças".

13. Snowden, Frank, M., *Epidemics and Society — From the Black Death to the Present*, p. 146.

14. Sobre saúde e ambiente, confiram: Sanjad, N., "Cólera e medicina ambiental no manuscrito 'Cholera-morbus' (1832), de Antonio Correa de Lacerda (1777–1852)", in *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11, n. 3, 2004, p. 587–618, https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000300004; Edler, Flavio Coelho, *Medicina no Brasil imperial: clima, parasitas e patologia tropical*, Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011. https://doi.org/10.7476/9788575413371 ; Rosenberg, C.E., "The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience", in *Milbank Q*, vol. 80, n. 2, 2002, p. 237–260, https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003.

15. Adisasmito, W.B.; Almuhairi, S.; Behravesh, C.B.; Bilivogui, P. ; Bukachi, S.A.; *et al.*, "One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP) — One Health: A new definition for a sustainable and healthy future", in *PLoS Pathog*, vol. 18, n. 6, 2022. https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537.

16. Benchimol, Jaime Larry; Amaral, Isabel (orgs.), *Medicina e Ambiente: articulações e desafios no passado, presente e futuro*, Belo Horizonte, Fino Traço Editora, 2019. Disponível em: http://www.fhaj.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/Anais-Textos-Completos_Medicina-e-Ambiente_Articula%C3%A7%C3%B5es-e-desafios-no-passado-presente-e-futuro.pdf (acedido em setembro de 2022).

17. Costa, Manuel Pinto; Vieira, Ismael Cerqueira, "As teses inaugurais da Escola Médico-cirúrgica do Porto (1827–1910): uma fonte histórica para a reconstrução do saber médico", in *Revista Cultura Espaço & Memória, CEM,* n. 3, 2018, p. 251–260. Disponível em: https://ojs.letras.up. pt/index.php/CITCEM/article/view/4836/4518 (acedido em setembro de 2022).

18. Barbosa, João Casimiro, *Breve estudo sobre a Hysterectomia total nos casos de Carcinoma uterino*, FMUP — Dissertação Inaugural (EMC), Porto, Typographia de Antonio José da Silva Teixeira, 1900. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/16924 (acedido em setembro de 2022).

19. Vilela, Arnaldo José, *Breve estudo sobre a Chorea de Sydenham*, FMUP — Dissertação Inaugural (EMC), Porto, Tipografia A. F Vasconcellos, 1902. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/16912 (acedido em setembro de 2022).

20. Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, FMUP — Dissertação Inaugural (EMC), Porto, Imprensa Nacional, 1906. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/16531 (acedido em setembro de 2022).

21. Almeida, Eduardo Alberto Ferreira de, *Breve estudo sobre a endemo-epidemia palustre*, FMUP — Dissertação Inaugural, Porto, Pap. & Typ. Azevedo, 1912. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/17114 (acedido em setembro de 2022).

22. Frias, Carlos Cincinato da Costa, *Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P.*, FMUP — Dissertação Inaugural, 1919. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/61129 (acedido em setembro de 2022).

23. Sá, Dominichi Miranda de, "A Crítica da Razão Pomposa", in Sá, Dominichi Miranda de (ed.), *A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895–1935)*, Rio de Janeiro, SciELO — Editora FIOCRUZ, 2006, p. 107–142. Disponível em: https://books.scielo.org/id/v93yh/pdf/sa-9788575413081-08.pdf (acedido em setembro de 2022); Edler, Flavio Coelho, *Medicina no Brasil imperial: clima, parasitas e patologia tropical*.

24. Sá, Dominichi Miranda de, "A Crítica da Razão Pomposa"; Edler, Flávio Coelho, *Medicina no Brasil imperial: clima, parasitas e patologia tropical.*

25. Vieira, Ismael Cerqueira, *Conhecer, Tratar e Combater a "Peste Branca" — A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853–1975)*, Porto, CITCEM, Afrontamento, 2016.

26. Quintela, Maria Manuel, "Armando Narciso: um 'doutrinador' da hidrologia médica e do termalismo português (1919–1948)", in Bastos, Cristiana; Barreto, Renilda (orgs.), *A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2011, p. 151–170.

27. Edler, Flávio Coelho, "Pesquisas em parasitologia médica e circulação do conhecimento no contexto da medicina colonial", in Bastos, Cristiana; Barreto, Renilda (orgs.), *A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, 2011, p. 173–198.

**Notas**

**28.** Bracht, Fabiano, *Ao ritmo das Monções. Medicina, Farmácia, História Natural e Produção de Conhecimento na Índia portuguesa no século XVIII*, Porto, CITCEM, Edições Afrontamento, 2019; Conceição, Gisele Cristina, *Natureza Ilustrada: Processos de Construção e Circulação de Conhecimento Filosófico-Natural sobre o Brasil na Segunda Metade do Século XVIII,* Porto, CITCEM, Edições Afrontamento, 2019; Polónia, Amélia; Bracht, Fabiano; Conceição, Gisele C.; Palma, Monique, *Cross-cultural Exchange and the Circulation of Knowledge in the First Global Age*, Porto, CITCEM, Edições Afrontamento, 2018. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/118232 (acedido em setembro de 2022); Palma, Monique, *Cirurgiões, práticas e saberes cirúrgicos na América portuguesa no século XVIII*, Espanha, Fundación Academia Europea e Iberoamericana de Yuste, 2021.

**29.** Campos, André Luiz Vieira de; Nascimento, Dilene Raimundo; Maranhão, Eduardo, "A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização", *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10, suplemento 2, 2003, p. 573–600. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000500007 (acedido em setembro de 2022).

**30.** Monteiro, Ana, "O reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal (1850–1900)", *in Revista da Faculdade de Letras, História*, III série, vol. 2, 2001, p. 167–174. Disponível em: https://ojs.letras.up. pt/index.php/historia/article/view/5135 (acedido em setembro de 2022).

**31.** Silva, Luís Pedro, "Notícias sobre situações meteorológicas de risco em Portugal na Gazeta de Lisboa: (1715–1762)".

**32.** Ferreira, Luís Timóteo, "Higienismo e Alienismo na Obra de Júlio Dinis", in Pereira, Ana Leonor; Pita, João Rui (orgs.), *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde mental — VII*, 2017, p. 53–63. Disponível em: http://hdl.handle.net/10316/46219 (acedido em setembro de 2022).

**33.** Monteiro, Ana, "O reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal (1850–1900)".

**34.** Não é objetivo deste capítulo abordar sobre a relação do clima e higiene ou clima e raça. Indicamos a leitura de: Sanjad, N., "Cólera e medicina ambiental no manuscrito 'Cholera-morbus' (1832), de Antonio Correa de Lacerda (1777–1852)"; Edler, Flavio Coelho, *Medicina no Brasil imperial: clima, parasitas e patologia tropical*.

**35.** Barbosa, João Casimiro, *Breve estudo sobre a Hysterectomia total nos casos de Carcinoma uterino*, p. 70.

**36.** Vilela, Arnaldo José, *Breve estudo sobre a Chorea de Sydenham*, p. 22.

**37.** A chorea é uma doença neurológica. Atualmente, é mais conhecida por Doença de Huntington, em homenagem ao médico estadunidense George Huntington, que foi um dos primeiros a descrever a doença numa comunicação intitulada "On Chorea", em 1872. Desde a Idade Média, o termo chorea tem sido usado para descrever tanto os distúrbios orgânicos como psicológicos do controle motor. Januário, Cristina, *Doença de Huntington: onde estamos agora?,* Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011, http://hdl.handle.net/10316/18242 (acedido em novembro de 2022) ; Lanska, Douglas J., "Chapter 33: The history of movement disorders", in *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 95, 2009, p. 501–546, https://doi.org/10.1016/S0072-9752(08)02133-7 ; Gonçalves, Nuno Filipe de Carvalho, *Doença de Huntington: uma revisão*, Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013, http://hdl.handle.net/10400.6/1410 (acedido em novembro de 2022).

**38.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 21.

**39.** Este é apenas um dos elementos climáticos (associado à temperatura, precipitação, insularidade e outros).

**40.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 21.

**41.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto,* p. 1.

**42.** Almeida, Eduardo Alberto Ferreira de, *Breve estudo sobre a endemo-epidemia palustre*, p. 1.

**43.** Ferreira, Luís Timóteo, "Higienismo e Alienismo na Obra de Júlio Dinis".

**44.** Coelho, Joaquim Guilherme Gomes, *Da Importancia dos Estudos Meteorológicos para a Medicina e especialmente de suas applicações ao ramo operatorio*, p. 20.

**45.** Monteiro, Ana, "Da Serra do Pilar com Vista para o Aquecimento Global", in *Porto: Revista dos Antigos Alunos da Universidade do Porto*, n. 16, 2005, p. 22–24.

Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/21278 (acedido em setembro de 2022).

**46.** Alcoforado, Maria João; Nunes, Maria de Fátima; Garcia, Ricardo, "A percepção da relação clima-saúde pública em Lisboa no século XIX através da obra de Marino Miguel Franzini", in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, 1, 1999. Disponível em: http://hdl.handle.net/10362/103218 (acedido em setembro de 2022).

**47.** Ferreira, Luís Timóteo, "Higienismo e Alienismo na Obra de Júlio Dinis".

**48.** Para mais informações sobre Climatologia História em Portugal, consulte o projeto "Reconstrução e simulação do clima de Portugal a partir de fontes documentais e instrumentais do século XVII ao século XIX" (KLIMHIST) — http://clima.ul.pt/klimhist-results. Informação extraída do trabalho de: Silva, Luís Pedro, "Notícias sobre situações meteorológicas de risco em Portugal na Gazeta de Lisboa: (1715–1762)".

**49.** Monteiro, Ana, "O reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal (1850–1900)".

**50.** Monteiro, Ana, "O reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal (1850–1900)".

**51.** Ramalho, António Pereira, *Pequeno subsídio para o estudo da Climatologia medica portuguesa: Região da Gralheira (Serra do Montemuro)*, FMUP — Dissertação Inaugural (EMC), 1908. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/17248 (acedido em setembro de 2022).

**52.** Ramalho, António Pereira, *Pequeno subsídio para o estudo da Climatologia medica portuguesa: Região da Gralheira (Serra do Montemuro)*, p. 76.

**53.** Monteiro, Ana, "O reconhecimento oficial da importância da climatologia em Portugal (1850–1900)"; Ferreira, Luís Timóteo, "Higienismo e Alienismo na Obra de Júlio Dinis".

**54.** Ramalho, António Pereira, *Pequeno subsídio para o estudo da Climatologia medica portuguesa: Região da Gralheira (Serra do Montemuro)*, p. 76.

**55.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 22.

**56.** Korndörfer, Ana Paula; Brum, Cristiano Enrique de; Rossi, Daiane; Fleck, Eliane Cristina Deckmann (coords.), *Em tempos de pandemia: Reflexões necessárias sobre saúde e doenças no passado e no presente*, São Leopoldo, OIKOS, 2021, p. 151–174; McNeill, John R., *Mosquito Empires — Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620–1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010; Rodrigues, Bento C. M, "Considerações a propósito da variação estacional da mortalidade por doenças cérebro-vasculares em Portugal", in *Revista Portuguesa de Clínica e Terapêutica,* vol. 4, n. 3, 1978; McMichael, Anthony J; Haines, J. A; Slooff, Rudolf; Sari Kovats, R., (eds.), *Climate change and human health: an assessment / prepared by a Task Group on behalf of the World Health Organization, the World Meteorological Association and the United Nations Environment Programme,* World Health Organization. Office of Global and Integrated Environmental Health, 1996. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/62989 (acedido em setembro de 2022).

**57.** A Professora Doutora Isabel Amaral é uma autoridade em história da medicina tropical. São indicados alguns de seus trabalhos sobre esta temática: Amaral, Isabel. "Portuguese Tropical Medicine in the Twentieth Century: Tensions between the Metropole and the Colonies", in Bala, Poonam (ed.), *Learning from Empire: Medicine, Knowledge and Transfers in the Portuguese Empire*, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2018, p. 97–121; Amaral, Isabel, "Medicina Tropical e Ambiente em Perspectiva", in *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science,* vol. 7, n. 2, 2018, p. 64–82. Disponível em: https://doi.org/https://doi.org/10.21664/2238-8869.2018v7i2.p64–82 (acedido em setembro de 2022); Amaral, Isabel, "A Doença do Sono/tripanossomíase — o elemento catalisador do progresso da medicina tropical portuguesa (1901–1966)", in Mota, André; Marinho, Maria Gabriela S. M. C.; Bertolli Filho, Cláudio (orgs.), *As enfermidades e suas metáforas: epidemias, vacinação e produção de conhecimento*, São Paulo, USP, Faculdade de Medicina, UFABC, Universidade Federal do ABC, CD.G Casa de Soluções e Editora, 2015, p. 13–30; Amaral, Isabel, "Medicina tropical e saúde global: outputs do 2.º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical", in *Anais Scientarium Historia II, Encontro Luso-Brasileiro de História da Ciência*, Rio de Janeiro, Brasil, 2009, p. 659–661. Disponível em: http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais2016-2encontroLB/files/assets/common/downloads/

**Notas**

Anais%202016%20-%202.pdf (acedido em setembro de 2022).

**58.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 22.

**59.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto,* p. 24.

**60.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto,* p. 26.

**61.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 26.

**62.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 27.

**63.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 28.

**64.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 29.

**65.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 29.

**66.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*, p. 31–32.

**67.** Vieira, Ismael Cerqueira, *Conhecer, Tratar e Combater a "Peste Branca" — A tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853–1975)*.

**68.** Sobre Ricardo Jorge, consultar: Amaral, Isabel, "A Influência Pasteuriana na Obra de Ricardo Jorge e na Emergência da Medicina Tropical", in Amaral, Isabel; Carneiro, Ana; Mota, Teresa Salomé; Borges, Victor Machado e Doria, José Luis (coords.), *Percursos da Saúde Pública nos Séculos xix e xx — a Propósito de Ricardo Jorge,* Lisboa, CELOM — Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2011; Amaral, Isabel, "Os Pasteurianos e a História da Medicina portuguesa: Ricardo Jorge e a peste bubónica na cidade do Porto (1899–1900)", in *Anais Scientarium Historia II, Encontro Luso-Brasileiro de História da Ciência*, 2009, p. 663–665.

**69.** Barbosa, Maria Hermínia Vieira; Godinho, Anabela de Deus, *Crises de Mortalidade em Portugal desde meados do século xvi até ao início do século xx*, in *Núcleo de Estudos de População e Sociedade*, 2001. Disponível em: http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/782/1/Cadernos01.pdf (acedido em setembro de 2022). Alcoforado, M. J.; Marques, D.; Garcia, R. A. C.; Canario, P. ; Nunes, M. F.; Nogueira, H.; Cravosa, A., "Weather and climate versus mortality in Lisbon (Portugal) since the 19th century", in *Applied Geography*, vol. 57, 2015, p. 133–141. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.apgeog.2014.12.017 (acedido em setembro de 2022).

**70.** Para mais sobre Corea de Sydenham no século xx, confira: Neto, Ylmar Corrêa; Cardoso, Francisco; Teixeira-Jr., Antonio Lúcio; Maia, Débora Palma; Beato, Rogério; Ferreira, Joaquim, "A Coréia Do Zezé", in *Acta Médica Portuguesa*, vol, 19, 2006, p. 127–132. Disponível em: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/918/591 (acedido em setembro de 2022).

**71.** Vilela, Arnaldo José, *Breve estudo sobre a Chorea de Sydenham,* p. 39.

**72.** A atividade de Álvaro Rosas é abordada no trabalho: Araújo, Francisco Miguel, "Médicos milicianos portugueses nos palcos da Grande Guerra", in Rollo, Maria Fernanda; Ribeiro, Maria Manuela Tavares; Pires, Ana Paula; Cunha, Alice; Valente, Isabel Maria Freitas (coords.), *A Europa no Mundo Entre as Guerras 1919–1939*, Lisboa, IHC, CEIS20, 2014, p. 111–125.

**73.** Rosas, Álvaro da Silva, *Um caso de mutismo histerico na coreia de Sydenham*, FMUP — Tese, Porto, Imprensa Civilização, 1919.

**74.** Rosas, Álvaro da Silva, *Um caso de mutismo histerico na coreia de Sydenham*, p. 61.

**75.** Almeida, Eduardo Alberto Ferreira de, *Breve estudo sobre a endemo-epidemia palustre*, p. 19, p. 39, p. 67, p. 68, p. 99, p. 100, p. 104.

**76.** Almeida, Eduardo Alberto Ferreira de, *Breve estudo sobre a endemo-epidemia palustre*, p. 99–100.

**77.** A malária é tema que suscita muita atenção dos investigadores em História. Não temos espaço para discutir os imensos trabalhos sobre esta temática, nem é esse o objetivo deste texto, que é apresentar a relação do clima com doenças que foram encontradas nas dissertações inaugurais já aqui referidas. A teoria de que a propagação da malária é condicionada pela localização geográfica caiu no final do século xix, quando a malária deixou de ser uma doença climática, de lugares quentes ou tropicais, e passou a ser reconhecida como uma doença global. Convém sublinhar que, desde a época moderna, com a expansão de viagens e

rotas de comércio, dá-se a globalização de pessoas, remédios e doenças. Polónia, Amélia; Bracht, Fabiano; Conceição, Gisele C.; Palma, Monique, *Cross-cultural Exchange and the Circulation of Knowledge in the First Global Age*; Palma, Monique, *Cirurgiões, práticas e saberes cirúrgicos na América portuguesa no século XVIII*.

**78.** Silva, Helena da, "Um hospital português em França na Grande Guerra", in *História. Revista da FLUP*, Porto, série IV, vol. 8 n.º 2, 2018, p. 127–150; Rollo, Maria Fernanda; Ribeiro, Maria Manuela Tavares; Pires, Ana Paula; Cunha, Alice; Valente, Isabel Maria Freitas (Coords.), *A Europa no Mundo entre as Guerras 1919–1939*, Lisboa, IHC, CEIS20, 2014.

**79.** Frias, Carlos Cincinato da Costa, *Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P.*, 27.

**80.** Frias, Carlos Cincinato da Costa, *Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P.*, 16.

**81.** Frias, Carlos Cincinato da Costa, *Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P.*, 27.

**82.** Carvalho, Renato A. C., "A influência das condições meteorológicas e do clima sobre doenças humanas", in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático, 1999, p. 23–45. Disponível em: http://hdl.handle.net/10362/103220 (acedido em novembro de 2022).

**83.** Becker, F, "A Survey of Human Biometeorology", in *Technical notes/ World Meteorological Organization*, WMO, vol. 65, 1964.

**84.** Carvalho, Renato A. C., "A influência das condições meteorológicas e do clima sobre doenças humanas".

**85.** O estudo de João Casimiro Barbosa não faz parte da tabela, porque não relacionou enfermidades com o clima.

**86.** Vilela, Arnaldo José, *Breve estudo sobre a Chorea de Sydenham*.

**87.** Gonçalvez, Manuel Joaquim, *Considerações sobre a mortalidade infantil no Porto*.

**88.** Almeida, Eduardo Alberto Ferreira de, *Breve estudo sobre a endemo-epidemia palustre*.

**89.** Frias, Carlos Cincinato da Costa, *Sanidade militar: profilaxia epidémica & higiene de campanha — Notas do C.E.P.*

**90.** Barbosa, João Casimiro, *Breve estudo sobre a Hysterectomia total nos casos de Carcinoma uterino*.

ISABEL AMARAL *

# O Tejo e a defesa sanitária marítima de Lisboa nos séculos XIX e XX: epidemias, doenças tropicais, nação e império

*
Departamento de Ciências Sociais Aplicadas
NOVA School of Science and Tecnologia| NOVA FCT
Universidade NOVA de Lisboa

# 1. Introdução

O posicionamento estratégico de Lisboa, enquanto capital do reino, do império e do país, e a sua relação privilegiada com o rio Tejo, permite analisar diferentes perspetivas historiográficas, entre as quais se situa a história da saúde e das doenças, da higiene, da saúde pública e da medicina tropical, numa perspetiva holística.

Duas motivações principais estão na origem da escolha deste tema. A primeira, remonta a 2021, quando Lisboa recebeu no Museu de Arte, Arquitetura e Tecnologia (MAAT) a exposição *Vulnerable Beings — a public assembly on the space and time of epidemics*, da autoria dos curadores Andrea Bagnato e Ivan L. Munuera, e que incluiu uma visita guiada num percurso epidemiológico histórico, entre Belém e Alcântara, entre a Torre de Belém (que acoplava uma estação de saúde, no século XVII) e o edifício militar onde foi instalado o Hospital Colonial e a Escola de Medicina Tropical de Lisboa, em 1902.[1] A segunda, na sequência da publicação de Ana Simões e Maria Paula Diogo, *Science, Technology and Medicine in the Making of Lisbon (1840–1940)*,[2] que convoca a história urbana da ciência para estabelecer uma narrativa mais abrangente na qual a medicina "portuária" se insere e que nos permite refletir não apenas sobre os locais de isolamento por razões sanitárias, como disso é exemplo o Lazareto de Porto Brandão, discutido nesta obra por José Avelãs Nunes,[3] mas também sobre as próprias quarentenas e a influência dos modelos internacionais aplicados às estruturas de controlo epidémico nacionais, analisadas por Celia Miralles Buil.[4]

Este trabalho pretende associar à cidade portuária de Lisboa, um novo olhar sobre os espaços assistenciais, as doenças e os seus atores, e a sua relação com a emergência da medicina tropical portuguesa no contexto de uma Europa imperializada, na alvorada do século XX.

São protagonistas da história da defesa sanitária da barra de Lisboa desde o século XVI, algumas estruturas icónicas existentes nas duas margens do rio Tejo. Na margem direita, nas imediações da Torre de Belém e da casa do governador, uma singela construção de inspeção sanitária, e da margem esquerda, na Trafaria (em Porto Brandão), uma instalação "de degredo," autorizada por D. Sebastião, em 1565.[5] Quando a casa do governador se deslocou para a doca do Bom Sucesso, foi instalada na sua proximidade o posto de saúde (a caza de saúde de Belém);[6] e, na margem esquerda do rio, foi edificado o lazareto marítimo para quarentenas mais prolongadas, nas ruínas da Torre Velha daquela edificação militar, em 1813.

As condições de transporte e acomodação de passageiros a cumprir quarentenas obrigaram à construção de um novo lazareto após a epidemia de febre amarela de 1857, que assolou drasticamente a cidade.[7] Ainda assim, nestas novas construções,

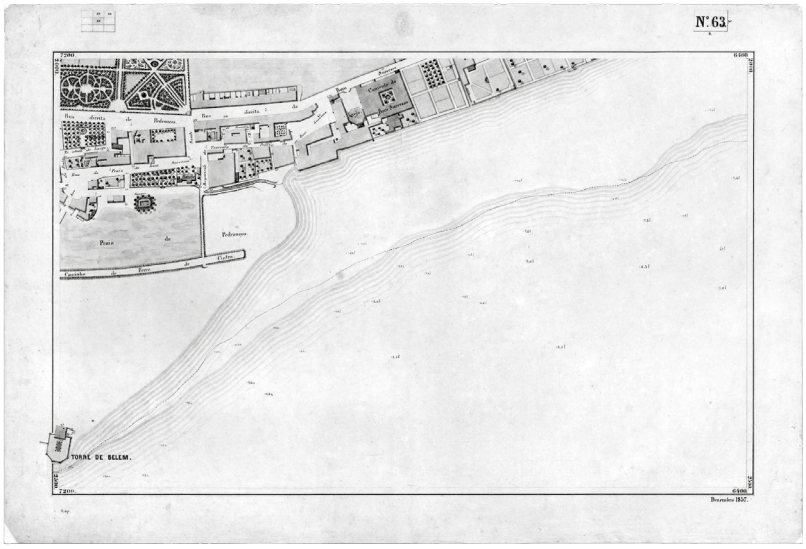



**Figura 1**
**Planta da margem norte em frente à Torre de Belém onde se identifica a Casa de Saúde de Belém e a Travessa da Saúde.**

Fonte: Folque, Filipe, Atlas da carta topográfica de Lisboa, n.º 63, PT/AMLSB/CMLSB/UROB-PU/05/01/67. Arquivo da Câmara Municipal de Lisboa.

as reclamações contra as condições de isolamento compulsivo no lazareto eram contantes. Atendendo a que grande parte dos quarentenados provinha dos Estados Unidos e do Brasil, onde a epidemia se mantinha, em 1901 foi publicado o regulamento régio de saúde pública e beneficência, elaborado por Ricardo Jorge (1858–1939), que veio a reforçar a importância das estruturas de isolamento e quarentena, como forma de proteger a cidade e a saúde dos seus habitantes. Na sequência deste regulamento, a sanidade marítima passava a contar com um posto de desinfeção marítimo na margem direita do rio Tejo, em Alcântara, que entrou em funcionamento a 5 de março de 1906. Esta dependência da saúde marítima do reino fazia parte integrante das novas instalações do porto de Lisboa, inauguradas a 8 de outubro de 1887, que assim priorizavam não só a defesa do País, o comércio e as relações internacionais, como a saúde pública e a defesa sanitária nacional.

A medicina tropical, por seu turno, veio introduzir uma nova dinâmica na utilização do parque sanitário da cidade: aos espaços de inspeção e de quarentena edificados no século xx foram acrescentados espaços de investigação, que permitiram alterar a moldura de controlo epidémico entre Belém e Alcântara, na qual as doenças tropicais assumiam destaque, no quadro da política colonial. Nascia assim, em 1902, o Hospital Colonial e a Escola de Medicina Tropical de Lisboa que deram início à sua atividade, na ala poente do Pavilhão Nordeste do edifício da Cordoaria Nacional, na zona da Junqueira, entre o posto de desinfeção da Rocha Conde de Óbidos e o Posto de Saúde de Belém.

O Hospital Colonial foi assim instalado num espaço geográfico, físico e médico peculiar, que implicou a adaptação de um edifício emblemático, a Real Fábrica de Cordoaria da Junqueira, mandado

construir pelo Marquês de Pombal, em 1771, "numa feliz e simples adaptação que resultou num hospital, estabelecimento, cheio de luz, sol e banhado pelo ar do rio Tejo, para o qual se rasgam as quatro janelas do fundo, que, juntamente com as três do lado, formam a enfermaria geral."[8]

Procuraremos refletir sobre a adaptação ou edificação de locais e espaços, disposições legislativas e atores, entre 1804 e 1948, a partir dos quais é possível estabelecer narrativas sobre o controlo das doenças tropicais na cidade, desde o lazareto marítimo de Lisboa, localizado em Porto Brandão, ao Hospital Colonial de Lisboa, localizado em Alcântara.

## 2. Epidemias e controlo sanitário marítimo

A eclosão da pandemia de COVID-19 aumentou indubitavelmente o interesse pela história das epidemias. Reveste-se de particular importância, o artigo de revisão historiográfica publicado por Erminio Fonzo, historiador na Universidade de Salerno, em 2021.[9] Foram revisitadas algumas obras publicadas anteriormente, não só de estudos históricos, como os clássicos, *The Black Death. A History of Plagues, 1345–1730*, de William Naphy e Andrew Spicer[10] e *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, de Edward Snowden,[11] mas também romances, como *A Peste* de Albert Camus,[12] e obras de ciência popular, entre os quais o conhecido *Spillover, Animal Infections and the Next Human Pandemic*, de David Quammen.[13] Merecem ainda destaque em Portugal, obras como, *Centenário da Gripe Pneumónica: A Pandemia em Retrospetiva, Portugal 1918–1919*,[14] ou *A Pandemia Esquecida — Olhares comparados sobre a Pneumónica 1918–1919*,[15] que reúnem contributos de vários autores, ou ainda *As epidemias e a memória histórica*, de Alexandra Esteves.[16]

A resposta global às epidemias não foi uniforme, embora no geral tenham adotado medidas restritivas que privilegiavam os cordões sanitários, a higiene e as quarentenas (que tinham, por vezes, consequências económicas tão devastadoras como a própria doença). As recentes epidemias de SARS, Gripe suína, MERS ou Ébola e a "descoberta" que as doenças infeciosas não pertencem apenas ao passado, têm atraído cada vez mais historiadores a refletir sobre a sua história.

Os portos e as cidades portuárias estabelecem uma sinergia particular entre as doenças e os seus agentes humanos e não humanos, e fazem das políticas de controlo sanitário uma das principais variáveis de investigação histórica. As várias perspetivas de abordagem e de arcos cronológicos têm sido abordadas na historiografia nacional e internacional, recentemente impulsionada pela mais recente pandemia. São disso exemplo autores como Ana

Cristina Roque, Ana Catarina Garcia, Gisele da Conceição, Isabel Amaral, Monique Palma e Luís Cancela da Fonseca,[17] Maria Paula Diogo e Ana Isabel Simões, Laurinda Abreu, Jorge Alves e Marinha Carneiro, Rita Garnel, e Patrícia Moreno, entre outros.

Em *Epidemias e os avisos surdos da história*,[18] Maria Paula Diogo e Ana Isabel Simões defendem uma narrativa epidémica associada à história do homem, dos saberes e das práticas científicas e técnicas que protagonizaram o curso civilizacional e as mundividências individuais e coletivas ao longo da história, utilizando dois exemplos de cidades portuárias, Lisboa e Porto. As autoras discutem a importância das estruturas e das doutrinas de controlo epidémico e das suas implicações não só no domínio comercial e económico, como também na confluência de interesses sociais, políticos e ideológicos, entre os quais se destaca a higienização dos bairros operários.

Laurinda Abreu, em *A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI–XIX*, aborda as epidemias sob as lentes da dimensão política e social, "protegendo a terra olhando para o mar", para refletir em particular sobre os cordões sanitários estabelecidos no século XIX, utilizando como estudo de caso, o cordão sanitário de 1885. Admite que o controlo epidémico foi assegurado no século XIX nas fronteiras terrestres por militares e não por médicos, sendo estes agentes de saúde com débil influência política e reconhecimento social.[19]

Jorge Alves e Marinha Carneiro enfatizam esta narrativa higienista entre a monarquia e a ditadura militar,[20] e Rita Garnel, no contexto do ideário republicano discute a importância do conhecimento e da intervenção dos médicos na agenda higienista nacional,[21] particularmente através dos seus discursos sanitários. Por um lado, enfatizam a educação das populações como meio de responsabilização do indivíduo que hoje regressa à agenda da saúde digital, e por outro o seu nivelamento pelo comportamento e "moral das elites", que olhavam com suspeição para as classes sociais trabalhadoras, como perigosas.

Patrícia Moreno, numa publicação que se reveste de particular interesse no estudo e no controlo de doenças tropicais, entendidas como aquelas que aportavam nos portos da capital, com origem em passageiros e mercadorias provenientes de regiões tropicais como o Brasil, com o título, *Rio de Janeiro, comércio e mosquitos: as consequências comerciais da epidemia de febre-amarela em Lisboa*, traça o perfil do trajeto da epidemia de febre amarela entre duas cidades portuárias, Rio de Janeiro e Lisboa, destacando e discutindo as medidas de contenção sanitária na capital portuguesa.[22]

Nesta moldura teórica se insere a reflexão sobre o controlo sanitário da cidade de Lisboa e a sua relação com três espaços simbólicos para a história da higiene e da saúde pública nacional na primeira metade do século XX, situados entre Porto Brandão, Alcântara e Belém, entre as duas margens do Tejo.

## 2.1. Do lazareto em Porto Brandão à fundação do Hospital Colonial de Lisboa— um território sanitário na margem direita do Tejo... a bem da Nação!

O Regimento do provimento da saúde para o porto de Belém data de 1695.[23] No seu capítulo 6.º explicita o procedimento a que todas as embarcações estariam sujeitas, do ponto de vista sanitário:

> Todo o navio, caravéla, ou qualquer outra embarcação, ainda que seja nau de guerra, que entrar pela barra, dará fundo por baixo da torre de Belém, aonde ha ordem para os não deixar subir para cima. O guarda-mór com os seus offiiaes estará na casa de saude, esperando que o capitão, ou mestre de qualquer embarcação, venha tomar defronte da dita casa, e d'ella o chamará o guarda da bandeira e o mandará pôr contravento, para que o interprete lhe faça as perguntas precisas.

Todos os que não tivessem passaporte de saúde visados pelos agentes diplomáticos ou consulares seriam imediatamente conduzidos ao lazareto, e os passageiros eram escoltados pelos soldados sentinela para não escaparem às autoridades de saúde.

No quadro epidemiológico do século XIX, as instâncias de controlo social exercido em nome da moral e da saúde pública emanadas do conjunto de regulamentos publicados entre 1804 e 1901, paulatinamente confluíam na tentativa de observação das quarentenas, como forma de prevenção no contágio de várias doenças que oscilaram entre a peste negra, o cólera-morbus, a varíola e a febre amarela. O decreto de 21 de outubro de 1804, assinado por D. João V, constituía uma junta de saúde, sob tutela da secretaria de Estado da Marinha, que, tendo por objetivo controlar a peste através das suas fronteiras com Espanha, assumia responsabilidades concretas na vigilância epidémica marítima, entre as quais se inscrevem: o controlo da quarentena necessária a cada navio nas cidades portuárias, bem como as precauções na descarga das mercadorias; e, a conceção de um lazareto, para isolamento de passageiros.[24] Por determinação desta junta de saúde surgiu o primeiro lazareto na cidade de Lisboa, na margem sul do Tejo, na Torre de São Sebastião da Caparica, uma edificação militar, cujo regulamento data de 22 de outubro de 1815.

Em 1844, por decreto de 18 de setembro constituía-se o Conselho de Saúde Pública do Reino que até ao final do século conduziu a política sanitária do país e se tornou particularmente ativo em momentos de ameaça epidémica, nomeadamente de cólera e de febre amarela.

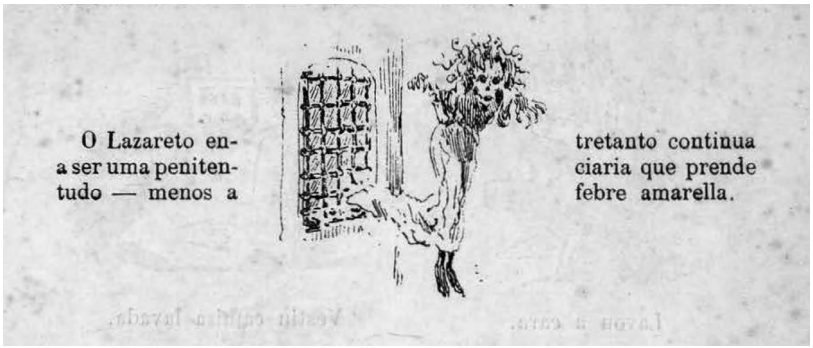



**Figura 2**
**Caricatura do Lazareto de Lisboa, em Porto Brandão.**

Fonte: Pinheiro, Raphael Bordallo, *No Lazareto*, Lisboa, Empreza Litteraria Luso-Brazileira — editora, 1881, p. 56.
Arquivo Histórico dos Portos de Lisboa, Setúbal e Sesimbra, cx. 236, processo n.º 4042.

O lazareto foi alvo de muitas críticas pelas deploráveis condições de salubridade que oferecia aos seus habitantes e que colidiam com os almejados propósitos da métrica de progresso nacional na qual as quarentenas ocupavam uma posição de relevo. Particular destaque teve nas epidemias de febre amarela entre 1856 e 1858, que provocaram um número muito elevado de vítimas, e que, fruto de alguma controvérsia se concluiu que a doença terá chegado a Portugal por via marítima, proveniente do Brasil. Como resposta as autoridades portuguesas insistiam nas quarentenas e na utilização do lazareto como ferramenta de controlo epidémico, medidas que voltaram a ser alvo de contestação por parlamentares, funcionários portuários, jornalistas e de viajantes, finda a epidemia. Uma vez mais, tal como Laurinda Abreu, também Patrícia Moreno ecoa a dissonância entre os defensores da abertura do porto de Lisboa ao mundo e as posições dos médicos higienistas, num discurso que se mantém em tensão até hoje, como assistimos no contexto da pandemia de COVID-19.

Entre 1867 e 1869 foi demolido e edificado um novo complexo de edifícios[25] que se mantiveram até 1930, com funções de lazareto (o novo lazareto). Mesmo assim as contestações continuariam, como é disso exemplo a de Raphael Bordallo Pinheiro (1846–1905) forçado a permanecer aqui, suspeito de ter febre amarela, pelo facto de ter chegado a Lisboa vindo do Brasil, em 1879.

Bordallo Pinheiro contestava manifestamente o seu desagrado pelo "cativeiro sanitário" a que seria exposto, não obstante ser dos quarentenados melhor tratados naquele local:

> meus amigos, estas pobres paginas reúnem as recordações que ao voltar á pátria formulei, de muitas coisas que deixei ao longe nas terras que em linguagem nobre se chamam ainda de Santa Cruz, e exprimem ao mesmo tempo as primeiras impressões que senti quando, ao pousar o pé no torrão natal, no momento de estender os braços á imagem querida da pátria, em vez de ser apertado pelos braços amigos, fui apertado pelos guardas de saúde e metido no lazareto.[26]

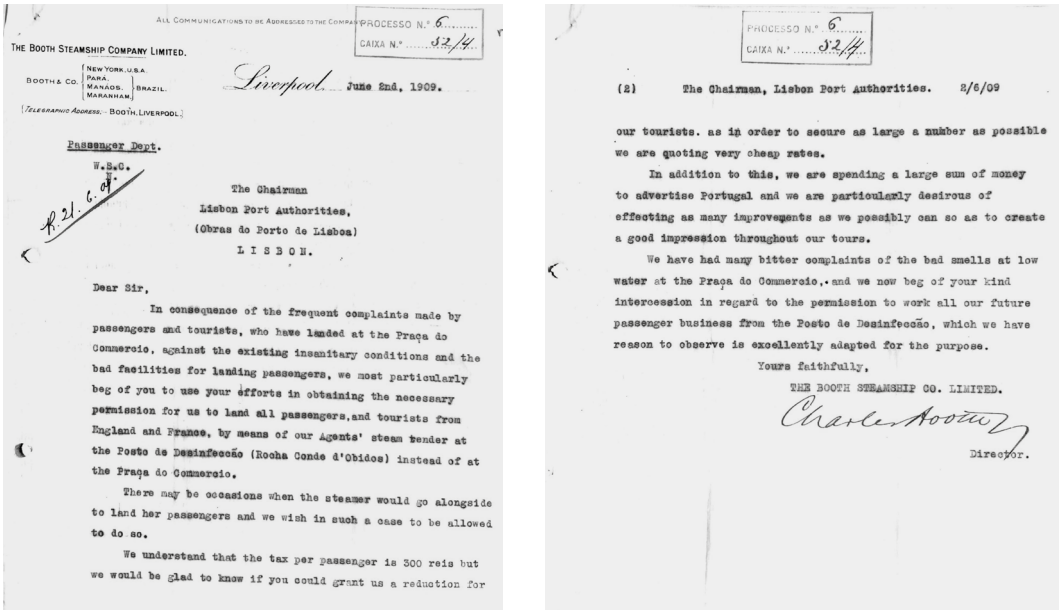
Em 1884, no conjunto de quatro conferências proferidas no Porto, publicadas com o título de *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*, Ricardo Jorge abria uma nova página na história da higiene e da saúde pública, utilizando uma linguagem de pendor positivista que atribuía à saúde e à higiene pública um valor, do qual não abdicaria a qualquer preço.[27] Defendia o controlo sanitário coadjuvado pela repressão policial, pela regulamentação minuciosa dos hábitos do quotidiano e orientado pelos médicos. Impondo uma nova disciplina do corpo, estas medidas tornavam-se outra instância de controlo social, exercido em nome da segurança, da moral e da saúde, individual e coletiva.

O *Regulamento de sanidade marítima* publicado de 1889, no título V, define a hierarquia e as competências dos vários portos, de acordo com as suas infraestruturas sanitárias. As estações de saúde marítima de 1.ª ordem teriam lazaretos (Lisboa); as de 2.ª ordem poderiam fazer as verificações sanitárias e quarentenas complementares, apenas de embarcações suspeitas (Angra, Funchal, Horta, Ponta Delgada, Porto, Setúbal e Vila Real de Santo António); e, as de 3.ª ordem (todas as restantes), só poderiam efetuar as visitas de saúde a bordo. Nas estações de 1.ª ordem, o quadro de pessoal incluía guardas-mor (um deles chefe), escrivães intérpretes, agentes, guardas de saúde, tripulantes das embarcações privativas e serventes; nas de 2.ª ordem, guardas-mor e escrivães intérpretes e nas de 3.ª ordem, apenas guardas-mor.[28]

Como resultado da reforma da Organização Superior dos Serviços de Saúde, Higiene e Beneficência, foi criada, a 4 de outubro de 1899, a Direção Geral de Saúde e Beneficência do Reino, com duas repartições. Ricardo Jorge foi convidado e assumiu a liderança da Direção Geral de Saúde do Reino, com plena confiança política, dado o mérito científico que granjeava, e que viria a tornar-se crucial na profunda reforma sanitária que iniciou com a publicação do *Regulamento da Direção Geral de Saúde Pública e Beneficência*, publicado a 24 de dezembro de 1901.

No que diz respeito à relação entre os interesses económicos inerentes ao trânsito de navios pelos portos nacionais, a intenção deste regulamento não deixa margem para dúvidas da verticalidade de medidas introduzidas para controlo sanitário dos portos:

> O refazimento da nossa sanidade maritima era o cabo d'esta tarefa reformadora, e aqui a obra do Governo tinha de medir-se com o encontro de interesses desavindos e com o peso de tradições inveteradas. Havia, porem, soado a hora decisiva de quebrar de vez antagonismos prejudiciaes e ajustar rasgadamente duas forças sociaes que por natureza devem ser chamadas a soccorrer-se mutuamente a concorrer harmonicamente ao bem collectivo — a riqueza publica e a saude publica, que numa sociedade moderna devem andar de par no seu florescimento. Vergar a intransigentes



ALL COMMUNICATIONS TO BE ADDRESSED TO THE COMPANY

PROCESSO N.º 6
CAIXA N.º 32/4

THE BOOTH STEAMSHIP COMPANY LIMITED.

BOOTH & CO. NEW YORK, U.S.A. PARA. MANAOS. MARANHAM. BRAZIL.

(TELEGRAPHIC ADDRESS: - BOOTH, LIVERPOOL)

Liverpool, June 2nd, 1909.

Passenger Dept.
W.S.C.

The Chairman
Lisbon Port Authorities,
(Obras do Porto de Lisboa)
L I S B O N.

Dear Sir,

In consequence of the frequent complaints made by passengers and tourists, who have landed at the Praça do Commercio, against the existing insanitary conditions and the bad facilities for landing passengers, we most particularly beg of you to use your efforts in obtaining the necessary permission for us to land all passengers, and tourists from England and France, by means of our Agents' steam tender at the Posto de Desinfecção (Rocha Conde d'Obidos) instead of at the Praça do Commercio.

There may be occasions when the steamer would go alongside to land her passengers and we wish in such a case to be allowed to do so.

We understand that the tax per passenger is 300 reis but we would be glad to know if you could grant us a reduction for

PROCESSO N.º 6
CAIXA N.º 32/4

(2) The Chairman, Lisbon Port Authorities. 2/6/09

our tourists. as in order to secure as large a number as possible we are quoting very cheap rates.

In addition to this, we are spending a large sum of money to advertise Portugal and we are particularly desirous of effecting as many improvements as we possibly can so as to create a good impression throughout our tours.

We have had many bitter complaints of the bad smells at low water at the Praça do Commercio, and we now beg of your kind intercession in regard to the permission to work all our future passenger business from the Posto de Desinfecção, which we have reason to observe is excellently adapted for the purpose.

Yours faithfully,
THE BOOTH STEAMSHIP CO. LIMITED.
Director.

**Figura 3**
Carta do diretor da Companhia de Navegação, *The Booth Steamship*, à administração do porto de Lisboa.

interesses mercanciaes as imposições legitimas da hygiene, aceitar um systema apenas commodo, mascarando ou postergando as exigencias da saude publica, seria afrontar e trahir o direito austero da sciencia e o dever sagrado da conservação individual e commum. A liberdade ou a facilidade da circulação pessoal e commercial não póde volver-se em livre cambio de epidemias, de males diffusivos que ceifam vidas e destroem fazendas, causando por onde passam, damnos economicos incalculáveis. O proprio proteccionismo mercantil manda que, em nome das finanças particulares e publicas, se apercebam as praças commerciaes e as nações contra a ameaça e embate d'essas crises de temeroso prejuizo, que por nosso mal algumas vezes experimentamos já.[29]

Abria-se uma nova era também no controlo sanitário no porto de Lisboa, onde os guardas-mor de saúde seriam substituídos por um inspetor geral de sanidade internacional; as estações de saúde sob tutela do Conselho de Saúde Pública do Reino adquiriam autonomia dos serviços de alfândega; e novos espaços se edificariam para dar resposta ao programa sanitário que iniciou, por influência da sua participação tanto nas Conferências Sanitárias internacionais, como na Secção de Higiene da Sociedade das Nações, o *Office Internationale d'Hygiene Publique* (OIHP), criado em 1907. Este organismo tinha como objetivo regular e supervisionar as regras internacionais sobre a quarentena de navios e portos, bem como estabelecer outras convenções de saúde pública para evitar a propagação das epidemias.



**Figura 4**
**Transporte de passageiros provenientes do navio Lanfranc, em 1909, suspeitos de febre amarela, do cais para o Lazareto de Porto Brandão.**

Fonte: Arquivo da Câmara Municipal de Lisboa. PT/AMLSB/CMLSBAH/PCSP/004/JBN/000355.

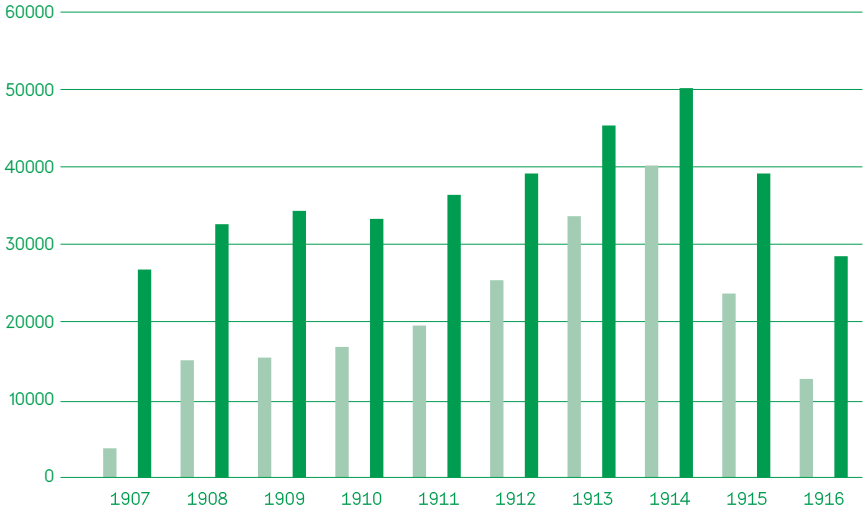
Na sequência deste programa sanitário coordenado por Ricardo Jorge e dos projetos de remodelação do porto de Lisboa, o novo posto de desinfeção sanitária e estação de saúde[30] seria construído na Rocha Conde de Óbidos, em Alcântara, em 1906, alargando assim a zona de influência das autoridades de saúde.[31] As embarcações suspeitas desembarcavam nesta doca, no posto de desinfeção era realizada a desinfeção de bagagens, e os passageiros aqui usufruíam de serviços médicos integrados na rede de cuidados de saúde da cidade, ou faziam isolamento no Lazareto de Porto Brandão.

Aqui se estabelecia uma nova prática sanitária que era valorizada no contexto internacional. Foram consultados vários documentos nos arquivos do porto de Lisboa, alguns deles muito críticos às restrições sanitárias e ao consequente preço dos cuidados assistenciais e alfandegários inerentes ao transporte a partir dos navios, mas também alguns relatos de tendência oposta, como é disso exemplo, a cópia da carta acima identificada **[Figura 3]**. O representante da companhia de navegação pede explicitamente que o desembarque dos seus passageiros seja realizado na Rocha Conde de Óbidos e não na Praça do Comércio, por razões sanitárias, o que denota o seu reconhecimento na diferenciação de serviços entre as duas docas. A doca da Rocha Conde de Óbidos identificava-se com padrões de higiene e controlo sanitário distintos.

A incidência de febre amarela no Brasil continuava a preocupar as autoridades portuárias portuguesas no século xx, e o lazareto de Porto Brandão era o destino daqueles para os quais era mandatória a quarentena.

No sentido de perceber que impacto tinha a inspeção obrigatória dos passageiros provenientes de navios de longo curso

**Gráfico 1**
**Relação entre o número de passageiros desembarcados na doca de Alcântara e o número de passageiros transportados para o posto de desinfeção/estação de saúde da Rocha Conde de Óbidos (1907–1916)**




à entrada do porto de Lisboa, utilizámos como fonte os registos do número de passageiros desembarcados na doca de Alcântara e transportados para o Posto de Desinfecção/Estação de Saúde em Alcântara,[32] e os dados publicados sobre o movimento de passageiros desembarcados no porto de Lisboa pela Administração Geral do Porto de Lisboa,[33] no mesmo intervalo de tempo.[34]

Na utilização deste conjunto de dados, existem algumas limitações na sua análise. Os dados dos Arquivos dos portos de Lisboa, Setúbal e Sesimbra, apresentam algumas faltas: no primeiro ano de registos encontrado, 1907, apenas existe o registo de entradas dos meses de agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro; em 1912, o registo dos meses de novembro e dezembro está em falta; em 1916, não existem registos para o mês de novembro. Acresce que, em alguns meses havia a indicação de que alguns passageiros teriam sido conduzidos ao lazareto, mas muito poucos, pelo que o **Gráfico 1**, que representa a relação entre o número total de passageiros desembarcados e conduzidos não faz esta destrinça e os valores apresentados são os totais (números de passageiros transportados para os dois locais).

Não obstante estas limitações, os dados revelam uma considerável utilização dos espaços de fiscalização sanitária no porto de Lisboa e um estrito controlo na desinfeção de passageiros e bens provenientes de navios sujeitos a controlo sanitário, chegando a atingir quase 80%. A avaliar por estes resultados, razão teriam os quarentenados para reclamar das restrições sanitárias à entrada de Lisboa, alguns dos seres mais vulneráveis desta cadeia.

Estes resultados, no entanto, indicam a necessidade de consulta de outros dados complementares, nomeadamente sobre o registo de passageiros à entrada das estações de controlo sanitário que se encontram à guarda da Direção Geral de Saúde, e que não nos foi possível consultar.

Percorrida a narrativa que estabelece uma relação direta entre a cidade de Lisboa, as instalações de controlo sanitário do seu porto, e as doenças epidémicas mais temidas em Portugal nos séculos XIX e XX, entre as quais se situa a febre amarela, uma doença tropical, importa também refletir sobre a importância da criação do Hospital Colonial de Lisboa, entre as estações de saúde de Belém e de Alcântara, entre o programa sanitário de Ricardo Jorge, e o programa científico que presidiu à emergência da medicina tropical.

Todas estas estruturas se implantaram junto à margem direita do Tejo, entre Belém e Alcântara, o que lhes conferia uma relação simbiótica no discurso sanitário da monarquia, e ao mesmo recuperavam a simbologia do Tejo e das embarcações reais. Pela bibliografia e fontes consultadas, somos levados a considerar que, entre o posto de desinfeção e a estação de saúde da Rocha Conde de Óbidos, onde se instalou o Hospital Colonial e a Escola, se estabelece uma relação muito particular, que pode ser explicada no contexto da alteração de paradigma na medicina portuguesa na alvorada do século XX, de pendor pasteuriano. No entanto, à emergência da medicina tropical "científica" sobrepôs-se ainda uma agenda política, colonial e imperialista, que se moveu pelos interesses de defesa dos territórios ainda ocupados, em África e na Ásia. Comparamos assim instituições civis e instituições militares, uma coordenada pela Direção Geral de Saúde e Beneficência do Reino; a outra, pela Repartição de Saúde da Direção Geral do Ultramar.

O Hospital Colonial foi criado em resposta à defesa de um ideal de colonização comum aos restantes países europeus, no qual o conhecimento das doenças tropicais e o treino médico especializado se destacavam como ferramentas do império, como se defendia na Câmara dos Deputados, por ocasião da aprovação de um projeto de lei que sustentaria a carta de lei fundadora da instituição:[35]

> Se Portugal deve viver pelas suas colonias e para as suas colonias, não só como legitima aspiração de grandeza, mas pelo dever de continuar a sua missão civilisadora, não pode, não deve esquecer-se de que, possuindo cêrca de duzentos milhões de hectares de terras espalhadas pela zona intertropical, lhe corre a obrigação de não retardar para as suas colonias o que para o seu engrandecimento pode concorrer.
>
> Os nossos medicos, como acontece aos educados nas escolas inglesas, allemãs, belgas, hollandesas, francesas e americanas, apesar da superior illustração dos professores, ao acabarem os seus cursos, ignoram as condições de vida nos climas quentes, tanto pelo que respeita aos individuos e á sua acclimação, como aos conhecimentos geraes das aguas, do solo, da alimentação e do mais que é preciso conhecer para a execução productiva da clinica no pais,

> que não é aquelle para que foram educados e preparados. Desconhecendo ainda a pathologia e a hygiene tropicaes, a policia sanitaria maritima, a administração hospitalar, não podem os nossos medicos exercer com proveito dos habitantes dos tropicos a sua profissão. Esta rapida exposição bastará para justificar perante o vosso esclarecido espirito a necessidade de, com urgencia, se instituir entre nós o ensino de medicina tropical.

Aceite na Câmara de Deputados, a Carta de lei de 24 abril 1902, assinada por D. Carlos (1863–1908), por indicação de António Teixeira de Sousa (1857–1917), Ministro da Marinha e do Ultramar, criou o Hospital Colonial e a Escola de Medicina Tropical, nestes termos:

> É criada em Lisboa uma instalação hospitalar, com a denominação de Hospital Colonial, para o tratamento dos officiaes militares e praças que regressam do ultramar (...) os empregados civis e ecclesiasticos das provincias ultramarinas tambem podem ser tratados no Hospital Colonial, descontando metade dos seus vencimentos de categoria para o fundo hospitalar (...) a direcção e serviço clinico d'este Hospital serão desempenhados pelo pessoal technico da Repartição de Saude da Direcção Geral do Ultramar, que, em caso de necessidade, será coadjuvado por facultativos reformados dos quadros de saude das provincias ultramarinas e da armada, nomeados provisoriamente para esse fim, sob proposta do director do Hospital (...) Os vencimentos e gratificações de todo o pessoal serão os correspondentes ás suas graduações militares.
>
> É criado junto do Hospital Colonial o ensino theorico e pratico de medicina tropical, que será professada em tres cadeiras: pathologia e clinica, hygiene e climalogia, bacteriologia e parasitologia tropicaes. Este ensino tem por fim principal completar a educação profissional dos facultativos dos quadros de saude das provincias ultramarinas e dos medicos navaes, por meio de lições theoricas seguidas de demonstrações e exercicios praticos feitos nas enfermarias e laboratorios sobre todos os ramos da medicina tropical. O pessoal incumbido do ensino compõe-se de 1 medico director, 3 medicos auxiliares, 1 preparador e 2 serventes. O director do pessoal docente será tambem o director do Hospital Colonial.

Era determinante garantir o apoio incondicional aos mobilizados para a defesa do território português em África e apenas um hospital especializado poderia responder a esse desafio, como as cortes defendiam:

> É mister que o soldado, a quem o dever e o patriotismo obrigam a ir affirmar bem longo do solo natal a nossa soberania e o respeito que é devido ao nome português, conheça que, se for attingido pelo morbus, terá a seu lado esses missionarios da sciencia, do experiencia feitos, a quem confiadamenta poderá entregar-se, e quando, com o organismo combalido, depois de cumprido o dever, regressem novamente á patria, não os espera o abandono e a morte, nem terão de esmolar pelas ruas e praças, mas encontrarão em hospital apropriado o confortavel os meios do restaurarem efficazmente as suas forças e de conquistarem a sua saude sacrificada no serviço da nação.
>
> Vigiando e conservando solicitamente a saude d'estes obreiros do progresso e de esforçados defensores, o país não só cumpre um indeclinavel dever, mas manterá um capital precioso de energia, que a ninguem é licito perder ou malbaratar.[36]

## 2.2. O Hospital Colonial e a Escola de Medicina Tropical de Lisboa — a medicina no ideário imperialista... a bem do Império!

A institucionalização da medicina tropical, em 1902, cruza-se com Ricardo Jorge e com a sua fidelidade à medicina pasteuriana, que permitiu a modernização inequívoca da medicina portuguesa pela substituição de um ensino livresco numa prática laboratorial, como forma de legitimação da autoridade médica e da sua intervenção na "higiene social".

Poderemos identificar três fases determinantes no percurso higienista deste médico portuense, coincidentes com períodos importantes para a história da medicina tropical: a primeira, até 1899, data da fundação das primeiras escolas de medicina tropical no Reino Unido; a segunda, entre 1899 e 1911, período crucial na reforma do ensino médico, que reorganizava a Faculdade de Medicina, na Universidade de Coimbra, e fundava as Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto; e, a terceira, entre 1911 e 1939, que culminou com a transição da Escola de Medicina Tropical para o Instituto de Medicina Tropical (criado quatro anos antes, em 1935), no contexto do Estado Novo.

Na primeira fase, Ricardo Jorge, com 26 anos, assumiu vários cargos (como médico e investigador) e publicou vários documentos sobre demografia e epidemiologia da cidade do Porto. A primeira manifestação do seu interesse pelas problemáticas da higiene pública surgiu em 1884, após ter proferido um conjunto de conferências polémicas, expressas numa linguagem incisiva, inovadora e inconveniente para muitos interesses sociais e económicos do país.

A saúde e a higiene pública estavam em foco. A ameaça de invasão da epidemia de cólera, que do Egipto, atingido em 1883, transpusera o sul de França em julho de 1884, despertou inflamadas discussões e críticas ferozes, nas sociedades médicas e na imprensa da época. Neste contexto Ricardo Jorge, convidado pela Sociedade União Médica, proferiu quatro conferências, em 1855, no salão nobre da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, as quais foram reunidas na obra, *Hygiene social applicada á nação portugueza*, porventura a sua obra mais disruptiva. O seu prefácio ilustra desde logo a sua determinação pela defesa de um novo programa de higiene e saúde pública muito exigente para a sociedade portuguesa, à época:

> Ha tempos que o meio nacional parece invadido por um movimento benefico em favor da sanidade publica. Ventilam-se de vez em quando as questões magnas da hygiene individual e social, arma-se uma cruzada de propaganda de princípios salutares, surgem apóstolos dedicados pela causa suprema do progresso physico, e toda esta agitação, prenuncio de transformações radicaes, vai calando pouco a pouco no seio da opinião publica.
>
> Filha dilecta da civilização moderna, intimamente relacionada com o desenvolvimento monstruoso das scencias, das artes e das industrias, a hygiene tenta rasgadamente o seu ingresso na sociedade portugueza, arrastada n'essa onda d'aspirações progressivas que vão avassallando os espiritos pelo bem comum da pátria, a despeito da educação pretérita, da rotina sediça, da ignorância crassa e da inepcia administrativa.[37]

Este programa sanitário acabaria por influenciar não só a política e a administração de saúde no país, como vimos, mas também uma geração de médicos (a geração de 1911)[38] que protagonizaram a criação de instituições de ensino e de investigação que constituíram os alicerces do novo paradigma da medicina de novecentos. São disso exemplo o Real Instituto Bacteriológico de Lisboa, em 1892 (fundado por Luiz da Câmara Pestana), o Instituto Central de Higiene, em 1899 (fundado por Ricardo Jorge), e também o Hospital Colonial e a Escola de Medicina Tropical de Lisboa,[39] ou ainda o Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral (dirigido por Matias Boleto Ferreira de Mira), em 1922.[40]

A tensão e o desagrado social pelas medidas enunciadas neste manifesto de saneamento impediram Ricardo Jorge de dar continuidade à sua intervenção pública na Sociedade União Médica. Mas a fidelidade aos seus propósitos persistiu. A Câmara Municipal do Porto incumbiu-o de liderar uma comissão para estudar os problemas de higienização da cidade. Três anos depois, em 1888, publicou os resultados num relatório intitulado "Saneamento do Porto", muito mais ousado e incisivo que a publicação anterior.

A epidemia de cólera continuava a sua digressão pela Europa e ameaçava o território espanhol vizinho. O interesse pela ameaça da epidemia não desaparecera das mentes mais esclarecidas, no meio médico e na imprensa. A municipalidade portuense fomentava a higienização citadina, com várias iniciativas: o laboratório de química (dirigido por Ferreira da Silva), o posto de desinfeção e o Laboratório Bacteriológico (dirigido por Ricardo Jorge), onde identificou os microrganismos responsáveis pelas três epidemias que, entre 1894 e 1899 atingiram as cidades de Lisboa e Porto.[41] A identificação do bacilo de Yersin na epidemia de peste bubónica[42] de 1899, foi confirmado pelos pasteurianos León Charles Albert Calmette (1863–1933) e Alexandre Tourelli Salimbeni (1867–1942), o que contribuiu não só para a sua afirmação científica, como também da comunidade médica nacional.[43]

No desempenho da nova missão organizou o *Boletim Mensal de Estatística Demográfica e Sanitária*, que a partir de janeiro de 1893, e durante nove anos, foi publicado com regularidade. Como resultado foi publicado, em 1899, o primeiro volume da *Demografia e Higiene da cidade do Porto*, (que compreende o estudo do clima, da população e da mortalidade) ao qual se seguiria outro volume, dedicado à nosografia e aos serviços de profilaxia, se a breve trecho Ricardo Jorge não tivesse sido forçado a deixar a sua cidade natal.

Aqui se iniciou a segunda fase de vida, em 1899, ao fugir do Porto, por ter imposto medidas restritas de controlo sanitário à população, medidas essas manifestamente mal recebidas, a ponto de ter estado muito perto de sofrer um linchamento público. Nas suas palavras, a desilusão de um homem de ciência, um pasteuriano e positivista convicto: "a peste, de que tive o infortúnio de ter sido o descobridor" ou ainda "a ingratidão pública — nada há de mais ferozmente estúpido. Conheço-o de experiência há mais de 30 anos, aquando da peste do Porto".[44]

Foi admitido na Escola Médica de Lisboa e tomou posse como Inspetor-Geral dos Serviços Sanitários e diretor do Instituto Central de Higiene, onde deu início ao projeto de reforma dos Serviços de Saúde do Reino, anteriormente referido.

Estabeleceu a primeira ponte para a medicina tropical, ao sistematizar os primeiros estudos da malária (sezonismo) em Portugal, em 1906. Estavam lançadas as bases para a instituição do combate ao sezonismo, contendo os elementos que justificavam a criação de infraestruturas e a disponibilização de meios para uma ação nacional concertada contra a doença à qual, por afetar a força de trabalho rural, era imputada grande parte do atraso económico e social do país.[45]

Na terceira fase de vida foi alargando os seus interesses no âmbito da Higiene e da Saúde Pública e como resultado, foi assumindo cargos públicos de relevo cada vez maior no meio nacional e internacional. Desde 1912, Ricardo Jorge tornou-se o representante português no OIHP, organismo de vigilância

epidémica e de aconselhamento das políticas de saúde pública dos Estados membros.

O problema da malária em Portugal enquadrava-se na necessidade do desenvolvimento da higiene e da sanidade no país, de modo a assegurar a sua continuidade como Estado-membro, que tardava a implementar medidas efetivas de combate à doença. Esta reorganização originou a instituição de medidas direcionadas para o estudo e o combate à malária determinando a criação dos primeiros postos antimaláricos, em zonas particularmente afetadas — Benavente, Azambuja, Alcácer do Sal, Idanha-a-Nova —, efetivadas a partir de 1931 com a inauguração a Estação Experimental de Combate ao Sezonismo em Benavente (localidade escolhida com base na caracterização epidemiológica traçada por Ricardo Jorge em 1903 e no agravamento da doença registada naquela região a partir de 1929).[46]

Para além da malária, Ricardo Jorge foi relator de vários casos de peste, de cólera, de febre amarela, de dengue e de leishmaniose de incidência mundial, com enfoque em Portugal, em África e no Brasil, valorizando assim o seu posicionamento sobre a importância da medicina tropical no âmbito da higiene e da saúde pública.

No entanto, o seu envolvimento direto com o hospital-escola da Junqueira é praticamente inexistente. De facto, estas instituições, não obstante utilizarem inicialmente a mesma agenda científica de Ricardo Jorge, a elas se sobrepunha a agenda militar que acabaria por ser dominante na organização, funcionamento, programa de ação e resultados práticos no âmbito da higiene e da saúde pública, com enfoque no território ultramarino.

No rés-do-chão do edifício da Junqueira ficou instalada a escola, que entrou em pleno funcionamento apenas em 1904; no primeiro andar, o hospital, que ganhou um espaço próprio, noutro edifício, em 1925 (o pavilhão Macau).

Na impossibilidade de construir espaços para as duas instituições, devido a constrangimentos económicos e políticos,[47] a escolha do edifício para a sua instalação, não deixa de estar associada aos ideais do império: este espaço outrora utilizado para a construção de velames das embarcações reais, servia agora para instalar um hospital-escola, onde médicos, doentes e doenças circulavam entre as colónias e a capital do império. As embarcações seiscentistas partiram à conquista de novos mundos, da mesma forma que a medicina tropical agora o pretendia fazer, no mesmo espaço geográfico aberto ao Tejo.

Hospital e Escola eram instituições de forte cariz militar. A direção e o serviço clínico do Hospital eram da responsabilidade do pessoal técnico da Repartição de Saúde da Direção Geral do Ultramar e os seus quadros incorporavam fundamentalmente médicos da Armada, com um mínimo de dois anos de exercício nas colónias.

O regulamento do hospital foi publicado em 1903. António Duarte Ramada Curto (1848–1921), Diretor dos Serviços de Saúde




**Figura 5**
**Fotografia do Hospital Colonial e da Escola de Medicina Tropical de Lisboa instalados no edifício da Cordoaria Nacional.**

Fonte: Espólio Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

do Ultramar, Quadro de saúde de Angola, facultativo da Marinha, Governador da Província de Angola e do Governo Civil de Lisboa, foi o primeiro diretor do hospital. Assumiu o cargo entre 1902 e 1904 e depois, entre 1906 e 1910. Foi responsável pelas obras de adaptação da ala nascente do Edifício da Cordoaria para a sua instalação.

Em 1909 procurava-se um novo local para instalação do hospital dada a exiguidade das instalações. Foi adquirida a Quinta da Ega, a quinta do Conde de Folgosa, e as suas instalações foram de novo adaptadas a um hospital. Foram aí instalados os serviços auxiliares e administrativos. Em 1925 foi construído um pavilhão de internamento financiado por Macau.

Com a publicação do Ato Colonial,[48] a Carta Orgânica do Império Colonial Português reforçava o ímpeto colonizador. Assim se reorganizaram os serviços de saúde do Império Colonial Português, dando-lhes como missão de promover o saneamento dos territórios ultramarinos, a educação higiénica e profilática das populações, a prevenção e o combate das doenças endémicas e epidémicas e, em geral, a proteção da saúde dos habitantes e da melhoria das suas condições fisiológicas. O Hospital Colonial na sua função metropolitana passava a servir os propósitos da assistência clínica dos portadores de doenças tropicais, à observação dos funcionários submetidos às Juntas de Saúde e ao Serviço Escolar do Instituto de Medicina Tropical.[49]

Em 1943, o hospital transitou para a tutela do Ministério das Colónias e o coronel-médico João Pedro de Faria, foi nomeado

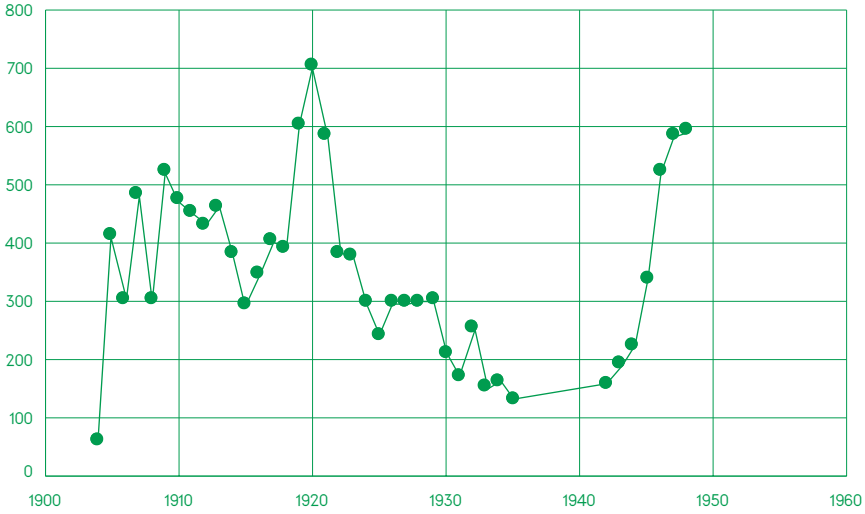



**Gráfico 2**
**Evolução do número de doentes internados no Hospital Colonial de Lisboa entre 1904 e 1948**

Dados extraídos dos *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas* e do *Boletim Clínico e de Estatística do Hospital Colonial*.

diretor do hospital. Defendia o regresso do Hospital Colonial de Lisboa à função que lhe estava confiada de hospital metropolitano da especialidade do Império.[50] No ano seguinte, por despacho do Ministro do Ultramar, Marcelo Caetano, o hospital assumiria uma nova função, com sentido de utilidade pública (situado no centro de três populosos bairros da cidade, Alcântara, Ajuda e Belém, onde residiam muitos operários e tripulantes de empresas afetas à atividade colonial). Esta abertura à população civil contribuiu não só para o aumento significativo do número de casos de doenças tropicais (maioritariamente de doenças crónicas ou de sequelas a elas associadas) ao mesmo tempo que preparou a alteração para Hospital do Ultramar, em 1948.

O **Gráfico 2** ilustra a dinâmica do Hospital Colonial no período da sua vida útil. Sendo um hospital-escola, sempre recebeu doentes para investigação provenientes daquela instituição. Até 1922, recebeu os portadores de doenças tropicais em fase evolutiva grave. Entre 1918 e 1920 registou-se o maior número de internamentos devidos à epidemia de pneumónica, por um lado, e à Grande Guerra, por outro. Identifica-se depois disso uma curva de tendência descendente, que será justificada pela abertura do hospital à população civil residente nas suas imediações. De facto, com as melhorias de assistência médica na metrópole, o hospital deixou de ter a mesma procura e tornar-se-ia obsoleto se se mantivesse apenas como uma extensão do Hospital da Marinha.

Partindo dos relatórios do Hospital Colonial publicados nos *Archivos de Hygiene e Pathologia Exóticas* (1905–1918), e o boletim do próprio hospital, somos conduzidos a refletir sobre a intervenção clínica deste hospital no domínio das doenças "tropicais", pelo que extraímos do mapa total das doenças, aquelas que se revestiam de maior significado neste contexto. Logo em 1903, o hospital recebeu três casos de doença do sono provenientes de África;

10 europeus de febres intermitentes (malária) e 3 europeus, de febre tifoide. A partir de 1904 passou a receber 93 casos de "moléstias venéreas e syphiliticas" provenientes da Europa; 75 casos de malária (Europa); 15 casos de doença do sono (África) e 5 casos de febre tifoide. O número de casos de doenças venéreas e sifilíticas foi permanecendo em valores médios próximos dos 80 casos anuais, o número de casos de malária aumentou, e o número de casos de doença do sono foi variando, sem nunca ultrapassar os 20, mas incluindo alguns europeus (4 em 1911). Entre 1938 e 1947 foi admitido apenas um caso de doença do sono. Em 1947, num total de 242 casos de doenças tropicais, destacam-se as seguintes: malária aguda (95 casos), malária crónica (62 casos), sífilis adquirida (38 casos), anemia palustre (20 casos), doenças hepáticas (39 casos), hepatite palustre (14 casos) e tripanossomíase (1 caso).[51] Esta evolução é resultado da melhoria das condições assistenciais em África, que se refletia na deslocação de doentes para a metrópole em situação de doença aguda. No entanto, os casos de doença crónica ou de doenças resultantes dos efeitos colaterais dos tratamentos utilizados, aumentaram significativamente na população europeia admitida no hospital colonial de Lisboa.

Para além das doenças venéreas que provavelmente afetariam os militares e que justificavam este número tão significativo, a malária e a doença do sono assumem um papel de destaque, na comunidade médica portuguesa. A primeira, por ser uma doença para a qual Ricardo Jorge e os seus seguidores contribuíram de forma a estabelecer padrões epidémicos controláveis do ponto de vista sanitário, em território metropolitano; a segunda, por ser uma doença tipicamente africana na qual a Escola de Medicina Tropical se notabilizou no contexto internacional.

A importância da doença do sono/tripanossomíase humana africana[52] para a comunidade médica portuguesa, remonta a 1901, data em que Portugal organizou a primeira missão médica europeia de estudo da doença *in locu*, com o objetivo de descobrir o seu agente etiológico bem como a melhor terapêutica capaz de controlar a propagação da doença na população africana.[53]

Sendo um dos objetivos da escola, a realização de missões científicas às colónias, a esmagadora maioria realizou-se para dar continuidade aos estudos sobre esta doença. As primeiras missões tiveram como alvo, as províncias ultramarinas mais ricas e mais fustigadas pela doença, a Ilha do Príncipe (1904, 1907 e 1911), Moçambique (1910 e 1927) e Guiné (1932).[54]

Ayres Kopke (1866–1947) foi o investigador mais emblemático da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, que dirigiu, tendo liderado um programa de investigação inovador em torno da doença do sono, que lhe permitiu notabilizar-se na terapêutica. No *XV Congresso Internacional de Medicina*, realizado em Lisboa em 1906, apresentou os primeiros resultados das investigações realizadas em doentes internados no Hospital Colonial, utilizando Atoxil.

Estes resultados acolhidos na comunidade científica internacional por Robert Koch (1843–1910), Alphonse Laveran (1845–1922), Paul Ehrlich (1854–1915) e Patrick Manson (1844–1922), permitiram-lhe assumir-se como o representante e especialista português em doenças tropicais. Participou nas primeiras conferências internacionais sobre a doença do sono: as três primeiras, em Londres, em 1907, 1908, sob a direção de Patrick Manson, e em 1925, sob a proposta da Liga das Nações; a quarta, em Paris, em 1928, sob os auspícios da Liga das Nações.[55]

Não restam dúvidas de que o Hospital Colonial foi o espaço de eleição para o estudo e avaliação terapêutica dos doentes internados com doença do sono, para a consolidação do programa de investigação de Ayres Kopke centrado no Atoxyl, e ainda, para reconhecer na medicina tropical uma das principais ferramentas do projeto colonial português em África, no século xx.

## 3. Em jeito de conclusão...

A defesa sanitária marítima de Lisboa nos séculos xix e xx está intrinsecamente ligada às âncoras de defesa militar da cidade, estabelecidas desde o século xvi. Paulatinamente estas instituições foram sendo transformadas em centros de controlo sanitário em resposta às ameaças das epidemias mais mortíferas que atravessavam fronteiras terrestres e marítimas, para as quais não exista prevenção ou tratamento (a peste negra, a cólera ou a febre amarela, entre outras), porque se desconhecia a sua etiologia... a bem da Nação! Neste contexto, a desinfeção e a quarentena eram as únicas soluções e que conduziram muitos passageiros ao "degredo" do lazareto. Assim se compreende a evolução legislativa sobre a higiene e a saúde pública, particularmente dirigida ao porto de Lisboa, e a necessidade de prevenção de surtos epidémicos sucessivos, com base no prestígio da classe médica à sua abordagem, que culminou com um programa ousado e exigente desenhado por Ricardo Jorge, um dos pioneiros do sanitarismo moderno da primeira geração, plasmado no *Regulamento da Direção Geral de Saúde Pública e Beneficência do Reino* de 1901.

A coroa preocupava-se, não apenas com a defesa sanitária do território na metrópole, mas também em território ultramarino, que era obrigada a defender na sequência dos compromissos assumidos na Conferência de Berlim. Assim, os assuntos relacionados com o controlo sanitário passaram a ocupar não só a Direção Geral de Saúde e Beneficência do Reino, mas também a Repartição de Saúde da Direção Geral do Ultramar. Se a adoção dos ideais da ciência pasteuriana foi essencial para a formação de uma geração de médicos empenhados na investigação científica e no culto do laboratório e do microscópio, que estabeleceram os alicerces da medicina "positivista", essencial para a construção de um Estado




**Figura 6**
**Caricatura do lazareto de Lisboa**

Pinheiro, Raphael Bordallo, *No Lazareto*, Lisboa, Empreza Litteraria Luso-Brazileira — Editora, 1881, p. 1.

higienista, a agenda imperialista europeia favoreceu a emergência de uma abordagem diferenciada das doenças tropicais, colocando a medicina tropical no epicentro da colonização.

No século xx, a institucionalização da medicina tropical complementa os espaços de controlo sanitário (posto de desinfeção/ estação de saúde de Alcântara e lazareto) com uma nova abordagem cognitiva e política, que fazia uso do Hospital Colonial e da Escola de Medicina Tropical para desenvolver ensaios laboratoriais e clínicos. Os casos de doença dos admitidos no hospital eram casos de estudo para a escola.

O Hospital Colonial atuou como verdadeiro espaço colonial negociando estratégias, recursos e respostas no quadro da medicina tropical... "tudo a bem do Império". Com duas construções em espaços distintos, o hospital foi evoluindo de forma a transformar um espaço de caridade num espaço de cura. Qualquer dos edifícios escolhidos para o funcionamento do Hospital Colonial foi adaptado a uma prática clínica especializada. Realizadas as adaptações, o hospital tornou-se um centro de

medicalização e de ensaio clínico para novas doenças. O reconhecimento da utilidade desta instituição por parte do Estado português está diretamente relacionado com os desenvolvimentos da política colonial portuguesa por um lado, e, por outro, com a consolidação da medicina tropical, como suporte da intervenção clínica, na qual Ayres Kopke assumiu protagonismo, nas primeiras décadas do século xx.

Em suma, o Tejo em Lisboa, entre Belém e Alcântara, concentrou nas suas margens atores, instituições, programas de higiene, saúde pública e instrumentos de colonização, mas também agentes humanos e não humanos que evidenciam os seres mais vulneráveis da cadeia sanitarista dos séculos xix e xx. Estes naturalmente colidiram com os cordões sanitários ou com espaços de isolamento compulsivo, como Raphael Bordallo Pinheiro caricaturou, o "lazareto" de Lisboa, localizado em Porto Brandão (Trafaria).

**Notas**

1. https://ext.maat.pt/open-sources/epidemiological-walking-tour-lisbon

2. Simões, Ana e Diogo, Maria Paula, *Science, Technology and Medicine in the Making of Lisbon (1840–1940)*, Leiden, Brill, 2022.

3. Nunes, José Avelãs, "Hybrid Features at Lisbon's New Lazaretto (1860–1908)" in Simões, Ana e Diogo, Maria Paula, *Science, Technology and Medicine in the Making of Lisbon (1840–1940)*, Leiden, Brill, 2022, p. 150–178.

4. Buil, Celia Miralles, "The Customs Laboratory of Lisbon from the 1880s to the 1930s: Chemistry, Trade and Scientific Spaces)" in Simões, Ana e Diogo, Maria Paula, *Science, Technology and Medicine in the Making of Lisbon (1840–1940)*, Leiden, Brill, 2022, p. 179–202.

5. Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lisboa, Livro 1 do Provimento de Saúde, fls 153.

6. Ainda hoje existe no local o Palácio do Governador, um complexo hoteleiro do grupo NAU, e a Travessa da Saúde.

7. *Relatório da epidemia de febre amarella em Lisboa no anno de 1857* (documento n.º 5 — Consulta do Conselho de Saúde Extraordinário sobre a reforma do lazareto de Lisboa), Lisboa, Imprensa Nacional, 1859, p. 243–244.

8. *O Diário*, 12 março de 1903.

9. Fonzo, Erminio, 'Historiography and COVID-19. Some considerations', in *Journal of Mediterranean Knowledge*, 6(1), 2021, p. 129-158. doi: 10.26409/2021JMK6.1.06.

10. Naphy, Wiliam; Spicer, Andrew, *The Black Death. A History of Plagues, 1345–1730*, Tempus, Michigan University, 2009.

11. Snowden, Edward, *Epidemics and Society — From the black death to the present*, Yale, Yale University Press, 2020.

12. Camus, Albert, *A Peste*, s.l., Livros do Brasil — Coleção Dois Mundos, 2016.

13. Quammen, David, *Spillover, Animal Infections and the Next Human Pandemic*, New York, W. W. Norton & Company, Inc., 2012.

14. Silva, Helena da; Pereira, Rui; Bandeira, Filomena (coord.), *Centenário da Gripe Pneumónica: A Pandemia em Retrospetiva, Portugal 1918–1919*, Lisboa, IGAS, 2019.

15. Sobral, José Manuel; Lima, Luísa; Castro, Paula; Silveira e Sousa, Paulo, *A Pandemia Esquecida — Olhares comparados sobre a Pneumónica 1918–1919*, Lisboa, ICS, 2009.

16. Esteves, Alexandra, "As epidemias e a memória histórica", in Martins, M., Rodrigues, E., *A Universidade do Minho em tempos de pandemia, Tomo I — Reflexões*, Braga, UMinho Editora, 2020, p. 147–172, DOI:.

17. Roque, Ana Cristina; Garcia, Ana Catarina; Conceição, Gisele C.; Amaral, Isabel; Palma, Monique; Fonseca, Luís Cancela da. "A peste que veio do mar": zonas litorais, doenças e curas (séculos XVI/XXI)" in Paula, Davis Pereira de; Oliveira, Emiliano Castro de; Dias, João Alveirinho; Fonseca, Luís Cancela da; Crispim, Maria Cristina; Basto, Maria Rosário; Albuquerque, Miguel da Guia; Palma, Monique; Pereira, Olegário Nelson Azevedo; Pereira, Silvia, Dias (eds), "*Entre-margens: a eterna «torna-viagem».Vivendo no limite dos recursos costeiros e marinhos?*, *XI Tomo da Rede BrasPor*, Porto CITCEM, XI Tomo, 2022, p. 41–66.

18. Diogo, Maria Paula; Simões, Ana, "Epidemias e os avisos surdos da história", in *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 10 (2), 2021. https://doi.org/10.17566/ciads.v10i2.778.

19. Abreu, Laurinda, "A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI–XIX", in *Ler História*, 73, 2018, p. 93–120. https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4118.

20. Alves, Jorge Fernandes; Carneiro, Marinha, "A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da monarquia à ditadura militar)", in Ferreira, Fátima; Mendes, Francisco; Capela, José (coord.), *Justiça na Res Publica (Secs. XIX-XX) — Ordem, Direitos Individuais e Defesa da Sociedade*, Porto, Citcem, 2012, p. 33–50.

21. Garnel, Rita, "Médicos e Saúde Pública no Parlamento Republicano" in Catroga, Fernando e Almeida, Pedro Tavares de (coord), *Res publica: cidadania e representação política em Portugal*, Lisboa, Biblioteca Nacional e Assembleia da República, 2010, p. 230–257.

22. Moreno, Patrícia, *Lisboa, Rio de Janeiro, comércio e mosquitos: as consequências comerciais da epidemia de febre-amarela em Lisboa*, Lisboa, Chiado, 2013; Protásio, Daniel Estudante, "Epidemias, comércio e emigração Portugal-Brasil na segunda metade do Oitocentos", in *História, Ciência, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22 supl. dez. 2015, p. 1768–1773.

23. *Regimento do provimento da saúde para o porto de Belém*, 2 de abril de 1664, capítulo 6.º.

**Notas**

**24.** De acordo com a descrição do Fundo Junta de Saúde Pública existente na Torre do Tombo, PT/TT/JSP.

**25.** Consulte-se Rui Manuel Mesquita Mendes, «Obras públicas nos concelhos de Almada e Seixal (1640–1910): Uma síntese histórica, artística e documental preliminar», in *Actas do 2.º Encontro sobre o Património de Almada e Seixal*, Almada, Centro de Arqueologia de Almada, 2014, p. 85–105.

**26.** Pinheiro, Raphael Bordallo, *No Lazareto*, Lisboa, Empreza Litteraria Luso-Brazileira — Editora, 1881. p. 7.

**27.** Jorge, Ricardo, *Hygiene social applicada á nação portugueza: conferencias feitas no Porto*, Porto, Livraria Civilização, 1885.

**28.** *Regulamento de Sanidade Marítima*, Decreto do Ministério do Reino de 4 de outubro de 1889.

**29.** *Regulamento da Direção Geral de Saúde Pública e Beneficência*, 24 de dezembro de 1901, p. 1033.

**30.** Com a inauguração da estação de saúde no edifício do posto de desinfeção foi desativada a casa de saúde de Belém.

**31.** Sobre a história do porto de Lisboa consultem-se as publicações editadas pela administração, nomeadamente, as seguintes: *Referências históricas do Porto de Lisboa*, Lisboa, Edição da Administração do Porto de Lisboa, 1991 ou *100 anos do porto de Lisboa*, Lisboa, Administração do Porto de Lisboa, 1897.

**32.** Estes registos fazem parte das caixas n.º 325, 326 e 327, consultados nos Arquivos dos Portos de Lisboa, Setúbal e Sesimbra.

**33.** *Le Port de Lisbonne*, Commission Administrative du Port de Lisbonne, 1926, p. 101.

**34.** Atendendo aos dados de arquivo que estavam disponíveis.

**35.** *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, 28-01-1902, p. 17.

**36.** *Diário da Câmara Dos Senhores Deputados*, 26-02-1902.

**37.** Jorge, Ricardo, *Hygiene social applicada á nação portugueza*, p. iv.

**38.** Amaral, Isabel, "The New Face of Portuguese Medicine: the generation of 1911 and the Research School of Marck Athias", in *Acta Medica Portuguesa*, 24 (1), 2011, p. 85–110; Amaral, Isabel, "A Geração de 1911," in Barros Veloso, José; Damas Mora, Luiz; Leitão, Henrique (eds.), *Médicos e Sociedade — para uma história da medicina em Portugal no Século xx*, Lisboa, By the Book, p. 157–172.

**39.** Graça, Luís, "História e Memória da saúde Pública", in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 33, n.º 2, p. 125–127. DOI: 10.1016/j.rpsp. 2015.11.001.

**40.** Amaral, Isabel; Carneiro, Ana, "A Cidade e a Produção de um Espaço Privado de Investigação Biomédica: O Instituto Bento da Rocha Cabral (1921–1953)", in Saraiva, Tiago; Macedo, Marta (eds.), *Capital Científica. Práticas da Ciência em Lisboa e a História Contemporânea de Portugal*, Lisboa, ICS, 2019, p. 213–249.

**41.** Para um conhecimento mais detalhado sobre o estudo das epidemias na imprensa portuguesa, consultem-se as publicações de Maria Antónia Pires de Almeida, em particular, as seguintes: Almeida, Maria Antónia, *Saúde Pública e Higiene na Imprensa diária em anos de Epidemias, 1854–1918*, Lisboa, Colibri, Coleção CIUHCT, 2013 e, Almeida, Maria Antónia, "As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854–1918", in *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 21 (2), 2014, p. 687–708.

**42.** Peste negra e peste bubónica são sinónimos, dizem respeito a designações temporais diferentes.

**43.** Amaral, Isabel, "A Influência Pasteuriana na Obra de Ricardo Jorge e na Emergência da Medicina Tropical", in Amaral, Isabel; Carneiro, Ana; Mota, Teresa Salomé; Machado Borges, Victor; Doria, José Luiz (org.), *Percursos da Saúde Pública nos Séculos xix e xx — a propósito de Ricardo Jorge*, Lisboa, CELOM-Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2011, p. 135–144.

**44.** *Brasil! Brasil! conferências Rio e S. Paulo*, 30 junho e 25 de julho, 1929.

**45.** Lobo, Rita, *A história da malária em Portugal na transição do século xix para o século xx e a contribuição da Escola de Medicina Tropical de Lisboa (1902–1935)*, Dissertação de Doutoramento, FCT NOVA, 2012.

**46.** Lobo, Rita, *A história da malária.*

**47.** *Diário da Câmara dos Senhores Deputados*, 28-01-1902, p. 18.

**48.** Diário do Governo, Decreto n.º 18: 570 de 8 de julho de 1930.

**49.** A Escola de Medicina Tropical, a partir de 1935 passou a designar-se Instituto de Medicina Tropical.

**50.** Faria, Pedro, *Boletim Clínico e de Estatística do Hospital Colonial de Lisboa*, Lisboa, Sociedade Industrial de Tipografia, 1950.

**51.** Faria, Pedro, *A nosologia tropical e o Hospital do Ultramar*, Lisboa, s/e, 1960 (separata).

**52.** Doença do sono e tripanossomíase humana são a mesma doença. A primeira designação era utilizada na literatura médica até 1904. A partir desta altura, conhecido que foi o agente causal da doença (um tripanossoma), esta passou a designar-se por tripanossomíase humana africana. No entanto, a utilização do termo "doença do sono" permaneceu na historiografia da doença em Portugal durante muito tempo e ainda hoje é utilizada.

**53.** Esta tema tem sido alvo de várias publicações entre as quais destacamos: Castro, Ricardo, *A Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a afirmação do Estado Português nas Colónias Africanas (1902–1935)", Dissertação de Doutoramento*, FCT NOVA, 2013; Amaral, Isabel, "Bacteria or Parasite? The Controversy over the Etiology of Sleeping Sickness and the Portuguese Participation, 1898–1904," in *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 19 (4), 2012, https://doi.org/10.1590/S0104-59702012005000004.

**54.** Amaral, Isabel, "As Missões Científicas nas Colónias e a Escola de Medicina Tropical (1902–1935)", in *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa,* 636, 2013, p. 53–60.

**55.** Amaral, Isabel, "Building Tropical Medicine in Portugal — The Lisbon School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital (1902–1935)", in *Dynamis*, 28, 2008, p. 299–336. https://doi.org/10.4321/s0211-95362008000100013.

MARIA DE FÁTIMA NUNES *

# Medicina Tropical no espaço de Angola (1923). Sinais de encontros científicos em África

Este estudo insere-se nas reflexões realizadas para o KNOW-AFRICA. FCT -2022.01599.2022.01599. PTDC: KNOWledge networks in 19th century AFRICA: A Digital Humanities approach to colonial encounters and local knowledge in the narratives of Portuguese expeditions (1853–1888). I.R. Sara Albuquerque/Co.IR Maria de Fátima Nunes.

*
Universidade de Évora
IHC-U.E. / In2Past

# 1. Entre o colonial e o tropical — questões de saúde colonial em África

Em 1923 a Sociedade das Ciências Médicas celebrou o seu primeiro centenário (1822–1923) com vários acontecimentos de materialidades de sociabilidades científicas, criando um roteiro temático onde se inseria a Medicina Colonial, tal como a memória da Imprensa da Universidade de Coimbra deixou registado[1]. A Sociedade de Ciências Médicas deixava ecos da designação de Colonial para se reportar aos trabalhos de Medicina e Saúde pública monitorizados para o espaço colonial de África e de Ásia, pelo viés de Goa Portuguesa, sobretudo da Escola Médico Cirúrgica[2]. Medicina Colonial e Naval que havia formatado uma das últimas seções do XV Congresso Internacional de Medicina, de 1906 que teve lugar numa Lisboa[3] de Monarquia Constitucional, com o empenho do médico republicano Miguel Bombarda, responsável pela renovação urbana do Campo de Sant'Ana, criando o polo urbano de Lisboa de um território de memória mitificado como a Colina da Saúde, tal a rede de estabelecimentos de Medicina e Saúde pública que se foram ali instalando desde o terramoto de 1755[4]. Numa agenda de configuração Seminário sobre História da Saúde os nossos caminhos de inquietação de historiadora da ciência e da cultura, com janelas de intervenção para a história da saúde e da medicina na transição do século XIX para o século XX — tempo de afirmação de uma circulação de conhecimento global, fixaram-se no campo epistemológico das fontes científicas e de um discurso colonial vs. ciência colonial para o uso de prática científica de medicina tropical.

Nas onda de fixação de signos linguísticos — 1906 havia consagrada a medicina naval e colonial — as questões decorrentes do conhecimento científico tropical vão ganhado terreno em textos científicos, ganhando coloridos ideológicos em proclamações de doutrina e ideologia colonial, vão deixando marcas no nome das Instituições, como o Instituto de Medicina Tropical, instituído em Portugal, a 24 de abril de 1902, para o ensino da medicina tropical, deixando um arquivo colonial — medicina tropical à nossa disposição para investigar a agenda do colonismo e da ciência colonial — os *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*[5]. O conceito de «tropical» usado no campo científico da Medicina triunfa em Luanda, em 1923, vindo numa sequência de genealogia em circulação — congressos científicos, debates políticos, legislação colonial, publicações científicas de ciência colonial — pela via do uso agronómico do território africano *vs.* agricultura tropical, com o perfil da produção agrícola de café, cacau, sisal e cereais[6].

Luanda e a data de 1923 são os nossos eixos de observação, de análise e de reflexão em torno de práticas de medicina tropical em

contexto de circulação global do conhecimento[7]. A temporalidade do nosso foco centra-se na penumbra historiográfica de Portugal entre Guerras; ou seja um tempo em que a República vivia política e ideologicamente os influxos da I República na encruzilhada de uma Europa de pós I Grande Guerra, na qual o palco África teve um papel importante como os novos ventos historiográficos nos têm demonstrado e como a *Ilustração Portuguesa* 1923[8], não deixando apagar a memória do palco africano, durante a I Grande Guerra, com uma forte participação portuguesa nesses cenário bélico. Nesta intervenção o nosso olhar vai para o palco de África Ocidental, Luanda 16–23 de julho de 1923, quando a cidade atlântica africana acolhe o Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental. Um tópico de saúde pública e de medicina que pode — e deve ser incorporado nos encontros com história colonial, com as novas agendas de investigação, nomeadamente com a análise de arquivos coloniais, uma vez que consideramos as publicações científicas sobre o tema, geradas e impressas em África portuguesa ocidental, em várias línguas, como um potencial e rico arquivo colonial, na mesma senda com que Cláudia Castelo e Miguel Bandeira Jerónimo tem feito investidas de inovação[9].

Mas este Primeiro Congresso Internacional de Medicina Tropical lança-nos também o desafio de pensar sobre a cumplicidade de saúde pública e prática de medicina tropical *in situ*, na colónia, e não no eixo hierarquizado de cadeia de hierarquia colonial do eixo Lisboa (capital do Império) e a governação da colónia. O que ocorreu de cumplicidade entre ciência e política pode permitir pensar numa rede de medicina tropical articulada a partir de Angola, com pontes para toda a África e ligação à Ásia com o beneplácito e empenhamento do Alto-Comissário de Angola. Lisboa surgiria nesta configuração de hierarquias como espaço de circulação de conhecimento e gestão de políticas científicas coloniais, enquanto Metrópole. Sobretudo importa aqui sinalizar a importância pós 1918 — fim da I Grande Guerra — nomeadamente o papel estratégico que a África Oeste pode ter desempenhado no debate da Medicina Tropical que tanto interessava as potenciais coloniais que haviam saído triunfantes na fotografia do Tratado de Versalhes (1919) e que assumiram o papel de organizadores da quase esquecida Sociedade das Nações ou Liga da Nações, sobretudo no que tange ao contexto africano. E a nossa reflexão e cruzamento de leituras leva-nos a estes debates ainda seminais no âmbito de história da ciência, da medicina e de saúde pública em ambiente de trópicos colonizados, mas com uma vivacidade empreendedora e científica local, por parte das elites médicas brancas que ali se encontravam alocadas em comissões de serviço em prol da uma boa de saúde do Império. Talvez estejamos em busca de uma nova imagem dos *Tristes Trópicos* e do papel de periferias globalizantes na construção e circulação do conhecimento científico numa Europa colonial entre guerras[10]. Sinal deste interesse estratégico

encontra-se na publicação francesa de Antropologia de 1925, e sabemos como a Antropologia cruzava com a(s) legitimação de uma(várias) ciência colonial[11]. A revista *Anthropos*, a partir do posto de observação de Paris, pela escrita do Antropólogo vienense Viktor Lebzelter (1889–1936), Diretor do Museu de História Natural de Viena de Áustria dedicou uma ampla nota de leitura síntese sobre todos os trabalhos do congresso, chamando a atenção para a importância estratégica da sua realização em África, para onde confluem tantos interesses da Europa[12]. O iniciar do texto é claramente elucidativo da importância do evento organizado, e pensado, sob a arquitetura local da colónia portuguesa:

> C'est un événement historique dans les annales du continent noir qui s'est produit dans l'Angola. L'avenir des régions tropicales dépend de leur assainissement. Les conditions physiques des peuplades jouissant d'une culture déterminée ne devant pas être ignorées par l'ethnologie ; car si, d'une part, la médecine populaire elle-même fait l'objet des recherches ethnologiques, il existe d'autre part des rapports essentiels entre l'ethnologie et la médecine. La culture et les aptitudes culturelles dépendent de l'état de santé d'un peuple. L'épidémiologie est à même de découvrir d'anciennes relations historiques, et souvent les épidémies ont été la cause du dépérissement et de la disparition d'un peuple. Les lignes qui vont suivre résumeront donc les conférences de ce congrès capables des fournir des éclaircissements sur ces espèces de relations ou d'autres données ethnologiques[13].

A leitura de todo o texto permite-nos ter um mapeamento de interesses e de realizações científicas em torno da medicina tropical — nomeadamente ao nível de ensino e práticas locais — por parte dos países e dos representantes presentes no Congresso, parte dos *comptes rendus* das comunicações publicadas na *Revista Médica de Angola*[14]. E para dar enfâse ao trabalho endógeno e africano dos avanços de Medicina Tropical, o antropólogo repórter vienense deixou em relevo que

> "[...] Un grand nombre de rapporteurs au congrès ont signalé l'importance du concours des missions dans la lutte contre les épidémies, concours direct et indirect par le relèvement du niveau intellectuel des indigènes. L'assainissement des contrées tropicales réussira, mais à condition que les races habituées au climat tropical reconnaissent à temps l'importance de l'hygiène individuelle. Ceci présuppose l'acquisition des éléments de la civilisation européenne, que seuls ou presque seuls les missionnaires leur communiquent.[15]

Entrar neste Congresso pode significar também abrir a janela das questões coloniais jurídicas[16], de um portal para um outro cenário de «Scrambling for Africa»[17], na dinâmica do século xx e não apenas na ressaca diplomática da Conferência de Berlim. Uma África olhada sob o ponto de vista de saúde pública e medicina, focada na população indígena, onde se podem adivinhar alguns traços de prática colonial de biopolítica[18], que a revista *Anthropos* deixa em aberto, como acima referenciamos.

A historiografia tem demonstrado a importância de cruzar o discurso ideológico com a construção de narrativas materiais e visíveis no terreno, como uma forma de «projetar e construir a nação»[19]. Neste campo entrava a importância da saúde pública e da medicina tropical para os locais — um discurso paternalista para com as populações locais — mas que era condição necessária para a progressiva presença do colonizador europeu branco. Sem população indígena saudável ao serviço da Nação não era possível almejar sonhos de territorialização colonial neste contexto específico de África Ocidental, de África atlântica que envolvia de forma pertinente e direta as ilhas de São Tomé e Príncipe, melhor dizendo as roças de cacau destas ilhas de solo tropical abençoado. Numa temática a todos os níveis internacional — medicina *v*s. doenças tropicais no primeiro quartel do século xx — pode parecer estranho o protagonismo que Portugal procurou ter nesta construção de acontecimento colonial, em território colonial.

Pensamos que há várias vertentes para olhar o problema. De um lado o grande maestro do Congresso o médico Damas Mora[20] procurando dar protagonismo e fazer pressão perante o Alto-Comissário da República, o General Norton de Matos, ambos coligados para dar importância a um território com políticas de saúde pública a serem aplicadas ao espaço tropical de um império colonial português. Luanda teria que ser ponto de confluência de potentados de poder local de França, Bélgica, Inglaterra que sob a organização portuguesa em Angola iriam realizar o modelo de profissionalismo científico — Congresso — e deixar marcas de sinais de poder, interno, para Angola, para o Portugal metropolitano, longínquo mas que teria que estar presente. Importava deixar marcas para os países europeus com colónias neste eixo de África Ocidental e cujos problemas de saúde pública a todos perturbava na governação. Um outro fator que temos de colocar sobre esta «originalidade» e sobre o protagonismo português em matéria de sociabilidade científica, é o facto de Miguel Bombarda ter conseguido trazer para Lisboa o XV Congresso Internacional de Medicina de 1906[21], onde já estava presente a Medicina Colonial e Naval. Para além do respaldo da Sociedade de Ciências Médicas houve ainda o enquadramento estratégico da Sociedade de Geografia de Lisboa, para receções e programas sociais, organização de programas de turismo científico, mas sobretudo para, em fim de Monarquia, evidenciar para o

exterior a importância das colónias no contexto da realidade do Estado e da Nação Portugal. E a I República não descurou deste capital ideológico, político mas também científico a ocupar o espaço público.

Consideramos haver uma genealogia de diplomacia científica para a medicina e a saúde pública instaladas no contexto dos médicos em Portugal, um capital científico que não foi devastado nem desapareceu com a implantação da República[22], uma vez que o mundo da modernidade científica deveria ser um dos motores de bandeira da República e da sua doutrina de modernidade e de progresso; também se aplicava a colónias, claro.

Esta entrada na medicina e saúde levou-nos também a olhar e a usar a imprensa científica como um arquivo colonial, na senda das propostas de agendas de Castelo e Jerónimo[23] Temos de ser ousados e usar estes arquivos de publicações científicas — que circulavam e trocavam conhecimentos numa dinâmica global de época — como potenciais arquivos coloniais que podem ser desconstruídos da mesma forma que os fundos dos arquivos históricos de colónias e províncias ultramarinas.

A ideia de haver um espaço público para a ciência e para a circulação de conhecimentos foi determinante para entendermos as complementaridades da imprensa informativa e ilustrada de Luanda neste ano especial de 1923. Um tempo de renovação, de mudanças de hábitos de vida a que não faltou uma *Exposição Provincial de Loanda de 1923*, uma *Exposição Provincial Agrícola, Pecuária e Industrial de Loanda* da qual se fez um filme, aliás exibido na Exposição da Comemoração do I Centenário da República, no edifício da Cordoaria, em Lisboa, no eixo de Junqueira — Belém, o mesmo eixo de uma Lisboa colonial e de medicina tropical[24]. Filme que se encontra na Cinemateca Nacional. Sintomaticamente sobre o Primeiro Congresso de Medicina Tropical não existem recursos de cinema, nem ampla cobertura jornalística geral, como o Congresso de 1906, em Lisboa, o XV Internacional e Medicina, ou o de 1935 de História Natural, também em Lisboa. Reflexões em aberto que deixamos quando pretendemos a desconstrução interpretativa das fontes deste ainda enigmático Congresso de Medicina Tropical[25]. E não queremos deixar de pensar como um ponto de partida o papel que a Sociedade das Nações (1919) teve na valorização das questões epidemiológicas e de saúde pública[26], numa cidade sob os auspícios da medicina tropical. Afinal o controle do território de África passava também pelas questões de sobrevivência de condições de saúde pública, quer para populações negras quer para os colonos brancos, populações dizimadas pela doença do sono, malária entre outras doenças características dos trópicos coloniais; temáticas que viriam a estar presentes no contexto da Sociedade das Nações (1919-1939)[27].

De forma sintética queremos que este Congresso de Medicina Tropical, organizado por um português — Damas Mora —, possa

ser um contributo para o debate das questões de colonialismo e de políticas científicas para colónias. Preenchendo o espaço de Medicina que habitualmente está ausente destes debates e controvérsias. Para além dos engenheiros e dos biopolíticos do direito que haja um espaço para fazer entrar os médicos para que o *puzzle* sobre controlo e rentabilização de território coloniais seja mais diversificado e complexo. É esta a grande utilidade de trazer a lume um evento há muito esquecido e feito desaparecer das páginas da(s) historiografia(s) nacional(is) ou internacional, apesar da importância que uma revista da época deu ao evento. Práticas científicas médicas tropicais, ou práticas de instrumentação política de governação de territórios coloniais, tendo como base a relação de condição humana de sobrevivência: «indígena» *vs.* «branco», numa dinâmica global de populações dos trópicos coloniais no período da Europa entre Guerras e que atravessa e se projeta em três ciclos de governação da colónia[28].

# 2. Primeiro Congresso de Medicina Tropical. Luanda 1923

## 2.1 Um Discurso justificativo

Observemos as razões explicativas para um Congresso em Luanda, em 1923 ou o diálogo entre poder local colonial e o poder médico, ou seja — entre Norton de Matos e Damas Mora; tenha-se presente que uma das primeiras medidas do Alto-comissário de Angola, em 1921 foi nomear António Damas Mora (1879–1949) para chefiar os Serviços de Saúde em Angola[29]. A resposta a questões sobre a pertinência e utilidade prática deste *Primeiro Congresso de Medicina Tropical* encontra-se nas palavras explicativas e elucidativas de Damas Mora que em 1923 faz publicar em Luanda, na Imprensa Nacional de Angola o seu discurso explicativo: *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale. La raison d'être des Congrès de Médecine dans l'Ouest — Africain*[30]. Peça seminal de arquivo colonial este discurso inaugural, perante o público reunido no espaço da Câmara Municipal de S. Paulo de Luanda, publicado em francês para o espaço público de Luanda, de Angola, de África, de Lisboa, de Portugal e da Europa! Um plano de apresentação vital para ir paulatinamente entrando no ano de 1923, em Luanda, balizando a importância desta missão de congresso subjacente ao discurso médico-colonial de medicina tropical[31].

Vejamos primeiro os aspetos materiais da publicação. Damas Mora, responsável pelos Serviços de Saúde de Angola, arquiteto e organizador do *Primeiro Congresso de Medicina Tropical de África Ocidental* tem necessidade de discurso política no espaço público de Luanda — através da Imprensa Nacional de Angola,

logo em 1923 —, deixando a justificação em francês, a partir dos mecanismos administrativos e médico-sanitários de Angola. O registo do «dress code» de discurso de subordinado do aparelho administrativo colonial está bem patente no subtítulo da publicação — «allocution pronuncié para le Dr. A. Damas Mora à la séance inaugural du Premier Congrés de Medicine Tropicale, presidée par son Excellence le Haut Commissaire de la République, General José Mendes Ribeiro Norton de Matos», precedido do escudo da República portuguesa. Sob o ponto de vista retórico tudo está presente na capa e na folha de rosto de uma publicação que, seguramente, muito circulou pela comunidade interessada na época pela Medicina Tropical em África.

Passemos aos argumentos deste discurso que se encontra entre o discurso de abertura de Norton de Matos e o discurso de encerramento de Carlos França[32]. Em primeiro lugar, esta alocação, em francês, para a abertura do Congresso é uma resposta direta a Norton de Matos e às suas hesitações tornadas públicas no discurso de abertura — teria Angola e Luanda condições necessárias para Portugal figurar com dignidade face aos congressistas participantes, sobretudo os de França, Bélgica e Inglaterra[33]? São apenas 16 páginas de texto, mas um discurso reprodutivo para se olhar a política médica para África ocidental pelo diapasão de um português fixado na África Ocidental, com as potencialidades que as linhas ferroviárias e linhas de cabo já traziam de dimensão de progresso proporcionado por engenheiros, como a cartografia da época e que o biógrafo científico de Damas Mora demonstra no seu trabalho[34].

Agora era a vez de os médicos mostrarem exaustivamente o seu enorme papel como mediadores do progresso e da modernidade em espaço africano. Em jeito de boa companhia científica Damas Mora não hesita em chamar para a sua família de medicina tropical a figura e a obra sanitária de Oswaldo Cruz (1872–1917), simbolizadas pela presença de Rodrigues Alves, dos Serviços Médicos do Brasil[35]. Mas este será apenas o primeiro de muitos dos nomes convocados por Damas Mora para não ser considerado insano ao propor façanhas de um parlamento científico — o primeiro — de medicina tropical se realizar numa colónia de uma «periferia global»[36] Portugal — Angola, na cidade atlântica servida por portos de qualidade — Luanda. Damas Mora defende que este Congresso é de maior interesse para a colónia e se insere na lógica de governação do seu Comissário Norton de Matos[37] fazer valorizar o território e olhar pela dimensão de saúde pública da população local — designados por *indígenas*. É neste contexto que alinham diferentes seções organizativas do Congresso. Uma gramática de medicina tropical que cobre os vários campos de doenças de saúde pública que devem ser melhorados para uma melhor assistência aos indígenas, para estudar e perceber os agentes patogénicos que afetam a "raça negra" (*sic*) e que afetam todos os que se encontram

no território. Damas Mora concorda com Norton de Matos — não é nesta parte de África que se encontram os melhores Institutos, os melhores Laboratórios, os melhores espaços hospitalares: porém importa traçar uma «harmonia de paisagem» (*sic*) para nos colocar numa situação honorável de colonizadores. E para o coadjuvarem, nesta missão médica e de saúde pública da população indígena — da qual a população branca muito viria a beneficiar — elenca os seus congéneres que acorreram à chamada do Congresso, o médico chefe do Congo Belga, o diretor dos serviços de Saúde da África Equatorial francesa, o representante da Nigéria, assim como os representantes e autoridades médicas, ou responsáveis das colónias portuguesas de Moçambique, de São Tomé e Príncipe e da Índia portuguesa, com destaque para o nome do médico responsável pela Escola Médica e Hospital de Goa, Froillano de Melo que lhe merece amplos comentários para recordar que a legislação do século passado apenas em Goa foi cumprida[38]. Refere-se à lei de Peregrino da Costa, de 1844, que teoricamente criava para as diferentes colónias uma Escola Médica em cada um delas. Contudo, apenas Goa teve essa glória[39]!

Damas Mora não estava só, não era um ideólogo de medicina tropical isolado, nem um exótico dos trópicos. Apresentava-se como membro de uma rede de pensar o uso de medicina tropical dos anos vinte, do século xx — o que se conhecia, o tomar consciência do muito que havia para investigar e melhorar, sendo o porta-voz de muitas das personalidades que compareceram em Luanda em julho de 1923, um tempo de agitação e fervilhar social e de sociabilidade como já tivemos oportunidade de chamar atenção, a propósito da Exposição Provincial de Luanda, ocorrida neste tempo do Congresso. Em síntese, Damas Mora quis ser a voz uníssona de um coletivo em que todos trabalhavam "sem cessar para melhorar a sorte da raça negra" (*sic*), salientando a necessidade de terminar com o *esclavagismo* (*sic*) que no seu entender é caracterizado como conceito para designar a narrativa das doenças que afetam, e sempre afetaram, os negros indígenas e que tanto prejuízo causava a Angola, e de forma indireta à nosografia da população branca" que também aqui é evocada[40]. Há uma lista de doenças do *esclavagismo* que entra como protagonista na economia interna deste discurso inaugural[41]. A nosografia branca que tem sido começada a estudar pelo *Institut de Recherche*, num movimento e investigação de medicina tropical virada para os efeitos nefastos entre os colonos pela existência luxuriante de doenças dos indígenas negros em domínio tropical colonial — espaço de aplicação de práticas de ciência colonial, nomeadamente a Medicina, mas também a Antropologia, a Agronomia, a Geografia, a Geologia, a Arqueologia coadjuvados pelos engenheiros transformadores de paisagens que coincidem temporalmente com o tempo dos melhoramentos civilizacionais e materiais em território colonial.

Um detalhe de relevo a destacar perante os "sábios" do congresso: a sua organização, o uso do espaço da Câmara Municipal de Luanda foi realizada com orçamento local[42]. Algo que sem dúvida tinha uma sonoridade política importante para Norton de Matos e para os delegados da Metrópole que se encontravam em Luanda como Ayres Kopke, Carlos França, corpos vigilantes da República e do Progresso da ciência e do papel estratégico das colónias para a posição nacional e internacional de Portugal. A inclusão narrativa desta informação orçamental — os custos de transporte e de estadia dos congressistas estavam a cargo do Alto-comissário de Angola e do orçamento da sua responsabilidade[43]; um discurso de política científica que marca, em nossa opinião, um toque de indiciação de sinais de uma suposta pré-autonomia administrativa face às diretrizes e aos decretos de Lisboa, do longínquo Terreiro do Paço. Sinais de uma autonomia com a Sociedade das Nações, a SDN?[44] O entusiasmo pela leitura de Tiago Saraiva em torno de Amílcar Cabral fez despoletar mais ideias para a abordagem deste congresso dos trópicos![45] Não querendo fazer extrapolações anacrónicas, mas valorizando pequenos detalhes de uma história colonial que ainda tem muito caminho para percorrer nesta nova dinâmica de agendas de história global!

## 2.2 Anatomia de um Congresso

Em 13 de dezembro de 1922 é promulgado o Decreto n.º 214 que irá regular o funcionamento do Congresso cujo grande objetivo se afirma ser "o estudo, troca de ideias e resolução dos assuntos que a saúde e a higiene dos povoamentos europeus e indígenas da África Ocidental (...) entre as questões a resolver *sobrevalerá* a da assistência médica ao indígena"[46]. O desdobrar do articulado funciona como o apresentar dos vários objetivos fixados em decreto-lei, mas seguramente idealizados e planeados por Damas Mora que vinha sendo planeando em contacto direto com as instituições e as personalidades de Medicina Tropical de África e da Europa, incluindo as instituições e personalidades de Portugal metropolitano. Este decreto traça os pilares de funcionamento de realização do congresso em Luanda de 16 a 23 de julho, estando previsto que haja um prémio "de 10.000 francos ao autor do melhor trabalho sobre processos práticos de hospitalização indígena, e outro de igual valor!"[47].

Um dos tópicos relevantes seria a organização da Comissão Organizadora, rosto coletivo de levar por diante o Congresso. Uma Comissão abrangente e inclusiva, acreditamos de médicos e administrativos relacionados com a agenda de doenças tropicais com suficiente empenho social e político do espírito da República de 1910 para colocar o território de Angola na cartografia intranacional da Medicina Tropical. Assim, da Comissão

Organizadora fazia parte: "artigo 5: A Comissão Organizadora do Congresso será constituída pelos Chefes das Repartições Distritais de Saúde e Higiene dos distritos de Benguela, Malanje, Cuanza-Norte, Bié, Huila e Mossâmedes, pelo Director do Laboratório Central, pelos professores das Escolas Médico-Cirúrgicas que se encontram em comissão de serviço na Província, e pelo médico em serviço [...] a Agência Geral de Angola presidida pelo Chefe da Repartição Superior de Saúde e Higiene"[48].

Logo a seguir o Artigo 7, esclarece que cabia "À Comissão Organizadora compete fazer todo o trabalho preparativo para a reunião do Congresso; promover o transporte e alojamento dos Congressistas e uma ou mais excursões de estudo aos planaltos de Angola; dirigir os trabalhos do Congresso quando reunido e vigiar pelo cumprimento do seu programa"[49]. No que tange ao campo sensível e diplomática de orçamento, fica extipulado quase na parte final, pelo "Artigo 9.º. As despesas necessárias à execução desta portaria serão pagas pela verba inscrita no orçamento para esse fim"[50]. Assinado o Alto-Comissário Norton de Matos.

Esta publicação preparatória evidencia o grau de minucia colocada — em português e francês uma vez que temos acesso à matriz dos formulários que os congressistas teriam que preencher para preparar a sua vinda científica à cidade de Luanda. A inscrição podia ser feita a partir de Luanda, Rua S. Paulo, ou em Lisboa, Rua da Madalena. Importante — apenas a sessão de abertura e a sessão de encerramento seriam públicas! As sessões de trabalho divididas em três secções serão fechadas para os congressistas e para os inscritos no congresso! Sessões de trabalho em ambiente de debate e de circulação de conhecimento científico, em Luanda!

Voltemos aos preparativos de abordar a saúde tropical para gentes indígenas e para a cruzar com os estudos de «*nosologia branca*», de acordo com as expressões técnicas usadas nos textos organizativos. Podemos considerar que se trata de um potencial arquétipo de estado e arte de doenças tropicais que se pretende colocar sobre o palco interno dos debates médicos, tendo em conta que a língua francesa pode ter sido a língua de internacionalização e de comunicação em terras portuguesas de Luanda.

Assim, a Secção A compreendia a

> Organisation sanitaire des Colonies européennes de l'Afrique, vis-a-vis de l'Organisation Administrative et Financière de-chaque pays. — L'institution de médecins hygiénistes, seulement houés à la défense des populations indigènes. Education technique du personnel d'assistance médicale. Création d'spécialités aux grands Centres de population. Formation de médecins et aide-médecins et d'infirmiers indigènes[51].

A Secção B estava aberta para

> Assistance médicale aux indigènes et procès pratiques de leur hospitalisation. Isolement des malades contagieux. Défense sanitaire pour la prophylaxie des maladies pestilentielles. Surtout de la variole et la peste, et de la lèpre, prophylaxie et traitement de la maladie du sommeil. Défense contre la tuberculose, et contre les maladies vénériennes. Accord entre les colonies de I 'Afrique Occidentale pour la défense maritime contre les maladies contagieuses[52].

Finalemente na Secção C tratava-se de "Communications de travaux scientifiques, sur l'anthropologie, la parasitologie, la mycologie, etc. réalisés ou présentés par les Congressistes »[53].

O *vade mecum* organizativo do Congresso impunha igualmente os prazos organizativos. Até 30 de Abril deviam chegar as comunicações, resumo ou texto e as línguas seriam português, francês e inglês, estando previsto a intervenção de 15 minutos de apresentação, com um máximo estipulado de 20 minutos! As regras de organização pós-congresso foram, igualmente definidas, à partida.

> Après le Congrès, le Comité d'Organisation en publiera le compte rendu (rapports, communications, mémoires, résolutions, vœux). Pour pouvoir être publiés, les manuscrits, textes ou résumés des travaux, devront avoir être remis au secrétaire de la Section, prêts pour l'impression, jusqu'à la fin de Août de 1923. Les membres du Congrès recevront le compte-rendu gratuitement à l'adresse qu'ils auront indiquée[54].

Fazia parte integrante do programa de trabalho a existência de turismo científico, excursões de trabalho — planeadas ao laboratório de saúde pública tropical — e os passeios às Roças da Ilha de São Tomé e Planalto de Benguela[55], seguramente um incentivo adicional para as congressistas de África e da Europa se deslocarem a Luanda, em 1923. E, factor importante para a decisão final: « Le gouvernement de la Province de l'Angola a pris à sa charge toutes les dépenses avec logement, alimentation et transport des Congressistes depuis Lisbonne ou les ports d'Afrique. Ils n'auront donc à se préoccuper de ça »[56].

Damos particular relevo à missiva interna que foi dirigida ao Governo da I República, em Lisboa, representado pelo Ministro das Colónias, onde constam as razões de Norton de Matos para apadrinhar o Congresso de Medicina Tropical tendo em conta o protagonismo de Portugal colonial:

> [...] a multiplicidade e a complexidade dos problemas que se prendem com a assistência médica a colonos e indígenas das possessões europeias da Africa Ocidental estão exigindo uma larga colaboração entre os seus governos, de forma a

> aproveitar-se integralmente a experiência adquirida em cada uma delas, sem que nenhum dos respectivos serviços[57].

Para a seguir acrescentar que

> uma representação digna da mais antiga nação colonial do mundo, e para que ele atinja, para honra nossa, o brilho que deve ter, afigura-se-me, porém, indispensável não só a comparência de delegados das outras colonias Portuguesas sobretudo as da Costa Ocidental da Africa, como a representação dos delegados oficiais dos domínios e colonias estrangeiras da mesma costa africana. Não menos necessário me parece interessar no assunto os Institutos da especialidade, escolas de medicina tropical e laboratórios dos mesmos países.

E termina com clarificação da governação de Angola que

> Ficará a cargo deste Alto Comissariado o cuidar dos meios de transporte e alojamento e o facultar aos Congressistas meios de conhecerem um pouco e fazerem a propaganda mundial das possibilidades desta nossa riquíssima colónia. Saúde e Fraternidade. Alto Comissariado da República, em Loanda, 14 de Março de 1922. O Alto-comissário e Governador-geral, (ass.) José Mendes Ribeiro Norton de Matos![58].

Uma excelente propaganda de ciência colonial pensada e organizada pelas autoridades locais de Angola! Um sinal de autonomia que se deixa no território administrado sob o ponto de vista político e médico pelos protagonistas de 1923, em Luanda.

## 3. Luanda — Palco de Medicina Tropical

Foi a revista fundada por Damas Mora — *Revista Médica de Angola* (Luanda, 1921) que acolheu as comunicações apresentadas e entregues à comissão organizadora. O número 4 de agosto de 1923 desdobra-se em cinco volumes, tal como a revista *Anthropo*s publicita e alguns arquivos/bibliotecas (poucos) em Portugal guardam memória científica desse extraordinário evento pensado em Angola, enquanto colónia do império português. Muitas das comunicações ganharam vida própria e foram depois publicadas em revistas científicas de várias especialidades, cobrindo as várias áreas abertas pelas três secções da convocatória do Congresso. A abertura da *Revista* com fotografia de Norton de Matos, em traje civil (e não militar) com fato escuro e laço, sem dúvida preparado para ir fazer um discurso de abertura oficial dos trabalhos, como entidades civis, e não como General Alto-comissário da Província de Angola[59].

A edição de 1923 — volume 4, contém igualmente a súmula organizativa dos preparativos em marcha desde dezembro de 1922, com a inclusão da legislaçãp e das entidades organizadoras; lista final onde figuram os nomes do Presidente efetivo do Congresso, A. Damas Mora, coadjuvado pelos vogais Carlos Franças, Froillano de Melo e Alberto Carlos Germano da Silva Correia — uma tripla aliança médica organizativa para a cenografia científica de receber instituições e personalidades que acorreram à chamada de Luanda tal como a **Tabela 1** nos mostra, com geografias de diferentes latitudes: Angola[60], Congo Belga, África Equatorial Francesa, África Ocidental Francesa, União Sul-africana, Nigéria, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Índia Portuguesa, Portugal, França e Inglaterra. Cada um destes espaços políticos do mundo de 1923 com interesses na Medicina Tropical fizeram-se presentar por instituições e por reputadas personalidades, como *staff* sanitário com manifesta utilidade estratégica colonial.

Participaram como congressistas 76 personalidades, mas de acordo com o programa final publicado na *Revista Medica de Angola*[61] — vários outros comunicantes delegaram a sua representação física em personalidades que se deslocaram fisicamente a Luanda. Ou seja, houve muitas mais comunicações sobre a mesa de trabalho que as 76 participações ao vivo presentes no evento científico, num registo adicional de mais 37 comunicações apresentadas pelos «delegados» nacionais ou territoriais. Importante reportar que muitas destas comunicações eram parcerias de colaboração entre técnicos de saúde de Medicina Tropical, investigadores de Institutos, professores e médicos. A rede de medicina tropical mostrou-se em congresso e seguramente procurou fortalecer laços internacionais, como se pode depreender pelos nomes dos coordenadores das Mesas das diferentes secções do Congresso: Dr. J. Alexander Mitchell, da União Sul Africana; Prof. E. Brumpt, da Faculdade de Medicina de Paris; Prof. Ayres Kopke, da Escola de Medicina Tropical; Prof. Tanon, da Faculdade de Medicina de Paris, pela Colónia de Camarões; Prof. M. Nogue, da Escola de Medicina de Dakar; Dr. Ferreira dos Santos, da Colónia de Moçambique; Dr. J. Rodhain, do Congo Belga; Dr. J.. Vassal, da África Equatorial Francesa; Dr. M. Léger, da África Ocidental Francesa; Dr. A. Connal, da Nigéria (colónia britânica).

## 4. Ciência e Política Colonial — Luanda 1923

Vale a pena retornar às leituras iniciais que nos colchoaram no estado da arte de agenciamento de temas coloniais cruzados com a medicina tropical. É essa revisitação de textos referenciados, na parte inicial deste capítulo, consciencializar a estratégia

| Território Representado | Instituição / Serviço Médico | Representantes — atores científicos |
|---|---|---|
| Angola | Serviços de Saúde | António Damas Mora — Chefe Repartição Superior de Saúde e Higyene |
| | Instituto de Investigações Scientificas | Carlos França, Froilano de Mello, Germano Correia |
| | Laboratório de Bacteriologia | Santana Paes — Dir. interino do laboratório de Loanda |
| | Serviços de Pecuária | Artur d'Almeida d'Eça, Chefe Repartição Superior de Pecuarioa; Adolfo R. Morais — Director Laboratório de patologia veterinária |
| | Serviços Farmacêuticos | Jaime Artur de Sousa Mata — tenente coronel farmacêutico; António Correia Adelino — major farmacêutico |
| | Missões Católicas | P. A. Miranda de Magalhães |
| | Missões Protestantes | Fred Stockeys; Henry Stanley Hollenbeck |
| Congo Belga | Serviços de Saúde | J. Rodhain, médico em chefe; E. Lejeune, inspector, chefe de Serviço de Saúde do Congo Cassai |
| | Laboratórios | Van Hoof — Director laboratório de Leopoldville; Walravens — Director laboratório de Elisabethville |
| | Missões Contra a Moléstia do Sono | Schwetz — Chefe da Missão antitripnosónica em Congo-Cassia |
| | Missões Católicas | Rev. P. Vanderyat — missionário em Kisantu |
| | Missões Protestantes | Dr. Palanmaer — Missão Sueca do Baixo Congo |
| África Equatorial Francesa | Serviços de Saúde | J. Vassal — director dos Serviços de Saúde |
| | Laboratórios | Maurice Blanchard — Director do Institut Pasteur de Brazzaville |
| | Serviços de Saúde | Marcel Léger — director do Instituto de Biologia; H. Heckenroth — inspector dos Serviços de Saúde |
| | Escola de Medicina de Dakar | Maurice Nogue — sub-director da Escola de Medicina |
| União Sul Africana | Serviços de Saúde | J. Alexander Mitchell — secretário de Higiene e chefe dos Serviços de Saúde |
| Nigéria | Serviços de Saúde | A. Connal — director do Instituto de Pesquizas; S.L.M.Connal — membro Instituto de Pesquizas |
| Cameroun | Serviços de Saúde | L. Tanon — Faculdade de Medicina de Paris; G. Robineau — médico de 1.ª classe; Jamot — chefe da secção antitripanosamiásica |
| Moçambique | Serviços de Saúde | Francisco Ferreira dos Santos — chefe Serviços Saúde |
| | Laboratórios | L. Fontoura de Sequeira — adjunto do Laboratório Bacteriológico Miguel Bombarda [Luanda] |
| | Médicos Civis | |
| São Tomé e Príncipe | Serviços de Saúde | A. Damas Mora — chefe dos Serviços de Saúde em comissão em Angola |
| | Médicos Civis | Eduardo Lemos; José Côrte Real |

| Território Representado | Instituição / Serviço Médico | Representantes — atores científicos |
|---|---|---|
| Índia Portuguesa | Serviços de Saúde | Froilano de Mello — sub-chefe Serviços Saúde |
| | Escola Médico-Cirúrgica | Germano Correia — professor Escola de Medicina de Nova Goa |
| Portugal | Escola de Medicina Tropical | Ayres Kopke — professor de parasitologia |
| | Sociedade das Ciências Médicas | Ayres Kopke |
| | Associação Médica Lusitana | António Emílio de Magalhães; Alberto Kendall Ramos de Magalhães |
| | Instituto de Missões Coloniais | Eurico Carlos de Almeida |
| | Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | Froilano de Mello — professor de parasitologia; Mário de Andrade — assistente; Jacinto de Sousa — assistente |
| | Serviços Militares de Saúde | Carlos França — capitão médico; A. H. Manaças tenente médico |
| | Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa | Carlos França — naturalista do Museu Bocage |
| França | Faculdade de Medicina da Universidade de Paris e Instituto Colonial | E. Brumpt — professor de parasitologia; C. Joyeux — professor agregado; L. Tanon — professor agregado |
| Inglaterra | Escola de Medicina Tropical de Londres | A, Connal — Instituto de pesquizas médicas de Laos |

**Tabela 1**
**"Representações. Fizeram-se representar no Congresso os seguintes Países, Serviços, Colónias, Escolas, Institutos e Missões Religiosas"**

Fonte: *Revista Médica de Angola*, n.º 4, agosto 1923, p. 9-10.

informativa instalada no terreno, de forma a poder tirar o maior partido do local/colonial, do nacional — Portugal — mas também do internacional no contexto dos Estados presentes neste Congresso. Num cruzar de atores coloniais, aos protagonistas tradicionais — militares, missionários, engenheiros, administradores coloniais, geólogos, agrónomos — juntavam-se agora à primazia dos médicos tropicais, comunidade científica vital para fazer triunfar e prosseguir os objetivos dos demais em contexto tropical. Sinal claro destes cruzamentos foi a capacidade organizativa dos responsáveis políticos e administrativos em levarem a cabo a Exposição Provincial Agrícola, Pecuária e Industrial de Luanda, em 1923. Sinal claro da necessidade de realizar um casamento profícuo entre a medicina tropical e o desenvolvimento material, económico e tecnológico da colónia[62]. Temos em conta, pois, que Luanda se preparou para um Congresso Internacional de Medicina, uma Exposição Provincial e esse dinamismo implicou a preparação, o alindar e o promover de melhoramentos materiais na capital da colónia, mas acima de tudo a necessidade de publicitar dentro e fora da colónia este exercício de colonização através da criação de uma publicação *Angola. Revista Ilustrada*, divulgando que Luanda e Angola estavam preparadas para receber congressistas internacionais de medicina tropical[63].

Façamos uma arqueologia informativa desta publicação. Em fevereiro de 1923, o primeiro número desta publicação encontra-se

repleto de anúncios sobre os melhoramentos civilizacionais que Angola já demonstrava possuir nesta entrada dos anos 20 do século xx. Cerca de 90% da publicação — que esgotou em Lisboa e em Luanda — era composta por anúncios publicitários ilustrados a companhias de bancos, serviços ou máquinas de escrever internacionais, como a Remington. Por outro lado o Luanda, Hotel e Café Central — Cervejaria e Pastelaria, *rendez-vous* de gourmets, servia festas de casamento e aniversário, com destaque para os serviços prestados, incluindo indicarem número de telefone! Já a firma Eletrigia, o maior estabelecimento de artigos elétricos, uma empresa que «vende e instala telefones», com detalhe para o facto de serem «telefones muito resistente para climas quentes», tal como os Stores Confortable, venda e instalação de estores em janelas, apontado como a última novidade, prática e duradoura.

Após as comodidades da civilização europeia estarem difundidas, *Angola. Revista Ilustrada*, no número 2 assume-se como um número estratégico para a era da tecnologia: a telegrafia, com mapa da rede, casas para os trabalhadores, caracterização da rede e do novo edifício dos telégrafos em Luanda, iniciado apenas em fins de 1921, terminado em princípios de 1923. Seguramente que uma instalação e monotorização de contactos necessários à preparação e concretização dos dois grandes eventos de tempo de Verão em Luanda. E para as missões de visitas científicas do Congresso *Angola. Revista Ilustrada* divulgava ainda fotografias relativas ao comboio com imagens de cliché da casa fotográfica *A Lebre* — Loanda — Estação Central do Caminho de Ferro (Cidade baixa). A publicação caracterizada por apresentar textos breves e informativos, servia de guia para as potencialidades económicas e de desenvolvimento material de Angola. Um destaque para Companhia Colonial de Navegação — sede Lobito.

Temos que fazer uma paragem em *Angola. Revista Ilustrada,* número 3, que tem como capa o General Norton de Matos — trajado militarmente, para abrir e dar corpo ao número temático — a inovação da existência da Aviação em Angola, anunciando a navegação aérea «Por Ares Nunca Dantes Navegados». Título acompanhado da positividade colonial da fotografia que se impunha em circulação desde o Álbum Photográfico, oitocentista, de Cunha Moraies[64]. Nesta breve digressão narrativa em torno das páginas da *Angola. Revista Mensal Ilustrada* consideramos pertinente referenciar que o número 4, de abril de 1923, foi dedicado à Companhia de Diamantes de Angola, em articulação com a publicidade do Centro Comercial de Angola! Nas páginas deste número, uma vez mais impera a publicidade, de cariz internacional, de modernidade e de cosmopolitismo de consumos sociais, como os anúncios a marcas de cerveja estrangeira, a holandesa Holstein, para além de mostra de "carros de turismo, camionetes, tractores, FordSond, sobressalentes" (*sic*) conteúdo de anúncio FORD em Angola — carro que podia substituir os

carregadores indígenas, como filantropicamente se comenta na legenda.

As páginas publicitárias de *Angola, Revista Mensal Ilustrada* podem ser analisadas e interpretadas como sinais de dinamismo e de progresso de civilização europeia globalizante que as páginas ilustradas de uma revista angolana publicitavam e faziam circular por África mas também pelo espaço metropolitano. Poderemos sondar aqui sinais de evidência de autonomia local, de um território político-administrativo que, em função de desafios maiores — Congresso e Exposição Provincial — que se organizou e preparou, com recursos pacíficos e consentâneas com o desenvolvimento da civilização industrial ocidental.

## 5. Um ponto de chegada em aberto....

O itinerário traçado permitiu-nos perspetivar um acontecimento visto pela visão tradicional da ordem do mundo[65], como *exótic*o e *bizarro* num exercício historiográfico dentro de um novo agenciamento de investigação de temas coloniais. Fazer emergir a centralidade dos médicos de Angola — *experts* em medicina tropical, enquanto prática médica e de investigação, como forças políticas locais, intrinsecamente ligados a um dinamismo internacional. Como a partir de África ocidental se pode caminhar para uma abordagem de novas agendas e entrar na história da ciência e da medicina global com que iniciámos a navegação deste texto. Se a retórica de discurso oficial de justificação do acontecimento se barrica sob a capa de um traço de filantropia e caridade civilizacional não deixa de ser claro que a mão-de-obra indígena tinha que ser saudável e forte, única forma de fazer desenvolver a cultura do cacau, do café e de transporte de óleo de palma, sobressaindo o «cacau escravo» como temática para abordar o problema da assistência sanitária à população indígena, como Ewerton Moura da Silva desenvolve no seu estudo, a partir do uso de uma das comunicações do Congresso de 1923[66].

O caminho calcorreado permite levantar outros campos de reflexão conectados com o colonialismo travestido de filantropia médica e humanitária. Queremos deixar claro que a medicina tropical em Angola praticada, e organizada, pela mestria do médico António Damas Mora conseguiu elevar o território — e em especial a capital, Luanda — a um patamar de demonstração local de importância de empório, e por arrasto de importância política com autonomia organizativa, a partir da centralidade e da importância internacional de um campo científico em África[67], com ligações ao resto do mundo — América e Europa, no tempo pautado pelas inovações políticas e sanitárias da Sociedade das Nações. Não se estava ainda na temporalidade da «black science», como Tiago Saraiva apelida à prática científica internacional desenvolvida

em contexto africano, mas estava-se num tempo a criar um outro «Scramble for África», em contexto de Medicina Tropical. Acreditamos que as cartas escritas por António Damas Mora, em África, para Ricardo Jorge chefe de missão da Organização de Saúde, da Sociedade das Nações (com sede em Genebra) pode sintetizar de forma simbólica um jogo de esgrima entre nações, nomeadamente entre um Portugal de fim da I República e a sua velha aliada: Inglaterra. Deixemos como epílogo deste itinerário o registo em direto das palavras do Diretor dos Serviços de Saúde e Higiene de Luanda, Damas Mora, escritas a partir do Hotel de Mount Neslon, Cidade do Cabo, 25 de novembro de 1932, onde se tinha deslocado para participar na Conferência Internacional de Higiene, patrocinada pela Organização de Saúde da Liga das Nações:

> "Meu caro mestre e prezado amigo [Ricardo Jorge]. Acaba hoje a conferência do Cabo. É das coisas mais inúteis a que tenho assistido. A parte que verdadeiramente me interessava — Assistência médica aos indígenas — foi tratada por forma elementaríssima, ignorando-se or completo o que se tem feito de há 10 anos para cã nas colónias francesas, portuguesas e no Congo Belga. Fartei-me de chamar a atenção do relator para esses trabalhos mas o «national pride» impede-os absolutamente de tomar conhecimento do que se tem feito em paízes não inglezes, e sobretudo de os tomar como modelo. Assim, as conclusões da conferência a respeito do «rural assistance to natives» são o abc da questão e foram bem mais completas, precisas e práticas as que saíram do Congresso de Medicina Tropical de Luanda há 10 anos! [...]"[68].

António Damas Mora foi, de facto, o engenheiro da medicina tropical e dos Serviços de Saúde e Higiene de Angola, com a clara cumplicidade política e de estratégica governamental do Alto-comissário Norton de Matos. Um período excecional, após o fim da I Grande Guerra, um tempo de experimentar modelos de desenvolvimento colonial, tendo como instrumento a rede de circulação de pessoas ligadas à medicina tropical para o desenvolvimento global do território. Nos anos 20 do século xx, aos olhos dos arautos do Congresso não bastavam os protagonistas da Antropologia, os militares em missões e expedições, os missionários de vários credos, os engenheiros dos caminho-de-ferro e do telégrafo, os agrónomos para as culturais agrícolas dos trópicos; os atores visíveis e invisíveis da medicina tropical eram o elemento crucial para moldar gentes e povos nos territórios, em nome de uma biopolítica médica bem planeada. A memória do devir encarregou-se de relegar o Congresso de Luanda de 1923 para o limbo do esquecimento[69]. Recuperar este tema num contexto de

(re)descoberta de abordagens de ciência colonial foi um grato trabalho académico que muito agradecemos aos organizadores deste *Seminário Internacional de História da Saúd*e, Braga, outubro 2022.

**Notas**

1. Cfr. Nunes, Maria de Fátima, "As sociabilidades médico-científicas", in *Corpo, Estado, Medicina e Sociedade em tempo da I República, Centenário da I República 1910–2010*, Lisboa, Imprensa Nacional, 2010, p. 65–81.

2. Cfr. Bastos, Cristiana (org.), *Medicina e Império em Goa. Do conhecimento das plantas à biopolítica colonial*, Lisboa, Ed. ICS, 2022 e o trabalho seminal Bastos, Cristina; Barreto, Renilde (orgs.), *A Circulação do Conhecimento Medicina, Redes e Impérios*, Lisboa, Ed. ICS, 2.ª ed., 2013.

3. Cfr. Pina, Madalena Esperança; Nunes, Maria de Fátima, "XV Congresso Internacional de Medicina de 1906: viagem e ciência, in Acciaiuoli, Margarida; Rodrigues, Ana Duarte (coord.), *Arte e Viagem*, Lisboa, Instituto de História Arte/ Estudos de Arte Contemporânea, 2012, p. 155–161.

4. Cfr. Saraiva, Tiago; Macedo, Marta (orgs.), *Capital Científica, Práticas da Ciência em Lisboa e a História Contemporânea de Portugal*, Lisboa, Ed. ICS, 2019 e ainda Nunes, Maria de Fátima, "Património, Saúde e Medicina, ou a arte de dar vida à memória. Trilhos de cultura & ciência", in *Revista Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, volume 60, 2020, p. 303–330.

5. Cfr. Amaral, Isabel, "Na rota das patologias tropicais a contribuição portuguesa sobre a doença do sono entre 1902 e 1925", in Pereira, Ana Leonor; Pitta, Rui (coords.), *Rotas da Natureza, Cientistas, Viagens, Expedições, Instituições*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2003, p. 223–229 e ainda Nunes, Maria de Fátima, "Entre a JEN e a ISA: um eixo colonial na política científica do Estado Novo?", in Fitas, A. J. S.; Príncipe, J.J.; Nunes, M. F.; Bustamante, M. C. (eds.), *A Junta de Educação Nacional e a investigação científica em Portugal no período entre guerras,* Lisboa, Ed. Caleidoscópio, 2013, p. 89–112.

6. Cfr. Macedo, Marta, "Disrupted Ecologies: Conflicting Repertoires of Colonial Rule in Early Twentieth--Century São Tomé", in Domingos, N. et al. (eds.), *Resistance and Colonialism*, Cambridge Imperial and Post-Colonial Studies Series, Cambridge, Cambridge University Press, 2019, p. 229–250 e ainda Silva, Maria do Mar Gago da, *Robusta empire: coffee, scientists and the making of colonial Angola (1898–1961),* Tese de Doutoramento em História — Programa PIUDHIS, ICS, 2018.

7. Cfr. Ren, Jürgen (ed.), *The Globalization of Knowledge in History,* Berlin, Max Planck Institute for the History of Science, 2012.

8. Sob o ponto de vista de memória da época cfr. *Illustração Portuguesa* de 1923, no Verão, que evoca o 8.º aniversário das lutas no Sul de Angola, *Illustração Portuguesa*, 8 de Setembro 1923.

9. Castelo, Cláudia; Havik, Philip; Jerónimo, Miguel Bandeira, "Historical Trajectories of the Third Portuguese Empire: Reexamining the Dynamics of Imperial Rule and Colonial Societies (1900–1975)", in *Portuguese Studies Review*, 25 (1), 2017, p. 3–13.

10. Cfr. Lopes, Quintino, *Uma periferia global: Armando de Lacerda e o Laboratório de Fonética Experimental de Coimbra (1936–1979)*, Lisboa, Caleidoscópio, 2020; cfr. ainda para uma visão mais global: Lave, Jean; Wenger, Etienne, *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

11. Cfr. Estudo seminal de Roque, Ricardo, "A antropologia colonial portuguesa (1911–1950)", in *Estudos de Sociologia da Leitura em Portugal no Século xx*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2006, p. 789–822.

12. Lebzelter, Viktor, "Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Occidental", in *Anthropos*, Bd. 20, H. 5./6. (Sep.– Dec., 1925), p. 1152–1155.

13. Lebzelter, Viktor, "Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Occidental", p. 1152.

14. *Revista Médica de Angola*, número especial consagrado ao I Congresso Internacional de Medicina Tropical, n.º 4, vol. I, II, III, IV, V, agosto de 1923.

15. Lebzelter, Viktor, "Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Occidental", p. 1155.

16. Cfr. Direito, Bárbara, *Terra e Colonialismo em Moçambique, 1892–1942*, Lisboa, Ed. ICS, 2020.

17. Cfr. Jerónimo, Miguel Bandeira, *The 'Civilising Mission' of Portuguese Colonialism, 1870 –1930*, Londres, Ed. Palgrave, 2015 e ainda Jerónimo, Miguel Bandeira; Dores, Hugo Gonçalo, "Internationalisms and the Politics and Policies of Mission in the Portuguese Colonial Empire (1885–1930)", in *Illes i Imperis,* n.º 19, 2017, p. 101–123.

18. Cfr. Bastos, Cristiana (org.), *Medicina e Império em Goa* e ainda o estudo de caso de espaço de observação

de biopolítica: Bastos, Cristiana, "No género de construções cafreais: o hospital palhota como projecto colonial", in *Etnográfica*, n.º 18 (1), 2014, p. 185–208.

**19.** Cfr. Macedo, Marta, *Projetar e Construir a Nação. Engenheiros, ciência e território em Portugal no século XIX*, Lisboa, Ed. ICS, 2012.

**20.** Para recorte de biografia médica informativa, em contexto africano-colónia, veja-se o importante contributo de Mora, Luís Damas, *António Damas Mora. Um médico português entre os trópicos*, Lisboa, Ed. By the Book, 2017.

**21.** Cfr. Nunes, Maria de Fátima, "Cientistas em Acção: Congressos, Práticas Culturais e Científicas (1910–1940)", in Neto, Vítor (coord.), *República, Universidade e Academia: Colóquio Internacional República*, Coimbra, Ed. Almedina, 2012, p. 291–301 e ainda Nunes, Maria de Fátima, "As sociabilidades médico-científicas".

**22.** Cfr. Salgueiro, Ângela, *Ciência e Universidade*, Lisboa, Ed. Caleidoscópio, 2018.

**23.** Cfr. Castelo, Cláudia; Havik, Philip; Jerónimo, Miguel Bandeira, "Historical Trajectories of the Third Portuguese Empire" e ainda Jerónimo, Miguel Bandeira; Dores, Hugo Gonçalo, "Internationalisms and the Politics".

**24.** Cfr. Simões, Ana; Diogo, Maria Paula (eds.), *Science, Technology and Medicine in the Making of Lisbon (1840–1940)*, Leiden, Ed. Brill, 2022.

**25.** Cfr. Diogo; Maria Paula; Luís, Cristina; Sousa, M. Luisa (eds), "Inovação. Contestação no século XX", in Maria Paula Diogo, Ana Simões (coords.), *Ciência. Tecnologia e Medicina na Construção de Portugal,* vol. 4, Lisboa, Ed. Tinta da China, 2021.

**26.** Deixamos já registo das cartas de Damas Mora para Ricardo Jorge, sobre as reuniões da SDN em África, publicadas integralmente por Mora, Luís Damas, *António Damas Mora.* Cartas que refletem o desalento de Damas Mora por todo o trabalho de Luanda de 1923 ter sido ignorado pela comunidade médica internacional, sobretudo os ingleses e a sua Escola de Medicina Tropical.

**27.** Cfr. Laqua, Daniel, "Internationalism and Nationalism in the League of Nations' Work for Intellectual Cooperation", in Jerónimo, M.B. and Monteiro, J.P. (eds.), *Internationalism, Imperialism and the Formation of the Contemporary World*, Transnational History Series, London, Palgrave Macmillan, p. 59–85.

**28.** Registe-se os nomes e os tempos de governação: António Duarte Ramada Curto [1848–1921] com governação Angola [1904–1906]; António Damas Mora: arquiteto de ideias do Congresso 1923 [1879–1949] com governação Angola [1928–1929]; Filomeno da Câmara de Melo Cabral [1873–1934] com governação Angola [1918–1919 e 1929–1939].

**29.** Cfr. Mora, Luís Damas, *António Damas Mora,* p. 19; Mora, Luís Damas, "António Damas Mora e o combate às doenças tropicais em Angola (1921–1934)", in *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, n.º 15, 2016, p. 19–26 e ainda a tese de doutoramento Castro, Ricardo M.V. Th. de, *A Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a afirmação do Estado Português nas Colónias Africanas (1902–1935*), Dissertação para obtenção do Grau de Doutor em História, Filosofia e Património das Ciências e da Tecnologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 2013.

**30.** Mora, A. M. Damas, *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale. La raison d'être des Congrès de Médecine dans l'Ouest — Africain*, Luanda, Imprensa Nacional de Angola, 1923.

**31.** Cfr. Mora, Luís Damas, "António Damas Mora e o combate às doenças tropicais em Angola.

**32.** Seguimos França, Carlos, P*rimeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental. Sessão de 23 de julho de 1923, Discurso de Encerramento*, Luanda, Imprensa Nacional de Angola, 1923 e *Discurso proferido pelo General Norton de Matos, Alto-comissário da República e Governador Geral de Angola em 18 do 07 de 1923 na Sessão Solene do 1.º Congresso de Medicina Tropical de África Ocidental, com um resumo histórico sobre Angola (1482–1921),* Luanda, Imprensa Nacional, 1923.

**33.** As palavras iniciais do discurso oficial do representante de Portugal na colónia evidenciam a retórica desta posição, cfr. *Discurso proferido pelo General Norton de Matos.*

**34.** Cfr. Mora, Luís Damas, *António Damas Mora*.

**35.** Oswaldo Cruz médico e investigador inserido em redes internacionais, propulsor de políticas de saúde pública responsável por importantes mudanças neste campo no Brasil. Veja-se a informação oficial da Fundação Oswaldo Cruz — https://portal.fiocruz.br/

**Notas**

trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia [acedido 3-11-2022].

**36.** Expressão que tomámos de empréstimo de Lopes, Quintino: *Uma periferia global*.

**37.** Mora, A. M. Damas, *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale,* p. 5.

**38.** Mora, A. M. Damas, *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale,* p. 6–8.

**39.** Ver detalhe fornecido por Cristiana Bastos sobre a proposta de legislação oitocentista de Peregrino da Costa sobre a hipótese de criar Escolas Médicas nas colónias: Bastos, Cristiana, "Medicina, império e processos locais em Goa, Século XIX, in *Análise Social*, vol. XLII (182), 2007, p. 99–122. Para uma visão mais abrangente sobre este assunto ver Bastos, Cristiana (org.), *Medicina e Império em Goa*.

**40.** Mora, A. M. Damas, *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale,* p. 2.

**41.** Mora, A. M. Damas, *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale,* p. 11–12.

**42.** Mora, A. M. Damas, *Premier Congrès de Médecine Tropicale de l'Afrique Occidentale,* p. 9.

**43.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental: sessão de 23 de Julho de 1923. Regulamento e Programa do Congresso*, Luanda, Ed. Imprensa Nacional, [1922] 1923. Registe-se que o volume é publicando antes de julho de 1923 — data da edição indicada na ficha técnica é a de 1922 mas, de facto, a documentação que se encontra no interior diz respeito a troca de missivas de fevereiro de 1923, o que significa que se montou o cenário de arquivo para o futuro.

**44.** Cfr. Callahan, Michael, *A Sacred Trust: The League of Nations and Africa, 1929–1946,* Brighton, Sussex Academic Press, 2004 e ainda Laqua, Daniel, "Internationalism and Nationalism in the League of Nations' Work for Intellectual Cooperation", in Jerónimo, M.B. and Monteiro, J.P. (eds.), *Internationalism, Imperialism and the Formation of the Contemporary World*, Transnational History Series, U.K., Palgrave Macmillan; pp. 59–85.

**45.** Saraiva, Tiago, "Black Science: Amílcar Cabral's Agricultural Survey and the Seeds of African Decolonization", in *Isis*, volume 113 (3), September 2022, p. 597–609.

**46.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental,* p. 1.

**47.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 1.

**48.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 1–2.

**49.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 2.

**50.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 2.

**51.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 7.

**52.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 7.

**53.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental,* p. 8.

**54.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 9.

**55.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 11.

**56.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 15.

**57.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 21.

**58.** *Primeiro Congresso de Medicina Tropical da África Ocidental*, p. 21–22.

**59.** Recorde-se que o cartaz da Exposição Provincial de Luanda de 1923 é encimado, canto esquerdo, pela sua fotografia, mas em traje militar de rigor, ver exemplar único na BPN — *EXPOSIÇÃO (A) PROVINCIAL. Agrícola, Pecuária e Industrial,* Cartaz, Luanda, Tipografia Minerva, 15 de julho de 1923.

**60.** Angola surge referenciada de forma individualizada e não como uma colónia de Portugal, Metrópole; o mesmo sucede para São Tomé e Príncipe e Moçambique.

**61.** *Revista Médica de Angola*, n.º 4, vol. 1, agosto 1923 — programa p. 15–27, por comunicante e por comunicação.

**62.** *EXPOSIÇÃO (A) PROVINCIAL* e ainda *ANGOLA — exposição provincial, agrícola, pecuária e industrial 1923.,* documentário, Cinemateca Portuguesa-Museu do cinema sobre esta seminal peça de cinema colonial, *in situ* ver Rosa, Francesca de, "Arquivos coloniais e representações da alteridade nos documentários do Estado Novo, O caso das imagens em movimento da Cinemateca Digital", in Seabra, Jorge (coord.), *Arquivos coloniais e representações da alteridade nos documentários do Estado Novo*: *o caso das imagens em movimento da Cinemateca Digital*, Coimbra, Ed. Imprensa da Universidade de Coimbra 2018, p. 101–116.

**63.** De particular destaque *Angola, Revista Mensal Ilustrada*, n.º 1 fev. — n.º 4

abril 1923, tendo saído dos prelos de "Loanda: Empresa de Publicidade «Angola»" [1923]; utilizámos este suporte como forma de cruzar dados sobre as materialidades de «progresso» registadas e noticiadas na colónia de Angola. Uma revista que nos transporta para uma memória de narrativa e de imagens fotográficas da colónia que ia receber na sua capital — Luanda — o Primeiro Congresso de Medicina Tropical de África Ocidental.

**64.** Rocha, L. O. Da; Matos, P. F. de, "Fotografias de Angola do Século XIX: o 'Álbum Fotográfico-Literário' de Cunha Moraes", in *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 12 (31), 2019, p. 165–186.

**65.** Estamos a seguir Silva, E. Figueiredo Moura da, "O combate à doença do sono nas colônias portuguesas na África: medicina sob o signo do racismo e do darwinismo social (1901–1932), in *Revista TransVersos,* n.º 13, 2018, p, 79–101 que usa as comunicações do Congresso de Luanda de 1923 como repositório informativo para a temática que desenvolve, sem que em algum momento se interrogue sobre as eventuais razões de ter ocorrido o I Congresso de Medicina Tropical de África Ocidental, em Luanda, em 1923. O estudo foca-se exclusivamente no alinhamento de material informativo que possa ilustrar o combate à doença do sono nas colónias portuguesas sob a agenda de racismo e darwinismo social.

**66.** Silva, E. Figueiredo Moura da, "O combate à doença do sono".

**67.** Impossível não remeter para a leitura do recente artigo de Saraiva, Tiago, "Black Science".

**68.** Cartas trocadas entre Damas Mora e Ricardo Jorge, depositadas no Arquivo da Sociedade de Geografia de Lisboa, mas antes impressas e divulgadas por Mora, Luís Damas, *Antônio Damas Mora*; a carta aqui citada encontra-se nas páginas 102–103.

**69.** Não esquecemos que o I Centenário de Comemoração da I República, em 2010, recuperou a memória da Exposição Provincial, incluindo a exibição pública do filme realizado. Mas o I Congresso Internacional de Medicina Tropical ficou no limbo do apagamento coletivo das celebrações comemorativas.

MIKAËLA M. ADAMS *

# Prioritizing Institutional Survival over Human Health during a Pandemic: The Influenza of 1918 at the Pierre Indian School

*
The University of Mississippi

On October 23, 1918, Charles H. Burke, a former U.S. congressman and future commissioner of Indian Affairs, wrote to the Indian Office in Washington, D.C. to express concern about how the Pierre Indian School in South Dakota had handled a recent outbreak of influenza. "There have been 15 deaths, so far," Burke warned Commissioner of Indian Affairs Cato Sells, "and practically the entire school has had it." Although Burke insisted that he had "only the warmest regard" for the school's superintendent, Clinton J. Crandall, and that he was making "no charge against anyone," he felt he could not "remain silent believing that the large death rate at the school is due to some fault." Burke closed by asking Sells to destroy his letter so as not to create bad feelings between himself and Crandall, but he begged the commissioner to "see that conditions here are inquired into at an early date." "The horse has probably been stolen now," he remarked, "but the door better be locked, before there is another epidemic."[1]

Burke's letter reached the Indian Office in the context of a deadly pandemic, one which swept the globe in four devastating waves and killed as many as 50 million people worldwide. In the United States, an estimated 675,000 people perished from the dreaded "Spanish Influenza," including at least 6,632 Indigenous people — a figure that represented more than 2% of the American Indian population under federal supervision at the time. Nearly half of the Indigenous people who died were children, many of whom succumbed to the virus at Indian boarding schools like Pierre.[2]

Aware of the damage that this health crisis might wreak on its institutional reputation, the Indian Office responded to Burke's letter by launching an internal investigation of the school. Yet, although this investigation revealed stark structural problems that contributed to the devastating effects of influenza, the Indian Office ultimately chose not to act on the report. Prioritizing institutional survival over the health of Indigenous children, officials downplayed the factors that had led to poor outcomes at Pierre and suppressed further efforts to investigate the school. The actions of the Indian Office fell into a broader pattern of federal neglect and institutional mismanagement in the early twentieth century as officials worked to preserve their own jobs even at the cost of the wellbeing of their charges. Unfortunately, as our recent experiences with COVID-19 have demonstrated, modern institutions make similar choices as they continue to prioritize financial solvency over human health.

The Pierre Indian School in South Dakota was one of dozens of federally operated boarding schools for Indigenous children that existed in the early twentieth-century United States. Having defeated Native people militarily in the Indian wars of the late nineteenth century, reformers and federal officials had turned to education to solve the country's so-called "Indian Problem." White Americans believed that through education, Indigenous children

would become assimilated into American society and ultimately give up their tribal identities to become American citizens.[3] Unfortunately, despite these lofty goals, Congress chronically underfunded these institutions, leaving school superintendents to scramble for resources and to cut costs at every corner. As a result, Indian boarding schools became overcrowded, dilapidated, and unsanitary facilities, which led to numerous student deaths from infectious diseases. Although the Indian Office made some efforts to improve student health in the 1910s, this became increasingly difficult after the federal government diverted funds to its efforts in World War I.[4] Just one year after the United States entered the war in 1917, influenza struck.

Commissioner of Indian Affairs Cato Sells had begun receiving reports about the influenza situation at the Pierre Indian School even before Burke sent his complaint. On October 11, 1918, the school's superintendent, Clinton J. Crandall, had informed the Office that were "some 60 cases of Spanish influenza" at the school out of a population of 188 enrolled students. Despite the high case count, Crandall remained upbeat. "The weather keeps fine," he insisted, "and with the exception of one or two cases, all are doing excellent."[5] This early report hinted at the unfolding tragedy, but did not spark undue alarm on the part of the Indian Office. The nation did not yet fully understand the severity of the new disease.

Unfortunately, the situation swiftly deteriorated at Pierre. Within a few days, influenza had spread to practically every member of the school community — both students and staff — and many cases grew "very serious." On October 14, the school lost its first victim to the virus: eighteen-year-old Lucy Iron Moccasin from the Cheyenne River Agency.[6] She would not be the last. Superintendent Crandall reported on October 15 that he had found it "almost impossible" to get help from outside the school since influenza was also raging in the nearby town of Pierre. The local Red Cross finally had "furnished a sufficient number of nurses" to make up for the school employees too ill to care for students themselves. Crandall also was able to secure an outside physician — Dr. C.W. Hollister — to make occasional visits to the sick students, which was vital since the school lacked its own doctor. The weather remained "fairly warm," Crandall advised the commissioner, but he worried about what would happen when it turned cold. The school had recently acquired two new broilers to supplement the sole working broiler in the school's heating plant, but as of yet they had not been properly installed with a chimney, which made the heating plant practically useless. Crandall urged the commissioner to wire the Weber Chimney Company, whom he had contracted to do the work, to send its bricklayers to the school as soon as possible.[7]

The next week was a misery of sickness and death at the Pierre Indian School. The school lost five students on October 18: Philip

West of the Cheyenne River Agency, Alice Ghost Bear of the Rosebud Agency, Elizabeth Pretty Weasel of the Cheyenne River Agency, Susie Charging Cloud of the Cheyenne River Agency, and John Stump of the Cheyenne River Agency. Three more died the following day: Carrie Swift Hawk of the Lower Brule Agency, Charles DeWitt of the Lower Brule Agency, and Fred West of the Cheyenne River Agency. October 20 brought two additional deaths: Stephen Quickbear of the Rosebud Agency and Eva Swift Hawk of the Lower Brule Agency.[8] By the morning of October 21, eleven students had succumbed to the disease; Crandall could barely keep up with notifying parents and sending bodies back to the various reservations for burial. The superintendent was also once again short on help. Twelve school employees remained too ill for service and many local nurses had contracted the disease as well and were thus "hard to get." The convalescing children at the school, meanwhile, were "weak" and quite a few had "bad cases" of pneumonia. Crandall had hope, though, that the outbreak was finally "abating."[9] By that evening, however, two more students had died: Robert Bordeaux of the Rosebud Agency and Dora Makes Room of the Cheyenne Agency. The following day brought an additional two deaths: Archie Little Eagle of Crow Creek Agency and Louise Afraid of Eagles, "an allottee of the Cheyenne River Agency but a girl who [had] made her home with grandparents on the Rosebud Agency."[10]

By October 22, Superintendent Crandall could no longer pretend the situation was under control at Pierre. He wrote the commissioner that he was "up against one of the most serious conditions that any school could possibly face." Fifteen students had died and many others were in "a weakened and delicate condition." To make matters worse, the weather had finally "turned cold," but the school's heating plant was still out-of-commission. Although workmen had finally arrived to brick in the two new broilers, they warned it would take at least three weeks to finish the job. The Weber Chimney Company, meanwhile, had sent a representative to the school grounds to oversee the construction of the heating plant's new chimney, but the company had not yet been able to secure enough laborers to make significant progress. The superintendent estimated that the heating plant would not be ready before Christmas. "I am using oil stoves to protect the health of the children," Crandall explained to the commissioner, but this was "only a makeshift" solution in the South Dakota climate.[11]

Given these dire conditions, the "great question" was what Crandall should do with "the one hundred and seventy-five children left" at the school? "To hold these children here without heat," the superintendent remarked, "may mean a large loss of life." On the other hand, Crandall worried about school finances if he sent the children home. Interrupted enrollment and student deaths already meant that the Pierre Indian School risked failing

to earn its congressional appropriation, which was calculated "on the basis of attendance." This problem would only be magnified if Crandall sent the remaining children home for the "thirty or sixty days" it would take to fix the school's heating. Crandall also feared that once the students went home it would require great "additional expense in getting them returned" to the school. Crandall complained that Indigenous parents were already "very slow to bring their children in" during regular times but that the recent student deaths had "frightened" them away from the school even more. Imagining long months ahead devoid of students and their unpaid labor, Crandall fretted about how he would keep the school plant operational. There was a "large amount of work to be done at the school, farm work, stock to care for, etc.," Crandall explained to the commissioner. Without students, the school might not only forfeit its appropriation but cease to exist entirely. "I should feel indeed bad if any employee from this school had to be furloughed," the superintendent cautioned, especially given their "heroic" efforts during the epidemic. Weighing student survival against institutional survival, Crandall saw no clear path forward. He asked the Indian Office to "consider this matter seriously" and advise him by wire.[12]

Crandall's October 22 letter put the Indian Office in a difficult position, but it was the communication sent the following day by Charles H. Burke that finally prompted Commissioner Sells to act. Burke, who had formerly chaired the House Committee on Indian Affairs and who would later — in 1921 — replace Sells as commissioner of Indian Affairs, had political clout. Although he had returned to his private real estate business in the town of Pierre following an unsuccessful U.S. Senate run in 1914, he remained interested in Indian affairs and retained connections in Washington, D.C., including a personal friendship with Commissioner Sells. What Burke had seen locally at the Pierre Indian School was nothing short of disastrous. Lamenting the numerous students lost to influenza and questioning the conditions that had resulted in such a poor outcome, Burke protested that "this is a matter involving the lives of human beings, that have little to say about themselves." He asked the commissioner to thoroughly — if quietly — investigate the matter. "The sooner conditions are corrected, the better," he remarked, adding that he knew that the commissioner would not "intentionally permit an Indian, especially a child to suffer, if you can prevent it."[13]

After receiving Burke's letter, Commissioner Sells discreetly contacted Dr. Lawrence F. Michael, an Indian Service physician and special supervisor then stationed at Gettysburg, South Dakota, who had recently traveled to the Pierre Indian School to help with the final stages of the epidemic. Forwarding copies of both Crandall's October 22 report and Burke's October 23 letter, Sells instructed Michael "to make an investigation in a quiet manner of

all the circumstances that may have contributed to the spread of the epidemic and to its several fatal issues at the Pierre School." Although Sells put his thumb on the scale by insisting that Office records showed that "the superintendent has handled the epidemic situation to the best of his ability," he nevertheless asked Michael to make sure Crandall had properly observed Indian Office instructions on influenza "to what extent it was possible." He also swore Michael to secrecy about the origin of the investigation. "It is very important and very necessary," Sells enjoined, "that Mr. Crandall shall not know or hear anything of Mr. Burke's letter which is to be regarded as personal and confidential."[14] For Sells, avoiding scandal and political fallout was of the utmost importance. A quiet investigation of the Pierre Indian School, he hoped, would help resolve the question of what to do with the remaining students at the school, satisfy outside observers like Burke, and forestall further public scrutiny.

By the time that Special Supervisor Michael received his instructions, influenza had "about spent its course" at the Pierre Indian School. Superintendent Crandall wrote to Commissioner Sells on October 28 that just ten children remained in the school hospital and were "apparently all recovering." With the epidemic finally under control, Crandall abandoned his previous thought of closing the school and sending the students home. Instead, he determined to reopen classroom work the following day since he believed the children would be "much better and contented and...less exposed than when school is out." Since most students at Pierre had already contracted influenza, he saw "no danger in reconvening the classrooms." Crandall did not mention the school's ongoing heating problems, but he did seek advice on lowered student enrollment at the school. "You will note that I have but 166 students left in actual attendance or Present," he complained to the commissioner, which was not sufficient to earn the school's congressional appropriation. Although Crandall hoped to get in "many more children," he doubted he would be able to do so before Christmas since "the Indians are simply frightened." He hoped the Indian Office would be able to make a special appeal to Congress to resolve these financial difficulties.[15] The Indian Office did not have a ready answer for the appropriation problem, but did agree that it seemed "the best policy to defer an effort to fill up your school until the epidemic is over."[16]

The improved conditions at the Pierre Indian School took away some of the urgency of Special Supervisor Michael's investigation. Nevertheless, over the next month, Michael gathered information at the school to see what had gone wrong. He assured Commissioner Sells that this work was done "in such a manner as to arouse no suspicion on account of an inspection being made." He had not found it necessary to conduct formal interviews with the employees and nurses who had been on duty at the school during the epidemic

since "the general opinion of those on the ground soon became apparent." Superintendent Crandall thus remained unaware of the special supervisor's true purpose at Pierre and Michael "carefully guarded the name of [Sell's] informant." Michael submitted his final report to the Indian Office on November 28, 1918.[17]

The investigation revealed several missteps in the Pierre Indian School's handling of the outbreak, including its prevention, control, and caregiving efforts. Influenza had arrived at Pierre with the first pupils when the school opened on October 1. To the best of everyone's knowledge, there had been "no cases of this disease in the homes nor on the reservation" of the students, so the most likely explanation seemed to have been that "the infection occurred on the train while enroute to Pierre." Michael pointed out, though, that health records for many students at Pierre were either missing or "unreliable," which suggested that agency physicians had not properly inspected the children before sending them off to the non-reservation school, contrary to Indian Office directives. Some of these children may have had latent tuberculosis, Michael posited, which could have made them particularly susceptible to influenza. He recommended that in the future all health records be made "exact" prior to the transfer of students to the school.[18]

Students began showing symptoms of influenza shortly after their arrival at Pierre. The first cases received treatment in the school hospital, but these patients were not adequately isolated from others so "in a short time, a few days, the spread of the disease was so rapid that the hospital was unable to accommodate all of the cases and the dormitories had to be used to care for the sick children." Inexplicably, Superintendent Crandall continued to enroll new students even as influenza tore through the school. He admitted thirty-three new pupils between October 5 and October 10, six of whom ended up dying at Pierre in the following weeks. Crandall only ceased this practice after receiving an urgent October 11 telegram from the Indian Office that explicitly warned of the dangers of influenza. Michael reported that he could find "no satisfactory reason" for "admitting children to the school after influenza had made its appearance, only that the severity of the disease was not recognized." Crandall had made a serious judgement error. "The children from the uninfected homes should not have been received into the school," Michael wrote. "They should have either been sent home or kept in a detention camp. " He recommended that in the future "greater care be exercised in admitting pupils to the school during such quarantine periods."[19]

The situation at the Pierre Indian School rapidly grew "desperate." As students and staff fell ill in droves, "it was imperative that outside help be had." This aid became even more critical after the school nurse, Edna M. Doepke, took sick on October 12 "and was off duty for about two weeks." Her illness left "the work in the hospital practically without a head to direct the

nursing and general care of the several patients in the hospital building." Fortunately, women from the local Red Cross in the town of Pierre "responded nobly to the call sent out for help and did all they could to meet the situation." Two of these women, Ruth B. Hipple and Martha R. Odemark, spoke to Michael confidentially about the conditions they found at the school. Their reports, corroborated by Michael, revealed serious problems in how sick children were cared for at the Pierre Indian School.[20]

Hipple and Odemark made three overall complaints. First, they argued that even before she fell sick, Nurse Doepke "was not all that could be desired." The nurse was apparently "restless," "indifferent to her work," lacked "interest in her patients," and "wanted to get away from the School." Ultimately, Doepke made good on this final sentiment: she "deserted her post of duty" on the night of October 31. She later turned up at Camp Shelby in Mississippi doing Red Cross work. For Michael, Doepke's behavior marked a serious breach of conduct. "If the things alleged against this woman are in part true only she is not a proper person to be given employment by the American Red Cross," he proclaimed. Indeed, Michael recommended that Doepke "be barred from being again employed in our service and that the Red Cross be advised of her acts."[21]

Second, Hipple and Odemark complained that students had not received proper nourishment during the epidemic. "The food sent to the hospital was prepared in the school kitchen and was of the same fare as that prepared for the well children," Hipple protested. Although the women would have liked to prepare a "special diet" for sick and convalescing students in the hospital kitchen, they apparently were not permitted to do so. Michael concurred that a "special diet should have been provided for those in the hospital as well as for those confined to the dormitories" to help the students regain their strength. He remarked that the "period of recovery" for influenza was "slow and marked by extreme weakness in many cases," which made proper care essential.[22]

Finally, the women pointed out that "lack of proper bathing and toilet facilities in the hospital and dormitories made the work of the nurses hard and burdensome" and was also "an extra tax upon the strength of the student patients." This, perhaps, was their most serious charge since it highlighted the overall inadequacy of the school's facilities, which, in turn, had exacerbated the deleterious effects of influenza. Michael's inspection validated these claims. He noted that the school hospital — which had formerly served as employee quarters — lacked toilet facilities on the first floor. This "necessitated the climbing of stairs for both patients and nurses," which was particularly harmful for sick children who "should have remained in bed." The hospital was also poorly ventilated and overcrowded. He recommended that it be "remodeled if it is to be kept in use for hospital purposes." The conditions in the dormitories were similarly poor. The buildings either completely

lacked or had inadequate toilet facilities on the dormitory floors, which meant that students had to trek down to use the toilets and baths "in the dark and unventilated basements." Students slept on "worn and unserviceable mattresses" in desperate need of replacement. Michael also reported that there had been "an insufficient amount of heat in some of the buildings" due to the remodeling of the heating plant. He remarked that Dr. Hollister, who treated patients at the school, blamed "the lack of proper sanitary arrangements" for the high number of pneumonia cases that followed influenza. It had been "practically impossible to keep patients in bed during convalescence and away from the basement toilets," the doctor explained, which delayed their recovery and led to "several fatal issues." Both Hollister and Michael "earnestly recommend[ed] that toilet conditions be corrected" at the school as soon as possible.[23]

Despite clear inadequacies in the management of the epidemic at Pierre, Special Supervisor Michael also made sure to comment on the virulence of the disease itself. "The present epidemic," he asserted, "is entirely different in its virulence from that of former epidemics." "The blood destruction is enormous," he continued, "as evidenced by the sputum in pneumonia and other pulmonary disturbances." The "period of recovery," moreover, was "prolonged and slow." Many patients who had "apparently recovered" continued to suffer from a "persistent toxemia" — blood infection — which Michael blamed for "so many severe and fatal cases" not only at Pierre but across the country. "The necessity for rest and quiet was not insisted upon sufficiently," he argued, "and patients were loath to believe it necessary" until they relapsed. More than anything, then, Michael held responsible the unusually severe nature of influenza itself for the disastrous outcome at the Pierre Indian School.[24]

Upon receiving Special Supervisor Michael's report, Commissioner Sells wrote an intra-office memorandum that evaluated the situation at Pierre. Ultimately, the commissioner concluded that "the conditions at the Pierre school which may have contributed to the unfortunate results of the epidemic of Spanish influenza among the pupils of that institution were such as could not under the circumstances have been corrected in time to have effected the situation that developed." In other words, Sells downplayed or excused the many structural problems that Michael had uncovered at Pierre, including the superintendent's poor decision-making on quarantine and enrollment and the school's inadequate toilet and heating facilities, which had contributed to the high death count. Instead, Sells insisted that that Crandall and his staff "did the best they could" given the unexpected virulence of the disease.[25]

When it came to Superintendent Crandall's decision-making, Commissioner Sells blamed circumstances. Quarantine measures, he declared "cannot be made effectual against an insidious

epidemic like Spanish influenza without the exercise of authority greater than that vested in school superintendents." In other words, Crandall could not have prevented the disease from entering the school or from spreading once present. Sells also excused the superintendent's decision to continue enrolling students even after influenza appeared at the school. "Had the seriousness of the disease been realized," he insisted, "no one who knows Superintendent Crandall would believe for a moment that he would have admitted pupils in the face of danger." As it was, "everything was in chaotic confusion as a result of the overwhelming suddenness and force of the unexpected invasion." Crandall perhaps did some things "which would not have been done, if there had been time to think," Sells admitted, but the superintendent could not be blamed for his choices when "nearly every community" across the country "was in a state of unpreparedness."[26]

Sells made similar excuses for the school's poor facilities. Although he acknowledged that the lack of adequate toilets and baths at the school may have "retard[ed] the progress of the convalescents," Sells argued that there had been "no time to make structural improvements" in the midst of the outbreak. That these facilities had been inadequate even prior to the epidemic Sells blamed on insufficient congressional funding. Better facilities would require "considerable initial and operating expense," which was impossible for a school "with a per capita appropriation that is barely enough to supply the absolute necessities of existence." Similarly, Sells blamed the heating problems at the school on "the fate of circumstances." "The war was in progress," he declared, which made it "exceedingly difficult to secure labor enough to consummate contracts." The commissioner did not reflect on the morality of enrolling students in a school that was so clearly lacking in appropriate accommodations.[27]

Like Special Supervisor Michael, Commissioner Sells primarily blamed influenza itself for the outcome at the Pierre Indian School, but he also identified two human scapegoats: Nurse Edna M. Doepke and Dr. C.W. Hollister. Based on Michael's report as well as correspondence from Superintendent Crandall, Sells declared that Doepke "showed reprehensible indifference and manifested a woeful lack of professional solicitude for her patients." He proclaimed that she was "now out" of the Indian Service and "black listed." The commissioner, however, declined to follow Michael's recommendation that the Red Cross be notified about Doepke's actions. "To carry her case further would not change the past or materially affect the future," he argued. "If she is by nature unsympathetic the Red Cross will find it out." Perhaps the commissioner worried that pursuing Doepke further would raise uncomfortable questions about the conditions at Pierre and invite unwelcome public scrutiny. From his point of view, it was enough that "her career in the Indian Service" was "forever ended."

When it came to Dr. Hollister, the commissioner could not deny that the physician had been "attentive in his professional duties." Yet, Hollister had refused to accept a U.S. Public Health Service contract for his labor and instead had charged the school per patient visit as stipulated in his prior arrangement as the school's contract physician. Ultimately, this had cost the Indian Service more than $600 during the epidemic. "His action was legal, and perhaps ethical," Sells concluded, "but it was far from sympathetic — almost cold-blooded."[28] Sells determined that Hollister's contract should be revoked and a new physician should be found to attend students at the Pierre Indian School in the future. Perhaps Hollister's strong criticisms of the school's sanitary conditions as reported by Special Supervisor Michael also factored into this decision. With these two medical workers cut from the Indian Service, Sells considered the matter closed. What had happened at Pierre was a tragedy, but unpreventable. Those he considered most blameworthy had been removed.

The close of Special Supervisor Michael's investigation at Pierre did not, however, mark an end to charges against the school. On February 4, 1919, Reverend Rudolph Hertz, a Congregational missionary stationed at Eagle Butts, South Dakota, leveled additional complaints against Superintendent Crandall, and, in particular, his management of the influenza crisis. In a letter addressed to Harry L. Gandy, a U.S. Congressional Representative from South Dakota, Hertz argued that Crandall 1) had not properly cared for his pupils during the influenza epidemic; 2) was not following the Indian Office's course of study even though "he took in many pupils on the pretense of offering that very instruction"; and 3) was ignoring "rules and regulations of the department which do not suit him thereby endangering the life and health of his pupils," while also "ruling over employees and pupils in the most autocratic and over-bearing fashion." The missionary argued that it was "useless to approach [Crandall] personally" on these matters since he would "not listen to anybody." Moreover, he worried that if Crandall knew of his "dissatisfaction with the affairs at the school" that he would no longer have access to the students for his missionary work. Hertz protested that it was "doubtful" if writing to the Indian Office would make much of a difference, either. Crandall apparently had "shown his inadequacy in two other places before this, and all that happened was that he was transferred, 'whitewashed,' as it is called." Hertz hoped that Congressman Gandy could conduct his own inquiry so as to have the case "investigated and judged on its actual merits."[29]

When the reverend did not receive a ready reply from the congressman, he wrote a second letter on March 29, 1919. In this communication, Hertz provided further details on Crandall's mismanagement of the epidemic. He alleged that the superintendent had not separated the sick from the well, which had

resulted in the infection of "practically every pupil there" as well as at least fifteen fatalities. Furthermore, Hertz argued that Crandall had continued to enroll new pupils knowing full well that the disease was already present in the school. The physician attending the students, he asserted, had recognized the first influenza case on October 4, but enrollments did not cease until October 10, "when there were 25 cases of sickness in the hospital." Hertz also protested that very few of the new pupils were examined by the physician upon entry to the school, which risked bringing in additional sickness. Once again, Hertz appealed to Congressman Gandy to launch an independent investigation of the school. He also asked the congressmen to not mention his name to Crandall until such inquiry ended since he feared the superintendent would prevent him from continuing his missionary work among the students "if he knew of [Hertz's] action against the school."[30]

Following this second appeal, Congressman Gandy took action, but not in the way that Hertz had hoped. Rather than launching an independent investigation, Gandy forwarded Hertz's letters to the Indian Office to ask for an explanation. This was a matter that Commissioner of Indian Affairs Cato Sells undoubtedly would have preferred to have kept out of the congressional spotlight. Sells dutifully responded to Gandy, however, but in such a way as to deflect as much blame as possible from his office and field agents. Citing Special Supervisor Michael's November investigation, Sells asserted that the school authorities "did the best they could with the patients" given the virulence of the virus and the fact that "no one knew what was coming, not even the most learned epidemiologists." Although he admitted that the heating system at the school had failed to keep the school temperature "at the proper degree," he blamed war labor shortages for lack of repairs. He scapegoated Nurse Edna M. Doepke for her lack of professionalism and her choice to abandon the school, but emphasized that she was "out of the Indian Service." As for Crandall, Sells wrote that the superintendent was not "guilty of lack of such precautions as knowledge of the disease at that time warranted." "Had the Indian Office known, or had the country known what to expect," Sells insisted, "there may have been a different history to write of this epidemic." He promised Congressman Gandy, however, that he would give the matter "further investigation."[31]

Sells was in no mood to put the Pierre Indian School back under the microscope, but he wrote to Superintendent Crandall to inform him of the charges and to ask him to make a "full report." In stark contrast to his previous discretion surrounding former Congressman Burke's letter, however, Sells openly shared Hertz's correspondence with Crandall, despite the missionary's request to keep his identity hidden from the superintendent. Perhaps Sells did so to warn Crandall of a potential "troublemaker" in his midst who not only threatened the school's reputation but also that of the

Indian Office.[32] Whether or not this was Sell's intention, Superintendent Crandall grabbed the opportunity to offer both a forceful defense of his own actions and a brutal takedown of his accuser. In particular, Crandall emphasized Reverend Hertz's German heritage as a means to discredit him. The missionary spoke English "with a strong German accent," Crandall asserted, which made it difficult for the Indian children to understand him. Moreover, the missionary admitted that his mother still lived in northern Germany and that he had "a brother in the German army" who had died in the recent war. Crandall alleged that he had welcomed the missionary "in good faith" despite "his German ways and manners," but he warned that some in the local community suspected Hertz of "doing special work for the German Government under the guise of religion." Although Crandall claimed not to heed such rumors, he declared that Hertz's "attitude in making these charges would indicate that he is a spy at heart if not by profession."[33]

Following these insinuations about Hertz's identity and allegiance, Crandall went on to suggest that the missionary had not acted alone, but rather made his charges under the influence of James H. Tunnell, the principal teacher at the Pierre Indian School. According to Crandall, Tunnell had "never been loyal" to the superintendent and had long blamed Crandall for his own lack of promotion in the Indian Service. Jealousy and resentment motivated the charges against him, Crandall suggested, rather than any real concern about school conditions. Crandall requested that Tunnell be transferred immediately since, he insisted, he could not "remain in charge of the Pierre School and be held responsible for the success of all departments" if he were not "supported and assisted by [his] entire force." Crandall closed his letter by thanking Commissioner Sells for his "fair and manly" response to Congressman Gandy's inquiry "on the influenza situation as it appeared here last October."[34] Crandall's report evidently satisfied Sells since the superintendent retained his position at Pierre Indian School whereas his rival, James H. Tunnell, was transferred to the Cantonment Indian School in Oklahoma soon after.[35]

Unfortunately for the students at Pierre, influenza struck a second time during the fourth wave of the pandemic in early 1920. Having learned little from his previous experience, Crandall once again made decisions that jeopardized student health. In particular, his choice to keep regular classroom work going in the midst of the new outbreak may have exposed more students to the virus. He did so to prevent "run-a-ways and general disorganization," thus prioritizing control of the students over control of influenza.[36] The school was also "very short on help" since the Indian Office had never replaced Nurse Doepke, who absconded during the first outbreak at the school. Crandall initially could employ "but one outside party" to tend to the sick, although he eventually secured a second temporary nurse. Meanwhile, many of his staff members,

including the school's contract physician, also fell ill, which rendered them unfit for service for weeks.[37] The result was that "practically every pupil in the school and many of the employees were smitten with the disease." Five students died at the school; another girl passed away from "ill effects" after returning home to her family.[38]

As had happened during the previous outbreak, the Indian Office received complaints about Superintendent Crandall's handling of the crisis. This time the accusations came from a Dakota father, Luke Arrow, from the Crow Creek Reservation who lost his son, William, during this second epidemic at the school. The heart-broken father protested that his son had not received proper medical care during his illness. No doctor supervised William's case, the father alleged, and the employees who did attend him tied the boy down to his bed with ropes in the final throws of his sickness. Arrow apparently learned these details after consulting with other parents of Pierre students, in particular Eugene Swift Hawk, who lost three children in the outbreak. Like Arrow, these parents wanted to know why their children had not received better care from the people entrusted to protect them. As a final charge, Arrow argued that Crandall had not notified him of his son's illness until it was too late; Arrow did not reach Pierre until after William's death.[39]

As he had done with Reverend Hertz's letters, Commissioner Sells chose to forward these new allegations to Crandall to give the superintendent the opportunity to defend himself. Crandall did so with gusto. He insisted that Arrow's statement that there were no doctors at the school was "absolutely false." In fact, he argued, there had been two physicians available during the time of William's illness, "one at the school all the time, and one making periodic visits." Moreover, two white nurses and two Indian women had also helped care for the sick during the epidemic at the school.[40] Although rooted in fact, this account did not tell the whole story. At the time that William died on February 10, 1920, the school's contract physician, Dr. James O. Lee, was sick with influenza and thus unable to render service at the school. One of the white nurses that Crandall mentioned had also taken ill and had traveled to Iowa to recover among friends during the final days of William's ordeal. The other white nurse had not yet been hired. This left Dr. Harley Yandell, a physician from Pierre who made periodic visits to the school, as the only professional health worker available to students.[41] Whether Yandell oversaw William's case is unclear; by the time Crandall wrote his defense against Arrow in late April of 1921, the doctor had already moved away from South Dakota and Crandall had not been able to reach him for a statement.[42] Whether Crandall simply misremembered these details or purposefully misled the commissioner is uncertain. Clearly, however, he exaggerated the quality and availability of medical care at the Pierre Indian School during this second outbreak.

Crandall also rejected the charge that William had been improperly restrained in his final hours. He argued that the "strong and vigorous" boy had become "delirious and hard to handle" in the later stage of his illness and he admitted that sometimes in such cases the nurses might fasten down the bedcovers with safety pins "to keep the patient from getting out of bed." Perhaps, even, they might use sheets "stretched over the bed to keep on coverlids and protect a violent patient," but in no case was William tied down "with ropes or otherwise." Instead, he insisted, the boy had "received the best of treatment."[43]

Crandall further challenged the notion that he had failed to notify the boy's father of his son's illness in a timely fashion. He protested that he had paid for a long-distance phone call to the superintendent of the Crow Creek Reservation to notify the family about William's "serious illness." That superintendent had then sent out one of his deputies to find Arrow, but the man could not locate him. Instead, the deputy left a message with another family member. Luke Arrow was a "veritable nomad," however, "always going somewhere — seldom at home — and hard to find." This nomadic lifestyle, Crandall alleged, was the real reason the father had failed to receive notice of his son's illness in time to see him. Although Crandall claimed that he wanted "to be charitable to the Indians who lost children here," he included a parting shot against Arrow at the end of his letter. He suggested that the father had filed the complaint principally out of anger that Crandall had refused to pay his transportation costs when he came to collect William's body at the school. "Only a short time before this complaint reached me," Crandall explained, "Arrow came to me and brought up this matter of auto expense." Money not grief, Crandall implied, was Arrow's true motivation. Crandall hoped that his statement would prove "satisfactory and sufficient" to discredit all charges. Apparently, it was. Although Crandall transferred out of South Dakota to become the superintendent of the Northern Pueblo Agency in New Mexico two years later, he remained in the Indian Service until he retired at age 70 in 1927.[44]

The story of the 1918 influenza at the Pierre Indian School reflects the overall culture of institutional self-preservation that defined the Indian Office in the early twentieth century. Whether they sincerely believed in their assimilationist mission or simply wanted to keep their government jobs, Indian Office officials did their utmost to shield their agency from outside scrutiny and attack. Ironically, this trend continued even after Charles H. Burke became the commissioner of Indian Affairs in 1921. Although Burke hoped to improve health outcomes for his Indigenous charges, he suppressed the release of a 1922 Red Cross study on Indian health: the results simply looked too bad.[45] Not until the publication of the Meriam Report in 1928 — nearly a decade after the influenza pandemic — did the public finally get a full view of the abhorrent health conditions in

Indian Country. This report finally led to a reckoning in the Indian Office, and major reforms followed in the 1930s.[46]

I conducted the research that formed the basis of this article prior to the outbreak of COVID-19. It was with dismay, then, that I watched as various modern institutions — and in particular, universities in the United States — made the same cold calculus as did Superintendent Crandall and the Indian Office in 1918. The decision of many universities to bring students back to campus due to their fears of lowered enrollment and ensuing financial insolvency starkly paralleled what happened at Pierre. It is hard to watch history repeat itself. We have been fortunate in the current context that young people are not as susceptible to COVID-19 as they were to the Spanish flu. We have not seen the same awful death rates at universities that the boarding schools experienced one hundred years ago. Nevertheless, as various studies have demonstrated, college towns in the United States — if not college students — did experience spikes in COVID-19 deaths.[47] In other words, bringing students back to campus inflicted real harm on the communities in which those institutions are located. The story of influenza at Pierre highlights the damage that comes when institutions prioritize money over people and fail to take responsibility for their mistakes. We may not have done much better this time around, but perhaps if we study such stories from the past we can do better in the future.

## Notes

1. Charles H. Burke to Cato Sells, October 23, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, Central Classified Files (Hereafter CCF), 1907–39, Record Group 75 (Hereafter RG 75), National Archives and Records Administration (Hereafter NARA), Washington, D.C.

2. See Taubenberger, Jeffery K. and Morens, David M., "1918 Influenza: The Mother of All Pandemics," in *Emerging Infectious Diseases*, 12:1, January 2006, p. 15–22; "Influenza among American Indians," in *Public Health Reports,* 34, May 9, 1919, p. 1008–1009.

3. For more on Indian boarding schools in the United States, see Woolford, Andrew, *This Benevolent Experiment: Indigenous Boarding Schools, Genocide, and Redress in Canada and the United States,* Lincoln, University of Nebraska Press, 2015; Trafzer, Clifford E.; Keller, Jean A., and Sisquoc, Lorene (eds.), *Boarding School Blues: Revisiting American Indian Educational Experiences,* Lincoln, University of Nebraska Press, 2006; Hoxie, Frederick E., *A Final Promise: The Campaign to Assimilate the Indians, 1880–1920,* Lincoln, University of Nebraska Press, 2001; Child, Brenda J., *Boarding School Seasons: American Indian Families, 1900–1940,* Lincoln, University of Nebraska Press, 1998; Adams, David Wallace, *Education for Extinction: American Indians and the Boarding School Experience, 1875–1928,* Lawrence, University Press of Kansas, 1995.

4. For more on federal efforts to improve Indigenous health in the early twentieth century, see DeJong, David H., *"If You Knew the Conditions": A Chronicle of the Indian Medical Service and American Indian Health Care, 1908–1955*, Lanham, MD, Lexington Books, 2008.

5. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 11, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

6. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 15, 1918, File: 82923-18, General Service, Pierre, Influenza, 732, General Service, Box 1501, CCF, 1907–39, RG 75, NARA, Washington.

7. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 15, 1918, File: 82923-18, General Service, Pierre, Influenza, 732, General Service, Box 1501, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

8. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

9. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Indian Office, October 21, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

10. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

11. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 22, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

12. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 22, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

13. Charles H. Burke to Cato Sells, October 23, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

14. Cato Sells to Lawrence F. Michael, October 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

15. C.J. Crandall, Pierre Indian School, to Cato Sells, October 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

16. E.B. Meritt to C.J. Crandall, Pierre Indian School, November 15, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

17. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

18. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

19. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

20. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

21. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

22. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918,

Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

23. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

24. L.F. Michael to Cato Sells, November 28, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

25. Memorandum, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

26. Memorandum, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

27. Memorandum, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

28. Memorandum, 1918, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

29. Rudolph Hertz to Harry L. Gandy, House of Representatives, February 4, 1919, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

30. Rudolph Hertz to Harry L. Gandy, House of Representatives, March 29, 1919, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

31. Cato Sells to Harry L. Gandy, House of Representatives, June 27, 1919, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

32. Cato Sells to C.J. Crandall, Pierre School, July 1, 1919, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

33. C.J. Crandall, Pierre School, to Cato Sells, July 5, 1919, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

34. C.J. Crandall, Pierre School, to Cato Sells, July 5, 1919, File: 53689-1918, Pierre, 731, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

35. Year: *1920, Census Place: Cantonment, Blaine, Oklahoma,* Page: *5A*, Enumeration District: *7,* Fourteenth Census of the United States, 1920, Records of the Bureau of the Census, Microfilm *T625, roll 1453,* RG 29, NARA Washington.

36. C.J. Crandall to Cato Sells, February 27, 1920, File: 11919, Pierre, 732, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

37. C.J. Crandall to Cato Sells, February 12, 1920, File: 11919, Pierre, 732, Pierre, Box 13, CCF, 1907-39, RG 75, NARA, Washington.

38. Pierre Indian School, South Dakota, Annual Report, Narrative Section, 1920, Section 2: Health, Annual Narrative and Statistical Reports from Field Jurisdictions of the Bureau of Indian Affairs, 1907–1938, Pierre, 1910–35, Pima, 1910–22, M-1011, roll 104, RG 75, NARA Washington.

39. C.J. Crandall to Cato Sells, April 23, 1921, File: #173, Superintendents "Official" Correspondence, 1916–1926, Pierre Indian School, Pierre, South Dakotas, Box 31, RG 75, NARA Kansas City.

40. C.J. Crandall to Cato Sells, April 23, 1921, File: #173, Superintendents "Official" Correspondence, 1916–1926, Pierre Indian School, Pierre, South Dakotas, Box 31, RG 75, NARA Kansas City.

41. C.J. Crandall to Cato Sells, February 12, 1920, File: 11919, Pierre, 732, Pierre, Box 13, CCF, 1907–39, RG 75, NARA, Washington.

42. C.J. Crandall to Cato Sells, April 23, 1921, File: #173, Superintendents "Official" Correspondence, 1916–1926, Pierre Indian School, Pierre, South Dakotas, Box 31, RG 75, NARA Kansas City.

43. C.J. Crandall to Cato Sells, April 23, 1921, File: #173, Superintendents "Official" Correspondence, 1916–1926, Pierre Indian School, Pierre, South Dakotas, Box 31, RG 75, NARA Kansas City.

44. "Old Timer in U.S. Indian Service Dies," in *Rosewell Daily Record,* Rosewell, NM, October 13, 1930, p. 1; "Former Indian Agent in South Dakota Taken by Death," in *Sioux City Journal,* Sioux City, Iowa, October 14, 1930, p. 6.

45. Prucha, Francis Paul, *The Great Father: The United States Government and the American Indians*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1984, p. 857–858.

46. Prucha, Francis Paul, *The Great Father,* p. 862–863.

47. Ivory, Danielle, Gebeloff, Robert, and Mervosh, Sarah, "Young People Have Less COVID-19 Risk, but in College Towns, Deaths Rose Fast," in *The New York Times*, December 12, 2020; Quintana, Chris and Stucka, Mike, "'Astonishingly Risky': COVID-19 Cases at Colleges Are Fueling the Nation's Hottest Outbreaks," in *USA Today*, September 11, 2020; Hebel, Sara, "College Towns Felt Ignored by Universities and Resented the Students. Then COVID-19 Hit," in *USA Today*, June 6, 2021.

ANTERO FERREIRA,* CÉLIA OLIVEIRA,**
FÁTIMA SILVA*** & TÂNIA FERREIRA****

# A Gripe Espanhola em Guimarães: crise e estratégias de recuperação

*
Casa de Sarmento – Universidade do Minho e CITCEM

**
Casa de Sarmento – Universidade do Minho

***
Casa de Sarmento – Universidade do Minho

****
CITCEM

# 1. Introdução

Desde 2017 que temos vindo a estudar o impacto da pandemia da "gripe espanhola" no concelho de Guimarães. Nos primeiros trabalhos que realizámos, partimos dos registos de óbito entre os anos de 1915–1921 e dos registos do importante Hospital da Misericórdia, sediado em Guimarães, para caracterizar a mortalidade e morbilidade nesse período. Ao mesmo tempo, recorrendo à imprensa da época, procuramos caracterizar o modo como a comunidade viveu esta tragédia[1].

Neste trabalho, para além de apresentar uma síntese do impacto da "gripe espanhola" em Guimarães, analisaremos, através do estudo da nupcialidade, os mecanismos de recuperação da população, tentando compreender como, em 1930, doze anos após a crise pandémica, a população do concelho já havia retomado o seu ritmo de crescimento.

# 2. Fontes e metodologia

Para a análise que vamos empreender, foi essencial, em primeiro lugar, reunir um conjunto de fontes demográficas com informação ao nível regional e local, fundamentalmente, os *Recenseamentos da População Portuguesa* de 1911, 1920 e 1930, a *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal* (anos de 1913 a 1925) e a *Estatística Demográfica — Movimento da População* (anos de 1913 a 1921)[2]. Utilizamos as bases de dados que tínhamos organizado em trabalhos anteriores a partir do *Registo de Entrada de Doentes no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães* (1918–1919)[3] e dos registos de óbitos do concelho de Guimarães (1918–1919)[4].

Especificamente para esta investigação, procedemos ao levantamento dos registos de casamento do concelho de Guimarães, de 1912 a 1930, totalizando 8.857 casamentos. Trata-se de uma fonte muito rica, onde podemos recolher informação detalhada sobre cada um dos noivos: a idade, o estado civil (se se tratar de um viúvo/a é referida a data em que terminou o casamento anterior), a naturalidade, a residência e a profissão. Apresenta ainda o nome e profissões dos respetivos progenitores, com a indicação se ainda são vivos.

Tal como temos vindo a proceder noutros trabalhos, organizamos todas as profissões recorrendo à classificação HISCO[5], o que facilita, posteriormente, a análise qualitativa desta variável.

| Ano | Óbitos |
|---|---|
| 1915 | 1399 |
| 1916 | 1261 |
| 1917 | 1459 |
| 1918 | 2286 |
| 1919 | 2139 |
| 1920 | 1690 |
| 1921 | 1393 |

**Tabela 1**
**Óbitos no concelho de Guimarães**

Fonte: Registos de óbitos do concelho de Guimarães (1915–1921).

# 3. A Gripe Espanhola em Guimarães

Svenn-Erik Mamelund, ao refletir sobre os custos económicos e sociais da *influenza*, afirma que "[a] pandemia de 1918–20 é um caso especial, não só devido à sua elevada letalidade e subsequente alta taxa de mortalidade, mas principalmente, ao contrário do que era habitual, pelo grande aumento da mortalidade no grupo de idades entre os 20–40 anos. As consequências foram a dissolução de um número extraordinário de casamentos de jovens adultos devido à morte de um dos esposos e à trágica orfandade dos seus filhos"[6].

Esta afirmação transporta-nos para uma perspetiva diferente na análise da pandemia, que não se limita a procurar medir a mortalidade deste difícil período, mas também avaliar o impacto na estrutura da população e perspetivar ainda os mecanismos de recuperação nos anos subsequentes.

Centrando-nos no concelho de Guimarães, conhecemos já, através dos estudos que temos desenvolvido desde 2017, o impacto da "gripe pneumónica" neste território. A simples análise do movimento anual da mortalidade, entre 1915 e 1921, demonstra as dificuldades sentidas nos anos de 1918 e 1919, em que se verifica, praticamente, uma duplicação do número de óbitos **[Tabela 1]**.

Na imprensa local, noticia-se a chegada da "gripe espanhola" a Guimarães no dia 24 de setembro de 1918[7]. Até esta data, todas as notícias sobre a ação da epidemia dizem respeito a outros concelhos.

A partir da base de dados que reúne todos os óbitos ocorridos no concelho de Guimarães, entre 1918 e 1919, realizamos o **Gráfico 1**, que nos apresenta o movimento semanal dos óbitos por gripe. Recorrendo ao modelo de Serfling[8], traçamos as curvas do movimento esperado e do limiar epidémico, representando o que seria o movimento habitual da gripe sazonal e o limite a partir do qual se considera que estamos perante um surto. O que se observa claramente neste gráfico é que a um perfil normal de mortalidade por gripe, sucede, a partir da segunda quinzena de setembro, uma elevação extraordinária, que prossegue o seu crescimento durante o mês de outubro, diminuindo lentamente durante os meses de novembro e dezembro. Nestes três meses, calculamos que morreram 340 pessoas no concelho, devido à "gripe pneumónica" (com diagnósticos de gripe e pneumonia[9]), o que corresponde a uma sobremortalidade de cerca de 385%. Como consequência, a mortalidade durante o ano de 1918 quase duplicou, concentrando-se 56% dos óbitos nos meses de setembro a dezembro.

Uma outra observação que podemos retirar da análise do **Gráfico 1** é o facto de não ser evidente a existência de uma primeira vaga no mês de maio, no concelho de Guimarães. Por outro lado, se durante o ano de 1919 ainda observamos uma atividade significativa da gripe, não chegamos a encontrar uma nova vaga epidémica[10].

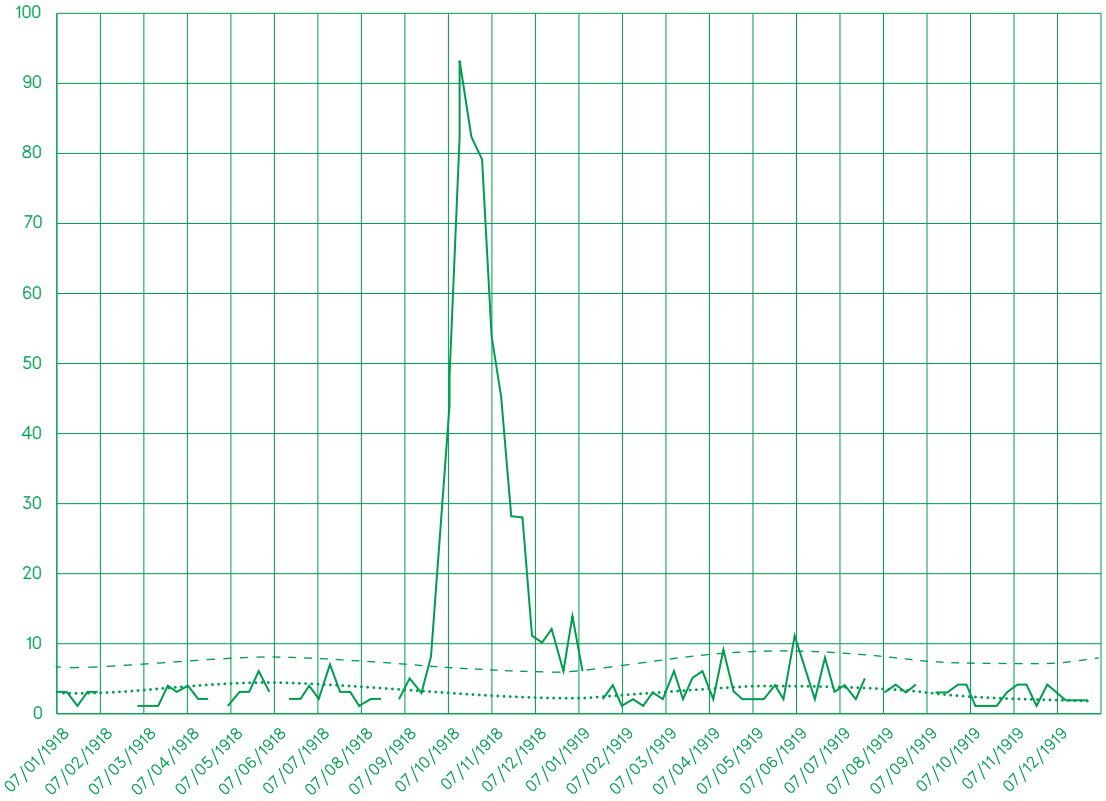



**Gráfico 1**
**Evolução semanal dos óbitos de gripe (1918–1919)**

Óbitos
Limiar epidémico
Esperado

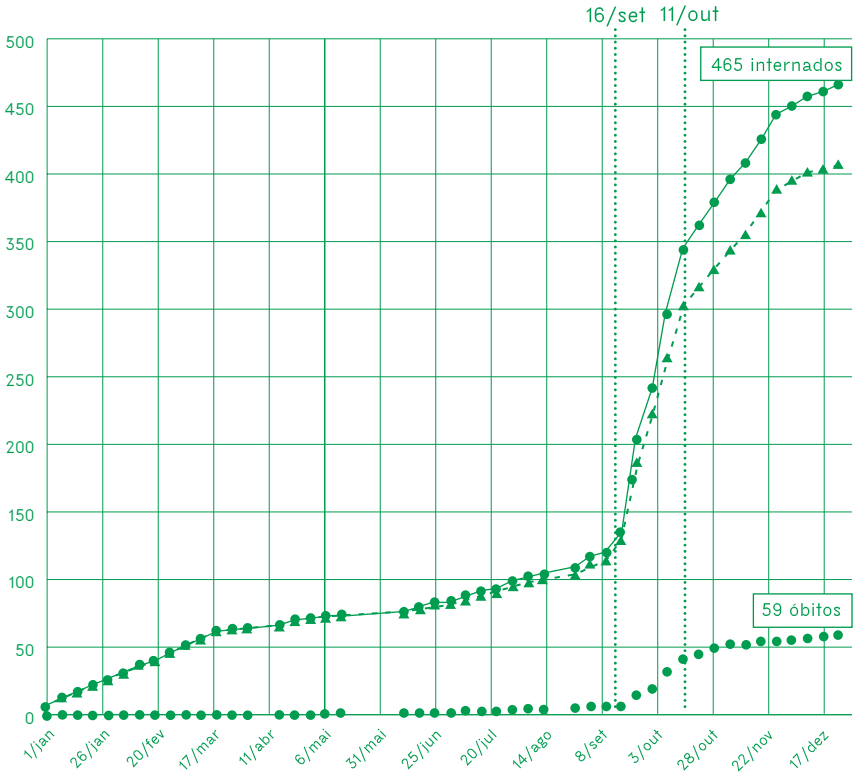
Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de óbitos do concelho de Guimarães (1918–1919).

A mesma tendência pode ser encontrada na evolução dos internamentos por gripe no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, que acompanhamos nos anos de 1918 e 1919. No **Gráfico 2**, através da representação das frequências acumuladas, podemos observar que a inflexão no ritmo normal de internamentos ocorre na semana que se inicia em 16 de setembro de 1918, crescendo de forma exponencial até finais de outubro, momento em que começa lentamente a diminuir. A partir do mês de dezembro, o número de internamentos por gripe reduz-se significativamente, aproximando-se lentamente dos valores habituais para o período. Observamos que a maior parte dos óbitos de doentes internados com gripe ocorre entre 16 de setembro e 11 de outubro, calculando-se que neste período a taxa de letalidade foi de 16,1%[11].

Se analisarmos o perfil da mortalidade por grupos etários, podemos entender melhor as características e o impacto da pandemia sobre a população. No **Gráfico 3**, traçamos o perfil da mortalidade para três períodos: o ano de 1915, que nos vai servir de referência, e os anos de 1918 e 1919, com atividade pandémica.

Comparando com 1915, em 1918 observamos uma elevação da mortalidade em todos os grupos etários, destacando-se as primeiras idades (0–1 e 4–5 anos) e as idades jovens e adultas, principalmente entre os 25 e 35 anos. A curva dos grupos mais idosos

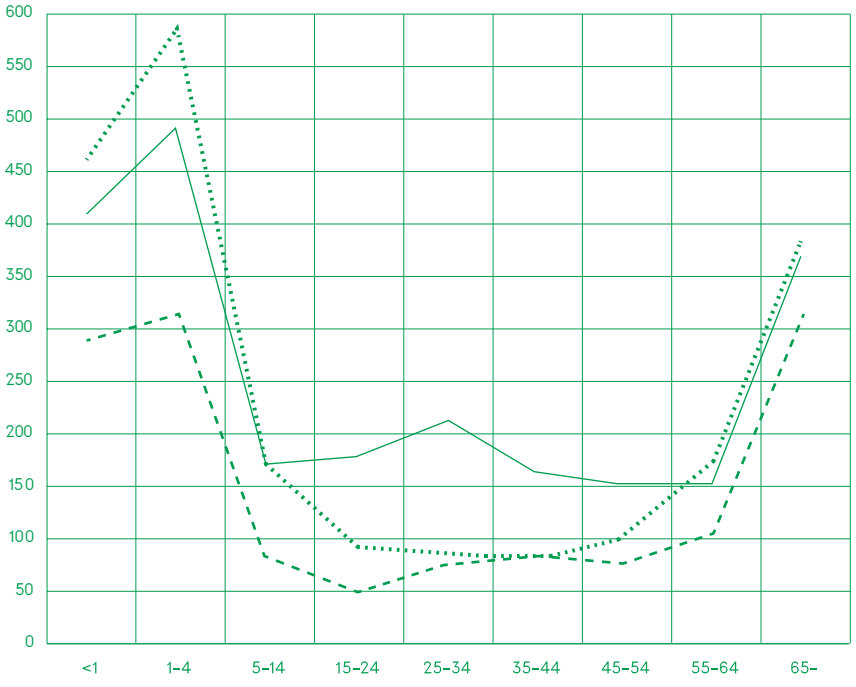
**Gráfico 2**
**Doentes internados com gripe no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães (1918)**




Internados
Curados
Falecidos

Fonte: Registo de internamentos do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães.

**Gráfico 3**
**Óbitos por grupos de idade (1915, 1918 e 1919)**




1915
1918
1919

Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de óbito do concelho de Guimarães.

não tem alterações muito significativas. Este perfil corresponde aos resultados habitualmente referidos pela bibliografia, que destacam, como particularidade da "gripe espanhola", a incidência da mortalidade no grupo dos jovens adultos, entre os 20 e 40 anos, o que a distinguiu do padrão habitual da gripe sazonal, que concentrava os seus efeitos nas idades mais jovens e nos idosos[12].

Por outro lado, se atentarmos na curva referente ao ano de 1919, verificamos que o seu perfil se ajusta ao do ano de 1915, com exceção dos grupos etários mais jovens (0 aos 5 anos), em que se observou uma mortalidade mais acentuada, ultrapassando até o difícil ano de 1918. A análise das causas de óbito em 1919 revelou-nos o importante impacto de uma epidemia de varíola no concelho de Guimarães, que foi responsável por este aumento da mortalidade[13].

Para avaliar o impacto da crise epidémica na estrutura da população, sobrepusemos no **Gráfico 3** as pirâmides etárias elaboradas a partir dos recenseamentos da população de 1911 e 1920 **[Gráfico 4]**. Como seria de esperar face ao que temos vindo a descrever, as maiores diferenças situam-se nas duas primeiras classes (0–4 e 5–9 anos), em que o número de efetivos é inferior em 1920, o mesmo acontecendo entre os 20 e os 34 anos, não existindo diferenças muito significativas entre os dois sexos.

O reflexo desta crise de mortalidade é evidente na quebra de crescimento da população vimaranense, observada a partir dos resultados dos censos. Na realidade, se o concelho perdeu, entre 1911 e 1920, 2.766 habitantes, em 1931, dez anos depois, tinha mais 4.989 residentes do que em 1910. Em dez anos, de 1920 a 1930, a população do concelho aumentou cerca de 14%. Como foi possível esta recuperação?

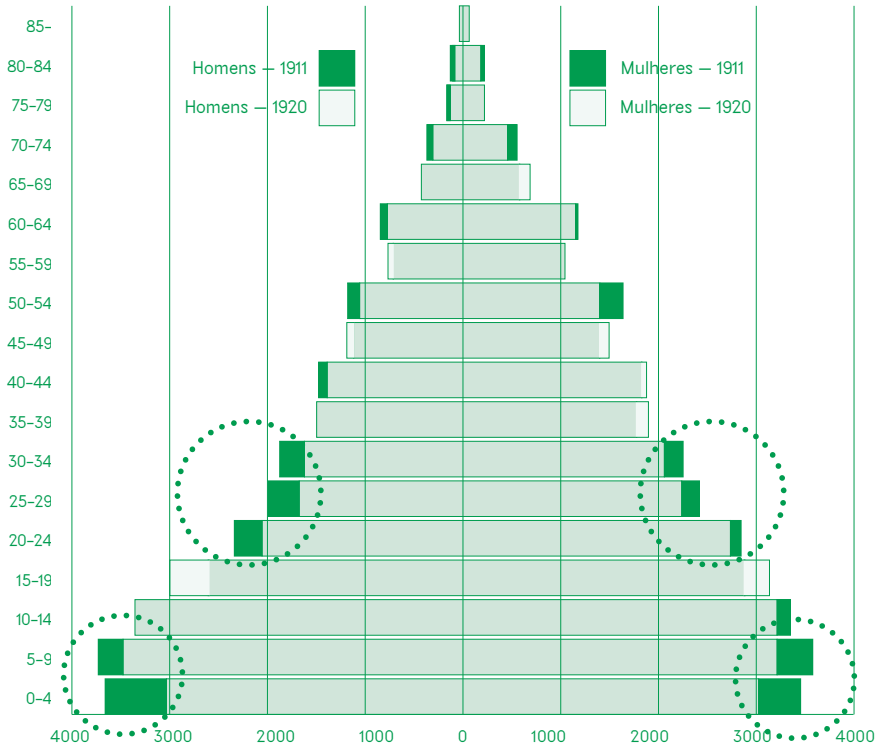
Svenn-Erik Mamelund, como vimos, destaca o impacto da crise pandémica na nupcialidade, com "(...) a dissolução de um número extraordinário de casamentos de jovens adultos devido à morte de um dos esposos (...)"[14]. Do mesmo modo, a morte de jovens adultos que, potencialmente, se iriam casar nos anos seguintes, representa também uma perda importante no mercado matrimonial.

Teresa Rodrigues, analisando a evolução da população portuguesa neste período, refere o impacto da "gripe espanhola", que descreve como:

> "(...) o último episódio de crise de mortalidade típica do antigo regime demográfico (...). Este período constitui o momento mais grave da conjugação de factores económicos, sociais e políticos adversos, reflectindo-se num recuo generalizado do nível médio de vida das gentes portuguesas, na redução da esperança média de vida e numa sobremortalidade geral. Porém, uma vez terminada essa fase negativa, a população reiniciou o seu movimento ascendente, que nem o início da Segunda Guerra Mundial conseguirá travar"[15].

**Gráfico 4**
**Pirâmide etária do concelho de Guimarães (1911–1920)**

Fonte: Recenseamentos portugueses (1911–1920).




Esta caracterização da pandemia de "gripe espanhola" como uma crise típica de antigo regime demográfico, leva-nos a refletir e analisar os processos de recuperação da população que se desenvolvem nos anos subsequentes à pandemia. Atentemos no modelo das crises demográficas, sintetizado por Livi Bacci **[Figura 1]**: à súbita elevação da mortalidade corresponde, de imediato, um declínio dos casamentos e dos nascimentos; com a diminuição da mortalidade, segue-se uma recuperação dos casamentos e um aumento da natalidade, que permite a recuperação da população e o seu retorno aos valores normais. Estará este modelo ajustado à realidade da crise de 1918? Importa analisar o comportamento das principais variáveis demográficas para procurarmos entender, em primeiro lugar, como refletem o impacto da crise e, posteriormente, como evoluem de modo a possibilitar a recuperação da população.

Comecemos por analisar a relação entre o movimento dos óbitos e o dos nascimentos. O **Gráfico 5** permite-nos avaliar a tendência destas duas variáveis. Em 1918, como já analisamos, há um importante incremento da mortalidade, a que corresponde um recuo da natalidade, que se acentua, como seria de esperar, durante o ano seguinte. A partir de 1919, com a diminuição da mortalidade, criam-se condições para a recuperação da natalidade, que rapidamente atinge os valores anteriores à crise, tendência que se mantém até 1930.

**Figura 1**
**Diagrama da Crise de Mortalidade**

Fonte: Livi Bacci, Massimo, "Demographic Shocks: the View from History", in *Popolazione e storia*, 2, n.º 2, 2001, p. 93–114, https://doi.org/10.4424/287.

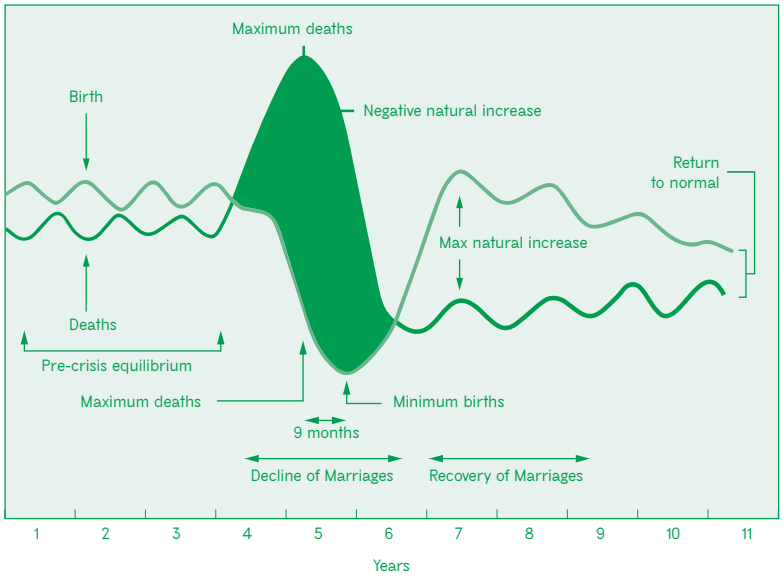
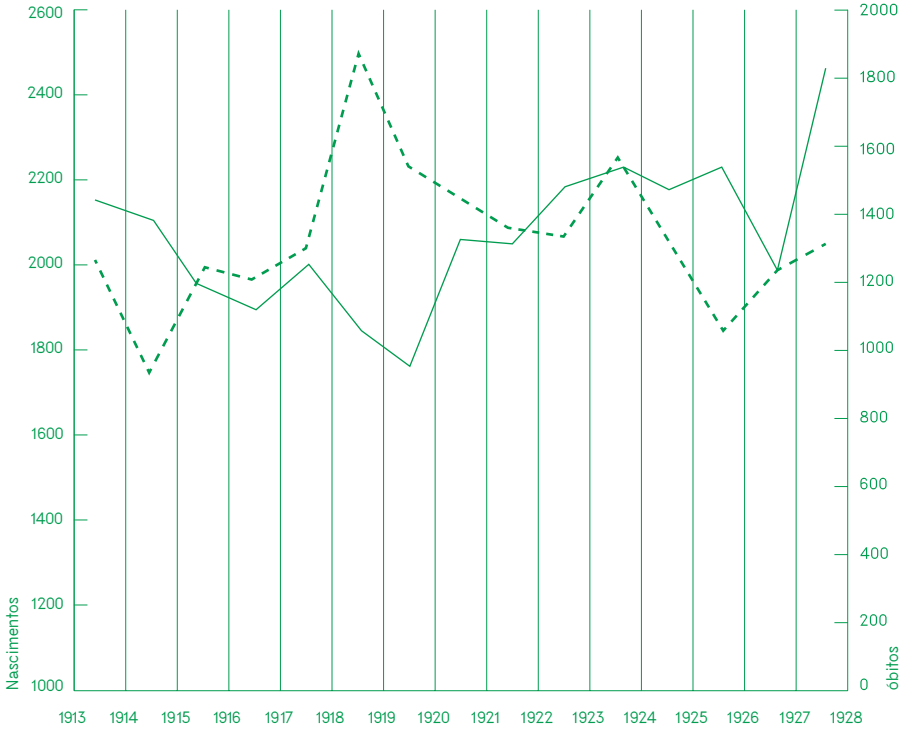



**Gráfico 5**
**Evolução dos nascimentos e óbitos no concelho de Guimarães (1913–1920)**

Nascimentos

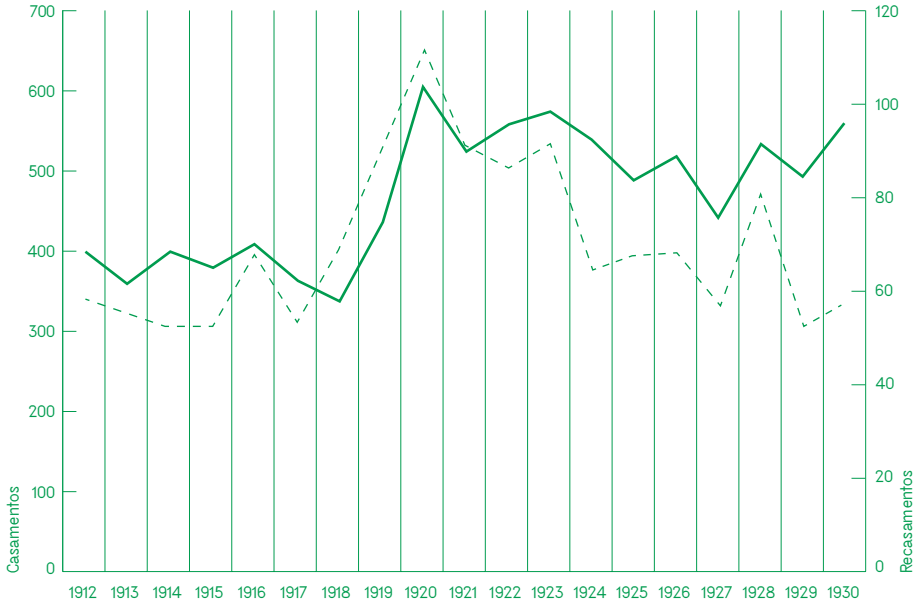
Óbitos

Fonte: Estatística do Movimento da População de 1915–1925 e 1929–30.




Se analisarmos o movimento da nupcialidade durante este período **[Gráfico 6]**, observamos uma diminuição do número de casamentos em 1918, que aumenta exponencialmente a partir de 1919. Quanto ao recasamento, encontramos um movimento semelhante, mas que se inicia logo em 1918. Esta tendência da nupcialidade mantém-se elevada até ao final da década de 1930.

**Gráfico 6**
**Evolução dos casamentos no concelho de Guimarães (1912–1930)**




Fonte: Registos de casamento do concelho de Guimarães (1912–1930).

| | Média 1912–1917 | 1917 | 1918 | 1919 | 1920 | Média 1919–1924 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Óbitos de solteiros (15–45 anos) | | | 252 | 143 | | |
| Casamentos dissolvidos (15–45 anos) | | | 348 | 132 | | |
| Casamentos realizados | 379 | 356 | 331 | 426 | 605 | 532 |
| Recasamentos | 52 | 50 | 66 | 88 | 107 | 86 |

**Tabela 2**

Fonte: Registos de óbitos do concelho de Guimarães (1918–1919) e registos de casamento do concelho de Guimarães (1912–1924).

Um outro indicador essencial nesta análise, a idade média ao primeiro casamento das mulheres, acompanha esta tendência, embora não sofra alterações significativas: partindo de 24,8 anos em 1917, aumenta para 25,2 em 1918 e 1919, regressando aos valores iniciais depois de 1920.

A **Tabela 2** sintetiza perfeitamente a interação destas variáveis demográficas, permitindo-nos perceber quer o impacto da crise, quer os mecanismos de recuperação da população. Se tomarmos o número de dissoluções de casamento em 1919 (132) como referência, verificamos que o valor de 348, que se verifica em 1918, representa um aumento de 260%. A este valor temos de somar o número de óbitos de solteiros entre os 15 e os 45 anos, que foi de 252, praticamente duplicando os valores de 1919.

Quanto ao volume de casamentos, mais do que a diminuição verificada em 1918, o que merece destaque é o crescimento contínuo nos anos seguintes, sinal de que houve uma grande abertura do mercado matrimonial, certamente uma consequência do volume de dissoluções que se verificaram em 1918. No mesmo sentido, também os recasamentos sofrem um incremento, sentido de imediato a partir de 1918. Como sabemos, o recasamento

masculino era frequente, principalmente no caso dos homens viúvos com filhos menores, o que pode explicar esta observação.

Confirma-se, assim, a perspetiva de Teresa Rodrigues, quando afirma que a crise pandémica da "gripe espanhola" tem muitas semelhanças com as crises demográficas de antigo regime. As características das principais variáveis demográficas, como acabamos de observar, aproximam-se do modelo apresentado por Livi Bacci para as crises tradicionais: a um aumento súbito do número de mortos, corresponde uma diminuição do número de casamentos e, nove meses depois, um declínio do número de nascimentos. Rapidamente o número de casamentos tende a aumentar, favorecendo a recuperação da natalidade, o que, com a normalização do volume dos óbitos, acaba por conduzir a população a um novo período de equilíbrio.

Conforme referimos, esta rutura no equilíbrio da população proporciona uma abertura do mercado matrimonial, o que, no concelho de Guimarães, acaba por arrastar a alteração de uma outra variável que caracteriza a demografia neste território — o celibato definitivo feminino. De facto, são vários os estudos que vêm assinalando o elevado peso do celibato definitivo nesta região do norte de Portugal, podendo-se citar por todos o importante trabalho de Livi Bacci, *A Century of portuguese fertility*[16]. O celibato definitivo feminino, o que mais impacto tem na natalidade, reduz-se sucessivamente a partir de 1911, de 22% para 21% em 1920 e, ainda mais, para 18% no ano de 1930, o que também contribui para explicar o aumento do número de casamentos e o consequente crescimento do número de nascimentos.

A conjugação destas variáveis teve, sem dúvida, um peso importante na recuperação da população do concelho que, como já vimos, entre 1920 e 1930 cresceu cerca de 14%, recuperando as perdas sofridas na década anterior.

## 4. Notas finais

Em primeiro lugar, tal como já havíamos referido em trabalhos anteriores, é muito difícil desenvolver estudos ao nível concelhio, devido ao facto de os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), na sua maioria, estarem agregados ao nível do distrito. Esta limitação conduziu-nos ao levantamento dos registos de óbito e dos casamentos do concelho, operação muito morosa, com grande exigência de recursos humanos, mas, sem dúvida, compensada pelo rigor e qualidade da informação recolhida. Este deveria ser um caminho a prosseguir noutros projetos, de modo a ultrapassar lacunas na análise regional das variáveis demográficas.

Acresce ainda que o confronto das estatísticas oficiais com os dados recolhidos nos registos de óbito e de casamento, revela algumas incoerências que nos podem levar a questionar a

qualidade desta informação estatística, principalmente à escala local e regional.

Sobre o impacto da "gripe espanhola" no concelho de Guimarães, sintetizamos o cenário já apresentado em trabalhos anteriores, demonstrando a prevalência neste território da segunda vaga da pandemia e destacando a elevada taxa de letalidade (15,7%) nos doentes internados no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães. Pudemos ainda comprovar o impacto da pandemia junto das gerações mais jovens e a consequente dissolução de um elevado número de casamentos.

A análise dos mecanismos de recuperação permitiu-nos destacar o importante papel da nupcialidade, cuja intensificação criou condições para o retomar do ritmo de crescimento populacional do concelho.

Este não é um trabalho acabado. Temos consciência que é um estudo preliminar que urge desenvolver, nomeadamente alargando o levantamento dos registos de óbito a toda a década de 1910–1920 e procedendo ao levantamento dos registos de nascimento para os limites temporais desta investigação. Consideramos, contudo, que os resultados que apresentamos nos permitem, desde já, entrever o modo como a população do concelho conseguiu recuperar o ritmo de crescimento, ultrapassando as graves dificuldades provocadas pela crise pandémica.

**Notas**

1. Ferreira, Antero, Oliveira, Célia, "Os enterros também se fazem à noite: a pneumónica em Guimarães", in Ferreira, Antero (coord.), *A gripe espanhola de 1918*, Guimarães, Casa de Sarmento — Centro de Estudos do Património, 2020, p. 137; Ferreira, Antero, Oliveira, Célia, Silva, Fátima, "Um grito de alarme. O estado sanitário de Guimarães (1918–1919)", in *Revista de Guimarães*, vol. 129, 2019, p. 115–150.

2. Estas obras podem ser consultadas na página web do Instituto Nacional de Estatística.

3. Os livros de registos de entrada de doentes no Hospital da Santa Casa podem ser consultados no Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães.

4. Estes registos foram consultados no Arquivo Municipal Alfredo Pimenta. Ferreira, Antero, Oliveira, Célia, "The impact of the "spanish flu" in the city of Guimarães", in *Revista de Demografia Histórica — Journal of Iberoamerican population studies,* xxxviii, iii, 2020, p. 55–79.

5. Leeuwen, Marco H. D. van, Maas, Ineke, Miles, Andrew, *HISCO: historical international standard classification of occupations*, Leuven, Leuven University Press, 2002.

6. Mamelund, Svenn-Erik, "Influenza, Historical", in Heggenhougen, Harald Kristian (Kris) (ed.), *International Encyclopedia of Public Health*, Oxford, Academic Press, 2008, p. 605.

7. Em 19 de setembro, foi internado o primeiro doente no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães com o diagnóstico de "gripe pneumónica".

8. Serfling, Robert E., "Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths", in *Public Health Reports*, 78, n.o 6, 1963, p. 494–506; McConeghy, Kevin W., *Serfling Model Background*, 2019, in <https://kmcconeghy.github.io/flumodelr/articles/04-serfling.html> [acedido em 18 de novembro de 2020].

9. Seguimos a opinião de outros autores considerando que os óbitos atribuídos à pneumonia ou bronquite estariam relacionados com casos de gripe, como, por exemplo, Laura Cilek, Gerardo Chowell, e Diego Ramiro Fariñas. «Age-Specific Excess Mortality Patterns During the 1918–1920 Influenza Pandemic in Madrid, Spain». *American Journal of Epidemiology*, n.o 12 (2018): 2511–2523. https://doi.org/10.1093/aje/kwy171.

10. Ferreira, Antero, Oliveira, Célia, "Os enterros também se fazem à noite: a pneumónica em Guimarães", in Ferreira, Antero (coord.), *A gripe espanhola de 1918*, p. 137; Ferreira, Antero, Oliveira, Célia, "The impact of the "spanish flu" in the city of Guimarães", p. 55–79.

11. A taxa de letalidade dos doentes internados com gripe, entre 16 de setembro e 31 de dezembro de 1918, foi de 15,1%. Para todo o ano de 1918, a taxa de letalidade de doentes internados com gripe foi de 12,8%.

12. Frada, João, *A gripe pneumónica em Portugal Continental — 1918*, Lisboa, Sete Caminhos, 2005; Taubenberger, Jeffery K., Morens, David M., "1918 Influenza: the Mother of All Pandemics", in *Emerging Infectious Diseases*, 12, n.o 1, 2006, p. 15–22"; Abreu, Laurinda, Serrão, José Vicente, "Revisitar a pneumónica de 1918–1919: introdução", in *Ler história*, 73, 2018, p. 9–19; Killingray, David, "A pandemia de gripe de 1918–1919: causas, evolução e consequências", in Sobral, José Manuel, Lima, Maria Luísa, Castro, Paula, Sousa, Paulo Silveira (eds), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918–1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, p. 41–61; Bandeira, Mário Leston, "A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica", in Sobral, José Manuel, Lima, Maria Luísa, Castro, Paula, Sousa, Paulo Silveira (eds), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918–1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, p. 131–154.

13. Ferreira, Antero, Oliveira, Célia, Silva, Fátima, "Um grito de alarme. O estado sanitário de Guimarães (1918–1919)", p. 115–150.

14. Mamelund, Svenn-Erik, "Influenza, Historical", in Heggenhougen, Harald Kristian (Kris) (ed.), *International Encyclopedia of Public Health*, Oxford, Academic Press, 2008, p. 605.

15. Rodrigues, Teresa, *História da população portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade,* Porto, CEPESE / Edições Afrontamento, 2008, p. 465.

16. Livi Bacci, Massimo, *A century of Portuguese fertility*, Princeton, Princeton University Press, 1971.

ALEXANDRA ESTEVES *

# A epidemia depois da pandemia: a encefalite letárgica

*
Departamento de História — Universidade do Minho
Lab2PT/IN2PAST

# A encefalite letárgica: a doença e a epidemia que marcou o século XX

A encefalite letárgica é apontada como um dos grandes enigmas do século xx. Trata-se de um transtorno neuro-psíquico, que pode resultar de uma infeção aguda provocada por agentes virais ou bacterianos, manifestando-se através de uma grande variedade de sintomas, entre os quais se destacam as perturbações no sono, movimentos anormais e alterações neuro-psíquicas[1].

Entre 1918 e 1920, o mundo sofreu os efeitos da gripe pneumónica, que rapidamente assumiu proporções pandémicas, potenciadas pelo contexto de guerra, ceifando inúmeras vidas, cuja contabilização ainda hoje não está fechada, mas que se estima que terão oscilado entre os 50 e os 100 milhões[2]. A História tem demonstrado que, ao contrário de outras doenças, como a peste bubónica ou a varíola, que se propagam de forma lenta, a gripe, apesar de menos letal, alastra mais rapidamente, sendo bem mais difícil de controlar[3]. No entanto, as marcas da pneumónica não se restringiram ao elevado número de mortos que provocou, mas incluíram também o rol de consequências nefastas nas áreas económica e social, entre outras, que se juntaram aos efeitos da guerra, e se prolongaram pelos anos seguintes.

Há quem aponte, como consequência da pandemia, sequelas do foro mental, que terão originado o aumento de internamentos em instituições manicomiais[4]. No entanto, esta asserção ainda não é passível de generalização, devido à ausência de estudos mais localizados em diferentes países, incluindo em Portugal. A comprovação de tal correlação exigiria a análise dos registos de entrada dos hospitais psiquiátricos, o que poderia não ser suficiente para o caso português, uma vez que muitos dos padecentes de enfermidades psiquiátricas eram tratados em casa, sem acompanhamento especializado. É de referir que, em Portugal, no início do século xx, a resposta assistencial no campo da saúde mental ficava muito aquém das necessidades, quando estariam identificados cerca de 12 000 doentes mentais. Além dos hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira, o país contava com mais duas instituições, mas de menor dimensão: o Instituto de São João de Deus, que abriu portas em 1883, e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Havia, ainda, duas casas de saúde, uma em Lisboa e outra no Porto, que não tinham capacidade para acolher mais de 20 doentes. Mais tarde, foi criado o Manicómio Câmara Pestana[5].

Na década de 1920, um novo flagelo, silencioso, intrigava as autoridades médicas e sanitárias, com uma sintomatologia algo bizarra, marcada pela forte sonolência e pela apatia que os doentes apresentavam: a encefalite letárgica. A doença irá gerar um intenso

debate internacional, no qual ficou bem patente a divergência de opiniões dos especialistas: uns consideravam-na uma enfermidade nova, relacionando-a com a "gripe espanhola", enquanto outros julgavam-na um problema antigo, que já se manifestara, ainda que de forma esporádica, noutros tempos históricos.

Foi nesta última linha de pensamento que se colocou Ricardo Jorge. Este médico advogava não só a antiguidade da doença, como também a sua presença secular em Portugal, associando-a a uma outra enfermidade — a modorra —, que ocorreu na Idade Moderna e que terá vitimado o rei D. Manuel I. Não esteve sozinho na defesa desta perspetiva, pois outros autores defenderam que o suor inglês, o *mal mazzuco*, registado em Itália, em 1597, a *Kriebelkrankheit*, na Alemanha, em 1672–1675, a *Rafania*, na Suécia, em 1754–1757, ou a *nona*, verificada em Itália, mais não eram do que a mesma doença que se anunciava como sendo nova em 1917[6]. Esta última, que terá sucedido à epidemia de gripe russa (1889–1890), seria uma enfermidade que apareceu repentinamente e que matava num curto espaço de tempo, após a passagem da vítima por um estado de letargia. Da Península Itálica, a doença chegou à Hungria, Dalmácia, Bulgária, Áustria e Alemanha, tendo alcançado a Inglaterra e até o continente americano.

Os defensores da pré-existência da doença entendem que, após as epidemias de gripe de 1580, 1658, 1675, 1711, 1729, 1767, 1780, 1830, 1847 e 1889, foram registadas encefalites. Sabe-se que a gripe é uma doença recorrente ao longo da história, considerando alguns autores que o surto mais antigo terá acontecido no século v a. C., em Atenas. No entanto, é difícil estudar a doença antes do século xv. Aventa-se a hipótese de ter sido um português, Valesco de Tarento, o primeiro médico a descrever a enfermidade ainda no século xiv[7]. Alguns dos surtos epidémicos acima referidos destacaram-se pela dimensão da mortalidade que causaram, como foi o caso do ocorrido em 1580, que afetou não apenas a Europa, mas atingiu também os continentes africano e asiático. Relativamente ao surto de 1889 de gripe russa, alguns historiadores associam-na a sintomas neurológicos e do foro psiquiátrico. O médico Julius Althus admitia a existência de três tipos de gripe: nervosa, gastrointestinal e catarral. Defendia que a gripe russa se inscrevia na primeira tipologia[8].

A epidemia de encefalite, que sucedeu à gripe espanhola, revestiu características únicas, pela sua frequência, virulência e pelas sequelas que provocou[9]. No entanto, a existência de uma relação entre as duas epidemias não é consensual[10]. Crookshank procura, precisamente, demonstrar que a encefalite foi aparecendo após surtos de gripe. Um outro argumento a favor da ligação entre as duas enfermidades provém da epidemia de *nona* de 1890, que se seguiu ao surto de gripe russa. No entanto, os seus opositores contestam-na, invocando, entre outras razões, o facto de a epidemia de encefalite letárgica ter precedido a de

"gripe espanhola", dado que terá começado em 1915[11], e mesmo o diagnóstico de von Economo ser anterior à gripe espanhola (1917). Todavia, importa notar que há perspetivas que defendem que a "gripe espanhola" já se encontrava na Europa em 1916 e 1917. Por conseguinte, a encefalite letárgica poderia ser contemporânea da "gripe espanhola"[12]. Por outro lado, a epidemia continuou a manifestar-se muito depois de a "gripe espanhola" ter deixado de se fazer sentir.

Em 1917, Constantim von Economo, médico psiquiatra e neurologista, descreveu a encefalite letárgica, na intervenção que fez na Sociedade de Psiquiatria e Neurologia de Viena. No ano anterior, este médico romeno tinha observado nos seus pacientes um quadro neurológico anormal, tendo sido aventadas diversas hipóteses, incluindo a de se tratar de meningite. Contudo, a excessiva letargia dos doentes intrigava o clínico. No ano seguinte, redigiu o manuscrito onde expunha o que julgava ser a sua descoberta. Todavia, esta foi contestada por René Cruchet, médico francês, que se autoproclamava o descobridor da nova doença[13].

Para além da questão da originalidade da doença, há uma outra que se prende com o surgimento da epidemia, difícil de apurar num contexto marcado pela guerra. Segundo algumas perspetivas, terá começado em 1915, na Roménia, e, tal como sucedeu com a gripe espanhola, deslocou-se com os exércitos, no decurso da I Guerra Mundial. Em 1917, já se manifestava em Viena, seguindo-se a Inglaterra e a França, em 1918. Em Inglaterra, os primeiros casos surgiram em Manchester e em Sheffield na primavera desse ano. Neste país, foi confundida, inicialmente, com o botulismo, doença que afeta o sistema neurológico de um indivíduo, causada por uma potente toxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*, encontrada no solo, na alimentação e nas fezes humanas ou de animais. No ano seguinte, a epidemia já estava espalhada por todo o Velho Continente, acabando por chegar aos Estados Unidos e ao Canadá, à América Central e também à Índia. Inicialmente, julgava-se que se tratava de diferentes doenças, tal como havia sucedido com a gripe espanhola.

Embora tenha chegado a todo o mundo, a Europa, a América do Norte e a União Soviética foram os territórios mais afetados. O pico da encefalite letárgica terá ocorrido entre 1920 e 1924. A partir desta data, não desapareceu, mas assumiu um caráter esporádico, havendo casos ainda nos dias de hoje. Estima-se que, no período compreendido entre 1917 e 1930, tenha vitimado cerca de um milhão de pessoas. Porém, o desconhecimento inicial sobre a doença e a diversidade de sintomas levaram, decerto, à subavaliação da sua mortalidade.

Durante a fase epidémica, a doença revelou o seu cariz "democrático": atingia indivíduos de diferentes estratos sociais e idades, embora com particular incidência na faixa etária entre os 10 e os 30 anos[14]. O género também não era um fator

condicionante. No entanto, os casos tenderam a concentrar-se nos centros urbanos, o que, decerto, pode ser explicado, entre outras razões, pela concentração de gente, além de que as dificuldades de conseguir um diagnóstico seguro eram maiores nos meios rurais, dada a falta de recursos materiais e humanos[15].

A controvérsia é grande relativamente à etiologia da doença, que continua por esclarecer[16]. Desde os inícios do século xx, foram avançadas diversas teorias: uma admite a origem ambiental, toxicológica; outra defende a origem infeciosa, causada por um vírus ou bactéria; e, mais recentemente, uma terceira teoria aponta para a autoimunidade. Von Economo chegou a admitir a sua origem toxicológica, defendendo a possibilidade de envenenamento, dado que os pacientes apresentavam também distúrbios gastrointestinais. Considerou ainda a hipótese da relação da doença com outras enfermidades, como a febre tifoide, o tifo ou a sífilis. Todavia, com base em estudos experimentais, analisando os tecidos cerebrais, concluiu que se tratava de uma doença provocada por um vírus[17].

Durante o período epidémico da doença, foram efetuadas várias experiências, desacreditadas mais tarde, em 1941, por Josephine B. Neal, que concluiu que a doença era causada por um vírus não identificado. Refira-se que Neal integrava a Matheson Comission, organizada para estudar a doença, tendo publicado o primeiro de três relatórios em 1929[18]. Já no século xxi, novas hipóteses foram aventadas, mas o estudo da etiologia da doença é dificultado pelo reduzido número e falta de qualidade das amostras do período epidémico, bem como pela ausência de novos casos na atualidade.

Há ainda uma outra questão que se prende com a sua contagiosidade, que chegou a ser defendida por alguns autores. No entanto, a ideia de que a doença se transmitia de pessoa para pessoa acabou por ser rejeitada.

## A encefalite letárgica em Portugal

A nossa investigação reporta-se ao quadro nacional, procurando conhecer o debate suscitado pela encefalite letárgica, que incidiu sobre a sua identificação, sintomatologia e, particularmente, sobre a sua ligação à pandemia de gripe pneumónica e à possibilidade de se tratar ou não de uma doença nova. Sempre que possível, procuraremos estabelecer um paralelismo com contextos internacionais, tendo como base os escritos de Ricardo Jorge sobre a matéria em apreço, os textos de outros médicos publicados em revistas da especialidade, relatórios sobre as doenças de declaração obrigatória e notícias publicadas na imprensa nacional generalista sobre a doença.

A encefalite letárgica apareceu em Portugal em fevereiro de 1919. No jornal da *Sociedade das Sciências Médicas de Lisboa,* a propósito da sessão de 22 de março de 1919, fazia-se referência ao primeiro

caso identificado no país. O doente, que terá sido observado por Assis Lopes, assistente do médico Cancela de Abreu, terá revelado sintomas no aparelho digestivo e insónias, antes do agravamento do seu estado de saúde[19]. Na sessão seguinte da referida Sociedade, a 24 de março de 1919, o médico Oliveira Soares expôs o caso de uma doente que entrou no Hospital do Rego, em Lisboa, cuja sintomatologia e resultados da autopsia também apontavam para encefalite letárgica[20]. Foi nos meses de abril que os casos começaram a surgir em maior número, atingindo o pico em julho desse ano[21]. Até junho, teriam ocorrido apenas sete casos. A doença foi permanecendo principalmente na capital, mas também surgiram casos em Ponta Delgada, Porto, Beja e Castelo Branco.

Mais tarde, já em 1922, alguns médicos consideraram que a primeira ocorrência de encefalite letárgica em Portugal teria sido detetada por Egas Moniz, em 1912, ou seja, cinco anos antes da apresentação da doença por Constantim von Economo. O caso estudado por Egas Moniz foi citado na revista médica A *Medicina Contemporânea*, em 1914, com o título *Um caso de Polien-cephalite sub-aguda, hemorrágica, de Wernicke, com syndroma do núcleo vermelho*. Reportava-se a um homem, natural de Torres Vedras, que trabalhava no campo e que começou a ter perda de visão e sensação de ruído na cabeça. Deu entrada no hospital e um dos sintomas que apresentava era a sonolência, acompanhada de delírio, e noites agitadas. Egas Moniz julgou tratar-se de poliencefalite hemorrágica aguda, uma doença rara[22].

Numa obra que terá sido publicada em França, por volta dos anos 20 do século passado, mas traduzida para português, intitulada *As Epidemias. Como Combatê-las,* é feita referência à gripe, à pneumonia, à tuberculose e à encefalite letárgica. Nesse pequeno livro, situa-se a origem da doença em 1882, embora não se citem as fontes que sustentem tal data, e alude-se aos efeitos nefastos que a mesma terá provocado na França e na Suíça. Considera-se que era causada por um vírus semelhante ao da gripe, mas também seria muito semelhante ao da paralisia infantil. A obra faz ainda referência à sintomatologia: letargia profunda, semelhante à da doença do sono; paralisia dos músculos motores oculares; e diplopia. A febre poderia ser alta e acompanhada por outros sintomas, como delírio, insónia, fraqueza geral, entre outros. No rol das recomendações destinadas ao tratamento da enfermidade, constam o uso de enfaixamentos quentes para baixar a febre, cuidados com a alimentação, prevenção da diarreia, bem como evitar acordar o doente[23].

Apesar das discrepâncias relativamente à data de início da epidemia de encefalite letárgica em geral e, especificamente, em Portugal, o relatório Matheson, documento elaborado sobre a doença, refere que esta já se manifestava de forma epidémica em 1918, na França, Irlanda, Escócia, Inglaterra, Bélgica, Alemanha, Suécia, Jugoslávia, Argélia, África do Sul, nos Países Baixos e nos

Estados Unidos. No ano seguinte, seria a vez de Portugal, Suíça, Noruega, Espanha, Bulgária, Rússia, América do Sul, Índia, China e Japão conhecerem os efeitos da epidemia. Em 1920, Grécia, Itália. Finlândia e Dinamarca também foram atingidos[24]. Todavia, a doença já se manifestara antes, ainda que esporadicamente, pois em Itália os primeiros casos remontam a 1917 e em França e na Roménia, por exemplo, a 1915.

A doença, chamada ora de encefalite epidémica, ora de encefalite letárgica, foi objeto de debate na *Sociedade das Sciências Médicas de Lisboa,* em reunião extraordinária convocada para o efeito, em 24 de junho de 1920. Nessa sessão, intervieram, entre outros, Leite Lage, que apresentou 10 casos de encefalite, quase todos em crianças e defendeu a sua etiologia gripal; Cancela de Abreu, que indicou oito casos e defendeu a sua contagiosidade; Almeida Dias, que admitiu a possibilidade de a doença ser provocada por um agente protozoário; e Geraldino Brites que colocou a hipótese de haver relação da doença com a gripe e com o tifo exantemático[25]. O debate prosseguiu no encontro seguinte, que teve lugar a 3 de julho de 1920. Na ocasião, os médicos Fernando Matos Chaves, Costa Nery, Aníbal Castro e Leonardo Castro Freire expuseram vários casos de encefalite, o Professor Salazar de Sousa negou a sua origem gripal, sustentando que era uma doença nova, e Ricardo Jorge defendeu que se tratava de uma doença "bem caracterizada e definida"[26]. É de notar o desconhecimento manifestado pela classe médica portuguesa sobre uma enfermidade que já tinha sido discutida em foros internacionais e que se manifestava na Europa, o que poderá ser explicado pelo contexto da guerra, que terá dificultado a sua comunicação e os contactos entre a comunidade científica.

Em 1920, a encefalite letárgica era já uma epidemia mundial, que atingia as diferentes faixas etárias, sem forma de prevenção ou tratamento, e que, em Portugal, já afetava todos os distritos. Ricardo Jorge considerava que se viveria, nessa altura, o auge da epidemia e que esta desapareceria como começou, ou seja, de forma repentina, além de se mostrar claramente contra a sua origem gripal[27].

Em julho de 1918, Ricardo Jorge escrevia *Nota sobre uma nova infecção epidémica. Encefalite letárgica ou Estupor epidémico*[28], onde dava conta de uma epidemia que na primavera desse ano grassava em Inglaterra e em França, e que teria sido mencionada por Arnold Netter, na Sociedade Médica dos Hospitais, referindo que matava ou curava em poucos dias. Atacava em todas as idades, mas a incidência maior verificava-se em indivíduos com mais de 15 anos de idade. Ainda nesse mesmo texto, estabeleceu uma possível ligação desta epidemia com a descrita no ano anterior por Von Economo, ocorrida em Viena de Áustria.

No entanto, Ricardo Jorge recua no tempo, o que considerava essencial para conhecer o impacto das epidemias, e relaciona a

encefalite letárgica com a *nona,* doença ocorrida em Itália, em 1890, a seguir à gripe russa, e com uma outra epidemia de doença do sono, que teria acontecido em Tubinga, em 1712. Esta correlação leva-o a admitir a possibilidade de ligação entre a encefalite e a gripe, dado o impacto que a gripe russa teve na Europa, tendo provocado, estima-se, mais de um milhão de óbitos. Tratou-se do primeiro grande surto de gripe a ser documentado, com origem no Império Russo, mas em local ainda discutido, que começou por afetar os grandes centros urbanos, seguindo os percursos da ferrovia, espalhando-se, posteriormente, pelos territórios do interior[29]. Portugal não foi exceção a este cenário. Em dezembro de 1889, manifestou-se em Lisboa, atingindo, ainda que de forma desigual, todo o país no inverno e na primavera do ano seguinte.

Retrocedendo ainda mais no tempo, Ricardo Jorge dá conta de uma epidemia ocorrida em Lisboa, em 1521, que terá vitimado o rei D. Manuel I, que, nas palavras de Frei Luís de Sousa, "*andava na cidade e matava muitos, era febre ardente com inclinação ao sono e parava em modorra*[30]". De facto, Garcia de Resende atribuiu o falecimento do monarca ao mal de modorra. Contudo, o próprio Ricardo Jorge tinha dúvidas sobre a natureza da peste que afetou a capital naquele ano, uma vez que, ao tempo, já se registavam surtos de tifo exantemático[31].

No dicionário de Raphael Bluteau, a modorra é descrita como "sono pezado", "especide de letargo"[32]. No *Diccionário de Medicina Popular e das Sciencias acessórias para uso das famílias*, de Pedro Luiz Napoeleão Chernoviz, a modorra é sinónimo de sonolência[33]. Luís Maria da Silva Pinto, por sua vez, refere "Somnolencia, letargo doença, somno profundo e pezado"[34]. António de Moraes Silva acrescenta "Sonolencia em que caem certos doentes, letargo (...)"[35].

Num outro escrito, intitulado *A Encefalite Letárgica e a Epidemiologia dos Quinhentos em Portugal e Espanha*, publicado na *Medicina Contemporânea*, datado de 1921, ou seja, durante o período em que decorria a epidemia de encefalite letárgica, Ricardo Jorge retoma a hipótese da não originalidade desta enfermidade, relacionando-a com a modorra. Invoca, a este propósito, a análise de três casos que Amato Lusitano terá observado em Ancona, em 1551. Tratar-se-ia de modorra, doença também conhecida como *mal de modorrilla*, em Espanha, e que em Itália era chamada "mal de mazucho". Segundo Amato Lusitano, tratar-se-ia da mesma doença[36]. Considerando os testemunhos da época, não é claro que assim seja, dada a variabilidade da sintomatologia associada às doenças. No entanto, é de referir que, em Espanha, *modorra* e *modorrilla* eram termos usados para designar a mesma doença, sendo também usada a palavra *moquillo*.

As primeiras manifestações da doença terão aparecido em Tenerife, nas Ilhas Canárias, no inverno de 1494–1495[37]. Posteriormente, o *mal de modorrilla* terá grassado na Península Ibérica, logo nos inícios do século XVI, tendo ocorrido vários surtos

(Sevilha, 1521; Segóvia, 1522; Valencia, 1522, entre outros). O médico valenciano Gaspar Torrella[38] considerou-a uma doença nova, uma febre pútrida pestilencial, com o seguinte quadro: febres, cefaleias fortes e mais ou menos permanentes e uma intensa sintomatologia neurológica, onde, entre outros aspetos, sobressaia a diminuição do nível de consciência, tudo apontando para uma síndrome encefalítica[39]. Terão sido os espanhóis a levar, depois, a modorra para o continente americano.

Desconhecemos, hoje, o que seria, de facto, a modorra. Porém, há quem sustente que se tratava de uma encefalite e que vá buscar a justificação ao século xx, mais precisamente à gripe espanhola, considerando que a encefalite letárgica foi causada pelo vírus da gripe, assim como a modorra teria sido causada por uma gripe que terá acontecido naquele tempo[40].

Esta doença terá afetado Espanha em 1556 e 1557, tendo sido descrita pelo médico Gomes Pereira, a mesma que poderá ter vitimado, como referimos, o rei D. Manuel I, em 1521. Damião de Góis alude a uma febre "specie de modorra doença de que naquele tempo em Lisboa morria muita gente". Frei Luís de Sousa, por seu lado, declarou que o rei "foi acometido duma febre ardente com inclinação para o sono; era doença que andava na cidade, parava em modorra, matava a muitos." Segundo Ricardo Jorge, outros médicos peninsulares descreveram a doença que se terá verificado no século xvi[41].

Maximiano de Lemos, na obra intitulada *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, alude à ocorrência de uma epidemia em Lisboa, que terá grassado entre 1520 e 1523, embora admita que poderia tratar-se de doenças distintas que aconteceram durante esse período. Segundo Frei Luís de Sousa, o ano de 1521 foi particularmente marcado pela escassez de mantimento, o que originou carestia e fomes em 1522, as quais abriram caminho à doença, sobre a qual escreveu o seguinte: "Começavam por febre ardente com inclinação ao somno; seguia-se modorra e sobrevinha o delírio, e com elle a morte[42].

Leite Lage, médico no Hospital de São José, que também contactou com a doença, identificou, entre os meses de novembro e julho de 1919, 10 casos de encefalite letárgica, muitos deles em crianças e, inclusive, em bebés. No seu artigo publicado em *A Medicina Contemporânea*, destacou a variabilidade de sintomas. Tal como Ricardo Jorge, defende a antiguidade da doença, considerando que poderia existir uma ligação entre a encefalite e a gripe[43].

De facto, como já referimos, a doença manifestou-se em Portugal em 1919. No entanto, apesar de ser de declaração obrigatória a partir de 1920, não assumiu proporções alarmantes. Nesta altura, o quadro sanitário era marcado por outros problemas mais graves: a pneumónica e o tifo exantemático persistiam em vários pontos do país, assim como a varíola, que continuava a ceifar vidas, o que não impedia uma forte resistência à vacinação.

A imprensa generalista centrava-se nestes males, a que se juntavam a febre tifoide e a tuberculose, dando conta do elevado número de ocorrências e da preocupação que representavam para as autoridades. Tratava-se, afinal, de enfermidades que, além do mais, expunham as fragilidades do país, mormente em matéria de assistência médica e hospitalar.

Entre fevereiro de 1919 e dezembro de 1920, a encefalite letárgica provocou, em Portugal, cerca de 200 óbitos, tendo afetado todos os grupos sociais e todas as regiões do país[44]. Não escolhia idade nem género, mas o número de homens atingidos seria ligeiramente superior ao das mulheres, ao contrário do que sucedia na taxa de mortalidade. Foram assinalados casos em bebés de poucos meses, sendo a situação considerada muito preocupante nas grávidas, por causar partos prematuros e a morte de nascituros[45]. Desde a identificação do primeiro caso, em fevereiro de 1919, até ao primeiro quartel do ano seguinte, as ocorrências foram raras, tendo a doença assumido contornos mais alarmantes a partir de abril de 1920, alcançando o pico em julho do mesmo ano[46].

Em janeiro de 1920, o médico Tiago de Almeida descrevia na revista *Medicina Moderna* o caso de uma doente com encefalite letárgica, que viria a falecer, numa altura em que a enfermidade se manifestava em vários pontos do país. Não era fácil chegar ao diagnóstico, devido à multitude de sintomas que a caracterizavam. No entanto, entre os principais indiciadores estavam a sonolência e a letargia, a hipersónia e a paralisia dos músculos. No seu artigo, Tiago de Almeida salienta a coincidência entre a ocorrência da encefalite letárgica e os surtos de gripe.[47] Partilhava a perspetiva, seguida por outros clínicos, de que a encefalite letárgica era uma "modalidade clínica" da gripe, dada a sua simultaneidade com esta doença, corroborada pela análise histórica da mesma[48]. Em março desse mesmo ano, o médico Geraldes Cardoso dava conta de um caso da doença em Castelo Branco.[49]

Apesar da sua variabilidade e mutabilidade, os médicos procuraram traçar um quadro da enfermidade. Começaria com dores de cabeça, vertigens, acompanhada por vezes de vómitos, agitação, delírio e outras perturbações do foro mental. Rapidamente, passava a um outro estádio, onde a sonolência aparecia com a principal característica. A sua evolução era incerta. Nalguns casos, a morte chegava rapidamente, logo nos primeiros dias. Noutros casos, o doente apresentava rápidas melhoras. Contudo, a enfermidade poderia prolongar-se por muito tempo.

Pelas suas características, a encefalite letárgica provocou uma grande curiosidade entre a comunidade médica nacional, tendo sido motivo de discussão em várias sessões da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 1920, com contributos não só dos seus associados, mas igualmente de outros médicos e estudantes de medicina[50]. Nessas sessões intervieram médicos como Leite Lage, Fernando Matos Chaves, Costa Nery, Salazar de Sousa, Cancela de

Abreu, Henrique Roquete, Alberto Mendonça e Morais David, que abordaram os casos que apareceram nos hospitais e nas consultas particulares. Salazar de Sousa discordava da teoria de que a encefalite constituía uma forma de gripe, pois, se assim fosse, o seu grau de contagiosidade seria muito maior.

Entretanto, a informação sobre a doença acabou por chegar ao grande público, sendo notícia nos jornais generalistas, de tiragem nacional, que acompanharam a sua incidência em Portugal e noutros países. Por exemplo, em maio de 1920, era anunciada a sua presença em Espanha. Nesta altura, havia quem achasse a doença uma consequência da sífilis, mas o seu agente causador era ainda desconhecido. Recomendava-se, por precaução, o isolamento dos infetados. No país vizinho, era de declaração obrigatória. Em Portugal estavam identificados, então, alguns casos de encefalite letárgica, mas menos frequentes que em Espanha[51].

A doença continuou a não suscitar grande apreensão nos clínicos portugueses, que se mostraram de acordo quanto ao seu recrudescimento no país a partir de 1921. Nas décadas de 20 e 30, a tuberculose, a gripe e a pneumonia, bem como as enterites infantis eram as que mais matavam. Outras doenças continuavam a causar elevada mortalidade, comparando com o contexto europeu, como era o caso da febre tifoide, tifo, varíola, sarampo, tosse convulsa e difteria. Havia ainda um segundo grupo de doenças, que incluía as disenterias, as doenças venéreas, a erisipela, a lepra, a escarlatina, que atingia números alarmantes. A encefalite letárgica estava num terceiro grupo, de doenças raras, mas que exigiam atenção, na medida em poderia existir uma sub-representação das mesmas[52]. Em Portugal, verificava-se, aliás, um elevado número de óbitos cuja causa era desconhecida. Algumas destas enfermidades espelhavam as múltiplas carências que o país enfrentava, nomeadamente em matéria de saúde e de higiene: resistência à vacinação, consumo de água imprópria, habitações sem condições, ausência de fiscalização dos produtos alimentares, convivência próxima com animais, falta de saneamento e de higienização de espaços públicos...[53]

Em 1924, a incidência da doença continuou a diminuir face ao ano anterior. Mesmo assim, manifestava-se ainda de forma intensa na Inglaterra e em Itália, embora a maioria dos casos fosse benigna. No ano seguinte, regressou a Portugal, tendo sido identificados, entre finais de fevereiro e inícios de março, 12 casos em Lisboa e arredores[54].

Para além de Ricardo Jorge, outros médicos portugueses escreveram sobre a doença, entre eles Egas Moniz, Pulido Valente, António Flores[55], Assis Lopes, Moraes David, Manuel Vasconcelos e Magalhães de Lemos. Em 1925, este último apresentou, numa conferência na Sociedade das Ciências Médicas em Lisboa, intitulada *Claudicação Intermitente no Decurso de um Síndroma Parkinsoniano encefalítico prolongado. Provável localização estriar,* um caso clínico:

> Vírgilio L. nasceu em 7 de Janeiro de 1902, celibatário, lavrador, sem antecedentes hereditários nem pessoais dignos de nota. História da doença. — No 1.º de Maio de 1920, tendo 18 anos, contraiu encefalite epidémica, que se manifestou por indisposição geral, astenia, pêso da cabeça, zumbidos, verbigeração, tristeza, inaptência e insónia absoluta. Acamou ao fim de quatro dias e, segundo informa caiu então num sono profundo. Era necessário despertá-lo para se alimentar e aproveitar essa ocasião para descer do leito e satisfazer as suas necessidades; mas o sono era tanto, diz, que mesmo no vaso chegava a adormecer. Interrogado a respeito desta sonolência, declarou que dava conta de tudo o que se passava em volta de si. De facto, o doente pouco dormia. A insónia dos primeiros persistia apesar da aparência do contrário. Leve movimento febril e apenas durante os seis primeiros dias encefalite. Na segunda semana surgiram as primeiras manifestações do síndroma parkinsoniano — face imóvel, olhar fixo, diplopia e sialorréa. Com o desaparecimento da febre, o doente principiou a melhorar e no fim de Maio poude retomar as suas ocupações, mas o fácies parkinsioniano persistia, a sialorrea, a diplopia e a tristeza. Êste estado prolongou-se até ao mês de Junho de 1921, agranvonde-se em seguida o sindorma parkinsioniano[56].

As sequelas nervosas e mentais da doença levaram a que as vítimas acabassem internadas em hospitais psiquiátricos, ainda na década de 1920. O manicómio Miguel Bombarda, na altura dirigido por Sobral Cid, era uma das instituições que acolhia estes doentes, sendo já usual o internamento de vários pacientes por encefalite ou encefalite aguda[57]. Entre os anos de 1925 e 1926, entraram neste hospital 11 crianças e adolescentes com sequelas da encefalite letárgica[58]. O mais novo tinha oito anos e o mais velho 19 anos de idade. Nesta época, já se reconhecia que a doença provocava inválidos, pelo parkinsonismo, e indivíduos antissociais, aos quais havia que dar um destino. O mais usual era, precisamente, o manicómio, que se foi transformando em asilo para e stes doentes que não tinham cura.

Na década de 1930, a doença persistia na vizinha Espanha. Em 1933, os jornais noticiavam a existência de uma epidemia em Cuenca[59]. Nesta década, o Japão também foi atacado por uma epidemia de encefalite, que foi noticiada em Portugal[60]. No entanto, tratou-se de uma encefalite distinta, que recebeu a designação de encefalite nipónica. Em Portugal, o primeiro caso foi diagnosticado em 1944[61].

Em Portugal, não conhecemos relatórios que nos permitam caracterizar a doença com rigor. No entanto, a Portaria n.º 8.102 do Ministério do Interior determinava que os médicos deveriam comunicar casos de paralisia infantil e encefalia letárgica às delegações e inspeções de saúde[62]. Ainda nos anos de 1940, a

Portaria n.º 10.169, de 1942, incluía na lista de doenças contagiosas de participação obrigatória a peste, a cólera, a febre-amarela, o tifo, a febre tifoide ou paratifoides, a varíola, a escarlatina, a difteria, a meningite cérebro-espinhal, a poliomielite, a encefalite letárgica e o sezonismo.

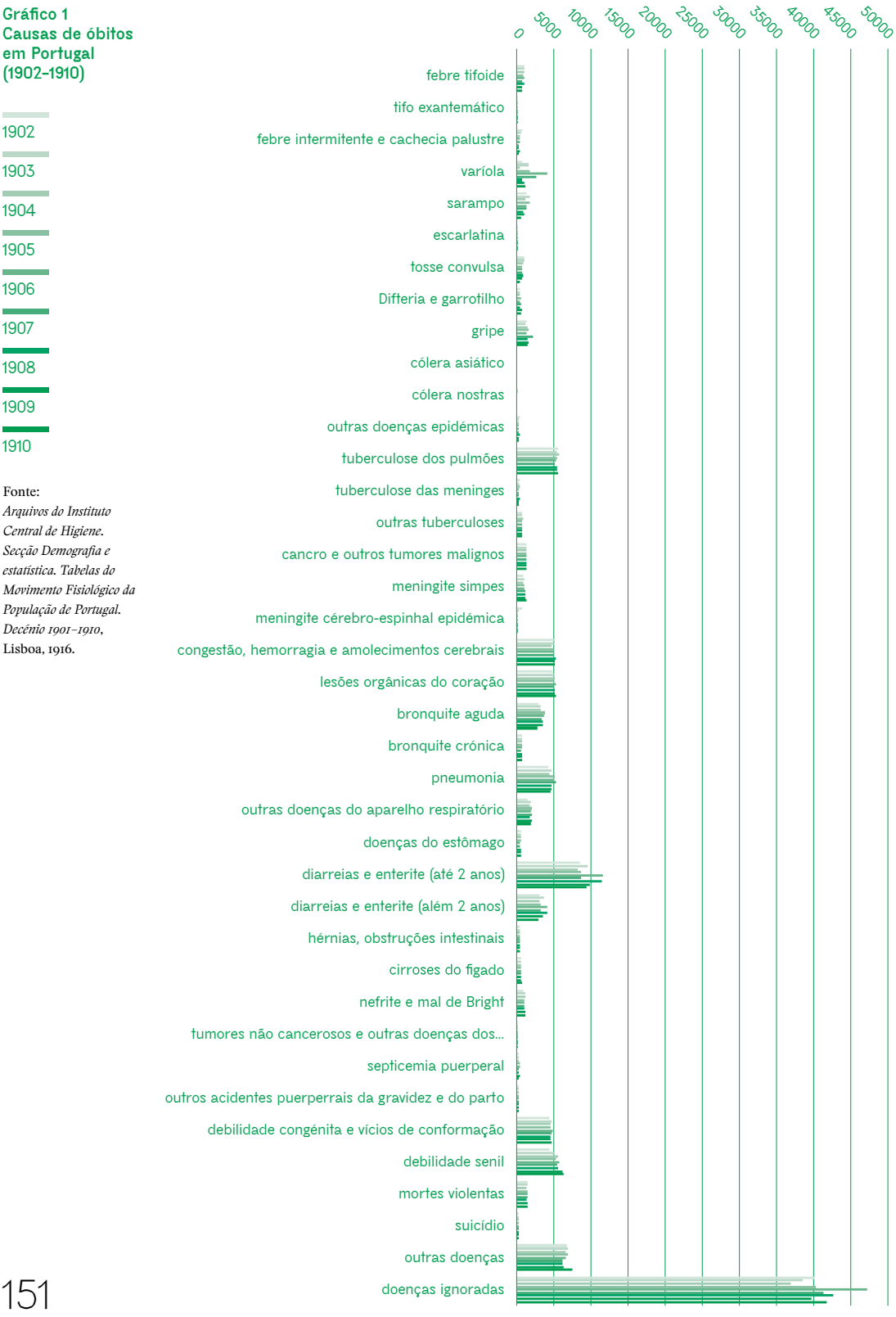
Em 1954, Fernando Correia da Silva, na sua obra *Portugal na História da Medicina Social*, a propósito da encefalite letárgica, que continuava a ser de notificação obrigatória, alude à sua persistência em território nacional, bem como aos óbitos que provocava, mas denunciava a inexistência de um relatório sobre a doença no país. Por outro lado, menciona a relação da doença com a pandemia gripal de 1918. Apresenta os números de óbitos provados por encefalite em Lisboa e no Porto, entre 1917 e 1921: 50 e 30, respetivamente.

## Conclusão

A epidemia de encefalite letárgica parece ter terminado como começou, ou seja, de forma desconhecida até aos dias de hoje. Segundo o relatório Matheson, entre 1919 e 1928, foram identificados 52781 casos de encefalite letárgica. No entanto, em muitos países, a doença não era de notificação obrigatória, depois de passada a sua fase epidémica, o que leva alguns autores a considerar que 50 a 75% dos casos não foram reportados. Além disso, a conjuntura da época, muito marcada pela guerra, e a contemporaneidade com a gripe espanhola, bem como o polimorfismo da enfermidade, também terão contribuído para a sua sub-representação. A partir de 1940, os relatórios apontam para a ocorrência de apenas 80 casos de encefalite letárgica. Cerca de um terço das vítimas terá morrido; um terço sobreviveu sem sequelas e outro terço ficou com lesões neurológicas. No entanto, este número também não é seguro, dada a já referida variabilidade da sintomatologia[63]. A epidemia de encefalite letárgica permanece assim como um dos grandes enigmas do século xx. Desconhecemos o que a provocou, não sabemos como a prevenir e, desse modo, também não sabemos como evitar o seu retorno.

Portugal, aparentemente passou ao lado deste flagelo. A doença manifestou-se de forma relativamente benigna nos anos de 1919 e 1920 e, depois, apareceu de forma esporádica. São reconhecidas as dificuldades em diagnosticar a enfermidade, apesar de em torno da mesma se estabelecer uma trilogia sintomática: sonolência, paralisia dos nervos cranianos, particularmente dos nervos motores oculares, e febre. Todavia, a sonolência, por exemplo, era também um indício que podia ser associado a outras doenças. Para muitos poderá ter passado despercebida, para outros o diagnóstico seria diferente, dada a confusão com outras enfermidades, embora fosse de notificação obrigatória desde 1 de junho de 1920[64].

**Gráfico 1**
**Causas de óbitos em Portugal (1902–1910)**




Fonte:
*Arquivos do Instituto Central de Higiene. Secção Demografia e estatística. Tabelas do Movimento Fisiológico da População de Portugal. Decénio 1901–1910*, Lisboa, 1916.

Importa, ainda, notar que as primeiras três décadas do século xx foram marcadas pela presença da gripe pneumónica e por vários surtos de febre tifoide e, particularmente, de tifo, além da tuberculose, que assumia contornos pestíferos e motivava preocupação crescente, que era expressa nas páginas da imprensa médica. Além disso, o país enfrentava, ainda antes da eclosão da I Guerra Mundial, outras doenças que matavam bem mais do que as enfermidades infetocontagiosas, conforme se pode verificar no **Gráfico 1**. Uma percentagem considerável de mortes era atribuída a causas desconhecidas. É, igualmente, de assinalar o registo de um elevado número de diarreias e enterites, que surgem, pelo menos no período compreendido entre 1902 e 1910, como a principal causa de morte em Portugal, ultrapassando a tuberculose. Este facto é revelador das carências da população nas primeiras décadas do século xx, bem patentes na ausência de condições básicas das suas casas, na falta de cuidado no acondicionamento e na confeção dos alimentos, na insuficiência ou inexistência de redes de abastecimento de água e de saneamento.

Neste contexto, marcado pelas doenças elencadas, a encefalite letárgica surge, parafraseando Ricardo Jorge, como uma "doença da moda". Por outro lado, o diálogo entre a comunidade médica era dificultado pela inexistência de uma imprensa especializada e pela escassez de debate nas publicações existentes.

Apesar da ocasionalidade no país, a encefalia letárgica não deixou de suscitar a curiosidade e a discussão entre os médicos. Esta foi particularmente estimulada por Ricardo Jorge, que estava a par da dimensão internacional da doença, numa altura em que os clínicos portugueses consideravam que estavam a lidar com algo novo e desconhecido.

Ricardo Jorge não só enquadrou a doença como procurou explicá-la sob o ponto de vista histórico. Se, por um lado, tinha dúvidas sobre a existência de uma relação entre a epidemia de encefalite e a gripe espanhola, por outro, não tinha dúvidas de que não se tratava de uma doença nova. Arriscou, por isso, recuar à Antiguidade Clássica para o comprovar, mostrando-se seguro nas posições que tomou sobre aquela que era conhecida como modorra, *mal mazzuco* ou mal de *modorrilha*, que mais não seriam do que uma espécie de doença do sono europeia, expressão que retornará no século xx, com a encefalite letárgica.

Paulatinamente, a encefalite letárgica acabou por cair no esquecimento, sendo raros os estudos a seu respeito[65]. A partir dos finais da década de 1920, tornou-se uma matéria estudada, principalmente, por médicos psiquiatras envolvidos no tratamento dos incapacitados pela doença.

**Notas**

1. Santiago Uribe, Carlos; L. Gonzalez, Adolfo; González, Paulina, "La encefalitis letárgica de von Economo y la pandemia de la gripe española en Bogotá y Medellín: reseña histórica cien años después", in *Biomédica*, 2019, n.º 39, p. 8–18.

2. Sobre as epidemias que deflagraram na contemporaneidade leia-se Cohn, S., *Epidemics: Hate and Compassion from the plague of Athens to AIDS*, Oxford, Oxford University Press, 2018. Hardy, A., *The Epidemic Streets: Infectious Diseases and the rise of preventive medicine 1856–1900),* Oxford, Oxford University Press, 1993. Hays, J. N., *The Burdens of disease. Epidemics and Human response in western history* (Revised Edition), New Brunswick, Rutgers University Press, 2009. Ranger, T.; Slack, P. (eds.), *Epidemics, and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, Cambridge, Cambridge Universty Press, 1992. Snowden, F. M., *Epidemics and Society. From the black death to the present.* Yale, Yale University Press, 2020. Weindling, P., *Epidemics and genocide in Eastern Europe, 1890–1945*, Oxford, Oxford University Press, 2011.

3. Cunha, Burke A., "Influenza: historical aspects of epidemics and pandemics", in *Infectious disease clinics of North America*, n.º 18, 2004, p. 141–155. Sobre a gripe pneumónica leia-se Crosby, A., *America's Forgotten Pandemic*, New York, Cambridge University Press, 2003. Oxford, J., "Influenza A pandemics of the 20th century with special reference to 1918; virology, pathology and epidemiology", in *Medical Virology*, 10, p. 119–133, 2000. Spinney, L., *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*, Barcelona, Editorial Planeta, 2018.

4. Sobre este assunto leia-se Spinney, L., *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo.*, 2018.

5. Confira-se Esteves, Alexandra, "Crime e alienação no Portugal de finais do século XIX e inícios do século XX", in *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Vol. 11, n.º 21, 2019, p. 116–137. Esteves, Alexandra, "Engulhos de Ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo", in Araújo, M. M.; Esteves, A., *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XV–XX)*, Braga, CITCEM, 2012, p. 199–216. Pereira, A. & Pita, J. R., "A institucionalização da loucura em Portugal", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 21, 1986, p. 81–100.

6. Crookshank, F. G. " A Note on the History of Epidemic Encephalomyelitis", in *Proceedings of the Royal Society of Medicine,* vol. 12, 1919, p. 1–21. Hoffman, Leslie A.; Vilensky Joel A, "Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic", in *Brain*, vol. 140, Issue 8, 2017, p. 2246–2251.

7. Maia, Celestino da Costa, *Estudo clínico da gripe epidémica*, Porto, Enciclopédia Portuguesa, 1920.

8. Foley, Paul Bernard, "Encephalitis lethargica and the influenza virus. II. The influenza pandemic of 1918/19 and encephalitis lethargica: epidemiology and symptoms", in *J Neural Transm,* 116 (10), 2009, p. 6.

9. Cunha, Burke A., "Influenza: historical aspects of epidemics and pandemics", in *Infectious disease clinics of North America*, n.º 18, 2004, p. 154.

10. Dourmashkin, R. R., What caused the 1918–30 epidemic encephalitis lethargica?, in *Journal of the Royal society of medicine*, vol. 90, 1997, p. 516.

11. Hildebrand, Alice G., "Epidemic encephalitis etiology and sequelae", *MD Theses*. 441, 1936, p. 19.

12. McCall, Sherman; Vilensky, Joel A; Gilman, Sid; Taubenberger, Jeffery K, "The relationship between encephalitis lethargica and influenza: A critical analysis", in *Neurovirol,* 14, 3, 2008, p. 3.

13. Médico pediatra francês. A 1 abril de 1917, apresentou uma comunicação no Hospital Medical Society de Paris, tendo como base a observação de 40 casos de encefalite letárgica, observados durante nove meses. Sobre este clínico leia-se Olivier Walusinski, "René Cruchet (1875–1959), beyond encephalitis lethargica", in *Journal of the History of the Neurosciences*, 31:1, 45–63, 2022, p. 52.

14. Alguns autores apontam para a possibilidade de Woodrow Wilson ou Adolf Hitler terem sofrido de encefalite letárgica. Confira-se Vilensky, Joel (Ed.), *Encephalitis Lethargica: During and After the Epidemic*, Oxford, Oxford University Press, 2011, p. 5.

15. Hoffman, Leslie A.; Vilensky Joel A, "Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic", in *Brain*, p. 2246–2251.

16. Hoffman, Leslie A.; Vilensky Joel A, "Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic", in *Brain*, p. 2246–2251.

**Notas**

**17.** Hoffman, Leslie A.; Vilensky Joel A, "Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic", in *Brain*, p. 2246–2251.

**18.** Josephine Neal era uma investigadora na área das doenças infeciosas do sistema nervoso, particularmente da encefalite, meningite e poliomielite. Veja-se Marlowe, Dana; Owens, Hope E.; Cook, Jennifer A.; Vilensky, Joel A., "Epidemiology of encephalitis lethargica", in *Encephalitis Lethargica: During and After the Epidemic*, Oxford, Oxford University Press, 2011, p. 39.

**19.** *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas,* Lisboa, Tipografia da Empresa do Anuário Comercial, 1919, p. 116.

**20.** *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*, p. 117–118.

**21.** Jorge, Ricardo, *L'Encéphalite Léthargique*, Lisbonne, Institut Central d'Hygiene, 1928, p. 97.

**22.** Moniz, Egas, "Um caso de polencephalite sub-aguda, hemorrhagica, de Wernicke, com syndroma do núcleo vermelho", in *A Medicina Contemporânea,* Série II, Tomo XVII, n.º 12, 1914, pp. 91–95.

**23.** *As Epidemias. Como combatê-las e evitá-las. Por um grupo de médicos,* Lisboa, Sociedade Filantrópica Internacional, s.d.

**24.** Marlowe, Dana; Owens, Hope E.; Cook, Jennifer A.; Vilensky, Joel A., "Epidemiology of encephalitis lethargica",p. 50.

**25.** *Jornal da Sociedade das Sciências Médicas de Lisboa*, p. 145.

**26.** *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*, p. 148.

**27.** *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*, p. 148.

**28.** Estupor epidémico era a designação que, inicialmente, os ingleses davam à doença.

**29.** Sobre a gripe russa leia-se Garcia Ferrero, Sara, *La gripe de 1889–1890 en Madrid*, Universidad Complutense de Madrid, Faculdad de Ciências Políticas y Sociologia, 2018, Tese de Doutoramento.

**30.** Jorge, Ricardo, *Nota sobre uma nova infecção epidémica. Encefalite letárgica ou Estupor epidémico*, Lisboa, Typ. Adolpho Mendonça, 1918, p. 18.

**31.** Jorge, Ricardo, *Nota sobre uma nova infecção epidémica. Encefalite letárgica ou Estupor epidémico*..., p. 19.

**32.** Bluteau, Rafael, *Vocabulario portuguez, e latino, aulico, anatomico, architectonico, bellico, botanico ...: autorizado com exemplos dos melhores escritores portuguezes, e latinos; e offerecido a El Rey de Portugal D. Joaõ V*. Coimbra, Collegio das Artes da Companhia de Jesus: Lisboa, Officina de Pascoal da Sylva, 1712–1728. 8 v; 2 Suplementos, p. 532.

**33.** Chernoviz, Pedro Luis Napoelão, Chernoviz, *Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorios para uso das familias, contendo a descripção das Causas, symptomas e tratamento das moléstias; as receitas para cada molestia; As plantas medicinaes e as alimenticias; As aguas mineraes do Brazil, de Portugal e de outros paizes; e muitos conhecimentos uteis,* Paris, A Roger & F Chernoviz, 1890, p. 435.

**34.** Pinto, Luís Maria da Silva, *Diccionario da lingua brasileira*, Ouro Preto, Typographia de Silva, 1832, p. 718.

**35.** Bluteau, Rafael, *Diccionario da lingua portugueza composto pelo padre D. Rafael Bluteau, reformado, e accrescentado por Antonio de Moraes Silva natural do Rio de Janeiro*, 1. ed., Lisboa, Simão Tadeu Ferreira, MDCCLXXXIX [1789], v. 2, p. 309.

**36.** Fontoura, Paulo, "Neurological pratice in the Centuriae of Amatus Lusitanus", in *Brain. A Journal of Neurology*, 2009, 132, p. 269–308.

**37.** Hernández González, Justo Pedro, "Epidemiología histórica de una enfermedad atlántica: la modorra", in *Estudios Canarios: Anuario del Instituto de Estudios Canarios*, n.º 54, 2010, p. 100.

**38.** Gaspar Torrella foi um médico valenciano que esteve na corte do Papa Alexandra VI, tendo escrito um dos primeiros tratados conhecidos sobre a sífilis. Sobre este médico leia-se Sierra I Valenti, Xavier, "El metge valencià Gaspar Torrella, autor d'un dels primers tractats sobre la sífilis (1497)", in *A: Gimbernat,* n.º 74, 2021, p. 11–34.

**39.** Arrizabalaga Abasalo, Juan José, "El "Consilium de modorrilla" (Roma y Salamanca, 1505): uma aportación nsográfica de Gaspar Torrella", in *Dynamis: Acta hispânica ad medicinae scientiarunque historiam ilustrandam*, n.º 5–6, 1985–1986, p. 84.

**40.** Hernández González, Justo Pedro, "Epidemiología histórica de una enfermedad atlántica: la modorra", in *Estudios Canarios: Anuario del Instituto de Estudios Canarios*, n.º . 54, 2010, p. 95–112.

**41.** Jorge, Ricardo Jorge, "A encefalite letárgica e a epidemiologia dos quinhentos em Portugal e Hespanha", in *A Medicina Contemporânea*, Série II, Tomo XXIV, n.º 9, 1921, p. 67.

**42.** Lemos, Maximiano, *História da Medicina em Portugal. Doutrinas*

*e Instituições*, vol. II, Lisboa, Manoel Gomes Editor, p. 231.

**43.** Lage, Leite, "Encefalite Epidémica", in *A Medicina Contemporânea*, Serie II, Tomo XXIII, n.º 27, 1920, p. 209–214.

**44.** Jorge, Ricardo, *L'Encéphalite Léthargique*, 1928.

**45.** Jorge, Ricardo, *L'Encéphalite Léthargique*, 1928.

**46.** Jorge, Ricardo, "Sobre a encefalite letárgica. Factos e conceitos", in *Medicina Moderna*, vol. X, 1922, p. 110.

**47.** Almeida, Tiago de, "Encefalite letárgica" in *A Medicina Moderna*, vol. IX, janeiro de 1920, pp. 211–215.

**48.** Maia, Celestino da Costa, *Estudo clínico da gripe epidémica*, Porto, Enciclopédia Portuguesa, 1920, p. 100.

**49.** Cardoso, Geraldes, "Um caso de encefalite letárgica em Castelo Branco", in *A Medicina Moderna*, vol. IX, março de 1920, p. 229–231.

**50.** Sobre essa curiosidade escreveu o médico Mário da Silva Moreira, referindo o seguinte: *Poucas doenças terão tido a sorte de, desde o início, provocarem tão acesa curiosidade e meticulosa investigação, como a que neste momento ocupa os relatórios de quantas sociedades médicas existem e é objeto de quase quotidianas comunicações, que a frequência de casos esporádicos, rescaldo forçado do extinto incendio, provoca.* Moreira, Mário da Silva, "Paralisia agitante consecutiva á encefalite epidémica", in *A Medicina Contemporânea*, Série II, Tomo XXIV, n.º 15, p. 114.

**51.** *A Capital*, 18 de maio de 1920.

**52.** Silva, Fernando Correia da, *Portugal Sanitário (Subsídios para o seu estudo),* Lisboa, Ministério do Interior, 1938, p. 193.

**53.** Sobre as carências de higiene dos grupos sociais mais pobres leia-se Pereira, A. L.; Pita, R., "A higiene: da higiene das habitações ao asseio pessoal", in Mattoso, José (dir.), *História da Vida Privada em Portugal. A Época Contemporânea*, Lisboa, Círculo de Leitores, 2010, p. 92–94.

**54.** Moniz, Egas, "Um caso de encefalite epidémica de forma mental", in *A Medicina Contemporânea*, II, Tomo XXVIII, n.º II, 1925, p. 80.

**55.** António Flores é considerado um dos precursores da neurologia e da neurocirurgia em Portugal, tendo sido um dos médicos que mais se destacou no interesse pela encefalite letárgica, enfermidade que já conhecia, pois tinha contactado com a mesma em 1918, aquando de uma estadia em Londres. Sobre a biografia deste clínico português consulte-se https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/105/antonio-jose-pereira-flores. Acedido a 20 de setembro de 2022.

**56.** Lemos, Magalhães de, "Claudicação intermitente no decurso de um síndroma parkinsoniano encefalítico prolongado. Provável localização estriar", in *Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas,* Lisboa, Tipografia da Empresa do Anuário Comercial, 1927, p. 237.

**57.** Arquivo Nacional da Torre do Tombo, *Hospital de S. José, Hospital de Rilhafoles/Hospital Miguel Bombarda, Registo de entrada de mulheres 1881/1921*, n.º 7205, fls. 127v. – 128.

**58.** Jorge, Ricardo, *L'Encéphalite Léthargique*, p. 127.

**59.** *Diário de Notícias*, 16 de junho de 1933.

**60.** *Diário de Notícias*, 26 de agosto de 1935.

**61.** *Diário de Notícias*, 27 de abril de 1944.

**62.** Portaria n.º 8.102, *Diário da República*, I Série, Número 107.

**63.** Confira-se Marlowe, Dana; Owens, Hope E.; Cook, Jennifer A.; Vilensky, Joel A., "Epidemiology of encephalitis lethargica", p. 41

**64.** Marlowe, Dana; Owens, Hope E.; Cook, Jennifer A.; Vilensky, Joel A., "Epidemiology of encephalitis lethargica", p. 52.

**65.** A doença não é totalmente desconhecida do grande público, em resultado da adaptação filmográfica da obra do neurologista Oliver Sacks. Consulte-se Sacks, Oliver, *Despertares*, Lisboa, Relógio D'Água.

HELENA DA SILVA *

# Traumas psíquicos nos soldados portugueses no pós-Primeira Guerra Mundial

A investigação realizada para este artigo foi feita durante o projeto de investigação 'Medical and Healthcare services in the First World War: the case of the Portuguese soldiers during and after the Great War (1914–1960)', financiado pela FCT (IF/00631/2014/CP1221/CT0004). Membro do projeto "PSYGLOCAL — Sofrimento psíquico e direitos humanos: epistemologias da saúde mental, políticas e ativismo na psiquiatria", financiado pela FCT — Fundação para a Ciência e Tecnologia. Referência PTDC/FER-HFC/3810/2021.

*
IHC-NOVA-FCSH

O tema da saúde mental é cada vez mais abordado na sociedade civil, nomeadamente no contexto da pandemia COVID-19 e da invasão russa da Ucrânia. Se hoje falamos cada vez mais da saúde mental e se conhecemos a Perturbação de Stresse pós-traumático, a situação foi bem diferente num passado ainda recente. Neste capítulo, veremos como durante a Primeira Guerra Mundial (1914–1918) não foi assim tão fácil diagnosticar ou tratar esta doença.

Durante as comemorações do centenário da Grande Guerra, o tema da saúde mental passou praticamente despercebido em Portugal, uma vez mais, permanecendo esquecido. Assim, e contrastando com a realidade estrangeira, este tema tem sido pouco trabalhado, apesar de alguns obras mencionarem esta questão que tarda a ser alvo de um estudo de fundo. Veja-se as várias publicações de Aires Gameiro[1] e de colegas como Sílvia Correia[2], Margarida Portela[3], Isabel Pestana Marques[4] ou Carlos Lopes[5].

Este texto não pretende completar este vazio, mas apenas abrir o tema para futuras análises e investigações e avançar com algumas conclusões da investigação realizada no contexto do projeto de investigação sobre a saúde dos soldados portugueses durante e após a Primeira Guerra, que terminou em março de 2020. Perante o conflito e a existência de homens que sofriam de traumas psíquicos no pós-guerra, o que fez o Estado português para fazer face a esta situação? Que estruturas os acolheram e quem os auxiliou? São estas algumas das questões que abordaremos neste artigo, seguindo alguns casos concretos de militares que sofreram de traumas psíquicos no pós-guerra e com consequências a longo prazo na vida de muitos homens e suas famílias.

Para esta análise recorremos a um conjunto de fontes provenientes de diversos arquivos como o Arquivo Histórico Militar, o Arquivo Histórico da Cruz Vermelha Portuguesa, a Biblioteca da Liga Combatentes e o Arquivo da Ordem Hospitaleira S. João de Deus (onde consultámos cerca de uma centena de processos clínicos). Tentaremos assim abordar a questão dos traumas psíquicos durante e sobretudo após a Grande Guerra, bem como quais eram as estruturas existentes e os cuidados de saúde prestados, ou ainda qual foi o apoio do Estado e de outras organizações. Como as características do conflito foram distintas no teatro francês do africano, com a violência das condições de vida e de combate nas trincheiras da Flandres, denota-se uma diferença também nas fontes quanto aos traumas psíquicos. É no teatro francês onde as referências a estes traumas são mais recorrentes e encontramos também mais facilmente militares que estiveram em França e que sofreram destes traumas. Contudo, isto não significa que o conflito no teatro africano não tenha sido traumatizante, bem pelo contrário, pois encontrámos também casos de militares regressados de África. Este estudo não é exclusivo ao teatro francês, mas fica aqui representada esta diferença, com mais casos relativos a este teatro de guerra.

## Identificar e designar a doença

Como é óbvio, a Grande Guerra não foi o primeiro conflito bélico onde as tropas sofreram traumas psíquicos. Nas Guerras Napoleónicas (1803–1815), na Guerra Civil Americana (1861–1865), na Guerra Franco-Prussiana (1870–1871), na Guerra Russo-Japonesa (1904–1905) e nas Guerras dos Balcãs de 1912–1913 surgiram relatos dos problemas nervosos ligados aos combates, bem como as primeiras tentativas de tratamento.[6] Mas com a Grande Guerra, pela primeira vez, era difícil ignorá-los, pois o número de homens em sofrimento era tal que afetava o moral e a disciplina das tropas.[7] Convém recordar que a Primeira Guerra Mundial foi a "guerra total", marcada pelo recurso a um armamento de grande alcance e de destruição em massa, que causou um elevado número de mortos, estropiados, mutilados e desfigurados que seriam reconhecidos como heróis no pós-guerra. E muitos outros ficaram com feridas invisíveis, resultantes de doenças como a tuberculose, a malária, ou os traumas psíquicos.

Num primeiro momento não havia designação oficial para a condição que afetava os homens que sofriam do que hoje chamamos Perturbação de stresse pós-traumático. Em 1915, Charles S. Myers publicou um artigo em que utilizou o termo "*Shell-shock*" estabelecendo uma relação entre as explosões e os sintomas despoletados nos militares. Mesmo se o termo não foi o único a ser então utilizado[8] e apesar de ser impreciso, tornou-se sinónimo da Grande Guerra e continua a ser usado no mundo anglo-saxónico para as doenças do foro psíquico dos militares neste conflito.[9] Os vários exércitos sentiram dificuldade em dar um nome a esta doença: *choc traumatique, choc émotionnel, obusite, commotion, histerie de guerre* foram alguns dos termos utilizados em França; *Kriegsneurose* foi o termo utilizado na Alemanha e *psicosi traumática* em Itália. A dificuldade em encontrar um termo devia-se em parte à pluralidade de sintomas: tiques, tremores, espasmos, mudez, depressão, demência, neuroastenia, psicoses, alcoolismo. Sem esquecer que, em muitos casos, havia a ideia de que tudo não passava de simulação ou exagero como forma de evitar ou adiar a ida para o *front*.[10] A bibliografia internacional aborda este tema, bem como as tentativas de quantificar os casos, o que é extremamente difícil pela diversidade de nomenclaturas e pelo facto de nem sempre os interessados ou as famílias pedirem ajuda, com vergonha ou receio de serem humilhados ou desonrados.

Perante a violência dos combates, a destruição e a morte, há autores que afirmam que quase todos os homens se sentiram, pelo menos num momento, deprimidos, desorientados, apáticos ou em pânico.[11] Um outro tema recorrente são os tratamentos dispensados a estes homens durante e após a guerra, mas podemos ainda citar os traumas das enfermeiras militares, das famílias ou da sociedade em

geral.[12] A bibliografia sobre o tema dos traumas psíquicos é extensa, mas não se pretende aqui enumerar a sua totalidade, mas veja-se os estudos sobre este fenómeno no Reino Unido[13], na Irlanda[14] ou na Austrália[15], na França[16], na Alemanha[17] ou na Rússia[18].

Perante um tal interesse pelo tema a nível internacional, pode parecer estranho o silêncio na historiografia portuguesa. Mas há várias razões que têm contribuído para este cenário. Primeiro, as vítimas portuguesas da Grande Guerra foram em menor número se comparado com outras potências, e consequentemente também os homens que sofreram de traumas psíquicos, não havendo diretamente vítimas civis do conflito em Portugal. Ao mesmo tempo, a historiografia portuguesa continua muito focada nos aspetos militares, políticos e económicos relacionados com a Grande Guerra, relegando ainda para segundo plano as questões sociais, sobretudo as questões de saúde. Convém recordar que a saúde (ou falta dela) desempenharam, e desempenham, um papel crucial no desenrolar dos conflitos bélicos, onde as doenças podem dizimar um exército e alterar o curso da guerra.

Por outro lado, a questão dos traumas psíquicos é um assunto sensível, talvez ainda visto como uma face menos heroica dos militares que sofreram com a violência da guerra, e que pode ainda ferir ou chocar as famílias ou descendentes dos mesmos. Este último ponto dificulta também o acesso a determinados arquivos, retardando a investigação, enquanto outros arquivos exigem que não se revelem informações que possam identificar estes homens; é aliás por este motivo que neste capítulo não usaremos nomes próprios ou apelidos.

Por último, tal como os traumas físicos, os psíquicos estão ainda menos representados na cultura e na sociedade portuguesa do pós-guerra, sobretudo em comparação com outros países. Veja-se como o tema da violência da Primeira Guerra influenciou autores como Otto Dix e Max Beckmann e ainda movimentos artísticos como o dadaísmo e o surrealismo. Em várias memórias da guerra, sobretudo do teatro de França, há referências aos homens que sofriam de problemas psíquicos em consequência dos combates. Já no pós-guerra, poucas são as obras portuguesas sobre este tema.

Uma exceção é o drama de Eduardo de Faria *E, quando a guerra acabou* que conta a visita de um homem com juízo (mas que sofria de tuberculose) a um antigo camarada de armas de França que estava numa "casa de doidos". A peça de teatro revela o abandono da família e dos amigos e como o "doido" revivia constantemente a cena em que matava um homem e cujo sangue ainda tentava desesperadamente lavar das mãos. Também aqui fica claro que era difícil identificar a doença

> Chamavam-me idiota! Idiotas eram êles que não me compreendiam, que não sabiam perceber que a doença estava tôda aqui *(aponta para a cabeça),* neste buraco que

> sinto cá dentro, nesta série de idéias aos encontrões umas às outras, ou às mãos, às malditas mãos que nunca mais consegui lavar.[19]

Podemos imaginar que este drama teria sido baseado em factos reais, mas que este seja um caso fictício e romanceado. Nas várias memórias do conflito que foram publicadas é possível encontrar diversos casos bem reais e referências aos homens que sofriam de neuroses de guerra. Aliás, seria essencial um estudo e uma análise aprofundada das várias memórias da Primeira Guerra e das referências aos traumas ou neuroses de guerra.

## Loucura no *front*

> "Às vezes nas trincheiras os homens endoidecem. Uns de todo. Outros, de quando em quando, algum rebate de loucura."[20]

Apesar de desconhecermos o número de militares portugueses que sofreram de traumas psíquicos durante e após o conflito, várias fontes confirmam que houve casos ainda na guerra. Um exemplo são as memórias de Jaime Cortesão, onde o médico relatou várias situações que presenciou em território francês. Segundo o próprio, além da guerra, as saudades da família e da terra levavam os homens à melancolia e ao desespero, sentimentos agravados quando recebiam más notícias. Jaime Cortesão mencionou várias situações como o caso de um oficial que se suicidou após receber uma notícia de uma traição. Também descreveu um soldado que

> Não dizia palavra. Nem se tinha de pé. Parecia um farrapo. Na cara branca, macerada pela dôr, os olhos fitavam-se para além, seguiam qualquer coisa, agudamente, sem despregar. Sentavam-no e ficava para ali, sem mexer, curvado, os braços caidos, muito branco e os olhos sempre fixos, inalteravelmente fixos e pregados.[21]

Segundo o médico, um outro sofria de melancolia e de saudades da terra e da mãe e "Passa horas inteiras sentado e sem dizer palavra, brincando, distraído com objectos de acaso; como as crianças doentes. Leva noites a fio em branco, a cantar com voz lúgubre as cantigas da sua terra. Dizem os companheiros que a sua voz de noite mete medo."[22] Nestas descrições encontram-se vários casos onde os traumas se manifestaram de diversas formas: mutismo, insónias, fala desconexa, imobilidade ou desinteresse pela vida que os rodeava.

Também o Tenente Pina de Morais relatou a história de um soldado que, em França, no meio de um bombardeamento deixou tudo e fugiu, e no dia seguinte o alferes

> encontra um soldado desarmado, em cabelo, o capote em tiras. Marcha na trincheira de corpo dobrado como se quisesse abrigar-se exageradamente. Pára. Levanta os olhos esgazeados para o ar, aponta com o dedo ao alto como se mostrasse alguma coisa, assobia numa imitação perfeita o zumbido do morteiro subindo, encolhe-se como uma bola, como um ouriço à espera, de encontro à escarpa... e de repente numa expressão tráfica de pavoir escacha os braços semelhando num rouquido animalesco a explosão do morteiro... e continuou assim trincheira fora...[23]

Mas segundo o mesmo relato, meses depois, o mesmo soldado ainda andava à volta dos barracões, "assobiando como os morteiros". Nesta obra, Pina de Morais abordou ainda o medo e outros casos que deixam claro o stress e as experiências traumatizantes vividas pelos homens no *front*.

Também as memórias de um alienado, escritas na primeira pessoa e dadas a conhecer ao público em 2020, são uma fonte interessantíssima e a explorar. O leitor fica assim a conhecer os ataques de loucura de um "maluco" que "sofria da cabeça" e que recusava em aceitar que tinha um problema ou uma doença, mesmo quando estava no hospital. Isso fica claro no diálogo seguinte que transcrevemos seguindo a linguagem e a pontuação do texto original.

> = então estás melhorzinho? =
> = Senhor Capelão, e Vossa Excelencia como está? = passa bem? =
> = Eu bem, então qual é a tua doença não é nenhuma, mandaram-me para aqui porque quiseram: =
> = Não foi porque te quisessem mandar, pois tu estás doente, pois se não estivesses doente não estavas aqui: =
> = Então que doença é a minha? =
> = Olha é da cabeça, tu estás maluco! =
> = Maluco! =
> = Sim maluco: =
> = Então o que quer dizer maluco? =
> = Olha quer dizer que tens a cabeça muito transtornada d'aqueles grandes canhões, que até fazem estremecer o coração à gente.
> = Há! Então será por causa d'isso: =[24]

No seu diário o soldado insistia que não tinha doença alguma e os outros doentes diziam que fazia muitos disparates. Desconhecemos quais os tratamentos que recebeu, se é que teve algum tratamento específico no *front*, mas ficamos a saber que era muito ativo e que ajudava nas tarefas domésticas dos vários locais por onde passou. Relatou também a sua passagem por várias estruturas de saúde, o contacto com vários médicos cuja especialidade era neurologia ou

psiquiatria e também com outros homens que sofriam da mesma doença, que o autor dizia depois ser "incurável". É, por exemplo, o caso de um sargento natural dos Arcos de Valdevez que quando deu entrada no Hospital de Sangue n.º 1 em Merville "... gritava muito, fazendo muita gritaria, rasgando os lenções, orinando na cama, atirava com os colchões à gente, pois foi ficar amarrado à cama, pois a força d'elles nada lhes valia, pois elle tinha muita força, arreventando com tudo nessa mesma tarde."[25]

Tudo indica que as memórias sejam verídicas pois várias informações correspondem aos dados das fichas militares e a outros documentos do Arquivo Histórico Militar. Confirma-se que o autor das memórias esteve nas várias estruturas de saúde, incluindo na Casa de Saúde do Telhal em Portugal, tal como o sargento dos Arcos, que também passou por aquela Casa e rapidamente saiu. As memórias terão sido redigidas em 1920 e são, por vezes, romanceadas, sobretudo quando o autor conta as inúmeras relações amorosas que teve por terras francesas. Infelizmente pouco conta no seu regresso a Portugal e sobretudo após a sua saída da Casa de Saúde do Telhal.

Há outras referências, como no artigo de António Barradas sobre o Serviço de saúde do Corpo Expedicionário Português em França onde menciona dez suicídios e refere a existência de nevroses emocionais, paralisias agitadas e casos de confusão mental sobretudo depois de grandes bombardeamentos.[26] Uma outra referência aos militares que sofreram de traumas surge no diário do comandante do Corpo Expedicionário Português em França. O próprio General Fernando Tamagnini escreveu a 18 de junho de 1918 "Ha um oficial doido furioso e outro tuberculoso no ultimo grau; o 1.º vou mandal-o para um Hospital de doidos em Paris, que é o local mais próximo agora".[27] Segundo fontes do Arquivo Histórico Militar (PT AHM), este seria um alferes de engenharia, natural de Lisboa, casado, com 26 anos, "atacado de alienação mental". Inicialmente o alferes deu entrada no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em Ambleteuse[28] (França) a 22 de maio, onde ficou até 19 de junho quando foi transferido para a *Maison National de Santé de Saint Maurice*, Charenton, perto de Paris tendo ficado sob cuidado do Dr. Mignot.[29] Esta informação é confirmada nos registos dos oficiais em tratamento no Hospital da Cruz Vermelha em França, onde não é o único caso de "alienação mental".[30]

O oficial foi enviado para uma Casa de Saúde francesa pois no *front* não havia uma estrutura específica para militares portugueses que sofriam de "alienação mental" ou de doenças do foro psiquiátrico argumentado o Chefe do Serviço de Saúde que faltavam "os recursos necessários para montar um serviço d'esta especialidade" e acrescentando que "para serem ouvidos em casos especiais" colocou vários médicos na área da psiquiatria e da neurologia na frente e na base como Francisco Pulido Valente, António José Pereira Flores, Fernando David Martins Pereira e

Alexandre Cancela d'Abreu.[31] Sabemos também que António José Pereira Flores integrou desde 14 de junho de 1918 uma comissão encarregada da hospitalização de oficiais sofrendo de psicoses, segundo Ordem n.º 164, juntamente com Rui Dique Travassos Valdez,[32] mas infelizmente desconhecemos o funcionamento desta comissão. Em setembro de 1918, Flores terá viajado até Londres numa "missão de estudo", talvez também relacionada com o assunto das neuroses de guerra, contudo não parece ter redigido um relatório da mesma.[33]

É através da análise dos registos das várias estruturas de saúde que ficamos a conhecer a ação destes médicos, nomeadamente quando assinavam pedidos e documentos relativos a militares que sofriam de psicoses, como decisões das juntas quanto à invalidez e repatriamento. Foi o que aconteceu no caso de um capitão originário da Madeira, casado com 33 anos que foi inicialmente hospitalizado em França em agosto de 1917, tendo no mês seguinte seguido para Portugal em licença para se tratar por causa da exposição aos gases. No seu regresso a França, em novembro, "tentou suicidar-se atirando-se para debaixo de um auto e dá evidentes signaes de alienação mental"; um especialista seria chamado para o observar.[34] Este seria Francisco Pulido Valente, que rumou a Paris, observou o paciente e decidiu enviá-lo novamente para Lisboa.[35]

Contudo, o mesmo acabaria por regressar a França em 21 de março, tendo participado em várias batalhas inclusive na de La Lys a 9 de abril, conhecida pela destruição e elevado número de vítimas portuguesas. O relatório médico de julho descreve que no seu regresso à unidade começou a revelar "perturbações psychomotoras caracterizadas por fácil excitabilidade e agitação, seguidas de sensível depressão nervosa e amnesia, revistindo os seus actos um caracter bizaro e anormal" isto é "desconfiança dos seus camaradas", julgava que lhe queriam mal. Em julho acabou por sofrer uma queda a cavalo quando estava "muito excitado e rompendo em gritos e gesticulando", perdeu os sentidos, não se recordando do que se tinha passado, insistia que os camaradas lhe queriam mal. Fora então decidido da necessidade de "ser temporariamente afastado do serviço".[36]

Na sequência da queda de cavalo, este capitão deu entrada no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em França, onde foi também observado por António Flores.[37] No relatório, o médico revelou que o capitão já tinha estado numa casa de saúde após a tentativa de suicídio, que sofria de crises impulsivas, ideias obsessivas e tornara-se agressivo para com os colegas. Flores acrescentou ainda que "Como a base portuguesa não tem condições de tratamento para estes casos, e outrotanto sucede à base inglesa, este snr oficial deve ser imediatamente evacuado para uma Casa de Saude."[38] Na verdade, muitos dos portugueses numa situação semelhante passaram pelo *Stationary Hospital n.º 8* em

Wimereux no Norte da França pois esta tinha uma "*mental division*", como foi o caso do alienado que escreveu as suas memórias. Quanto ao capitão, a 6 de agosto, foi evacuado para Portugal "por loucura", acompanhado na viagem pelo médico Rui Dique Valdez e um cabo enfermeiro.[39] Em Portugal, foi internado na Casa de Saúde do Telhal onde permaneceu apenas oito dias, tendo saído melhorado.[40]

Este caso revela bem o calvário de alguns destes homens que no *front* iam de instituição em instituição, de licença em licença, sendo que o seu estado não era considerado relevante para os retirar de combate. Ao mesmo tempo, mostra a dificuldade em identificar o trauma e a complexidade da situação, tal como a ausência de estruturas no *front* para os receber.

Como já mencionámos, foi então difícil de reconhecer e nomear estes casos; o que também complexifica hoje a análise dos mesmos. Quando analisámos os registos existentes no Arquivo Histórico Militar das entradas nas várias estruturas hospitalares portuguesas em França (desde os hospitais de sangue às várias ambulâncias) encontrámos casos em praticamente todas as estruturas e uma variedade de nomenclaturas para os traumas psíquicos: alienação mental, confusão mental, comoção nervosa, demência, debilidade mental, desequilíbrio mental, esgotamento nervoso, exame das faculdades mentais, histeria, melancolia, neurostenia, perturbações (mental, visual, auditivas), psico nevrose guerra, psicose, psicopatia, mas também "*Shell-shock*" e "nyd" para "*not yet diagnosed*". Tal como no exemplo anterior, vários destes homens foram evacuados para Portugal, acompanhados por médicos ou enfermeiros, devido ao elevado risco de suicídio.

Foi o caso de um alferes, solteiro, natural de Alenquer que estava hospitalizado no Hospital Português da Base n.º 1 em Ambleteuse (França). Em finais de janeiro de 1919 como estava "melhorado dos syntomas de excitação da sua psycoce [...] e em condições de poder ser evacuado para Portugal desde que seja acompanhado por médico e por um enfermeiro". Este alferes foi evacuado em 25 de abril de 1919 com outro alferes que sofria de "psychose de forma melancólica e tendências ao suicídio que já duas vezes se evadiu do Hospital".[41] Chegado a Portugal, o primeiro alferes deu entrada na Casa de Saúde do Telhal a 3 de maio. Segundo o seu processo clínico, quando ali deu entrada, estava num "estado estuporoso, mutismo absoluto, automatismo, catalepsia" sendo-lhe diagnosticado "amência estuporosa". Há ainda a informação de que "A doença atual manifestou-se em campanha, por insónia, forte exortação, torpor intelectual, ideias vagas de perseguição, agressões pessoais". Em agosto surge uma observação de que falava e que respondia assertivamente às questões e no mês seguinte que continuava a melhorar, que estava mais tranquilo e lúcido e que falava da família. Saiu assim no final de setembro de 1919, dado como curado.[42]

## Regressar à Pátria

O que acontecia então a estes homens quando regressavam a Portugal? Nos exemplos aqui apresentados seguiram para a Casa de Saúde do Telhal, perto de Sintra, porque na altura não havia nos hospitais militares uma ala de psiquiatria. Como veremos, estes homens foram sendo encaminhados para as estruturas psiquiátricas existentes em Portugal, que eram então extremamente diminutas.

Apesar dos avanços na psiquiatria, o início do século xx ficou marcado por vários médicos como Miguel Bombarda, António Maria de Senna, Júlio de Matos ou Magalhães Lemos que tentavam alertar os poderes públicos para a questão dos alienados em Portugal. Na verdade, faltavam camas nos asilos ou manicómios para um número bastante elevado de doentes, que ficavam assim abandonados, a aguardar durante longos anos por uma vaga. Em 1911 fora publicada a lei de Assistência aos alienados que definia a construção de sete novos manicómios, espalhados por todo o território, com o intuito de melhorar a situação. Contudo, a lei não foi avante como estava previsto. Lisboa viu um novo manicómio sair do projeto no ano seguinte, mas a sua construção demorou décadas abrindo as portas mais de 30 anos depois (Hospital Júlio de Matos).[43] Foi também na década de 1940 que o Estado português abriu em Coimbra o Hospital Sobral Cid, mantendo-se o Hospital Miguel Bombarda em funcionamento na capital.

Assim, no início do século xx, o número de instituições que recebiam pacientes do foro psiquiátrico em Portugal era muito reduzido, sobretudo de grande dimensão. Além do Hospital Miguel Bombarda (antigo Rilhafoles[44]), havia o Hospital Conde Ferreira da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que estava sobrelotado e onde era necessário esperar meses por uma vaga[45] e a Casa de Saúde do Telhal da Ordem Hospitaleira de São João de Deus, que tratava homens alienados perto de Sintra, que já aqui referimos.[46] Havia outras estruturas de menores dimensões.

Face a esta falta de estruturas de saúde onde os militares pudessem ser tratados e à semelhança do que estava a ser feito noutros países com a criação de centros neurológicos para receber os militares com neuroses de guerra, em 1917, Egas Moniz propôs ao Ministério da Guerra a utilização da sua enfermaria no Hospital de Santa Marta. Segundo ele, esta poderia ser facilmente adaptada para receber militares. Na sua proposta explica que a enfermaria tinha 30 camas, mas com umas "pequenas obras" poderia receber até 150 pacientes que aproveitariam as instalações de eletroterapia e de análises clínicas da especialidade que já ali existiam. Seria assim uma vantagem para o ensino dos futuros médicos, bem como para os homens que sofriam de traumas de guerra. Isto teria permitido criar uma ala neurológica militar neste hospital da

capital que tinha a função de Escola Médico-Cirúrgica. Contudo, nada nas fontes analisadas indica que esta oferta foi avante.[47]

Aliás, o próprio Egas Moniz tinha oferecido os seus serviços gratuitos ao Hospital da Cruz Vermelha na Junqueira em Lisboa para o tratamento dos casos de neurologia, mas este estava muitas vezes ausente de Lisboa e impossibilitado de observar os pacientes em causa, chegando a prescrever massagens e o início de tratamentos elétricos.[48] Recorde-se que Egas Moniz redigiu um livro sobre a neurologia e a Primeira Guerra que, segundo o próprio, servia para partilhar conhecimentos com os médicos portugueses sobre esta temática e dar conselhos relativamente aos tratamentos. Conhecedor da situação internacional, em particular do caso francês, aborda no livro os casos de lesões físicas (crânio, medula, por exemplo), escreve sobre os comocionados, mas também sobre os possíveis simuladores.[49]

Apesar da especificidade das neuroses de guerra, os pacientes acabavam muitas vezes em manicómios misturados com outras patologias. Já o médico Aurélio da Costa Ferreira, grande defensor dos inválidos de guerra sobretudo dos mutilados, insistia que os que sofriam de traumas psíquicos não deveriam ser colocados nos serviços psiquiátricos ordinários e que estes tinham de fazer face ao "preconceito e o desfavor do publico".[50] Contudo, a realidade foi bem diferente.

Em vários momentos foram evacuados militares de França para Portugal como a 10 de março de 1918 quando 16 homens deram entrada na Casa de Saúde do Telhal, incluindo o autor das memórias de um alienado e o sargento dos Arcos[51] ou a 17 de maio de 1918 quando nove homens foram para o Hospital Miguel Bombarda.[52] Em Portugal, estas foram as duas principais estruturas que receberam militares no pós-grande guerra. No caso do Hospital Miguel Bombarda, no livro de admissões existem algumas referências como "Veio de França" ou "CEP" mas nem sempre esta informação é fornecida. Também quanto às "moléstias" surgem casos de confusão mental, demência precoce, epilepsia, histeria e melancolia sem mais informações que permitam aprofundar a nossa análise nomeadamente em relação aos tratamentos. Alguns homens ficaram neste hospital apenas uns dias (7, 9, 11), outros ali permaneceram anos. Foi o caso de um soldado, solteiro, natural do distrito de Braga, considerado em França como inválido para o serviço e incapaz de angariar meios de subsistência, que deu entrada no Hospital Miguel Bombarda em maio de 1918 sofrendo de demência precoce. Ali ficou três anos e meio quando saiu melhorado segundo os registos, sem mais informações.[53]

Noutros casos, os pacientes passaram por várias instituições, em parte por falta de um diagnóstico correto ou ainda por falta de condições adequadas ao seu tratamento. Foi por exemplo o caso de um sargento que desembarcou em Lisboa em julho de 1918, tendo

então dado entrada no Hospital Miguel Bombarda por demência precoce. Ali ficou mais de dois meses, tendo saído "melhorado" segundo os registos. Contudo, um mês depois deu entrada na Casa de Saúde do Telhal, mas infelizmente não detemos mais informações sobre a sua situação.[54]

Há também o caso de um capitão, casado, com quase 40 anos, natural de Macau, que no regresso a Portugal passou primeiro pelo Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa na Junqueira, que como não era específico para pacientes do foro psiquiátrico foi depois transferido para o Hospital Miguel Bombarda. A sua esposa chegou a agradecer por carta a atenção que lhe fora dada, nomeadamente por ter podido ficar com o marido durante o seu internamento no Hospital da Cruz Vermelha. Já no registo de entradas no Hospital Miguel Bombarda ficou mencionado que sofria de confusão mental, e após vários meses de internamento saiu melhorado. No entanto, este deu entrada na Casa de Saúde do Telhal no mesmo dia, e segundo o seu processo clínico foi a pedido da família pois esta instituição era mais próxima do domicílio familiar.[55] Este caso coloca dúvidas quanto aos registos, nomeadamente aos existentes no Hospital Miguel Bombarda, onde as informações são particularmente escassas.

Já no processo clínico do Telhal, quando este entra em agosto de 1918, fica claro que segundo a família revelou perturbações mentais na campanha em França. As notas do médico mencionam que sofria de estado confusional e "desorientação completa no tempo, lugar e ambiente", insónias, e ainda de alucinações visuais e auditivas, ideias delirantes de carater persecutório e uma agitação contínua, entre outros comportamentos. Apesar de continuar agitado nos meses seguintes, no final de 1918 começou a mostrar melhorias e acabou por sair "curado" em dezembro. Contudo este voltou a entrar na Casa de Saúde do Telhal, pela terceira vez segundo o processo clínico em 1926, novamente sofrendo de insónia, "confusão mental muito pronunciada", desorientação, alucinações visuais e auditivas e novamente meses depois fica descrito um "desaparecimento quasi completo de todo quadro sintomatológico". Não sabemos quando entrou no Telhal entre 1918 e 1926, mas podemos imaginar uma recaída e fica mencionado no seu processo clínico que este era ainda militar no ativo em 1926 e que a Revolução do 28 de maio do mesmo ano terá abalado e reavivado os traumas do passado e despoletado um novo quadro clínico que o levou de volta ao Telhal por alguns meses.[56] Este caso demonstra não só a passagem por várias instituições mas também o facto dos traumas psíquicos não serem reconhecidos como incapacitantes para a carreira militar levando a recaídas e novos internamentos. Mas está longe de ser o único pois encontramos outros exemplos nos processos clínicos na Casa de Saúde do Telhal, instituição na qual nos focaremos no ponto seguinte.

# Cuidar os militares na Casa de Saúde do Telhal

Como já referimos, a Casa de Saúde do Telhal é uma instituição da Ordem Hospitaleira de São João de Deus que foi uma das principais a receber militares no pós-guerra. Segundo Aires Gameiro, o próprio Ministério da Guerra recorreu à Ordem e à Casa do Telhal ainda durante a guerra para assistir os militares dispensando assim os Irmãos do serviço militar obrigatório; isto é, anteriormente estes efetuavam o serviço militar no Hospital Militar Estrela e assim passaram a fazê-lo no Telhal.[57] Nas memórias de um alienado fica também relatada a chegada ao Telhal "uma casa muito comprida que tinha para mais de cem camas = cincoenta em cada lado" onde nada lhes faltou, nomeadamente comida. Mas infelizmente nada conta sobre os possíveis tratamentos ou médicos.[58]

Os militares foram inicialmente tratados pelo doutor Luís Cebola, que apesar de não ser especialista da neurologia ou psiquiatria, trabalhou durante décadas nesta instituição, sendo uma figura central, inclusive nos cuidados aos antigos militares. Sobre este assunto, publicou em 1930 o artigo "Os Loucos da Guerra" no qual relata a sua experiência no tratamento destes homens mencionando que o Estado português quase nada fez em favor deles, como se não esperasse ter homens que sofressem de traumas após o conflito. Segundo Cebola encontrou apenas um caso de simulação, enquanto os outros homens sofriam por causas múltiplas de "psicose emocional com o onirismo alucinatório e delirante." Muitos reviviam as cenas de guerra que este descreve detalhadamente no artigo. Segundo ele, os psicóticos emocionais, os melancólicos e os maníacos curavam-se, ficando num estado melindroso havendo sempre o risco de recaída, mas muitos tornaram-se pacientes crónicos. Cebola escreve que muitos destes homens caíam no álcool, na vagabundagem, no crime e eram abandonados pela família, cansadas da situação e da falta de apoio estatal. Acrescenta ainda que as juntas nem sempre os davam como incapazes por falta de médicos especializados, mas que o Estado não deveria "esquecer as vítimas da Guerra, prestando-lhes a máxima assistência e patrocínio económico."[59]

Coincidência ou não, dois anos depois da publicação deste artigo, o Ministério da Guerra e o diretor dos serviços de saúde militar começaram a trocar correspondência sobre este assunto. Pretendiam fazer um levantamento do número de homens institucionalizados no país, o que estimaram a cerca de 100, e salientavam a falta de estruturas para os acolher. Na altura o Hospital Miguel Bombarda, o único do Estado português, não tinha camas disponíveis. Reconheciam que a solução ideal seria a criação de um hospital psiquiátrico militar, mas cujos custos eram demasiado

elevados; por outro lado, a falta de espaço impedia a construção de uma ala psiquiátrica no hospital militar. Por isso elogiavam a direção da Casa de Saúde de Telhal e de Barcelos (esta última aberta na década de 1920 tal com as do Funchal, de Angra do Heroísmo e de Ponta Delgada) pelas relações cordiais e esforços feitos para proporcionar as melhores condições aos militares. Contudo apontavam também inconvenientes, nomeadamente o facto de terem um médico civil que "apenas se preocupa com o aspecto clinico dos casos e não com a parte militar", ou seja, não propunha para incapacidade determinados pacientes que assim continuavam nos efetivos e este também não pretendia saber se a doença tinha sido causada pelo serviço militar.[60]

Logo, apontaram como possíveis soluções a organização de uma secção militar na Casa de Saúde do Telhal (o que então lhes parecia impossível, mas que acabaria por ser feito nas décadas seguintes) e a nomeação de um médico militar especializado em neuropsiquiatria (Diogo Furtado), que trabalhasse no Telhal e tratasse os pacientes militares. A direção da Casa do Telhal aceitou as condições, sendo que recebia um pagamento pelo internamento e tratamento destes homens. Logo em 1933 acolheu um conjunto de veteranos muitos deles provenientes do Hospital Miguel Bombarda. Ficou também assinalado que pelo menos 11 deles deveriam ter sido considerados inválidos de guerra, mas o prazo para pedir uma pensão tinha terminado, que alguns continuavam oficialmente no ativo, e outros não tinham direito a pensão de reforma. Estas situações revelam um problema legislativo relativamente aos veteranos que sofriam de traumas psíquicos e que o Ministério da Guerra estava consciente da situação, mas tinha poucos meios para encontrar soluções.

Após a chegada do doutor Diogo Furtado ao Telhal, este elaborou um relatório da situação, contabilizando 117 pacientes em tratamento em 1938 na Seção de Assistência aos alienados militares. A grande maioria sofria de esquizofrenias e psicoses de vários tipos, acrescentando que muitos tinham alta melhorados ou curados. Segundo Furtado, os resultados dos tratamentos à esquizofrenia como as lobotomias, drogas ou insulinoterapia eram reduzidos. Este explicou ainda a organização da assistência aos alienados militares e o tipo de pacientes na Casa de Saúde do Telhal: paciente com psicoses crónicas e um internamento definitivo, com psicoses agudas e possibilidades de cura que tinham alta e ainda os que sofriam de psicoses agudas e cura "com defeito" que podiam ter recidiva (ou recaída) previsível ou imprevisível, mas em ambos os casos tinham alta.[61]

Efetivamente quando analisamos os processos clínicos apercebemo-nos que muitos destes homens saem rapidamente, muitas vezes a pedido da própria família, conforme é mencionado nos processos clínicos. Foi o caso de um cabo promovido a sargento durante a guerra, de 26 anos, natural de Viana do Castelo.

Os primeiros sintomas surgiram em dezembro de 1917 em França levando a uma baixa na *Casualty Clearing Station n.º 1* por "perturbação das faculdades mentais" ou "dementia praecox" tendo então declarado que já tinha estado em Rilhafoles (antigo Hospital Miguel Bombarda), recordando que a guerra pode acentuar ou despoletar traumas anteriores. Depois passou pela *Stationary Station n.º 8* onde sofria de alucinações auditivas, confusão, desinteresse e tentava despir-se sem motivo.[62] Dali foi para o Hospital da Base n.º 2, instituição portuguesa em Ambleteuse (França) até ser evacuado para Portugal. Em março de 1918 deu entrada no Telhal com "demência precoce" sofrendo de alucinações visuais, insónias, onirismo, agitação, confusão e delírios com caracter bélico. Contudo, apenas sabemos que as alucinações foram reduzindo e três meses depois teve alta. Nas memórias de um alienado, este contou como alguns oficiais saíram da Casa e "foram na companhia de suas famílias para os seus lares." O soldado alienado escritor saiu acompanhado do diretor do Telhal e de outros camaradas até ao Quartel-General do CEP tendo depois continuado sozinho o caminho até ao seu lar, infelizmente não dando mais informações.[63]

Outros alienados saiam curados ou melhorados, mas por vezes voltavam novamente à instituição, como já vimos. Foi também o caso de um sargento, natural de Mafra, solteiro de 23 anos quando em 1918 entrou pela primeira vez no Telhal. Os primeiros sintomas revelaram-se no *front* onde passou várias vezes pela *Stationary Station n.º 8*, foi julgado incapaz, repatriado e internado na Casa de Saúde do Telhal com psicose maníaca depressiva (ideias delirantes com predominância "de carácter bélico") e um mês depois teve alta curado. Contudo, em 1932 voltou a ser internado estando 13 meses até sair curado. Regressou novamente em 1939 ao Telhal devido a excitação maníaca sendo referido pormenores como um humor eufórico, estava irritável, sofria de insónias, chorava facilmente, e abordava assuntos do passado e da vida militar. Segundo o processo vestia-se "pomposamente" com um "boné de oficial superior" e "medalhas" e tinha um ressentimento "contra uma junta que lhe não relacionou a doença com o serviço". Como muitos outros pacientes tinha ergoterapia tanto dentro da Casa (na cozinha, por exemplo, a descascar batatas ou a ajudar nas limpezas) ou no exterior, no pomar. Contudo, era indiferente à família apesar de ter casado, e enviuvado, e ter quatro filhos, mas não queria ter alta. No Telhal foi-lhe feita terapia eletroconvulsiva e em 1948 foi-lhe feito uma lobotomia, muito provavelmente na presença de Egas Moniz,[64] que o modificou um pouco. O processo clínico menciona que assim tinha desaparecido o humor maníaco e eufórico, mas continuava a ter atenção dispersa e uma ligeira dificuldade de linguagem, tornara-se apático, depressivo e com tendência a chorar. Esta mudança terá levado a sair da instituição em setembro de 1948 no estado de melhorado.[65] Nada mais sabemos sobre este sargento, nem quem tratou dele depois do Telhal.

Noutros casos a situação fora um pouco diferente. Como um tenente, natural de uma antiga colónica portuguesa, casado, que entrou no Telhal pela primeira vez em janeiro de 1919 regressado de França, tendo saído seis meses depois, melhorado e em licença de ensaio a pedido da família. Este voltaria a entrar no Telhal no mesmo ano, saindo um ano depois, voltando novamente a entrar, a ter alta, e a entrar em finais de 1921 ficando internado até à sua morte em 1957 por astenia. Este caso, como outros, revelam como as recaídas podiam ser recorrentes e condicionar posteriormente a ficar internado até à morte. Neste caso a psicose revelou-se durante a guerra, onde sofreu alucinações auditivas, afetivas e gustativas e delírio persecutório. Já nos anos 1930, com um olhar "esgaziado" entrou numa outra fase da doença, onde escrevia cartas, à Rainha da Roménia, ao Ministro da Justiça e ao Ministro da Instrução explicando, por exemplo, como se preocupava com o futuro das colónias portuguesas que deveriam obter a independência. Ele dizia ser inventor de aparelhos, de uma ponte sobre o Cunene (havendo vários croquis no processo clínico), da cura da tuberculose, de projetos de ortografia, entre outros. Um pormenor interessante no processo é que dizia estar "internado de forma misteriosa. Tem a preocupação de que foram os ingleses, para se vingarem que o internaram aqui." De forma geral era calmo, não convivia com os outros, mas a saúde foi-se deteriorando com a idade, recusava-se a comer (pois ouvia vozes nesse sentido), o que levou a uma perda de peso e à morte.[66]

Há vários outros casos onde a Casa do Telhal tornou-se uma segunda casa para estes homens que ali ficaram após a guerra e ali acabaram por falecer. Como um sargento, solteiro, de 26 anos, natural do distrito de Coimbra, que em França também passou pelo *Stationary Hospital n.º 8* e entrou no Telhal pela primeira vez em 1918. Além das alucinações, risos, agitação, perda de afetividade e insónias, tinha delírio de grandeza (achava que era rei e rico). Após dois meses, melhorou e teve uma alta de ensaio e passou oito meses com a família. No regresso ao Telhal o seu estado tinha-se agravado. Estaria num "estado catatónico com inércia motora absoluta, passividade e mutismo"; mexia os lábios como que a rezar, mas sem emitir sons. Encontrava-se muito desconfiado, respondia "sim, senhor" e o seu estado catatónico manteve-se até falecer de tuberculose em 1949 com 57 anos.[67]

Também neste caso a família esteve presente na saída do doente. Seriam, muito provavelmente, famílias endinheiradas ou que, pelo menos, tinham condições, nomeadamente económicas, para os ter em casa. Neste caso sabemos que o agravamento da doença levou a um novo internamento pois a família não conseguiria cuidar do familiar. Por vezes o agravamento da doença levava a uma indiferença face à família e até a comportamentos violentos. Por outro lado, é provável que com o passar dos anos, os pais tivessem menos possibilidades físicas de os manter em casa, tal como a

esposa (se chegaram a casar). Quanto aos filhos, se os tinham, é possível que tivessem de trabalhar ou de tratar dos seus próprios filhos, e assim não conseguiam cuidar destes homens, dar-lhes o conforto e o apoio de que necessitavam. Talvez por estas razões encontramos homens alienados a entrar nos hospitais psiquiátricos vinte e trinta anos depois do final do conflito.

Em vários dos processos consultados fica claro que a doença resultava da guerra, quando se usavam expressões, repetiam-se palavras em francês ou inglês, quando havia alucinações com caráter bélico ou quando se falava das questões das pensões e das injustiças. Contudo, noutros casos a ligação entre as psicoses e o conflito bélico é difícil de estabelecer, sobretudo quando não se revelou durante a guerra ou quando a ligação entre os dois é mais ténue. Em vários casos, o comportamento após o conflito era diferente não isso não foi logo associado à participação na guerra. Veja-se o caso de um sargento que ao regressar de França estava triste, irritável e chegou a ser despedido e depois demitiu-se de um outro emprego sem qualquer motivo. Assim, apenas entrou na Casa de Saúde do Telhal em 1924 com 30 anos, sofrendo de demência precoce. Inicialmente foi a família que pagou as despesas, pois não havia ligação aparente à Grande Guerra. Foi também a família que pediu para ele sair em 1927. Contudo, 15 anos depois ele voltou a entrar na Casa onde ficou até à sua morte em 1965.[68] Neste processo destaca-se o facto de só mais tarde ser mencionado que o início da psicose deveria ter sido em França, onde já tinha tido uma licença para "retemperar o seu sistema nervoso, já muito abalado", mas esta informação não consta do seu boletim individual de militar, que muitas vezes estão muito incompletos. Destaca-se ainda o facto de a Liga dos Combatentes ter interferido neste processo e intercedido por ele.

Não podendo aqui aprofundar esta questão, cabe recordar que a Liga dos Combatentes da Grande Guerra foi o resultado de um longo e tardio processo de organização e que apenas em 1924 os seus estatutos foram aprovados no Diário da República. A Liga foi evoluindo ao longo dos anos e tinha como principal objetivo proteger e auxiliar os seus membros (que tinham combatido na Grande Guerra) e as suas famílias através de várias ações como o pagamento de pensões ou subsídios.[69]

Assim, a partir dos anos 1930 a Liga também se interessou pela questão dos traumas psíquicos dos antigos combatentes nomeadamente efetuando pedidos ao Ministério da Guerra para o internamento destes homens, num processo longo e extremamente burocrático. Podemos adiantar que nas décadas de 1930 e 1940 a Liga efetuou mais de 30 pedidos de internamento de antigos militares que sofriam de alienação mental. Nesses pedidos fica explícito que muitos viviam num estado miserável, sem pensão de invalidez, com família (mulher e filhos) e sem trabalho (ou sem poderem trabalhar). O estado deles ia piorando ao longo do tempo, alguns morriam à espera de vaga, outros praticavam distúrbios e

eram presos, e muitos representavam um perigo para a família e para a sociedade. Nalguns casos, raros, o pedido era rapidamente atendido, mas na maioria dos casos o pedido era repetido ano após ano, insistindo que a situação ia piorando. Uma vez mais, faltavam vagas nos hospitais psiquiátricos, apesar da abertura de novas instituições, e também faltavam verbas do Ministério da Guerra para pagar estes internamentos. Convém acrescentar que a Liga intercedia pelos seus membros que tinham as cotas em dia, ou seja, apenas uma parte dos antigos militares recebia apoio da Liga e estes pedidos refletem assim apenas uma parte da realidade. A Liga esperava ajudar as famílias e encontrar uma instituição onde pudessem terminar os seus dias, mesmo conscientes que não era a solução ideal. "Pobres loucos da guerra! Depois de terem sofrido os maiores abalos morais, causa da sua demência, têm, ao menos, lugar recolhido na cela dum manicómio, onde acabarão seus dias obscuros sem alegria, é certo, mas ao abrigo da miséria!"[70].

## Considerações finais

Partilhamos neste capítulo alguns exemplos das referências em memórias, relatórios e diários às doenças mentais e nervosas das tropas portuguesas na Primeira Guerra Mundial. Há muitas outras fontes que falta explorar de forma aprofundada, bem como conhecer o número concreto de casos. Neste artigo não abordamos todos os casos nem patologias, como a malária, cujos tratamentos causavam muitas vezes depressão e suicídio. Aliás a questão do suicídio e dos militares no pós-guerra é também relevante e está ainda por investigar em Portugal.

Como demonstramos neste artigo, no Portugal do pós-guerra, as mudanças políticas e a crise económico-social não permitiram apoiar convenientemente os inválidos de guerra, incluindo os que sofriam de traumas psíquicos. Em Portugal continuaram a faltar estruturas psiquiátricas ou asilos que pudessem receber estes homens e também não houve filantropos (como noutros países) que se debruçassem sobre esta questão. É muito provável que o número de casos fosse inferior ao de outras potências militares, mas não se pode ignorar que os militares portugueses sofreram no pós-guerra de traumas psíquicos e que pouco ou nada foi feito em seu favor pelo Estado português. O Estado relegou essa tarefa para a Ordem Hospitaleira de São João de Deus, pagando pelos tratamentos, numa parceria que acabou por ser favorável para os cofres da ordem. As terapias ali utilizadas eram as mesmas do que para outras doenças do foro psíquico e as existentes na época. Sem ansiolíticos, recorria-se a outros métodos para tentar acalmar os pacientes como a malarioterapia ou a insulinoterapia. Como mencionámos, no Telhal praticava-se a ergoterapia, a hidroterapia, a terapia electroconvulsiva e as lobotomias.

Por outro lado, a participação portuguesa no conflito terá tido um impacto na história da psiquiatria, mesmo que indiretamente, mas também parece ter sido esquecido ou ignorado pela maioria dos investigadores. Isto apesar do nome do prémio Nobel da medicina aparecer recorrentemente nas fontes e da sua colaboração no Telhal, nomeadamente nas lobotomias a militares.

Por último, no pós-guerra não se observaram mudanças na sociedade portuguesa face à doença mental, nem novas perspetivas ou visões sobre esta questão; isto aconteceria décadas mais tarde, no pós-Guerra Colonial. Para isso muito contribuiu o facto dos antigos militares da Grande Guerra serem em número restrito e permanecerem na obscuridão no pós-guerra sem voz, pois não houve artigos regulares, nem jornais dedicados ao tema, nem associações, médicos ou políticos que os defendessem publicamente.[71] A tudo isto acresce-se o facto de terem feridas invisíveis, mais um fator que contribuiu para que fossem facilmente esquecidos. Como demonstrámos, para muitos deles a guerra nunca terminou e, com sorte, passaram os seus dias no pós-guerra num hospital psiquiátrico, acabando por morrer de outras doenças.

**Notas**

1. Gameiro, Aires; Correia, Manuel; Borges, Augusto Moutinho, "A Casa de Saúde do Telhal na História da Psicocirurgia: ideias, espaços, práticas e protagonistas", in Rollo, Maria Fernanda; Nunes, Maria de Fátima; Pina, Madalena Esperança; Queirós, Maria Inês (Coord), *Espaços e Atores da Ciência em Portugal (XVIII–XX)*, Lisboa, Caleidoscópio, 2015, p. 79–88.

2. Muñoz, Pedro; Correia, Sílvia, "The Great War and the Fifth International Psychoanalytic Congress in Budapest: Psychoanalysis in the 1910s", in *Historia Crítica*, no. 84, 2022, p. 3–27. https://doi.org/10.7440/histcrit84.2022.01; Correia, Sílvia, "The Mutilated Face of World War I in Portugal", in *e-JPH* [online], Vol. 15 (1) 2017, p. 35–54. https://www.brown.edu/Departments/Portuguese_Brazilian_Studies/ejph/html/issue29/pdf/v15n1a03.pdf. Acedido em 25/11/2019.

3. Portela, Margarida, *O Serviço Médico-Militar Português na Grande Guerra: Organização, Funcionamento e Repercussões*, Tese de Doutoramento em História, NOVA-FCSH, 2020.

4. Marques, Isabel Pestana, *Das Trincheiras, com Saudade: A vida quotidiana dos militares portugueses durante a Primeira Guerra Mundial*, Lisboa, A Esfera dos Livros, 2016.

5. Lopes, Carlos Jorge Alves, *Os portugueses na grande guerra: uma experiência de combate e de cativeiro*, Dissertação de Mestrado em Estudos Portugueses Multidisciplinares, Universidade Aberta, 2012.

6. Tatu, Laurent; Bogousslavsky, Julien, *La folie au front, la g-rande bataille des névroses de guerre (1914–1918),* Paris, Imago, 2012.

7. Reid, Fiona, *Broken Men. Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain 1914–30*, London; New York, Continuum, 2011.

8. Em muitos registos surge NYDN (*Not Yet Diagnosed Nervous*) e uma pluralidade de sintomas.

9. Winter, Jay, "Shell-shock" in Winter, Jay (ed.) *The Cambridge History of the First World War*, vol. III Civil Society, Cambridge University Press, Cambridge, p. 310–333; Mosse, George L., "Shell-Shock as a Social Disease", in *Journal of Contemporary History*, Vol. 35, No. 1, 2000, Special Issue: Shell-Shock, p. 101–108. http://www.jstor.org/stable/261184 Acedido em 26–04–2018.

10. O caso de simulação mais conhecido é de Baptiste Deschamps que recusou os tratamentos com eletrochoques de Clovis Vincent tendo o caso seguido para os tribunais onde o foi condenado por ter agredido um superior, o Dr. Vincent. Este caso é abordado em quase toda a bibliografia francesa sobre o tema, mas veja-se também Roudebush, Marc, "A Patient Fights Back: Neurology in the Court of Public Opinion in France during the First World War", in *Journal of Contemporary History*, Vol. 35, No. 1, 2000, Special Issue: Shell-Shock, p. 29–38. http://www.jstor.org/stable/261179 Acedido em 26–04–2018. Delaporte, Sophie, "Névroses de guerre" in Audoin-Rouzeau, Stéphane; Becker, Jean-Jacques (dir), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914–1918*, Paris, Bayard, 2004, p. 357–365; Reid, Fiona, *Broken Men.*

11. Le Naour, Jean-Yves, *Les soldats de la honte*, Paris, Perrin, 2011.

12. Hallett, Christine, *Containing Trauma: Nursing Work in the First World War*, Manchester, Manchester University Press, 2009; Bonnerjee, S, "It Still Haunts Me: Trauma and Shell Shock in the Writings of the

Nurses of the First World War", in Riede, A, (ed.) *Transatlantic Shell Shock: British and American Literatures of World War I Trauma*, Georgia, University of North Georgia, 2019. Grogan, Suzie, *Shell shocked Britain: the First World War's legacy for Britain's mental health*, Barnsley, Pen & Sword Books, 2014.

13. Barham, Peter, *Forgotten lunatics of the Great War*, New Haven, Yale University Press, 2004; Shephard, Ben, *A war of nerves. Soldiers and psychiatrists, 1914–1994*, London, Pimlico, 2002; Leese, Peter, *Shell Shock: Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, London, Palgrave Macmillan, 2002; Reid, Fiona, *Broken men.*

14. Robinson, Michael, *Shell-Shocked British Army Veterans in Ireland, 1918–39: A Difficult Homecoming,* Manchester, Manchester University Press, 2020.

15. Larsson, Marina, "Families and Institutions for Shell-Shocked Soldiers in Australia after the First World War", in *Social History of Medicine*, Vol. 22, No. 1, 2009, p. 97–114.

16. Tatu, Laurent; Bogousslavsky, Julien, *La folie au front;* Le Naour, Jean-Yves, *Les soldats de la honte ;* Derrien, Marie, *« La tête en capilotade » : les soldats de la grande guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français,* Tese de Doutoramento em História, Lyon 2, 2015 ; Thomas, Gregory Mathew, *Treating the trauma of the*

*Great War. Soldiers, civilians, and psychiatry in France, 1914–1940*, Baton Rouge, Louisiana State University Press, 2009.

**17.** Crouthamel, Jason, *The Great War and German memory. Society, politics and psychological trauma, 1914–1945*, Exeter, University of Exeter Press, 2009; Lerner, Paul Frederick, *Hysterical men. War, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890–1930*, Ithaca, Cornell University Press, 2003; Hofer, Hans-Georg; Prüll, Cay-Rüdiger; Eckart, Wolfgang Uwe (eds.), *War, trauma and medicine in Germany and Central Europe, 1914–1939*, Freiburg, Centaurus Verlg, 2011.

**18.** Merridale, Catherine, "The Collective Mind: Trauma and Shell-Shock in Twentieth-Century Russia", in *Journal of Contemporary History*, Vol. 35, No. 1, 2002, Special Issue: Shell-Shock, p. 39–55. http://www.jstor.org/stable/261180. Acedido em 26–04–2018.

**19.** Faria, Eduardo de, *E, quando a guerra acabou...*. Lisboa, Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra, 1932, p. 13.

**20.** Cortesão, Jaime, *Memórias da Grande Guerra: 1916–1919*, Porto, Renascença Portuguesa, 1919, p. 141.

**21.** Cortesão, Jaime, *Memórias da Grande Guerra*, p. 145.

**22.** Cortesão, Jaime, *Memórias da Grande Guerra*, p. 146.

**23.** Morais, Pina de, *O soldado saudade na Grande Guerra*, Porto, Editores Renascença Portuguesa, 1921, p. 97–98.

**24.** Ramalho, Miguel Nunes, *Memórias de um Alienado da Guerra*, Porto, Fronteira do Caos, 2020, p. 177.

**25.** Ramalho, Miguel Nunes, *Memórias...*, p. 181.

**26.** Barradas, António, "Service de santé portugais pendant la guerre", in *La Presse médicale*, Volume d'annexes, Paris, Masson et Cie, 1920, p. 55–58.

**27.** Borges, João Vieira; Marques, Isabel Pestana; Marques, Eurico Gomes Dias, *Diário de campanha do General Fernando Tamagnini, Comandante do CEP*, Lisboa, Comissão Portuguesa de História Militar, 2018, p. 363.

**28.** Sobre este hospital leia-se Silva, Helena da, "O Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa na Flandres", in *Portugal na 1.ª Guerra Mundial. Uma História Militar Concisa*, Lisboa, Comissão Portuguesa de História Militar, 2018, p. 495–517.

**29.** PT AHM DIV/1/35/0701, Nota 558 do chefe EM para chefe EM QGT, 26/06/1918.

**30.** AHCVP (Arquivo Histórico da Cruz Vermelha Portuguesa), *Hospital de França nos anos 1918 e 1919, oficiais que estiveram em tratamento*.

**31.** Carta do Chefe do Serviço de Saúde do CEP José Gomes Ribeiro para o Chefe do Estado Maior do CEP, 18/11/1917, PT AHM DIV/1/35/123/6. Segundo Margarida Portela, Pulido Valente era 1.º Assistente no Hospital Miguel Bombarda em Lisboa e Flores o braço-direito de Egas Moniz. Portela, Margarida, *O Serviço Médico-Militar Português*, p. 227.

**32.** AHCVP, Pasta Primeira Guerra Mundial, Ambleteuse 2.º vol.

**33.** Boletim pessoal de António José Pereira Flores, PT AHM DIV/1/35A/1/07/2291.

**34.** Nota de 13/11/1917, PT AHM DIV/1/35/701.

**35.** Segundo a sua ficha militar, Pulido Valente terá permanecido dez dias em Paris. Boletim pessoal de Francisco Pulido Valente, PT AHM DIV/1/35A/1/05/1366.

**36.** Relatório de 12/07/1918. Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**37.** AHCVP, *Hospital de França nos anos 1918 e 1919, oficiais que estiveram em tratamento*.

**38.** Relatório de António Flores de 02/08/1918. Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**39.** Processo sobre tenente médico Rui Dique Travassos Valdez, PT AHM DIV/1/35/1770/96.

**40.** Boletim individual do capitão, PT AHM DIV/1/35A/1; Carta do Diretor da Casa de Saúde do Telhal ao Diretor dos Serviços de Estatística e Estado Civil do CEP, 31/07/1920, PT AHM DIV/1/35/1486.

**41.** Nota do Diretor do Hospital da Base 1 para o Chefe dos Serviços de Saúde da Base, 04/02/1919, PT AHM DIV/1/35/701; Nota do Chefe do Estado Maior para o chefe do Estado Maior do CEP, 21/01/1919, PT AHM DIV/1/35/701.

**42.** Carta do Diretor da Casa de Saúde do Telhal ao Diretor dos Serviços de Estatística e Estado Civil do CEP, 31/07/1920, PT AHM DIV/1/35/1486; Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**43.** Pereira, José Manuel Morgado, *A Psiquiatria em Portugal. Protagonistas e história conceptual (1884–1924)*. Tese de

**Notas**

doutoramento em Altos Estudos em História, Universidade de Coimbra, 2015.

**44.** Sobre este hospital veja-se Necho, Ana Catarina Pinheiro dos Santos, *A assistência aos alienados em Portugal: o Hospital de Rilhafoles (da fundação à implantação da República)*. Tese de Doutoramento em História Contemporânea, Universidade de Lisboa, 2019.

**45.** Silva, Helena da Silva, "A Saúde do Corpo", in Pereira, Virgílio Borges; Teixeira, Pedro (orgs.), *Sob o Manto da Misericórdia: contributos para a história da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, Vol. IV (1910 aos nossos dias), Coimbra, Almedina, 2018, p. 219–267.

**46.** Lavajo, Joaquim Chorão, *Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em Portugal, 1892–2002*, Lisboa, Editorial Hospitalidade, 2003.

**47.** Carta de Egas Moniz para o Ministro da Guerra, 28/II/1917, PT AHM DIV/1/35/1298. Sobre Egas Moniz leia-se Correia, Manuel da Encarnação Simões, *Egas Moniz: Representação, Saber e Poder*, Tese de Doutoramento em História da Cultura, Universidade de Coimbra, 2010.

**48.** Carta do Diretor Gerente do Hospital da Junqueira para o Dr. Manuel de Vasconcelos, 23/08/1918. AHCVP, Pasta Hospital Temporário da CVP na Junqueira — 1917–1919 — Atas, correspondência recebida/expedida IV vol.

**49.** Moniz, Egas, *Neurologia na Guerra*, Lisboa, Liv. Ferreira, 1917

**50.** Ferreira, A. Aurélio da Costa. "Inválidos de Guerra VII Inválidos psíquicos", in *Medicina Contemporânea* vol. XIX, n.º II (março 1917), p. 86.

**51.** Carta do Diretor da Casa de Saúde do Telhal ao Diretor dos Serviços de Estatística e Estado Civil do CEP, 31/07/1920, PT AHM DIV/1/35/1486.

**52.** Praças e oficiais regressados do CEP, a 17 do corrente mandadas alojar no Manicómio Bombarda, PT AHM DIV/1/35/1021/19.

**53.** Registo de entrada de homens, Hospital Miguel Bombarda, PT/TT/HSJ-ZHRL/004/7197; Boletim individual do soldado, PT AHM DIV/1/35A/2.

**54.** Registo de entrada de homens, Hospital Miguel Bombarda, PT/TT/HSJ-ZHRL/004/7197; Carta do Diretor da Casa de Saúde do Telhal ao Diretor dos Serviços de Estatística e Estado Civil do CEP, 31/07/1920, PT AHM DIV/1/35/1486.

**55.** AHCVP, *Oficiais que estiveram em tratamento no Hospital Temporário da Junqueira nos anos de 1917 e 1918*; *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha 1918*, Lisboa, Casa Portuguesa, 1919, p. 139–140; Registo de entrada de homens, Hospital Miguel Bombarda, PT/TT/HSJ-ZHRL/004/7197; AHM-DIV I/35/1436.

**56.** Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**57.** Gameiro, Aires; Correia, Manuel; Borges, Augusto Moutinho, "A Casa de Saúde..."; Lavajo, Joaquim Chorão, *Ordem Hospitaleira*.

**58.** Ramalho, Miguel Nunes, *Memórias...*, p. 246.

**59.** Cebola, Luís, "Os Loucos da Guerra", in *As Vítimas da Guerra*, n.º 2, agosto de 1930, p. 1, 4.

**60.** Documentos diversos sobre alienados, PT AHM FO/006/L44/895.

**61.** Furtado, Diogo, "A assistência aos alienados militares", in *Clínica, higiene e hidrologia*, n.º 3 (março 1938), p. 88–97.

**62.** "*Hallucinations of hearing. Patient appears to be confused. Takes little interest in his surroundings. Wonders armlessly about. He is foolish in his conduct. Tries to undress himself for no reason he does not have any trouble*". Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus; Notas clínicas doentes da *Stationary Station n.º 8,* PT AHM DIV/1/35/2314.

**63.** Ramalho, Miguel Nunes, *Memórias...*, p. 247–248.

**64.** Sobre este assunto leia-se Correia, Manuel da Encarnação Simões, *Egas Moniz*.

**65.** Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**66.** Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**67.** Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus.

**68.** Boletim individual do sargento, PT AHM DIV/1/35A/2; Processos clínicos confidenciais da Casa de Saúde do Telhal, Ordem de São João de Deus; Liga dos Combatentes da Grande Guerra, *Relatório da Gerência de 1936*, Lisboa, Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra, 1937 e seguintes até 1952–1953 publicado em 1955.

**69.** Correia, Sílvia, *Políticas da memória da I Guerra Mundial em Portugal 1918–1933. Entre a experiência e o mito*, Tese de Doutoramento em História, NOVA-FCSH, 2011.

**70.** Liga dos Combatentes da Grande Guerra, *Relatório da Gerência de 1947*, Lisboa, Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra, 1949; Processos de alienados, PT AHM FO 006/L44/896; Liga dos Combatentes da Grande Guerra, *Relatório da Gerência de 1936*, Lisboa, Tipografia da Liga dos Combatentes da Grande Guerra, 1937 e seguintes até 1952–1953 publicado em 1955.

**71.** Tovar de Lemos, diretor do Instituto de Reeducação dos Mutilados de Guerra de Arroios disse que algo tinha sido feito em favor dos mutilados enquanto "... os loucos, que até agora teem vivido abandonados sem a assistência que lhes era devida, porque... não tiveram quem os amparasse, o que é para lastimar." Cruzada das Mulheres Portuguesas, Instituto de Arroios, *Terminada a Guerra, a obra de reeducação dos mutilados da guerra*, Lisboa, A Americana, 1920, p. 20.

TIAGO PIRES MARQUES & MATTIA FAUSTINI *

# O obsceno e a voz no mundo hospitalar psiquiátrico

Os autores agradecem o apoio no âmbito do projeto "psyglocal — Sofrimento psíquico e direitos humanos: epistemologias da saúde mental, políticas e ativismo na psiquiatria", financiado pela FCT — Fundação para a Ciência e Tecnologia. Referência PTDC/FER-HFC/3810/2021.

*
CES, Universidade de Coimbra

# I

Além dos textos da antipsiquiatria e da reforma psiquiátrica, há um acervo particularmente rico em documentários — de amadores e de cineastas profissionais — que, representando os horrores do hospital psiquiátrico, merecem a atenção dos historiadores. Em particular, a produção e o visionamento público de documentários nas décadas de 1960 e 1970 permanecem pouco analisados[1]. Mais precisamente, parece-nos que não se tem tomado devidamente em conta a importância do cinema enquanto meio de questionamento de saberes, das instituições e, por conseguinte, do seu papel na produção de uma nova consciência ética e política[2]. Bem ao estilo da modernidade — a época que gerou tanto a psiquiatria quanto a antipsiquiatria — o choque do real produziu-se aí onde a imagem e a voz tomaram forma. Assim, consideramos que os documentários realizados neste período integraram o dispositivo epistémico e ético-político da reforma, revestindo, por vezes, a função de produzir uma consciência pública da existência do sujeito psiquiatrizado — isto é, o indivíduo tornado objeto de ações de diagnóstico, intervenção terapêutica e de conformação às instituições médicas e assistenciais[3] — na qual esse dispositivo se apoiou.

A partir da visualização de três documentários produzidos em Itália[4] (1968) e em Portugal[5] (1974; 1977), selecionámos dois parâmetros a nosso ver fundamentais à função por eles assumida de produzir essa consciência: por um lado, a representação dos corpos; por outro, o trabalho sobre as vozes de "doentes" internados nos asilos psiquiátricos. O choque destas representações tornava o visionamento mais do que uma mera evocação: ele era propriamente uma invocação da dimensão ontológica daquilo que se denunciava, já que tinha a função de atualizar a dimensão existencial do sujeito psiquiatrizado na consciência do público.

A operacionalização desta análise permitirá apreender novas dimensões do contexto histórico da reforma que visaram promover; veremos que ajudam a contextualizar as críticas da psiquiatria e a olhar o movimento reformista como um processo sociocultural e político que transcendeu a crítica epistémica.

# II

Se, por um lado, os recursos técnicos do documentário, enquanto género, apontam para uma realidade representada de forma fidedigna[6], por outro, os mesmos recursos não impedem uma construção do real manicomial, na escolha dos detalhes e das sequências, bem como, na banda sonora, no silêncio dos "doentes"[7]. Nalguns casos, os documentaristas esforçaram-se por restituir, nomeadamente através da voz, o sofrimento e a subjetividade dos

internados. Mas noutros — em particular, em filmes como *Júlio de Matos... Hospital?* — confrontaram-se claramente com a impossibilidade desse esforço. É nestes que a nudez dos corpos adquire especial relevância figurativa. Com efeito, este estilo de denúncia, desenvolvendo-se em parte segundo a lógica de exposição do obsceno, confronta as sociedades com a sua incapacidade para manterem viva, no espaço público, a força ética que a anima. Podemos aqui perguntar: que nudez é essa? As reflexões de Giorgio Agamben[8] sobre a nudez na cultura ocidental, no prolongamento da sua história do *homo sacer* nas sociedades modernas, dão-nos pistas para explorar esta questão. Três assinaturas teológicas e iconográficas da nudez teriam marcado a cultura multissecular do Ocidente: a nudez natural (ou primeira), a nudez paradisíaca ou gloriosa, e a nudez dos danados[9]. Esta última é a nudez "obscena", que Agamben associa ao *homo sacer* dos campos de concentração e que encontramos em alguns destes documentários. A nudez original — "ininterpretável", e, portanto, irrepresentável — é potencialmente gloriosa ou corruptível. A nudez obscena é, por seu turno, "pura vida nua", dissociada para sempre da narrativa do pecado e da remissão, ou da humanização e da salvação[10]. Para Sartre [11] — retomado e interpretado por Agamben — o obsceno resultava da desaparição da graça, pela qual o corpo se transformava em apenas carne. Na perspetiva fenomenológica de Sartre, a graça é o conjunto de movimentos e relações que "vestem" um corpo vivo [*Leib*]. Quando, através de um agenciamento sádico, um corpo é inteiramente despido da sua graça, isto é, dos seus atos, dos seus movimentos, das suas ligações significantes, surge a nudez obscena do corpo ainda não morto [*Körper*][12].

As figurações do obsceno, por natureza insuportáveis, parecem condenadas a uma existência efémera na esfera da cultura e da política — a menos que se verifique a sua naturalização. Neste caso, do ponto de vista dos reformistas, essa naturalização seria duplamente insuportável. É contra a naturalização do obsceno que podemos compreender, em parte, os esforços de alguns destes documentários em dar a ouvir a voz dos internados. Com efeito, paralelamente ao hiato que distingue o *Körper* do *Leib*, é possível encontrar nestes documentários um hiato semelhante no que diz respeito à voz do sujeito psiquiatrizado. Para Agamben[13], na cultura e na tradição metafísica ocidental, esta diferença foi situada entre *phoné* e *logos*, isto é, entre língua e discurso. Se o discurso e a fala resultam do nosso acesso à linguagem e da nossa saída da infância — tornando-nos reconhecíveis enquanto sujeitos — a língua, enquanto simplesmente voz, é a expressão do prazer bem como da dor que nos irmana aos animais:

> os animais não entram na língua: já estão sempre nela. O homem, ao invés disso, na medida em que tem uma infância, em que não é já sempre falante, cinde esta língua

> (...). Por isso, se a língua é verdadeiramente a natureza do homem, então a natureza do homem é entendida de modo original, porque a infância nela introduz a descontinuidade e a diferença entre língua e discurso[14].

Em consequência disso, perguntamo-nos que tipo de (des-)graça pode envolver o intervalo entre voz e discurso na representação do sujeito psiquiatrizado que encontramos nestes documentários, imaginando, como o filósofo sugere, um homem «sem infância»: «um tal homem seria, por isso mesmo, imediatamente unido à sua natureza, seria já sempre natureza, e nela não encontraria, em parte alguma, uma descontinuidade e uma diferença nas quais algo como uma história poderia produzir-se»[15]. Tendo em conta o fato que a representação da loucura é frequentemente oferecida de forma condescendente com uma leitura regressiva da subjetividade para estados "primitivos" ou "infantis", é também nesta naturalização da infância produzida pelo real manicomial que pretendemos observar o obsceno da impossibilidade da história no sujeito psiquiatrizado.

Vemos assim que a denúncia do manicómio foi, por vezes, menos uma acusação contra a psiquiatria do que uma revolta contra a instituição manicomial enquanto dispositivo sádico de produção do obsceno e a sua inquietante familiaridade com os campos de extermínio do Holocausto. É sobre esta proximidade, mais do que sobre disputas intelectuais em torno da natureza e do tratamento da doença mental, que se construiu o sentimento do manicómio enquanto realidade politicamente insuportável. É significativa a referência irónica ao "jardim" (dos esquecidos, num caso; de Abel, no outro): ela coloca estas representações numa tradição teológica cristã marcando o contraste escandaloso destes jardins com o jardim paradisíaco e com o jardim dos humanos.

## I Giardini di Abele (1968)

Como já referido, no documentário *I Giardini di Abele*, realizado no hospital psiquiátrico de Gorizia (Itália) em 1968 e transmitido na televisão por conta da RAI (*Radiotelevisione Italiana*), o documentário tem como alvo as contradições da psiquiatria e das suas práticas de "cuidado" em relação à produção da exclusão social, bem como da privação dos direitos sofridas pelos sujeitos internados. Nesta altura, a lei que vigorava nas questões da saúde mental e de internamento institucional no país[16] permitia às pessoas abastadas beneficiar de tratamentos privilegiados, de forma privada, enquanto o hospital psiquiátrico era essencialmente concebido como um recetáculo para os "inadaptados", os mais pobres da sociedade. No documentário, este tema é realçado pelo próprio Basaglia, diretor da instituição já desde 1961, que parafraseia, em síntese, o ditado "*chi non ha, non è*"[17]. Tais contradições são apresentadas de

forma coral: por um lado, em *voice-over* pelo realizador Zavoli, bem como, por outro lado, através de entrevistas individuais (a Basaglia e a alguns dos internados) e de grupo (o corpo de enfermagem).

Neste primeiro caso, encontramos nos doentes o contrário do obsceno, na medida em que têm a possibilidade de pronunciar-se frente à câmara e conseguem, de facto, responder às perguntas e denunciar autonomamente os limites das estruturas fechadas e isoladas. A este propósito, vale a pena lembrar que Gorizia está situada na fronteira com a ex-Jugoslávia e que o hospital psiquiátrico ocupa na sua topografia urbana um espaço ulteriormente periférico. Aqui, como lembra a voz narradora que acompanha a visão das imagens, estava a desenvolver-se uma realidade que se, no plano internacional, chamava a atenção de intelectuais e profissionais, localmente corria o risco de ser conhecida apenas por um caso de crónica negra.[18] O documentário, realizado logo após esse "acidente", foi transmitido pela primeira vez no dia 3 de Janeiro do ano seguinte, em 1969, representando um momento fundamental para o prosseguimento da luta de Basaglia no sentido da reforma psiquiátrica em Itália e no resto do mundo. Em *I Giardini di Abele* — «o jardim dos irmãos incómodos» — a narração em *voice-over* de Sergio Zavoli oferece uma perspetiva esclarecedora ao afirmar, no começo da metragem: «pode-se-nos culpar por usar uma nova forma de violência contra estas pessoas, mostrando inequivocamente o rosto de uma dor geralmente protegida do medo da marca infamante, dentro dos muros de um hospital que guarda, não sem ciúmes, uma sociedade de excluídos». Os corpos dos "doentes" são mostrados «inequivocamente» na sua materialidade e na passividade do seu mal-estar (coadjuvada pelo ambiente psiquiátrico) bem como na serialidade à qual estão sujeitos, da qual a câmara é cúmplice. É especialmente neste último aspeto que assentaria uma «nova forma de violência», incapaz de oferecer com neutralidade uma representação do obsceno, deixando-o simplesmente acontecer, ou sequer de o neutralizar. «Mas» — continua Zavoli — «o que mostramos, além do rosto do internado e a sua loucura, é o que resta de um homem depois da instituição delegada para cuidar dele o ter objetificado sistematicamente, ou seja, depois de reduzir a um número, a uma coisa». Na voz, bem como nos corpos enquadrados pela câmara, pode encontrar-se menos uma reprodução do obsceno do que uma verdadeira produção, sendo tal obsceno atribuído ao processo de ocultamento por parte de um sistema social que sistematiza a exclusão das suas contradições morais, deslocando-as nas margens do visível.

## Júlio de Matos (1974)

O obsceno torna-se muito mais explícito no documentário dirigido por José Carlos Marques em 1974, no imediato rescaldo

do 25 de Abril, onde encontramos a horrível equivalência entre a degradação da estrutura hospitalar e a decadência do Estado Novo. Livres do autoritarismo conservador do regime de Salazar e de Caetano, agora é o hospital Júlio de Matos que conserva os seus traços mais marcantes de violência e de abandono. Contrariamente ao documentário italiano de 1968, em *Júlio de Matos... Hospital?*, de Marques, encontramos múltiplas vezes uma autêntica fotografia do obsceno (do) mundo psiquiátrico, na própria estrutura hospitalar e nos corpos de que ela era depósito. Face aos quatro problemas estruturais referidos no começo do documentário («roupa, higiene, alimentação e terapêutica»), a instituição psiquiátrica demonstra ser o contrário do ideal que presidiu à sua inauguração e impregnou a narrativa que dela fez o Estado Novo. «Estamos no hospital psiquiátrico considerado em 1942, ano da sua inauguração, um dos melhores da Europa. O regime fascista desleixa a saúde e o seu propósito de alienação dos doentes está bem patente, criando o caos que marca o hospital Júlio de Matos», refere a voz que acompanhará a câmara ao longo do documentário.

Adentrando-se nos pavilhões, não se encontram pacientes, profissionais ou terapias, mas sim corpos abandonados a si mesmos, no abandono orgânico do manicómio. Fezes nas camas, corpos nus e desamparados, feridas e total ausência de cuidado. A nudez, exceto pelo último pavilhão visitado — o feminino, neste caso, rapidamente representado por um conjunto de mulheres em pé, estáticas — é insistente e insuportavelmente oferecida aos olhos do espectador sem alternativas de graça. Neste documentário, os recursos técnicos utilizados para (re)produzir o obsceno têm a ver, por um lado, com a nudez dos corpos, por outro, com a ausência de voz dos doentes. Com efeito, «o clima de repressão constante no hospital Júlio de Matos está bem patente pela maneira como certos doentes se comportam, mostrando-se receosos a qualquer palavra, ou gesto mais brusco». Ao tratar os primeiros dois problemas mencionados acima — a falta de recursos em termos de roupa e de higiene das instalações (levada a cabo, como a voz narradora revela, pelos próprios pacientes) — o hospital não emite som algum, tal como não produzem sons aqueles que nele habitam, caminhando como espectros nos seus espaços internos e externos. A *voice-over*, só interrompida brevemente por atmosferas sonoras, ocupa todo o espaço da banda sonora, deixando a câmara penetrar, em silêncio, o silêncio levantado pelo obsceno ao qual o espectador é como que forçado a assistir. É preciso esperar quase até meio do documentário para começar a ouvir a voz do hospital: é a cozinha, com seus tachos fumegantes, e, logo depois, o murmúrio do refeitório. Entretanto, o ruído da pocilga adjacente acompanha boa parte da filmagem durante a preparação da comida. Esta escolha adquire significado se for comparada com o uso do registo sonoro no documentário, tendo em conta a ausência de voz(es) pelos indivíduos internados. Com efeito, como aponta Clamote:

«a despeito da não encenação de factos, trata-se efetivamente de um filme (...) cinematograficamente construído, que usa de vários expedientes estilísticos, particularmente na banda sonora, para sugerir leituras mais amplas, politicamente marcadas, dos factos registados, e para agudizar (se possível) o choque produzido pelas imagens»[19]. Segundo esta chave de leitura, poderíamos supor um uso intencional dos ruídos provindos da pocilga, menos em relação ao momento da comida em si do que à impossibilidade da palavra dos internados. Encontra-se assim, talvez, uma forma subliminar de representação da animalização exercida pelo estado de abandono da instituição psiquiátrica, que é o verdadeiro objeto de denúncia do documentário de José Carlos Marques.

## O Jardim dos Esquecidos (1977)

É interessante analisar o documentário realizado por Mário Cabrita Gil, três anos depois de *Júlio de Matos... Hospital?*, tendo em conta a forma como este último representou o obsceno, e tomando como referência *I giardini di Abele*, pela sugestão metafórica do "jardim". Ainda no contexto do pós-25 de Abril, neste caso assistimos a uma representação muito diferente do Hospital Júlio de Matos e dos internados, uma vez que o seu foco se desloca para a atividade do Grupo Terapêutico de Teatro (que ali existia) e para as vozes dos participantes, aqui capazes, pois, de intervir e de desafiar o estigma que a psiquiatria lhes impõe através da segregação e das restrições de liberdade. Neste sentido, o documentário apresenta aspetos estilísticos corais, tal como se vê no exemplo dos "jardins" de Gorizia, interpelando vários profissionais, transeuntes e utentes acerca da fronteira que os separa da participação na sociedade. Enquanto na metragem de Marques o choque das imagens era patente, e no obsceno se encontrava um recurso para a denúncia, no filme de Cabrita Gil a dimensão crítica já não se direciona tanto à singularidade da estrutura hospitalar quanto à sua pluralidade, isto é, à diversidade das instituições e das práticas geradas pela psiquiatria. Aqui os internados são enquadrados em grupo, desenvolvendo atividades recreativas-terapêuticas, como nas sessões do Grupo de Teatro; porém, continuam a ser representados, com maior frequência, sozinhos, ao "ar livre", e ensimesmados enquanto caminham sem destino aparente.

É talvez este tipo de existência, condenada a uma constante peregrinação inerte, que este documentário visa denunciar, interpelando a opinião pública e os próprios indivíduos internados. Ainda que não haja uma total ausência de atividades sociais ou artísticas no Hospital Júlio de Matos; ainda que as pessoas entrevistadas nas ruas de Lisboa achem possível uma reabilitação das pessoas institucionalizadas, o documentário apresenta um cenário difícil para que os "jardins" das estruturas psiquiátricas

parem de ser cercados pelos discursos estigmatizantes que os disciplinam. Há assim a formulação de uma denúncia porventura mais pessimista do obsceno no mundo hospitalar, pontuada pela administração de medicamentos e pelo adiamento dos ideais revolucionários, já que, no obsceno denunciado por Marques no imediato rescaldo do 25 de Abril, estes apareciam, se não iminentes, ao menos urgentes e possíveis. Não por acaso, na sequência final com a qual o filme se conclui, a câmara segue o percurso de uma mulher — Elvira[20] — subindo as escadas, entrando num pavilhão e circulando pelo edifício «até se ir sentar sozinha numa cama no fundo de uma enfermaria vazia»[21], fitando fora da janela.

## III

Nestes documentários, a representação dos corpos psiquiatrizados dá conta de uma loucura da qual foi evacuado o sofrimento. Estas imagens sugerem que a lobotomia, cirúrgica e medicamentosa, não foi apenas um procedimento técnico, mas uma nova lógica na forma de lidar com a loucura: custe o que custar, extirpar do corpo o sofrimento. Os documentários mostram como, auxiliada pelos então novos neurolépticos, o manicómio foi, em si mesmo, um dispositivo de lobotomização dos indivíduos. A denúncia do hospital que tomou forma nos documentários nas décadas de 1960 e 1970 não se baseia tão pouco numa reflexão articulada ou indignação sobre os direitos humanos, mas num questionamento fundamental sobre o humano, certamente associado a emoções intensas de angústia, gerado pela desumanização radical que o hospital, ao tornar-se depósito, produziu e deu a ver. Contrariamente aos documentários dirigidos por Zavoli22 e por Cabrita Gil23 — onde os corpos dos doentes nunca aparecem nus, e onde até as vozes deles são ouvidas na forma de testemunhos — em *Júlio de Matos... Hospital?* lidamos com corpos apresentados na brutalidade da nudez abandonada a si e com a total perda da palavra por parte dos "doentes". Se os corpos nus tornados obscenos foram longamente invisibilizados pelas instituições, a sua exposição chocante teve, pois, lugar durante um tempo histórico necessariamente breve, deixando como traço apenas a ideia vaga de que é preciso humanizar o hospital psiquiátrico. Este mote tem sido eficaz na produção de declarações bem-intencionadas e até de reformas legislativas. Porém, e não obstante as importantes conquistas da desinstitucionalização, tem revelado alguma fragilidade na mobilização das sociedades no sentido de uma transformação radical do sistema psiquiátrico. De maneiras distintas, é neste sentido que o meio cinematográfico deu forma ao obsceno, realçando ora a proximidade e a redução do ser humano ao eufemismo com o qual se chama de "ser vivo" o animal, ora a distância que separa a inércia dos jardins dos caminhos idealizados pelas sucessivas tentativas de reforma psiquiátrica.

**Notas**

1. No entanto, é de referir os trabalhos de Telmo Clamote, com uma secção dedicada a dois documentários produzidos em Portugal na década de 1970; e de Catarina Gomes, que dedica algumas páginas a Jaime, internado no Hospital Miguel Bombarda e um dos maiores expoentes da "arte bruta" em Portugal, sobre quem Margarida Cordeiro e António Reis realizaram um importante documentário (*Jaime*), em 1974. Clamote, Telmo Luís da Costa Carreto, *A Saúde no Cinema: Imagens em Movimento na Estruturação de um Campo de Práticas*. Tese de doutoramento do Instituto Universitário de Lisboa, 2021; Gomes, Catarina, *Coisas de Loucos. O que eles deixaram no manicómio*, Lisboa, Tinta-da-China, 2020, p. 280–294.

2. Cross, S., Visualizing Madness: Mental Illness and Public Representation, *Television & New Media*, 5(3), 2004, p. 197–216. https://doi.org/10.1177/1527476403254001. Também cf. Juhasz, A., Lebow, A., *A Companion to Contemporary Documentary Film*, New Jersey, Wiley Blackwell, 2015.

3. As abordagens críticas nas quais fundamos a nossa análise dão particular importância ao modo como a psiquiatria institucionalizada transforma os sujeitos diagnosticados em objetos passivos de intervenção e administração, procurando criar estruturas alternativas orientadas para a emancipação e autonomia dos sujeitos. V. Amarante, Paulo, *Loucura e transformação social. Autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, São Paulo, Zagodoni Editora, 2021, p. 18–19.

4. Zavoli, Sergio, *I giardini di Abele*, Documentário RAI-TV, 1968.

5. Marques, João Carlos, *Júlio de Matos... Hospital?*, Documentário, 1974, Acervo da Cinemateca Portuguesa; Gil, Mário Cabrita, *O Jardim dos Esquecidos,* Documentário, 1977, Acervo da Cinemateca Portuguesa.

6. Rosentone, R. A., *History on Film Film on History*, Oxon, Routledge, 2006. Também cf. Nichols, B., 'The Voice of Documentary', in *Film Quarterly,* 36(3), 1983, p. 17–30.

7. Rangan, P., 'Audibilities: Voice and Listening in the Penumbra of Documentary: An Introduction', in *Discourse*, 39(3), 2017, p. 279. https://doi.org/10.13110/discourse.39.3.0279.

8. Agamben, Giorgio, *Nudités*, Paris, Payot et Rivages, 2009.

9. Agamben, Giorgio, *Nudités*, p. 97–102.

10. Agamben, Giorgio, *Nudités*, p. 108.

11. Sartre, *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard, 1943/ 2010, p. 392–400.

12. Agamben, Giorgio, *Nudités*, p. 123–125.

13. Agamben, Giorgio, *Infância e História. Destruição da experiência e origem da história*, Belo Horizonte, UMFG, 2008. Agamben, Giorgio, *Infância e História.*

14. Agamben, Giorgio, *Infância e História*, p. 64

15. Agamben, Giorgio, *Infância e História*, p. 64.

16. Lei 36 (1904). *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.* G.U., 43 (Itália), art. 1.

17. Em português seria "Quem não tem, não existe".

18. No dia 26 de setembro de 1968, Alberto Miklus, um paciente do hospital de Gorizia, depois de ter obtido a permissão para sair momentaneamente, voltou para a sua casa e assassinou a sua companheira, gerando escândalo na opinião pública e o protesto das formações políticas majoritárias no país, tal como a *Democrazia Cristiana* (DC). Cf. Foot, J., 'Television documentary, history and memory. An analysis of Sergio Zavoli's The Gardens of Abel', in *Journal of Modern Italian Studies*, 19:5, 2014, p. 603–624, DOI: 10.1080/1354571X.2014.962258.

19. Clamote, Telmo Luís da Costa Carreto, *A Saúde no Cinema*, p. 123.

20. Nome que, como realçado por Clamote, estava por dar o título ao documentário. Clamote, Telmo Luís da Costa Carreto, *A Saúde no Cinema.*

21. Clamote, Telmo Luís da Costa Carreto, *A Saúde no Cinema.*

22. Zavoli, Sergio, *I giardini di Abele.*

23. Mário Cabrita, *O Jardim dos Esquecidos.*

CRISTINA NOGUEIRA *

# A assistência médico-social no Hospital Colónia Rovisco Pais

A investigação realizada para este artigo foi feita durante a execução do projeto de salvaguarda e revitalização do património do antigo Hospital Colónia Rovisco Pais, promovido pelo Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais e apoiado pela Sasakawa Health Foundation.

*
CulturAge

# Introdução

O Hospital Colónia Rovisco Pais (HCRP) foi inaugurado em 1947, na Tocha, concelho de Cantanhede, e adotou o nome do benemérito que, ao deixar a sua herança aos Hospitais Civis de Lisboa, possibilitou a sua construção.

A conceção deste Hospital Colónia deve ser entendida num contexto de "medicalização da doença", decorrente das novas noções de saúde pública, higiene e epidemiologia surgidas a partir do século XIX, e da classificação da lepra como doença infetocontagiosa, após a descoberta do bacilo pelo médico norueguês Gerhard Hansen, em 1873. Enquadra-se também nas orientações internacionais que sugeriam o isolamento dos doentes como forma de contenção do contágio, enquanto não era conhecida a solução terapêutica para a cura da doença, o que ocorreu apenas no final da década de 1970.

Foi a única unidade nacional de assistência médico-social e de investigação, construída de raiz, inteiramente dedicada à hanseníase (lepra), em Portugal durante quase 40 anos, mas tem sido associada a práticas segregadoras e de internamento compulsivo em diversos estudos.

O estudo agora apresentado resulta da investigação iniciada no projeto de conceção do Núcleo Museológico do Hospital Colónia Rovisco Pais. Este espaço enquadra-se na estratégia de salvaguarda e revitalização do património do antigo hospital assumida pelo Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais (CMRRC-RP), e que, desde 2017, tem sido apoiada pela fundação japonesa Sasakawa Health Foundation. No decurso do projeto de salvaguarda e tratamento do património do antigo HCRP e durante o processo de musealização, identificaram-se elementos que era necessário contextualizar, que forneciam pistas e que fizeram reequacionar o papel do HCRP. As leituras efetuadas não facultaram todas as respostas, por isso, procurou-se conhecer e caracterizar a assistência clínica e social prestada pelo HCRP.

Na historiografia, um dos aspetos importantes a ter em conta é o contexto histórico em que ocorrem os acontecimentos. Nesse sentido, sendo o HCRP o epicentro da luta contra a lepra em Portugal, no século XX, tornou-se indispensável perceber o enquadramento em que desenvolveu a sua ação. Com este objetivo, procurou-se perceber igualmente em que medida o *modus operandi*, no que toca à assistência à hanseníase em Portugal, se alinhou com a evolução do tratamento desta doença e com as orientações dos especialistas internacionais. Para este desígnio foram considerados como elementos base os principais marcos históricos do conhecimento da doença, as conclusões dos maiores congressos internacionais de leprologia, e a legislação nacional relativa à hanseníase.

O conhecimento da atividade assistencial do HCRP foi obtido através da análise dos relatórios de atividades e das publicações

feitas pelos clínicos do Hospital, principalmente da *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, dos regulamentos e de documentação inédita do arquivo histórico daquela instituição, à guarda do CMRRC-RP.

## Leprologia nos séculos XIX e XX: breve resumo dos conhecimentos e tendências

A hanseníase, conhecida como lepra, é uma doença milenar, referenciada ao longo dos séculos na literatura médica, juntamente com outras patologias dermatológicas[1]. Trata-se de uma doença infetocontagiosa, crónica, granulomatosa, provocada por um bacilo e com longo período de incubação. Sendo uma doença polimorfa, afeta os nervos periféricos, a pele e as mucosas do trato respiratório superior numa evolução lenta e insidiosa com períodos de reação agudos e subagudos[2].

O primeiro estudo específico sobre esta doença — *Om Spedalskhed* — datado de 1847, da autoria de Daniel Danielssen e Carl Boeck, considerava a lepra como uma doença hereditária. Apenas em 1873, quando o norueguês Gerhard Hansen (1841–1912) descobriu o bacilo causador da doença, *Mycobacterium leprae*, é que a doença passou definitivamente a ser considerada infetocontagiosa. A ideia de incurabilidade, associada à de contágio fizeram surgir, um pouco por todo o mundo, novas leprosarias. As políticas de contenção da doença generalizaram-se e por impulso dos higienistas verificou-se, a médio prazo, a ascensão da leprologia moderna e a medicalização da doença.

Foi neste contexto que se organizaram Congressos Internacionais de Leprologia onde foram preconizadas medidas de isolamento dos doentes, como aconteceu em Berlim (1897) e em Bergen (1909). A valorização do isolamento dos doentes como medida profilática manteve-se no seio da comunidade científica internacional até pelo menos 1953, ano em que ocorreu o VI Congresso Internacional em Madrid[3] e onde foi aconselhado o isolamento seletivo (apenas para os casos contagiantes)[4].

Não obstante os avanços que, entretanto, se haviam verificado, quer no diagnóstico, quer na profilaxia e tratamento, e que incluíam não só a identificação do bacilo, mas também a aplicação dos testes de lepromina ou de Mitsuda[5] (para a determinação da forma clínica da doença, ou grau de imunidade dos sãos) ou as propostas de classificação e reclassificação da doença, a hanseníase continuou a ser considerada uma doença incurável durante várias décadas.

Apenas em 1948, no V Congresso Internacional de Lepra em Havana[6], passou a verificar-se uma "franca aceitação de curabilidade da doença", fruto da consagração da nova terapêutica

sulfónica[7]. A partir daí, a esperança na erradicação da doença deixou de estar centrada no isolamento dos doentes para paulatinamente residir no diagnóstico, no tratamento e no valor da nova terapêutica. Passou assim a valorizar-se também o controle imunológico dos comunicantes, as atividades de deteção precoce dos novos casos e a identificação correta das formas clínicas ou diagnóstico diferencial. Neste processo, foi enfatizada a importância da articulação das leprosarias com preventórios e dispensários, estratégia que passou a ser recomendada nos Congressos de Havana (1948) e de Madrid (1953).

No domínio concreto da terapêutica, importa ainda referir que a sulfonoterapia foi utilizada na hanseníase pela primeira vez em 1941 por Guy Faget, na leprosaria de Carville (EUA), onde revelou resultados positivos no tratamento das lesões cutâneas provocadas pela doença. O estudo resultante da aplicação desta nova terapêutica foi apresentado em 1946 na 2.ª Conferência Pan-Americana, no Rio de Janeiro[8]; contudo, a distribuição deste novo medicamento não se revelou facilitada nos primeiros anos. E, em 1963, no VIII Congresso Internacional de Leprologia no Rio de Janeiro, surgiram os primeiros relatos da "resistência sulfónica", em virtude da qual passou a ser sugerida a terapêutica sulfónica combinada DDS (diamino-defenil-sulfona). Ainda que identificadas limitações na terapêutica sulfónica, o internamento compulsivo ou isolamento foram condenados naquele congresso. De resto, como já havia ocorrido em 1958, no VII Congresso Internacional de Leprologia em Tóquio, onde foi sugerido que o isolamento só deveria ser exigido "nos casos em que o doente eliminava bacilos e a terapêutica era negligenciada ou ineficiente" e que as leprosarias fossem destinadas "a prestar assistência a doentes em reação ou com necessidade de terapêutica especial."[9]

Os avanços na terapêutica originaram modificações na organização da assistência aos doentes e combate à lepra no final da década de 1950 e durante toda a década de 1960, colocando em perspetiva a cura da doença e a necessidade de reintegração social dos doentes.

Neste novo contexto, sublinharam-se os benefícios da reabilitação e recuperação nos novos modelos de assistência, ao mesmo tempo que se apontavam os inconvenientes do isolamento e se defendia que os doentes com hanseníase deviam ser considerados como os outros doentes e a sua hospitalização devia ficar reservada para tratamentos especiais e pelo tempo considerado necessário[10]. Nesta linha de pensamento se inseriram o Congresso Internacional para a Defesa e Reabilitação Social do Hanseniano, ocorrido em Roma no ano de 1956, o Seminário Pan-Americano sobre a Profilaxia da Lepra em Belo Horizonte, e o VII Congresso Internacional de Leprologia em Tóquio, ambos em 1958. Neste último congresso, os processos de combate à lepra nos diversos países estiveram no centro de debate. O Brasil, por

exemplo, que acabava de fazer a integração das atividades nos serviços gerais de Saúde Pública e dando preferência ao tratamento fora das leprosarias, advogava que (i) o isolamento dificultava a execução de medidas de profilaxia, pois promovia a ocultação dos doentes por temor do isolamento, acarretando assim dificuldades no controle dos comunicantes; (ii) constituía um elevado ónus para o erário público; (iii) e promovia a discriminação, desintegração e estigmatização dos doentes.

Em 1968, o termo "isolamento" já não foi abordado sequer no IX Congresso Internacional de Leprologia, em Londres[11].

As orientações futuras centraram-se na integração da assistência aos doentes de Hansen nos sistemas de saúde pública dos diversos países, no abandono do isolamento, na reabilitação dos doentes e reintegração dos curados e no aperfeiçoamento da terapêutica. A poliquimioterapia, que combinava a aplicação da Rifampicina e da Clofazimina com a Dapsona (DDS, sulfona), permitiu a eliminação do bacilo e a cura dos doentes através do tratamento que atualmente ainda se pode prolongar por vários meses. Esta solução terapêutica apenas foi adotada em 1981 pela Organização Mundial de Saúde nos programas de controlo da doença[12].

## A "luta contra a hanseníase" em Portugal nos séculos XIX e XX

Embora a hanseníase tenha sido considerada extinta no século XVI, voltou a ser alvo de preocupação por parte de diversos médicos portugueses nos séculos XIX e XX, que alertavam para a falta de assistência a estes doentes, pois dispunham de reduzido número de leitos no Hospital Curry Cabral em Lisboa e no Hospital de Joaquim Urbano no Porto e nem sempre eram admitidos nos outros hospitais.

Entre os médicos que trataram o tema, destaca-se Bernardino António Gomes (1768–1823) que acompanhou alguns doentes do Hospital de S. Lázaro em Lisboa e publicou em 1821 as obras "Carta aos médicos Portugueses sobre a elefantíase em Portugal" e "Memória sobre os meios de diminuir a elefantíase em Portugal". Por sua iniciativa realizou-se o primeiro inquérito moderno, que revelou a existência de 1.403 doentes em Portugal[13].

Igualmente se registaram alertas e sugestões de Ricardo Jorge, Álvaro Faria Lapa, Álvaro Pimenta, Uriel Salvador, Alberto Rocha Brito e Bissaya Barreto. Destaca-se ainda o papel de Zeferino Falcão Pacheco (1856–1924) que chefiou a consulta de moléstias de pele e sífilis do Hospital de S. José, criada em 1892, e que se notabilizou por apontar a rinite como um dos sinais precoces da doença. Ficou célebre a sua conferência intitulada "A lepra em Portugal", proferida em 1900, na Academia Real das Ciências de

Lisboa, na qual estimou a existência de cerca de 1.500 leprosos[14].

Além destes, também o Congresso Nacional de Medicina, ocorrido em Lisboa, em 1898, recomendou ao governo a "organização de um estudo cuidadoso da lepra e do seu ensino, a organização do censo dos leprosos e o estabelecimento de colónias agrícolas destes doentes, fundando junto de cada colónia os serviços clínicos".[15]

E, neste contexto, a visão de quem visitou o país também permite compreender o ponto de situação na segunda década do século xx. Entre 1924 e 1927, Heráclides César de Souza-Araújo (1886–1962), figura de destaque no combate à lepra no Brasil, desenvolveu um estudo sobre a lepra em 40 países, no qual referiu que, em Portugal, o Dr. José Alberto de Faria lhe falara de um projeto lei, datado de 1924, com vista à criação de uma leprosaria em Viseu. E, tendo verificado a existência de 49 doentes no Hospital do Rego em Lisboa, 6 doentes na clínica dermatológica da Universidade do Porto, 10 doentes na secção de dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, teve conhecimento da existência de vários doentes em Viana do Castelo que não possuíam asilo e que não eram recebidos nos hospitais gerais[16].

Os relatos apresentados na obra "História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais" ajudam a compreender como viviam os doentes com hanseníase em Portugal e revelam a inexistência de uma política nacional estruturada de assistência, cuja lacuna era mitigada por algumas ações caritativas organizadas pela Obra de Assistência aos Leprosos, uma associação formada pelas Senhoras da Caridade e pela Conferência de S. Vicente de Paulo[17].

Uma nova estratégia se desenhou a partir de 1930, quando o Estado português nomeou aquela que ficou conhecida por Comissão da Lepra. O censo de doentes que esta comissão desenvolveu, com o apoio da Fundação Rockefeller, indicou a existência de cerca de 1.200 doentes em Portugal. Do trabalho realizado resultou ainda um relatório, datado de 1934, e assinado pelo Dr. José Alberto Faria, Diretor Geral de Saúde[18] à data, que definiu o programa de uma "Colónia Agrícola para leprosos", ponto de partida para o estabelecimento de uma política de Luta contra a Lepra em Portugal, definida na legislação que analisaremos de seguida.

A 15 de novembro de 1938, o Decreto-Lei n.º 29:122[19] criou uma Leprosaria Nacional, estabelecendo que a mesma devia instalar-se numa propriedade agrícola, afastada dos grandes meios populacionais e numa região onde a doença estivesse mais disseminada. Devia ser composta por "um hospital para tratamento da doença", "um asilo para os julgados incuráveis" e "uma colónia agrícola onde se estabeleçam casais para famílias leprosas que possam trabalhar"[20]. O local escolhido foi a Quinta da Fonte Quente, antiga propriedade dos frades crúzios, situada na Tocha, com 140 hectares.

As obras de construção decorreram entre 1941 e 1947. E pouco tempo antes de ser inaugurada, o Estado substituiu a designação de Leprosaria Nacional por Hospital Colónia

Rovisco Pais e promulgou a organização dos seus serviços através dos Decretos-Lei n.º 36:450[21] e n.º 36:451[22], datados de 2 de agosto de 1947. Ficava, assim, estabelecido o regime jurídico da ação profilática e terapêutica do combate à lepra em Portugal, sob orientação e fiscalização do Instituto de Assistência aos Leprosos[23]. Sendo, o HCRP, a peça central no internamento e tratamento dos doentes contagiosos, assumiu também o papel de dispensário central.

A importância destes decretos motivou uma análise mais detalhada do seu conteúdo.

O Decreto-Lei n.º 36:450 apresenta uma retrospetiva histórica da doença, onde se pode perceber o posicionamento do programa de luta contra a lepra em Portugal em 1947:

> "Nos últimos tempos foi-se radicando a convicção do valor positivo da acção terapêutica, designadamente nos casos incipientes. As estatísticas das leprosarias reforçam essa convicção. Os especialistas acreditam na cura definitiva de pelo menos 50 por cento dos casos sujeitos a tratamento, quando incipientes. A lepra é, como a tuberculose, uma doença contagiosa, mas curável, pois com o tratamento não só desaparece, por período indeterminado, a sintomatologia activa, como se chegam a obter resultados negativos no exame bacteriológico.
>
> O isolamento dos casos contagiosos não tem, pois, o carácter de uma segregação de incuráveis. Antes tem de entender-se como a condição primeira de um tratamento metódico em que se deve depositar justificadas esperanças.
>
> Com a profilaxia, o exame periódico dos suspeitos e com o tratamento em dispensários dos doentes não contagiosos igualmente se obtêm resultados positivos na luta contra esse mal."[24]

De acordo com o estabelecido nos decretos-lei mencionados, de 1947, a "Luta contra a Lepra em Portugal" podia assumir os seguintes regimes: (i) observação ou vigilância sanitária; (ii) vigilância e tratamento em ambulatório; (iii) internamento em estabelecimento adequado, obrigatório para os casos contagiosos; (iv) tratamento domiciliário. O tratamento em regime de internamento de doentes com lepra apenas podia ser realizado nos serviços destinados ao tratamento de doenças contagiosas — no caso, o HCRP, sendo obrigatória a declaração dos casos de lepra, averiguados ou suspeitos, previa-se a aplicação de multas para os médicos que ocultassem os casos. Definia-se ainda que a assistência prevista seria exercida pelos seguintes serviços e estabelecimentos: dispensários[25], preventórios e casas de educação, hospital-colónia, asilos e brigadas móveis.

O Decreto-Lei n.º 43.756 de 28 de junho de 1961[26] acrescentou ao organograma do "Programa de Luta contra a Lepra" o Conselho

Técnico de Leprologia[27]. Criado por despacho ministerial em 1959[28], na sequência de uma proposta do Instituto de Assistência aos Leprosos[29], tratava-se de um órgão com carácter consultivo, orientador e fiscalizador que passou a funcionar junto ao Instituto de Assistência aos Leprosos. Ao Conselho Técnico de Leprologia, cujo regulamento foi aprovado por Portaria n.º 19.134 de 16 de abril de 1962[30], competiam diversas atribuições relacionadas com a investigação científica, entre elas a publicação de uma revista, e com os planos pedagógicos e de educação sanitária. No domínio da atividade clínica, estava incumbido de elaborar pareceres, definir normas para as atividades de luta contra a hanseníase, como a concessão de licenças e altas; devia também orientar tecnicamente os serviços clínicos, de enfermagem, de laboratório, de farmácia e os serviços de recuperação do Hospital Colónia Rovisco Pais; bem como aprovar o plano de atividades das brigadas móveis e fiscalizar o seu funcionamento. No HCRP, deixou de existir a função de diretor e passou a existir o cargo de diretor clínico.

O Decreto-Lei n.º 547 de 10 de julho de 1976[31] revogou os anteriores decretos[32] e estabeleceu a adoção da designação de Doença de Hansen. Entre outras medidas, extinguiu o Instituto de Assistência aos Leprosos e criou o Instituto de Assistência aos Doentes de Hansen que continuou responsável pela organização e coordenação da luta contra a doença. O respetivo regulamento foi aprovado pela Portaria n.º 131 de 14 de março de 1977[33].

Este novo enquadramento legal visava reforçar a ação dos órgãos básicos da rede de saúde pública na luta contra a hanseníase e definiu o regime ambulatório como modelo preferencial de assistência. O internamento ficava reservado para casos necessários "por razões especificamente técnicas, médicas ou sociais" e pelo período estritamente necessário à resolução das situações específicas que determinaram o internamento.

Neste novo quadro legal, a luta contra a doença de Hansen englobava aspetos educativos, profiláticos e terapêuticos, assim como a reabilitação e reintegração social[34], devendo igualmente promover a generalização do conhecimento da doença entre os médicos e outros trabalhadores de saúde pública e a população em geral. Considerava ainda que o isolamento compulsivo dos doentes contagiantes originava a manutenção de preconceitos que prejudicavam a reintegração social dos doentes e, nesse sentido, o internamento compulsivo passou apenas a ser possível na sequência de decisão judicial quando o doente, por negligência ou recusa, não cumpria as prescrições terapêuticas ou as indicações consideradas indispensáveis para a defesa da saúde pública. O HCRP deixou de ser a única unidade hospitalar onde se procedia ao internamento dos doentes de Hansen, que passou a ocorrer nas enfermarias de dermatologia ou de doenças infectocontagiosas dos hospitais gerais que apoiavam as consultas. No Hospital Rovisco Pais, o internamento ficou reservado a casos em que o mesmo se justificasse

por razões predominantemente sociais ou para os doentes cuja vigilância e tratamento estivesse a cargo da respetiva consulta.

O Instituto de Assistência aos Doentes de Hansen foi extinto pelo Decreto-Lei n.º 530/79 de 31 de dezembro de 1979[35] em virtude da criação do Departamento de Cuidados Primários da Administração Central de Saúde[36]. As atribuições e competências daquele Instituto passaram a ser competência da Direção de Serviços de Profilaxia mantendo-se associado o Conselho Técnico para a Doença de Hansen.

Com a criação da Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, pelo Decreto-Lei n.º 74-C/84 de 2 de março de 1984[37], a elaboração de normas técnicas e o registo nacional dos doentes portadores da doença de Hansen passaram para este organismo. Deste modo, abriu-se definitivamente caminho para o acompanhamento e assistência dos doentes com hanseníase no Serviço Nacional de Saúde através da rede de serviços de saúde, nomeadamente os Centros de Saúde. Em 1985, foi concedida alta coletiva aos doentes que se encontravam ainda no Hospital Rovisco Pais, contudo permaneceram na instituição quase uma centena de ex-doentes. E, em 1995, permaneciam ainda 79 ex-doentes no Hospital Rovisco Pais por opção dos mesmos ou por questões sociais[38]. A assistência aos ex-doentes que ficaram na instituição foi garantida através do serviço de Hansen[39], mesmo após a reconversão em CMRRC-RP em 1996[40].

## Olhares sobre o Hospital Colónia Rovisco Pais

O enquadramento nacional e internacional anteriormente apresentado permitiu captar os marcos principais da evolução da luta contra a lepra que, no caso português, sobretudo entre 1947 e 1977, esteve centralizada no HCRP. Esta instituição tem sido objeto de estudo, desde 2008, em diversos domínios, como a sociologia, a arquitetura e a antropologia, contudo, constata-se que, apesar das primeiras retrospetivas histórias terem ocorrido ainda durante o seu funcionamento como unidade hospitalar especializada no tratamento da hanseníase, a historiografia ainda não se debruçou demoradamente sobre o passado do HCRP.

O estudo de Alice Cruz, no domínio da sociologia, permitiu conhecer o Hospital através de alguns dos ex-doentes que permaneciam em 2008 no Serviço de Hansen do CMRRC-RP, perspetiva que se tem vindo a complementar com o projeto de recolha de histórias orais designado *Hansen Stories*, publicado no *website* e na exposição itinerante com o mesmo nome. Como resultado deste projeto, em 2022, foi editada pelo CMRRC-RP a obra "História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais".

Paulo Providência (2013)[41], Raquel Sá (2013)[42] e Ana Santos (2019)[43], que focaram os seus estudos no domínio da arquitetura, permitiram conhecer a evolução do programa e projeto de arquitetura e dos seus principais atores, nomeadamente o Arquiteto Carlos Ramos e o Professor Bissaya Barreto. A análise feita do programa inicial (1934)[44], das sugestões e dos contributos de médicos e higienistas portugueses e estrangeiros desde o século XIX, e da génese da Leprosaria Nacional permitiu perceber que a ideia de criar um sistema de combate à lepra e um Hospital Colónia com aquelas características é anterior ao Estado Novo e decorre de preocupações com a ausência de um sistema eficaz de Saúde Pública já verificadas antes e durante a I República[45].

Os estudos de Sandra Xavier (2013)[46] e Ricardo Silva (2018)[47] apontaram a participação ativa daquele eminente cirurgião no projeto arquitetónico do HCRP e ambos concluíram haver uma clara influência das suas convicções no domínio da medicina social, da saúde pública e higiene na organização daquele Hospital Colónia.

Na área da antropologia, o estudo de Vítor Matos e Ana Luísa Santos (2013)[48] sobre o HCRP centrou-se, pela primeira vez, no diagnóstico e na terapêutica da doença, esclarecendo as suas manifestações clínicas e as diferentes formas e classificações, atribuindo ao HCRP um lugar de eleição para internamento e tratamento da hanseníase e um papel como "grande impulsionador da leprologia nacional"[49] por via da investigação científica que nele se desenvolvia e publicava na *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen* (1962–1980) e nos Cursos de Leprologia. Na génese daquela unidade de assistência, os autores sublinharam a carência de assistência aos doentes antes da entrada em funcionamento do Hospital-Colónia[50] e a necessidade de controlo epidemiológico da doença em Portugal[51]. No domínio da terapêutica, apontaram que a descoberta dos efeitos terapêuticos da sulfonoterapia na lepra, ocorrida na leprosaria de Carville, em 1941[52], levou a que a pertinência da criação do Hospital-Colónia fosse questionada. No que diz respeito ao diagnóstico, atribuíram às brigadas móveis a missão de vigilância epidemiológica e deteção de novos casos, com o intuito de encaminhar os doentes "sob mandato de captura" para o Hospital Colónia[53]. Apontaram ainda a existência de um acompanhamento dos doentes em regime externo[54], contudo não são descritos os moldes em que a assistência destes doentes ocorria.

Nestes estudos académicos, o isolamento e a segregação dos doentes surge como móbil para a criação da Leprosaria Nacional e como principal objetivo do HCRP. Embora alguns investigadores tenham facultado dados sobre a existência de serviços e doentes externos, ou mencionado como áreas de atuação a assistência clínica e social e a investigação, o prisma de análise não visou a caracterização da atividade médico-social do HCRP. Por outro lado, as fontes analisadas não permitiram conhecer o enquadramento histórico desta instituição e apreender os

principais marcos da sua evolução histórica no *modus operandi*. Em virtude disto, na análise efetuada constatou-se ser ténue a efetiva distinção entre a noção pura de leprosaria, como lugar de acolhimento e isolamento de doentes com lepra e o Hospital Colónia como lugar de tratamento e cura.

Para perceber o papel do HCRP no combate à hanseníase tornou-se indispensável conhecer melhor as atividades desta instituição.

## O Hospital Colónia Rovisco Pais: epicentro da assistência médico-social aos doentes de Hansen

Conforme referido anteriormente, a ideia de criar uma Leprosaria Nacional ganhou corpo entre 1934 e 1938, ou seja, numa época em que o isolamento dos doentes era recomendado pela comunidade científica internacional nos diversos congressos realizados e valorizado do ponto de vista profilático, e que a terapêutica ainda não incluía a sulfonoterapia, admitindo-se a existência de casos "incuráveis". O próprio projeto arquitetónico foi concebido numa era pré-sulfónica também, e as obras iniciaram em 1941, mas prolongaram-se durante cinco anos, em plena Guerra Mundial. Por outro lado, a abertura do HCRP ocorreu em 1947, ou seja, um ano antes da aceitação de curabilidade da doença, ocorrida em 1948, no V Congresso Internacional de Lepra, em Havana, e um ano após a apresentação dos resultados de aplicação da sulfona em Carville na 2.ª Conferência Pan-Americana do Rio de Janeiro (1946). Atendendo a estes factos, acreditamos que não terá sido coincidência a alteração da designação de Leprosaria para Hospital Colónia, definida no Decreto-Lei n.º 36:450 de 2 de agosto de 1947, pois o HCRP desempenhou, desde o início do seu funcionamento, e cumulativamente, as funções de dispensário central, de hospital, de asilo e de centro de investigação científica, constituindo o núcleo essencial do combate à lepra[55].

A análise bibliográfica efetuada e a recolha sistemática dos dados nos diversos relatórios das atividades clínicas do HCRP, produzidos entre 1947 e 1980, permitiram caracterizar com maior detalhe a organização e o funcionamento dos serviços clínicos daquela instituição.

O HCRP, como o próprio nome indica, não restringia a sua composição a instalações de feições estritamente hospitalares. Era constituído por um conjunto de edifícios com capacidade total para cerca de 1.000 doentes. Além de um hospital para tratamento de doentes de Hansen, e tratamento de doenças intercorrentes, com dispensário central, possuía também dois asilos para doentes em

estado avançado ou inválidos; seis casas para doentes que podiam trabalhar; cinco núcleos com casas para famílias com vários membros doentes; um espaço para lavandaria e outro para cozinha geral; uma capela; uma creche e um preventório para os filhos sãos dos doentes; e um edifício destinado aos serviços administrativos e à comunidade religiosa, conhecido por conventinho. A que se juntaram mais tarde três pavilhões para doentes, um dos quais para infetocontagiosos e doentes mentais.

O edifício hospitalar era polo central do complexo de onde irradiava toda a assistência clínica para os restantes edifícios, prestada pelos médicos e enfermeiros. Ali se dirigiam os doentes para ir às consultas e aos tratamentos ou realizar exames. Era composto por três pisos e dispunha de serviço de medicina com gabinetes médicos, salas de tratamentos e enfermarias para internamento; consultas de diversas especialidades, tais como dermatologia, oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, urologia, neurologia, ginecologia e obstetrícia; serviço de cirurgia com bloco operatório para cirurgia geral, plástica e reconstrutiva e uma pequena maternidade, assim como as enfermarias; laboratório para análises clínicas e histologia; e farmácia, a que se juntaram mais tarde os setores de radiologia e o serviço de recuperação para tratamentos de fisioterapia[56], roentgendiagnóstico, roentgenterapia.

Os cuidados dispensados pelos médicos internos aos doentes e às crianças da Creche e do Preventório eram complementados por médicos externos garantindo a regularidade das consultas de especialidade.

De acordo com os Decretos-Lei 36:450 e 36:451 de 1947, o internamento era obrigatório apenas para os doentes contagiosos, na sua maioria portadores da forma clínica lepromatosa. Mas quais os moldes em que se operacionalizou o estabelecido na legislação portuguesa? E em que medida as orientações emanadas nos diversos congressos internacionais se fizeram sentir na assistência aos doentes com hanseníase em Portugal, concretamente no HCRP?

Para um melhor entendimento do funcionamento da assistência clínica do HCRP, importa clarificar que o internamento nem sempre correspondia à permanência em enfermaria hospitalar, correspondendo ao ingresso dentro do complexo de edifícios, em qualquer das secções acima referidas, e não apenas no edifício do Hospital. Após a entrada formal do doente no HCRP, o mesmo era encaminhado para um dos pavilhões ou sectores consoante a sua situação clínica, ou consoante o tipo de entrada: sozinho ou com outros familiares.

Os primeiros pacientes internados no HCRP deram entrada no dia 1 de outubro de 1947. E durante os primeiros três meses verificou-se a transferência dos doentes que se encontravam em outros estabelecimentos hospitalares (em Lisboa no Hospital Curry Cabral[57], no Porto, no Hospital de Joaquim Urbano e nos Açores,

que vieram num avião especial[58]) e dos que aguardavam nos seus domicílios a oportunidade de serem hospitalizados. Assim, o ano de 1947 registou o maior volume de ingressos relativamente aos restantes anos — 374 internamentos.

Na primeira vaga de internamentos, entraram também doentes em estágios avançados da doença, estando mutilados, desfigurados e com grande grau de invalidez, que foram encaminhados para os Asilos existentes no complexo do HCRP.

Alguns doentes terão sido enviados "sem justo e conveniente critério" ou "consoante a vontade dos próprios, os desejos (manifestos ou ocultos) dos seus familiares e o critério de entidades diversas". Contudo, por via do conhecimento da doença, adquirido sobretudo nos serviços externos, foram definidos critérios e os doentes passaram a ser admitidos em regime de preferências consoante os riscos de contágio, a modalidade e grau evolutivo da doença, modo de vida, os meios de sustento, local e condições de habitação, a idade e número de comunicantes[59]. Na fase inicial, e até ao início da década de 1960, os doentes com baciloscopia positiva no muco nasal eram internados em virtude do risco de contágio. Permaneciam nos seus domicílios os que apresentavam baciloscopia negativa no muco nasal e na pele ou apenas positiva na pele[60]. Em 1961, por exemplo, eram já conhecidos 2.760 doentes, existindo 881 doentes internados no HCRP. Viviam em regime domiciliário 1.879 doentes, beneficiando de assistência médico-social[61] facultada pelas equipas externas do HCRP. Do total de 2.760 doentes, 1.681 (60,9%) eram portadores da forma clínica lepromatosa.

Nem sempre aceite pelos doentes, o internamento era visto pelos clínicos como vantajoso para os casos contagiosos, que, por motivos de ordem social ou complicações da doença, não deviam permanecer em suas casas. Foi neste sentido a explicação do diretor clínico em 1952:

> "O repouso, a higiene e a adequada alimentação, como serem adjuvantes preciosos de todos os tratamentos, bastam por si, para modificarem o estado geral dos doentes e promovem a cura de males perfurantes, úlceras, osteopatias, etc. tão frequentes na lepra. Só assim, também pode ser encarado, e satisfatoriamente resolvidos outros problemas, tais como a fisioterapia, a cirurgia plástica e ortopédica, a profilaxia das deformidades e da invalidez, as complicações laríngeas, oculares e outras, o tratamento das reações lepróticas, das nevites, etc."[62]

Recordando dados apresentados na contextualização internacional e nacional, concretamente relacionados com as modalidades de internamento, e a curabilidade da doença, não deixa de ser curioso constatar que a luta contra a hanseníase em Portugal foi organizada em moldes que só viriam a ser definidos pela comunidade

internacional no VI Congresso Internacional de Leprologia em 1953. Ou seja, em Portugal, adotou-se desde 1947 um esquema de isolamento seletivo apenas para os doentes contagiosos. Contudo, esta modalidade e o critério principal para o internamento no HCRP acabaram por permanecer no tempo, mesmo perante a tendência internacional, ocorrida a partir de 1958, de abandonar a prática de isolamento dos casos contagiosos e de descentralizar a luta contra a hanseníase. Neste sentido, procurou-se perceber as razões desta permanência. Foram identificados alguns dos argumentos apresentados de seguida. O Professor Bissaya Barreto, no Curso Internacional de Leprologia em 1960, esclareceu que:

> "(...) os argumentos invocados nos outros países a favor do abandono do isolamento compulsivo, não têm valor entre nós, visto que a nossa lei só torna obrigatório o internamento dos contagiantes e durante o período de perigoso contágio; para nós o internamento não é, como outrora se proclamava, sinónimo de enterro para a vida; em segundo lugar, não se compreende que a família fique, como se diz, estigmatizada só porque um dos membros haja sido internado no Hospital Rovisco Pais e não fique igualmente estigmatizada porque o tratamento, menos activo, (...), menos controlado, se faça no seio da família, com o conhecimento e na presença de toda a localidade, e ainda com o grave risco do doente, embora em tratamento, continuar a ser perigoso e activo elemento de disseminação da doença."
>
> "No caso de isolamento, dá-se a saída dum dos membros da família, facto que pode passar despercebido e pode mesmo ser desconhecido para onde se ausentou; no caso de tratamento domiciliário, assiste-se à presença e visita, frequente e regular das Brigadas (...) ...
>
> (...) Não é raro deparar-se com doentes que não querem melhorar, que não querem curar-se (...). Não se pode, por consequência, garantir que os contagiantes em liberdade e os não contagiantes em regime de licença provisória continuem com a regularidade necessária e indispensável o uso dos medicamentos, que lhes são distribuídos gratuitamente.
>
> Daí a condenação evidente da doutrina que permite, e até aconselha, a liberdade dos contagiantes, doutrina só aceite e compreensível perante a impossibilidade de internamento pelo número de doentes ou falta de leprosarias.
>
> Para haver certeza de que os tratamentos fora do Hospital Rovisco Pais seguem com regularidade e método, houve necessidade de criar regímen novo de assistência e vigilância terapêutica por meio de um serviço itinerante exercido por enfermeiros (...)"[63]

Em 1963, o diretor clínico do HCRP referiu também:

> "Entre nós, graças a uma prevalência relativamente baixa, à malignidade, atrás referida, dos casos que vão surgindo, à existência de um estabelecimento como o Hospital-Colónia, é evidente que a atitude não deve ser outra que não seja a de promover o isolamento dos casos mais contagiantes, ao contrário do que acontece com aqueles países em que índice de prevalência é tão elevado e as possibilidades de segregação tão pequenas, que os força a seguirem outros critérios."[64]

A questão foi igualmente abordada na Câmara Corporativa em 1961, concretamente a propósito da proposta de Lei n.º 514 referente ao Estatuto da Saúde e Assistência, onde se concluiu que: "Em geral, o esquema da luta contra a lepra, instituído pelo Decreto-Lei n.º 36:450, tem-se mostrado eficiente, sem embargo de se ter verificado a conveniência de rever um ou outro aspecto."[65].

Será, neste sentido, que se insere a afirmação proferida em 1965 pelo diretor clínico do HCRP, Dr. Pedro Magalhães Basto, sobre o Decreto-Lei n.º 36:450 de 1947: "(...) na realidade, esse notável documento, tem o grande mérito de, decorridos 18 anos, manter a actualidade dentro das linhas gerais que definiu."[66].

A manutenção do regime jurídico que conferia ao HCRP exclusividade de assistência clínica e internamento de doentes com hanseníase até 1976, não terá impedido a introdução de ajustes, até porque entre os doentes internos também se registaram melhorias mais evidentes devido ao efeito da terapêutica. Assim, tentou-se perceber melhor a existência de altas e respetivos critérios para a sua concessão. E, apesar de não se conhecer regulamentação relativa à concessão de altas para as primeiras décadas de funcionamento do HCRP, detetaram-se referências à ocorrência das mesmas quer no Relatório das gerências, desde o início das atividades em 27 de outubro de 1947 a dezembro de 1952[67], em alguns processos de internamento existentes no arquivo histórico do Hospital, quer no jornal dos doentes *A Luz*[68], confirmadas pela estatística hospitalar apresentado no **Gráfico 1**. Constatou-se ainda que, em 1962, foi criado o regime de licenças prorrogáveis que "modificou completamente o ambiente do Rovisco Pais" pois "obstou ao desmoronar de muitos lares, permitindo o regresso de muitos doentes ao seio de suas famílias, evitou fugas de muitos outros, algumas de anos até durante as quais não faziam qualquer tratamento[69]". Nos regulamentos consultados, entre 1966 e 1969, foi prevista a conceção de licenças (15 e 30 dias, e prorrogáveis) e altas provisórias e definitivas[70], mediante um conjunto de regras que se relacionavam com os resultados das baciloscopias, com o comportamento dos doentes, com a imunidade dos familiares (com lepromino-reações positivas), com a garantia de continuidade do tratamento no exterior e de comparecer mensalmente às colheitas para análises[71].

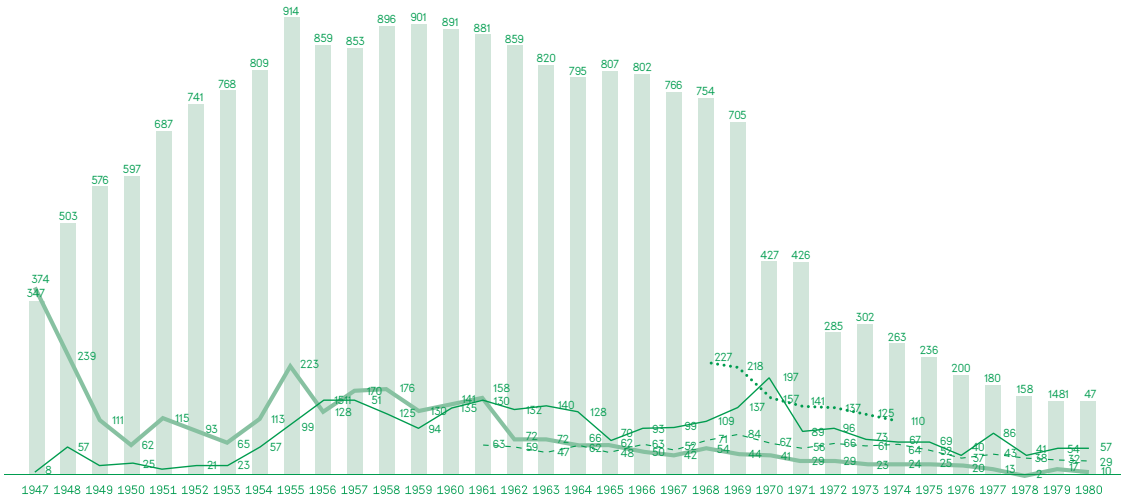



**Gráfico 1**
**Movimento hospitalar**

Doentes internos

Internamentos

Licenças prorrogáveis

Altas concedidas

Reinternamentos

Elaborado pela autora com base nos Relatórios do HCRP

Para perceber melhor a evolução do regime de internamento na assistência à hanseníase em Portugal, foram analisados os dados estatísticos do HCRP, recolhidos nos relatórios de atividades clínicas e apresentados no **Gráfico 1**.

Foi possível verificar que:

1. O número de doentes internos foi subindo progressivamente entre 1947 e 1955, ano em que se registaram 914 doentes internos. Verificam-se também ligeiras descidas até 1966, ano a partir do qual se dá uma diminuição que se mantém até 1980, assumindo um ritmo mais acentuado a partir de 1970.
2. O número de internamentos atingiu 347 no primeiro ano, descendo para 62 em 1950, mantendo-se variável até apresentar uma nova subida para 223 internamentos em 1955, ano em que se inicia a sua diminuição, que, a partir de 1962, é progressivamente acentuada até se registarem apenas 13 internamentos em 1977 e 10 internamentos em 1980.
3. A partir de 1961, passam a verificar-se reinternamentos e verifica-se que a ocorrência dos mesmos se manteve entre os 48 e os 66 reinternamentos, exceto nos anos de 1968 e 1969, em que houve 71 e 84 reinternamentos, respetivamente. A descida maior aconteceu a partir de 1976, ocorrendo 29 reinternamentos em 1980. A partir de 1964, a curva dos reinternamentos eleva-se relativamente aos internamentos.
4. Registam-se altas desde 1947 e em 1948 o número de altas concedidas foi de 57. Entre 1949 e 1953, o número de altas concedidas não ultrapassou 25, contudo houve um aumento entre 1954 e 1957, mantendo-se entre os 94 e os 128 até 1964, notando-se uma descida até 70 em 1965, voltando a crescer

progressivamente até 1970, ano em que houve 197 altas. Por último, observa-se a diminuição de altas, apesar de um pequeno pico de 86 altas em 1977.

Para auxiliar a interpretação, e com base nos relatórios de atividades do HCRP, verifica-se ainda que:

1. O aumento progressivo de doentes internos e internamentos até 1955 esteve relacionado com o rastreio progressivo de novos casos e a acentuação verificada naquele ano deve correlacionar-se também com a entrada em funcionamento de novos pavilhões[72].
2. O aumento de altas (provisórias) terá resultado da sulfonoterapia, que se fazia sem restrições de fornecimentos no HCRP desde 1949[73] e que favoreceu a regressão das lesões e, mesmo lentamente, sobretudo nas formas lepromatosas avançadas, foi promovendo a negatividade baciloscópica[74].
3. A liberalização dos critérios de concessão de altas e a adoção do regime de licenças prorrogáveis no início da década de 1960 resultaram numa tendência de decréscimo do número de internados, só ligeiramente contrariada pelos reinternamentos.
4. A partir de 1970, a contabilização dos doentes internos sofreu alterações por via da exclusão da contabilização dos doentes com licenças prorrogáveis, dos doentes em situação irregular que se encontravam ausentes do HCRP[75] e dos doentes que saíram e se encontravam no Centro de Recuperação de Espariz. Assim, os dados apresentados a partir daquela data correspondem aos doentes realmente existentes no HCRP, na Tocha.

Apenas um estudo mais exaustivo permitirá reunir elementos suficientes para determinar a média de duração dos internamentos, contudo foi percetível a existência de internamentos durante vários anos ou décadas. Neste contexto, as palavras do Professor Juvenal Esteves ajudam a compreender melhor esta realidade:

> "(...) são necessários em média pelo menos três anos de tratamento sulfónico regular para negativar baciloscópicamente a grande parte dos doentes lepromatosos abertos e que número importante (cerca de 20% em certos meios) continuam positivos mesmo para além de seis anos. Igualmente se torna precioso manter com aquela terapêutica, durante cinco anos ou mais os doentes negativados baciloscópicamente, a fim de evitar a recaída. As dificuldades em obter a colaboração dos doentes em tratamento, de tal maneira prolongado, são insuperáveis."[76]

A longa cronicidade da doença e a duração prolongada do tratamento figuram entre os principais fatores que motivavam a permanência dos doentes no HCRP, especialmente quando em Portugal se registou uma prevalência de cerca de 60% da forma clínica lepromatosa, ou maligna até 1980[77] e grande parte dos doentes internados nas primeiras décadas eram casos avançados da doença[78]. As sequelas e complicações decorrentes da doença eram frequentes, entre elas as reações lepróticas, as urémias ou as infeções renais, que motivavam grande parte dos óbitos. E, pese embora a terapêutica sulfónica conduzisse ao quase total desaparecimento macroscópico das lesões — mesmo as do tipo maligno, as melhorias nem sempre eram acompanhadas da tão almejada negativação bacteriológica, muito demorada a estabelecer-se[79], ocorrendo frequentemente intolerâncias ou resistências à medicação sulfónica.

Nesta equação, também se devem considerar algumas das causas dos reinternamentos, que enunciamos por ordem de ocorrência (1962–1980): intercorrências médico-cirúrgicas graves com necessidade de tratamento ou intervenção cirúrgica de urgência (anemia, cólicas vesiculares, hérnias, fraturas, etc.), úlceras e males perfurantes que, sobretudo numa fase inicial, deram origem a amputações, recidiva da doença, perturbações mentais, entre outras[80]. Por último, mas não menos importante, sublinha-se o fator de ordem social[81], igualmente apontado como causa para reinternamento, mas que surge como determinante para a concessão ou não da alta do doente. No primeiro relatório de atividades do HCRP, datado de 1952, refere-se a existência de "alguns doentes branqueados, mas que não podem ou não querem ter alta, uns por se encontrarem muito estigmatizados, outros pela circunstância de não verem a possibilidade de reajustamento social"[82]. Mais tarde, os relatórios de 1963, 1964 e de 1970 voltam a referir que nem todos os doentes internados se encontravam na fase contagiante, e que muitos, com condições clínicas e bacteriológicas para alta, se mantinham no HCRP por sua vontade própria, alegando dificuldades insuperáveis de reintegração na sociedade, ou a ausência de condições de vida no exterior do Hospital, e outros regressam depois de terem tido alta e encontrarem nos seus domicílios condições de vida muito diferentes e enormes dificuldades de adaptação[83], situações muitas vezes agudizadas pela invalidez crescente dos doentes, quer provocadas pela doença, quer resultantes da idade.

Como consequência do declínio da expansão da endemia e aumento das altas, por um lado, e da maior sobrevivência dos doentes branqueados, por outro, a atividade do HCRP aglutinou também a recuperação dos doentes como previsto no Decreto-Lei n.º 43:756 de 1961, com o fim de potenciar a reintegração social ou de corresponder ao domínio da assistência às patologias geriátricas[84]. Entendida não apenas do ponto de vista da cura, a recuperação do doente, aliada também à reabilitação,

pretendia evitar perdas irreparáveis, visava restituir ao indivíduo a capacidade necessária para ocupar a sua posição social e profissional, contrariando ou minimizando a incapacidade funcional e o estigma. Foi neste contexto, mas também como resultado das orientações que vinham fazendo eco a nível internacional, nomeadamente após a Reunião Científica sobre a Readaptação dos Leprosos, ocorrida em Vellore (India), em 1960[85] que se entendeu a criação no edifício hospitalar do Serviço de Recuperação e que incluía Cirurgia Plástica e Reconstrutiva.

Por último, o lema do jornal dos doentes designado por "Luz" e criado em 1956 era já "para a defesa e reabilitação dos hansenianos". E o lema da revista "Rovisco Pais" — "A lepra domina-se, o hanseniano rehabilita-se", cuja publicação iniciou em 1962, reveste-se também de significado num contexto em que a reabilitação física surgia como tendência, culminando em 1967 com a criação da Comissão Nacional de Reabilitação junto ao Ministério da Saúde e da Assistência em 1967[86].

O Serviço de Recuperação do HCRP conjugou diferentes métodos de tratamento — médico e cirúrgicos — com o objetivo de corrigir deformidades e minimizar a incapacidade dos doentes[87]. Com este desígnio, terá trabalhado o sector para fisioterapia, situado no rés-do-chão do hospital, onde se realizavam massagens que visavam a ativação do sistema circulatório sobre os músculos, tratamentos com recurso a raios ultravioleta e raios infravermelhos, banhos de parafina e sessões de redução muscular, que procuravam prevenir as lesões neurotróficas. A existência de aparelhos de diatermia no espólio do Núcleo Museológico do HCRP indica que a eletroterapia também fazia parte dos tratamentos realizados. Podemos aferir a sua dimensão através dos 223 tratamentos realizados em 1964[88]. Contudo, a amplitude destes serviços terá sido condicionada pela falta de pessoal técnico habilitado, como refere o relatório de 1966[89].

Por sua vez, a cirurgia plástica e reconstrutiva tentava minimizar as perturbações neurológicas (nevrites e garras), as alterações tróficas (úlceras e males perfurantes) que muitas vezes apresentavam comprometimentos ósseos e justificavam a permanência no HCRP e as lesões no rosto, por vezes bastante estigmatizantes. Em 1962, o médico responsável fazia visitas bissemanais e o volume de cirurgias era considerável (140 em 1961; 83 em 1963; 53 em 1965; 55 em 1966; 60 em 1967; 28 em 1968). São bastante elucidativos do tipo de cirurgia efetuada neste domínio alguns dos artigos publicados pelo Dr. João Veiga Vieira[90] na *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen,* nomeadamente sobre o tratamento dos lepromas da face, pela abrasão cirúrgica[91], tratamentos com excertos dérmicos[92] ou a cobertura cutânea da úlcera da perna[93].

Desde cedo se tornou evidente a necessidade de estimular a adaptação e a socialização no HCRP e, por isso, se promoveu a ocupação dos doentes internados através da Ludoterapia e

Ergoterapia. Estas atividades surgem já referidas em relatórios e artigos desde 1952[94]. O trabalho dos doentes era remunerado e permitiu contribuir para a subsistência da família ou amealhar para quando tivessem alta.

As normas regulamentares das Brigadas e Oficinas de Internados e do Centro de Ludoterapia[95], datadas de 1965, permitiram perceber melhor o funcionamento destas atividades. Nas Brigadas e Oficinas de Doentes, o trabalho realizado era remunerado segundo uma tabela pré-existente. O registo do serviço executado competia à secretaria de doentes, a quem incumbia, entre outras tarefas, o registo do serviço de ponto das brigadas e oficinas de doentes e o envio das folhas de pagamentos referentes aos mesmos. Existiam brigadas de agropecuária, de barbeiros, de calceteiros, de construção civil, de jardins, de sapateiros, de rouparia, serviços auxiliares e especiais (professores, das escolas masculina, feminina e de bordados, gerente do pavilhão de ludoterapias, cozinheiras dos núcleos). A grande maioria auferia valores entre 1$10 e 1$80 por dia. As categorias que auferiam maior remuneração eram o chefe de secretaria de doentes (350$00) e a professora da Escola Feminina (300$00). As áreas menos remuneradas eram os aprendizes de construção civil e de rouparia ($60)[96]. O Centro de Ludoterapia, por sua vez, tinha como finalidade promover manifestações de recreio, cultura e desporto, e era composto por um cinema ao ar livre, campo de futebol, bar dos internados, com salas de leitura, convívio e espetáculos[97].

Para obviar os obstáculos que dificultavam a recuperação dos ex-doentes, nomeadamente a falta de uma profissão definida, o complexo adquirido pelo doente durante o internamento e a necessidade de convencer o público do regresso do doente curado[98], foi criado ainda, em 1962, o Centro de Recuperação de Espariz (Tábua). Destinava-se aos doentes com alta do Hospital Rovisco Pais, com dificuldades de reingresso na sociedade[99]. Instalado numa quinta com cerca de 20 hectares, adquirida com o remanescente da herança de José Rovisco Pais e de um subsídio proveniente das apostas múltiplas desportivas concedido pela Direção Geral de Assistência, a sua função era acolher os antigos doentes (clinicamente branqueados e bacteriologicamente negativados há vários anos), em linha com o Congresso Internacional para a Reabilitação Social do Leproso, organizado pela Ordem de Malta em Roma em 1956, onde esteve o Dr. Castro Soares, diretor do Instituto de Assistência aos Leprosos[100]. Possuía capacidade para 80 ex-doentes masculinos[101], registando uma média de ingressos de 20 a 26 pessoas anualmente, entre 1970 e 1975. As atividades agrícolas eram a principal ocupação dos seus residentes. A tentativa de criar um espaço idêntico para ex-doentes do sexo feminino levou o Professor Bissaya Barreto a equacionar a sua instalação no Convento de Santo António em Penela, proposta que não viu acolhimento por parte do ministério[102].

Já desde 1965 que nos relatórios se referia a necessidade de reduzir o número de hospitalizações e a sua duração "para evitar problemas por vezes insolúveis, mas sempre graves que advêm do afastamento de um doente do seu meio — tal só será possível quando os novos doentes tiveram formas pouco evoluídas e, portanto, pouco contagiantes" para tal era necessário "o desenvolvimento dos serviços externos e o interesse de todos os médicos nesta campanha"[103].

Os serviços clínicos externos do HCRP, previstos na legislação desde 1947, asseguravam os demais regimes de assistência, nomeadamente a observação e vigilância sanitária com vista à identificação precoce de novos casos, a vigilância e tratamento ambulatório ou domiciliário dos doentes externos e dos doentes com alta. Incluíram-se nesta categoria de serviços as Consultas Externas, as Brigadas e a Enfermagem Domiciliária. Eram serviços cujas funções estavam focadas essencialmente no diagnóstico precoce e na regularidade do tratamento. O diagnóstico precoce era a principal arma para o sucesso do tratamento e da futura erradicação da doença, mas também era um dos maiores desafios devido à incubação lenta e ao "carácter insidioso da doença, cuja sintomatologia inicial leve" "muitas vezes tolerada prolongadamente pelo doente (...) particularmente em função do fraco nível económico e de educação das populações geralmente atingidas."[104]

Inicialmente, e na qualidade de dispensário central, o edifício hospitalar no HCRP dispunha, no rés-do-chão, de consultas externas destinadas aos doentes externos (não internados) e uma consulta aberta à população da região, aos funcionários e suas famílias, ou aos familiares dos doentes que muitas vezes eram atendidos ao domingo, quando visitavam os familiares internados no Hospital[105]. Nestas consultas, era comum a assistência a tuberculosos, o que justificará a presença de um aparelho de colapsoterapia agora patente no Núcleo Museológico[106]. Também no setor das consultas externas se verificou, a partir da década de 1960, o funcionamento da "consulta de pele", realizada por um médico que estagiara no serviço de dermatologia em Lisboa, sob orientação do Prof. Juvenal Esteves[107]. Além do tratamento de dermatoses, esta consulta permitiu o despiste de alguns casos de hanseníase. A partir de setembro de 1967, estas consultas externas passaram a funcionar nas novas instalações criadas junto à portaria do complexo hospitalar[108].

As Brigadas iniciaram a sua atividade em 1948[109] e contribuíram para o progressivo conhecimento da endemia no terreno, nos seus diversos aspetos, nomeadamente no que se referia às condições de vida dos doentes e à evolução da doença. Tiveram igualmente um papel ativo na elucidação e despistagem de outras doenças, facilmente confundidas com a lepra (como sarna, psoríase ou paramiloidose[110]), procedendo na fase inicial a retificação de alguns diagnósticos decorrentes do censo realizado na década de 1930.

Estas Brigadas, compostas por uma equipa de funcionários do Hospital (motorista, médico, enfermeiro, analista e assistente social), percorriam com uma carrinha itinerários pré-estabelecidos em todo o território nacional. A sua missão era fazer o rastreio e diagnóstico precoce de novos casos, manter a vigilância dos suspeitos e comunicantes (pessoas que coabitavam com os doentes), marcar a terapêutica, indicar a conduta a seguir e fazer educação sanitária das famílias dos hansenianos, instruindo os médicos através da divulgação de conhecimentos sobre leprologia, distribuindo medicamentos assim como subsídios pecuniários[111]. O seu trabalho envolvia a realização de lepromino-reações e recolha de biópsias para exames histológicos, colheita de muco nasal e colheitas de pele para exame bacisloscópio.

A sua abrangência pode depreender-se através de alguns dados estatísticos. Nos relatórios de 1947 a 1952, o diretor do HCRP descreveu detalhadamente o trabalho e as dificuldades destas equipas, referindo que nos primeiros meses de trabalho estas Brigadas percorreram 30.000 quilómetros para observar doentes e comunicantes por todo o país[112]. No ano de 1961, observaram 9.746 pessoas (doentes, suspeitos e comunicantes) de todos os distritos durante os 363 dias de deslocações destas equipas[113].

Era entre os comunicantes que se detetavam inicialmente os novos casos, mais tarde passaram a ser identificados casos cuja fonte de contágio era desconhecida. O diagnóstico da doença em fases incipientes podia evitar o internamento, resultando no tratamento em regime ambulatório. A ação das Brigadas possibilitou a progressiva identificação de doentes e quatro anos após o início destas Brigadas já eram conhecidos 1.657 doentes, número francamente superior ao registado na Direção Geral de Saúde em 1947 — 867 doentes[114]. Em 1952, já eram conhecidos 1.889 doentes[115] e em 1962 eram 2.765 doentes[116].

Na década de 1960, as Brigadas passaram a poder propor altas definitivas para os doentes que se encontravam em situação de alta provisória, assim como a libertação de outros que nunca estiveram internados e já não necessitavam de vigilância sanitária. Esta nova orientação terá sido uma consequência direta dos efeitos positivos da terapêutica, resultando na progressiva liberalização da vigilância e tratamento. Entre as condições necessárias para esta "libertação" incluíam-se a negativação e a positividade na lepromino-reação[117]. Em 1967, as Brigadas observaram 6.669 pessoas (1.150 doentes, 159 suspeitos e 5.360 comunicantes) e, por isso, era indispensável aquela medida sob pena de o número de pessoas a observar se tornar incomportável para os serviços externos. E, de facto, entre 1960 e 1967, deixaram de ser seguidos pelas Brigadas 724 suspeitos, 942 comunicantes e 256 doentes externos. Mesmo assim, em 1967, ainda estavam registados nos arquivos 1.970 doentes não internados, 503 suspeitos e 19.074 comunicantes[118]. No ano de 1968, os doentes que tinham alta provisória do Hospital há mais de cinco

anos, estando clinicamente curados, com doença estabilizada passaram a ser abrangidos na libertação ou alta definitiva[119].

Entretanto, verificou-se também a constituição de Brigadas polivalentes, como a que trabalhou em Faro no ano de 1965[120], e a tentativa de estabelecer uma ligação do trabalho destas Brigadas regulares com outros serviços de saúde. Neste último caso, e a título de exemplo, mencionam-se: Consulta de Lepra/ Dermato-leprologia do Hospital Curry Cabral em 1960[121], a Brigada Polivalente da Direção Geral de Saúde do Algarve em 1967[122], o Dispensário Central de Higiene Social do Porto[123], a Brigada Móvel Polivalente de Profilaxia da Direção Geral de Saúde chefiada pelo Dr. Loiola Pereira e que se encarregou dos distritos de Lisboa, Setúbal e parte de Santarém, em 1969[124].

A continuidade das Brigadas foi gradualmente afetada pela falta de médicos, que fora referida logo em 1964[125], ano em que as Brigadas normais apenas abrangeram 15 distritos (5.534 pessoas observadas em 334 dias). A necessidade de manter a vigilância nas zonas mais endémicas terá estado na origem das Brigadas Mensais (primeiras segundas-feiras de cada mês) nas localidades da Guia, Leiria e Pombal, onde em 1964 foram observadas 551 pessoas. Por outro lado, a especialização do HCRP levou à criação de Brigadas Foguete, modalidade que se destinava à observação de pessoas cujo diagnóstico tinham sido sugeridos por um médico ou por outra entidade, que recorria ao HCRP para confirmação. Em 1964, este tipo de serviço realizou a observação de 151 pessoas[126].

Embora o papel das Brigadas tenha sido fundamental nas primeiras décadas de funcionamento, ao longo das décadas de 1960 e 1970 verificou-se uma tendência que apontava para a ineficácia das Brigadas médicas, sobretudo distritais, devido ao crescente número de pessoas que não compareciam[127] e à inoperância no que toca ao rastreio de novos casos, assumindo mesmo um papel secundário das Brigadas relativamente às outras formas de rastreio, uma vez que o diagnóstico já era feito por outros médicos ou em outros dispensários e hospitais[128]. Em 1966, por exemplo, faltaram à chamada das brigadas: 21% doentes, 40% suspeitos, 57% comunicantes[129]. Como tentativa para fazer face a estas questões e melhorar a eficácia das Brigadas, os relatórios do HCRP, para os anos de 1967 e 1968, preconizaram a criação de dispensários semifixos que permanecessem mais tempo nas diferentes localidades com o intuito de contactar com os doentes e comunicantes, e ter maior proximidade com os médicos, professores, sacerdotes, para que a sua presença contínua permitisse conhecer melhor os doentes, fazer a educação necessária, trabalhando em articulação com a enfermagem domiciliária[130].

Assim, em 1970, refere-se o progressivo esgotamento das Brigadas, pois a maioria dos comunicantes com real interesse epidemiológico já tinha sido observado, e sugere-se uma

remodelação destes serviços. Nos relatórios de 1972 e de 1974, menciona-se a necessidade de integrar nos Centros de Saúde os serviços de vigilância dos doentes protagonizados pelas Brigadas, sublinhando-se a dificuldade em ter médicos disponíveis e a necessidade de não descurar a vigilância clínica e laboratorial dos doentes não internados[131]. No ano de 1976, as brigadas regulares apenas se faziam ao concelho de Pombal[132].

O Decreto-Lei n.º 547/76 passou para os serviços de Saúde Pública as funções de vigilância dos doentes suspeitos e comunicantes, contudo, o relatório do HCRP de 1979 ainda referia a realização de Brigadas a alguns concelhos de Coimbra, brigadas mensais a Pombal e trimestrais a Leiria; e o relatório de 1980 do HCRP dava conta que tinham sido realizadas algumas brigadas trimestrais pelo Hospital Rovisco Pais (HRP) nos distritos de Coimbra e Leiria, resultando na observação de 111 doentes e 3 comunicantes[133]. A documentação analisada revela a preocupação com a dificuldade na incorporação do acompanhamento destes doentes na rotina dos Centros de Saúde, a qual era também defendida pela direção clínica do HCRP. Temia-se a degradação do panorama sanitário e argumentava-se a este respeito:

> "A verdade é que os doentes só se importam com a doença, quando ela os desfigura, lhes dá dores, ou os impede de trabalhar. Isto quer dizer que, actualmente, só quasi as formas reaccionais incomodam verdadeiramente os doentes, à maioria dos quais pouco interessa a eventualidade de poderem contagiar outras pessoas."[134]

A Enfermagem Domiciliária foi criada em 1961, iniciando no distrito de Leiria, onde a doença era mais prevalente[135,] passando depois a realizar-se também no distrito de Coimbra, alastrando-se a pelo menos 13 distritos. Em 1962, este serviço acompanhou 257 doentes do distrito de Coimbra e 355 do distrito de Leiria[136] e em 1967 já se encontrava a funcionar nos distritos de Braga, Porto, Aveiro, Viseu, Coimbra, Leiria e Santarém, tendo sido visitados 1.043 doentes[137]. Em 1969, a expansão do Serviço de Enfermagem Domiciliária estabeleceu a sua atividade também nos distritos de Vila Real, Guarda e Castelo Branco e parte de Portalegre. O número de doentes visitados foi de 964 e de 22.884 injeções aplicadas, registando-se um total de 318.256 km percorridos pelos enfermeiros afetos ao serviço em 1969[138].

O principal objetivo deste novo serviço era garantir a aplicação da D.D.S. (sulfona combinada) por via parentérica[139], uma vez que se verificou que a irregularidade durante o tratamento de consolidação nos doentes externos era uma das causas da reativação que levava ao reinternamento[140]. Os enfermeiros eram destacados para um concelho, deslocando-se na região com uma motorizada, onde visitavam os doentes com a regularidade

necessária para ministrar a medicação, normalmente com recorrência quinzenal.

Durante a década de 1970, o número de doentes visitados pela Enfermagem Domiciliária foi diminuindo gradualmente, registando 978 doentes e 23.318 injeções em 1970 e 671 doentes e 15.745 injeções em 1974. Esta situação relacionou-se com a passagem ao tratamento por via oral, por preferência dos doentes, ou por conveniência terapêutica, até porque se referiam complicações, como a formação de oleomas que chegavam a fistular[141]. Em 1977, 15 anos após o início do funcionamento, o serviço de Enfermagem Domiciliária foi extinto nos moldes em que funcionava. Na base desta decisão terão estado os novos modelos de assistência e a descentralização da assistência aos doentes de Hansen definida no novo enquadramento legal estabelecido no Decreto-Lei n.º 547, em 1976.

Mas, para "aproveitar as capacidades destes enfermeiros" e superar a "lacuna de falta de condições para a efetiva vigilância dos doentes, com que lutavam grande número de Centros de Saúde", procedeu-se a uma reestruturação da enfermagem domiciliária, que passou a designar-se por Brigadas de Enfermagem Domiciliária. Os enfermeiros passavam a deslocar-se de automóvel e assumindo a missão de fazer as colheitas (muco nasal e de pele) para a realização dos exames baciloscópicos no laboratório do HRP, único a realizar este tipo de exames a nível nacional. Este trabalho era algo que os enfermeiros já vinham fazendo desde pelo menos 1976, por não ter havido a possibilidade de organizar brigadas médicas regulares[142]. A nova enfermagem domiciliária auxiliava também na entrega do medicamento oral aos doentes externos, caso não fosse possível o Hospital enviar a medicação para casa ou a sua distribuição ser assegurada pelos Centros de Saúde concelhios. Com esta nova incumbência os enfermeiros destacados no Serviço de Enfermagem Domiciliário visitaram 447 doentes em 8 distritos em 1978[143]; 461 doentes em 13 distritos em 1979[144] e 296 doentes em 6 distritos em 1980[145].

Efetivamente, em 1981, o diretor dos serviços do Hospital Rovisco Pais referiu que a maioria dos Centros de Saúde não tinha assumido os serviços de vigilância de doentes suspeitos e comunicantes, com exceção do Centro de Saúde de Pombal[146].

De acordo com o último relatório publicado do HRP, existiam 2.332 doentes em 1980, dos quais 1.562 eram portadores da forma clínica lepromatosa. Nesse mesmo ano, permaneciam no HRP 147 doentes[147] cujo acompanhamento em outras especialidades médicas já era feito em outros hospitais, como o Instituto Maternal de Coimbra, os Hospitais da Universidade de Coimbra, o Centro Hospitalar de Coimbra e o Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Em 1995, encontravam-se internados no HRP 79 doentes[148] e em 1996 existiam 864 doentes de Hansen em Portugal[149].

A par dos cuidados de saúde, os doentes de Hansen e seus familiares beneficiavam de assistência social, assegurada pelo Serviço Social do HCRP, materializada na concessão de subsídios e auxílios monetários às famílias para pagamento de rendas ou dívidas ou para alimentação ou estudos[150]. A título de exemplo, em 1959, para pagamento de viagens a familiares de internados, foram concedidos 62.826$90, e para os subsídios atribuídos aos filhos menores de 14 anos e doentes com alta foi dispensada a verba de 228.140$00[151]. A assistência aos filhos sãos era assegurada também na Creche ou no Preventório HCRP, onde dispunham de todos os meios de sobrevivência, condições de conforto, higiene, educação e acompanhamento clínico permanente. Não raras as vezes, este acompanhamento do Serviço Social do HCRP prolongava-se após existirem condições clínicas para alta dos doentes ou na fase de assistência clínica em regime ambulatório, nas visitas ao domicílio, através do apoio na colocação profissional[152], na aquisição de géneros tais como roupas, alimentos, mobílias ou ferramentas para exercerem ofícios que constituíssem fontes de rendimento.

O papel do Serviço Social estendia-se ainda a visitas regulares aos doentes externos e às famílias dos doentes, servindo de mensageiro e mediador entre os doentes internados e as famílias, ou de agente de educação sanitária nas famílias e na comunidade. O seu papel era igualmente importante na hora de conceder alta hospitalar, pois como vimos muitos ex-doentes permaneciam na instituição por não terem condições sociais para regressar a casa ou à família.

Ostentando o lema "*Caritas atque Sciencia*", pode dizer-se, em suma, que o HCRP aliava a terapêutica clínica e a ciência à ação social para proporcionar uma assistência holística que se previa dar frutos em 20 anos, com a erradicação da doença em Portugal.

E, de facto, atendendo ao processo de génese do HCRP, verifica-se que, desde cedo, se tornou percetível aos decisores a necessidade de aliar a assistência social à assistência médica, no caso concreto dos doentes de Hansen, uma vez que um dos fatores de eficácia da mesma consistia também na modificação das respetivas condições socioeconómicas e culturais.

## Considerações finais

O programa de luta contra a lepra em Portugal foi orientado pelo Instituto de Assistência aos Leprosos desde 1947 e englobou aspetos profiláticos, terapêuticos, educativos e de reabilitação social.

O Hospital Colónia Rovisco Pais assumiu um papel central neste programa, em virtude de ser a única unidade de saúde especializada em leprologia, dedicada à assistência médico-social aos doentes de Hansen e à investigação da doença entre 1947 e 1976. A sua atividade desenvolvia-se com base em serviços internos e

serviços externos, englobando todas as modalidades de assistência previstas na legislação: observação e vigilância sanitária, tratamento ambulatório ou domiciliário e internamento.

A sua organização e implantação espacial na Quinta da Fonte Quente deram-lhe uma feição de aldeia terapêutica, onde se reuniam asilos, hospital e colónia, com bairros residenciais para doentes e nos quais se ofereciam condições técnicas, de higiene e habitabilidade e assistência aos doentes internados muito superiores ao contexto nacional.

A assistência prestada aos doentes de Hansen em Portugal, concretamente no HCRP, acompanhou a evolução histórica do conhecimento da doença e as orientações dos especialistas internacionais divulgadas nos diversos congressos internacionais. O caso português revestiu-se de alguma inovação comparativamente ao panorama internacional, nomeadamente por assumir a curabilidade da doença; por adotar de imediato a terapêutica sulfónica; por possuir um regime de isolamento seletivo, em que o internamento só era obrigatório para os doentes contagiosos; por conceder altas e possibilitar o tratamento em ambulatório desde o início do seu funcionamento e por incluir atividades de recuperação e reabilitação, como a ergoterapia e a ludoterapia.

Contudo, verificou-se que a legislação portuguesa acabou por não sofrer alterações no contexto de abandono de medidas de isolamento preconizadas pela comunidade internacional a partir de 1958, mantendo o regime de internamento dos casos contagiosos e apenas definindo como preferencial o tratamento ambulatório em 1976. Escrutinadas as razões da permanência daquele regime jurídico, percebe-se que o não abandono da obrigatoriedade de internamento para os doentes contagiosos se justificou pelo alto valor profilático que lhe era atribuído; pela existência de um regime seletivo de internamento desde 1947 e apenas para casos contagiosos; pelas características da endemia, com clara prevalência da forma clínica lepromatosa (maligna) e persistência de casos avançados da doença e consequente dificuldade de tratamento e negativação; pela cronicidade e duração prolongada do tratamento e pela existência de vagas suficientes para o índice de prevalência nacional, facto que era visto como clara vantagem para o sucesso na erradicação da doença em Portugal.

Tornou-se evidente que a manutenção do papel central do HCRP na luta contra a hanseníase até 1976 se deveu ao facto de ser uma referência no domínio da leprologia, mas também à inexistência de uma rede organizada de assistência e saúde pública em território português que pudesse acompanhar estes doentes, o que só aconteceu com a criação da Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários em 1984. Mesmo assim, a descentralização da assistência, integração e acompanhamento destes doentes nos Centros de Saúde foi bastante lenta. Acresce ainda, às questões enunciadas, o facto de a solução terapêutica — a poliquimioterapia,

que permitiu a eliminação do bacilo e a cura dos doentes, apenas ter sido adotada em 1981 pela Organização Mundial de Saúde nos programas de controlo da doença.

Conclui-se, no entanto, que o HCRP esteve longe de restringir a sua ação à segregação dos doentes e que a sua atividade era mais abrangente e próxima de um hospital ou sanatório do que de uma leprosaria. De facto, a análise estatística demonstrou que desde o primeiro ano de funcionamento se concederam altas, mas percebe-se que estas aumentaram com a evolução da terapêutica. Por outro lado, as organizações dos serviços aproximam-no a um sistema de saúde onde vislumbramos características do modelo francês de assistência à tuberculose, ao assentar na relação de complementaridade entre o dispensário central — hospital, as brigadas médicas e sociais e serviços de enfermagem domiciliária. Contudo, além do já apontado, a tónica nas terapêuticas ocupacionais, na reeducação e reintegração social e o papel do Serviço Social conferiram-lhe características muito singulares no domínio da assistência médico-social no contexto nacional ao encarar este problema de saúde numa perspetiva global.

O presente estudo acrescentou novos dados face ao conhecimento existente da instituição, demonstrando a abrangência da assistência médico-social que o HCRP prestou aos doentes de Hansen e contrariando a ideia de isolamento como finalidade primordial. Em virtude desta interpretação, e não obstante uma análise mais detalhada e comparação com instituições congéneres, afigura-se indispensável reequacionar o papel do HCRP na luta contra a hanseníase em Portugal.

## Agradecimentos

À Sr.ª Prof.ª Doutora Alexandra Esteves e à Sr.ª Prof.ª Doutora Helena Silva pelo convite para participar no I Seminário Internacional de História da Saúde.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais pelo empenho na salvaguarda do património do antigo Hospital Colónia Rovisco Pais e que tem permitido a redescoberta da história desta instituição.

**Notas**

1. Sobre esta matéria pode consultar-se a obra: Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro — Rovisco Pais, 2022, p. 25–28.

2. Esteves, Juvenal, "A evolução do conceito patológico da lepra e a sua posição actual" in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XI, n.º 3, jul–set. 1972, p. 20.

3. O diretor do HCRP, Dr. Manuel dos Santos Silva esteve neste Congresso, como vogal da Comissão de Terapêutica. Veja-se o artigo: Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. I, n.º 2, mai–ago. 1962, p. 19.

4. Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia"; Basto, Pedro de Magalhães, "Sintomatologia e evolução da lepra lepromatosa" in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 2, n.º 6, jul–set. 1963.

5. Constituído por uma injeção intradérmica, a lepromina, foi dada a conhecer em 1919 por Kensuké Mitsuda na literatura médica japonesa. Era composto por uma suspensão de lepromas em soro fisiológico, devidamente esterilizado, e fenicado. Provocava reações positivas nos casos de lepra benigna e negativos nos casos malignos (lepra Lepromatosa). Os trabalhos inerentes às reações estudadas por Kensuké Mitsuda, e continuadas pelos discípulos, foram apresentados em 1923 na III Conferência Internacional de Leprologia em Estrasburgo, contudo, só foram valorizados a partir da Conferência de Manila, em 1931. A uniformidade de critérios de leitura e valorização dos resultados foi recomendada em 1946 e ratificada no VI Congresso Internacional de Leprologia, em Madrid, no ano de 1953, onde igualmente se valorizou o B.C.G. como suscetível de positivar reações à lepromina, podendo favorecer a resistência ao bacilo. Quando o teste era utilizado em pessoas sãs, permitia perceber o grau de imunidade ao bacilo. Progressivamente se percebeu que a positividade da lepromino-reação, ou seja, a imunidade ao bacilo, não era idêntica em todas as idades, sendo mínima na infância e aumentando com a idade até ao valor máximo de 80%. Santos, Elisa Rama Seabra, "Imuno-Biologia da Lepra", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 2, n.º 7, out–dez. 1963, p. 40. Por isso, no VII Congresso Internacional de Leprologia em Tóquio, em 1958, recomendou-se a separação das crianças dos doentes bacteriologicamente positivos. Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia", p. 115.

6. O diretor do HCRP, Dr. Manuel dos Santos Silva esteve neste Congresso, onde deu a "conhecer o nosso programa de combate à lepra, legislação que o regulava, e o Hospital-Colónia Rovisco Pais, através de copioso documentário fotográfico". Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia", p. 18.

7. Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia"; Basto, Pedro de Magalhães, "Sintomatologia e evolução da lepra lepromatosa".

8. Dados recolhidos em: Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia"; Basto, Pedro de Magalhães, "Sintomatologia e evolução da lepra lepromatosa".

9. *Ibidem*

10. Silva, M. Santos, "O passado e o presente em Leprologia", p. 113.

11. Silva, Elisandra Gasparini, *O Controle de Hanseníase em São Paulo: Departamento de Profilaxia da Lepra (1930–1969)*, Mestrado em História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/21492/2/Elisandra%20Gasparini%20Silva.pdf

12. Organização Mundial da Saúde: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy.

13. Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 29–35.

14. Falcão, Zeferino, *A Lepra em Portugal*, Lisboa, Typographia da Academia, 1900.

15. Rosa, Fernando Bissaya Barreto, *Uma obra social realizada em Coimbra*, vol. II, Coimbra, Coimbra Editora, 1970, p. 548.

16. Souza-Araujo, H. C., *A Lepra. Estudos realizados em 40 países (1924–1927)*, Rio de Janeiro, Typ. do Instituto Oswaldo Cruz, 1929, p. 358.

17. Sobre este assunto leia-se Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 35–37.

18. Sobre este assunto leia-se Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 39–44.

19. *Diário do Governo* n.º 265/1938, Série I de 1938-11-15, p. 1496–1497. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1938/11/26500/14961497.pdf.

20. Decreto-Lei n.º 29:122, de 15 de novembro de 1938, in *Diário do Governo* n.º 265/1938, Série I de 1938-11-15,

p. 1496–1497. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1947/08/17700/07490754.pdf.

21. *Diário do Governo*, n.º 177/1947, Série I de 1947-08-02, p. 749–754. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1947/08/17700/07490754.pdf.

22. *Diário do Governo*, n.º 177/1947, Série i de 1947-08-02, p. 754–756. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1947/08/17700/07540756.pdf.

23. Ao qual cabiam ainda as seguintes funções: criar e manter os estabelecimentos e serviços", "estabelecer normas", "criar brigadas móveis" e "prestar assistência aos leprosos e suas famílias".

24. Decreto-Lei n.º 36:450, de 2 de agosto de 1947, in *Diário do Governo* n.º 177/1947, Série I de 1947-08-02, p. 750. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1947/08/17700/07490754.pdf.

25. Nas suas modalidades: Central, Regional e Postos de Consulta.

26. Publicado no *Diário do Governo*, n.º 148/1961, Série I de 1961-06-28, p. 763–764. Criou o Conselho Técnico de Leprologia, que funcionará junto do Instituto de Assistência aos Leprosos e na dependência técnica da Direção Geral de Saúde, alterou a constituição e as atribuições do conselho administrativo e o quadro de direção e chefia do Hospital-Colónia Rovisco Pais, estabelecido pela Portaria n.º 17236. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/43756-1961-171366.

27. Soares, Castro, "Conselho Técnico de Leprologia", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. I, n.º I, jan–abr. 1962, p. 17–23.

28. "O Professor Doutor Juvenal Esteves e o Hospital Rovisco Pais" in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 8, n.º 30, julho a março de 1969, p. 9.

29. Era constituído pelo Professor Bissaya Barreto, pelo Professor Juvenal Esteves e pelo Dr. Castro Soares, diretor do Instituto de Assistência aos Leprosos, na qualidade de representante da Direção Geral de Saúde, que foram nomeados em julho de 1961.

30. *Diário do Governo*, n.º 85/1962, Série I de 1962-04-16, p. 466–466. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/19134-1962-516266.

31. *Diário da República*, n.º 160/1976, Série I de 1976-07-10, p. 1529–1532. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/547-1976-430446.

32. Concretamente os Decreto-Lei n.º 29122, de 15 de novembro de 1938; Decreto-Lei n.º 36450, de 2 de agosto de 1947; Decreto n.º 36451, de 2 de agosto de 1947; Decreto-Lei n.º 43756, de 28 de junho de 1961.

33. *Diário da República*, n.º 61/1977, Série I de 1977-03-14, p. 506–508. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/131-1977-141205.

34. Quer pela procura de melhoria das condições de vida dos doentes, quer pelo apoio assistencial e social para permitir medidas profiláticas e sanitárias corretas que compreendam, inclusivamente, a melhoria das condições de higiene habitacional dos doentes.

35. *Diário da República* n.º 300/1979, 4.º Suplemento, Série I de 1979-12-31, p. 69–83. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/530-1979-231286.

36. Como se lê no referido diploma: "A sua área de actuação, tal como foi prevista no n.º 2 do artigo 33.º [Lei n.º 56/79 de 15 de setembro] da referida lei, compreende os cuidados gerais de saúde, o contrôle das doenças transmissíveis e crónico-degenerativas, a saúde ocupacional, a higiene dos alimentos e da nutrição, a higiene do meio ambiente e a educação para a saúde."

37. Publicado no *Diário da República* n.º 53/1984, 2.º Suplemento, série I de 1984-03-02, p. 5–22. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-c-1984-405702.

38. Segundo o jornal *Boa Nova* de 9 de junho de 1995.

39. Segundo o diário *As Beiras* de 27 de janeiro de 1996, em Portugal existiam 864 doentes de Hansen.

40. Decreto-Lei n.º 203/96, de 23 de outubro, publicado no *Diário da República*, n.º 246/1996, Série I A, p. 3709–3710. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1996/10/246a00/37093711.pdf.

41. Providência, Paulo, "Programas, tipologias, paradigmas", in *Leprosaria Nacional*, Porto, Dafne Editora, 2013.

42. Sá, Raquel Silva, *Leprosaria Nacional Rovisco Pais (1947–1996): enquadramento histórico, identificação tipológica, processos de reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2013.

**Notas**

**43.** Santos, Ana Rita Andrade Neto Santos, *Da memória à Reinserção: uma intervenção no património da Leprosaria Nacional*, Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto, 2019. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/124592.

**44.** Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 29–50.

**45.** Sobre este assunto leia-se Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 29–50.

**46.** Xavier, Sandra, "Em diferentes escalas: a arquitetura do Hospital-Colônia Rovisco Pais sob o olhar do médico Fernando Bissaya Barreto", in *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 3, jul–set. 2013, p. 983–1006.

**47.** Silva, Ricardo Jerónimo, Arquitetura, Política, Saúde. *A Obra promovida por Bissaya Barreto na Região Centro, Coimbra*, Imprensa da Universidade, 2018.

**48.** Matos, Vítor e Santos, Ana Luísa, "Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica", in *Leprosaria Nacional*, Porto, Dafne Editora, 2013.

**49.** Matos, Vítor e Santos, Ana Luísa, "Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica", p. 110.

**50.** Sobre este aspeto e sobre as condições de vida e assistência destes doentes leia-se Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*.

**51.** Matos, Vítor e Santos, Ana Luísa, "Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica", p. 102.

**52.** Matos, Vítor e Santos, Ana Luísa, "Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica", p. 103.

**53.** Matos, Vítor e Santos, Ana Luísa, "Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica", p. 103.

**54.** Matos, Vítor e Santos, Ana Luísa, "Diagnóstico, Terapêutica e Investigação Científica", p. 104.

**55.** Veja-se o Decreto n.º 36:451, publicado no *Diário do Governo*, n.º 177/1947, Série I de 1947-08-02, p. 754–756, que promulgou a organização dos serviços do Hospital-Colónia Rovisco Pais. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://files.dre.pt/1s/1947/08/17700/07540756.pdf.

**56.** No ano de 1964, por exemplo realizaram-se 223 tratamentos de fisioterapia: massagens, RUV, RIV, banhos de parafina e sessões de redução muscular. Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos Estatísticos das actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais no ano de 1964" in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 4, n.º 13, abr–jun. 1965, p. 55.

**57.** A pequena gafaria do Hospital de Curry Cabral, terminou em 1950 com a transferência da totalidade de doentes para o HCRP segundo o artigo "O Professor Doutor Juvenal Esteves e o Hospital Rovisco Pais", p. 8.

**58.** Silva, M. Santos, "Assistência aos Leprosos. Princípios e realizações", Separata de *O Médico*, n.º 40, 1952, p. 9.

**59.** Silva, Manuel Santos, Hospital-Colónia Rovisco Pais. *Relatório das gerências desde o início das atividades (27 de Outubro 1947) a Dezembro de 1952*, Coimbra, Coimbra Editora, 1953, p. 18, p. 29.

**60.** Basto, Pedro Magalhães, "Vinte cinco anos de actividade do Hospital Rovisco Pais" in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XI, n.º 3, jul–set. 1972, p. 253.

**61.** *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. I, n.º 1, jan–abr. 1962, p. 103, p. 109.

**62.** Silva, M. Santos, "Assistência aos Leprosos", p. 12.

**63.** Rosa, Fernando Bissaya Barreto, *Subsídios para a História*, vol. V, Coimbra, 1960, p. 20–21, p. 24–25.

**64.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das atividades clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1962", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 2, n.º 7, out–dez. 1963, p. 79.

**65.** Acta da Câmara Corporativa n.º 133, VII Legislatura, 1961, 24 de maio, parecer n.º 42/VII sobre a proposta de lei n.º 514 – Estatuto da Saúde e Assistência. Acedido em outubro 2022. Disponível em: https://debates.parlamento.pt/catalogo/r2/acc/01/07/04/133/1961=05-24-?sft-true#p1448..

**66.** Basto, Pedro Magalhães, "Elementos estatísticos das atividades clínicas do Hospital Rovisco Pais em 1965", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. IV, n.º 15, out–dez. 1965, p. 18.

**67.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 70.

**68.** No jornal de dezembro de 1956, agosto e novembro de 1957, por exemplo.

**69.** Basto, Pedro Magalhães, "Vinte cinco anos de actividade do Hospital Rovisco Pais", p. 254.

**70.** Instituto de Assistência aos Leprosos, *Hospital Colónia Rovisco Pais,*

*Normas a observar sobre: exames bacteriológicos, lepromino-reações, licenças e altas*, 1966. A alta provisória dizia respeito aos doentes que estiveram internados, mas que regressaram aos seus domicílios após persistente negativação baciloscópica e involução das suas lesões, mantendo-se em tratamento. A alta definitiva era concedida aos doentes em situação de alta provisória ou aos doentes externos (os que nunca estiveram internados) logo que reunidas condições para o efeito, nomeadamente quando os doentes possuíam negativação há mais de cinco anos.

**71.** Basto, Pedro Magalhães, "Vinte cinco anos de actividade do Hospital Rovisco Pais", p. 253–254.

**72.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das atividades clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1962", p. 62.

**73.** O primeiro diretor refere: "(...) durante certo tempo, não foi possível obtermos produtos sulfónicos em quantidades suficientes para as exigências da Colónia. Dava-se então preferência à diamino-defenil sulfona preparada na América do Norte com o nome Promin, à qual se ficaram a dever os primeiros resultados brilhantes obtidos na terapêutica farmacológica da lepra. O seu custo era elevado e a obtenção — muito difícil — começou a ter lugar por intermédio duma casa importadora (...). Em 1950 tínhamos, finalmente, vencido todas as dificuldades de aquisição e alfandegárias, ficando definitivamente assegurado o nosso abastecimento de sulfónicos, tanto da América, como da Inglaterra, França e Itália, etc.", Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 61–62.

**74.** Silva, M. Santos, "Assistência aos Leprosos", p. 13.

**75.** Tratam-se de doentes que se ausentaram do Hospital sem permissão ou não regressaram após o termo das licenças que lhes tinham sido concedidas. Alguns encontravam-se no estrangeiro ou em parte incerta e apesar das diligências para regularizar a situação, elas revelaram-se infrutíferas.

**76.** Esteves, Juvenal, "Perspetivas atuais na luta contra a lepra" in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 2, n.º 6, jul–set., 1963, p. 62.

**77.** Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 55.

**78.** Em 1963, no Curso Internacional de Leprologia de Foutilles, o diretor clínico do HCRP, Dr. Pedro Magalhães Basto referiu a existência de 2270 doentes conhecidos, 63% eram portadores de formas lepromatosas, mencionando ainda a gravidade das lesões, a riqueza bacilar, a evolução inconsistente, e incerteza como reagia à terapêutica como características da doença em Portugal.

**79.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 64.

**80.** Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 64.

**81.** Nogueira, Cristina, *História e Memórias do Hospital Colónia Rovisco Pais*, p. 64.

**82.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais.*

**83.** *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 3, n.º 9, abr–jun. 1964, p. 69; vol. 4, n.º 13 abr–jun. 1965, p. 52; vol. 6, n.º 22 jul–set. 1967, p. 75; Ano x, n.º 1 jan–mar. 1971, p. 14.

**84.** O artigo "Evolução provável da Endemia Leprótica em Portugal Metropolitano nos próximos vinte anos" de Pedro Magalhães Basto, publicado na *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. XIII, n.º 3, jul–dez. 1974 apresenta um capítulo sobre a invalidez nos doentes de Hansen.

**85.** Soares, Augusto de Castro, "Reabilitação dos doentes de Hansen (Considerações sumárias, acerca deste problema)", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. II, n.º 4, jan–mar. 1963, p. 52.

**86.** *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 6, n.º 22, jul–set. 1967, p. 92.

**87.** Ferreira, Nelson, "Lepra e Invalidez", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XII, n.º 1, jan–mar. 1973, p. 37–52.

**88.** Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos Estatísticos das actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais no ano de 1964", p. 55.

**89.** Basto, Pedro Magalhães, "Elementos estatísticos das atividades clínicas do Hospital Rovisco Pais em 1966", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. II, n.º 4, jan–mar. 1963, p. 78.

**90.** Este cirurgião fez um estágio de três meses nos centros ingleses de cirurgia plástica como bolseiro do Instituto de Alta Cultura, cujo relatório publicou na *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XII, n.º 3, jul–set. 1971, p. 9–33.

**91.** Vieira, João Veiga, "Tratamento dos lepromas da face, pela abrasão cirúrgica", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XII, n.º 2, abr–jun. 1973.

**Notas**

**92.** Vieira, João Veiga, "A propósito do enxerto dérmico", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, Ano XII, n.º 3, jul–set. 1973.

**93.** Vieira, João Veiga, "A cobertura cutânea da úlcera da perna, na Lepra", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 2, n.º 6, jul–set. 1963.

**94.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 42–45; Silva, M. Santos, "Assistência aos Leprosos", 1952.

**95.** Arquivo Histórico do HCRP.

**96.** Arquivo Histórico do HCRP, Nota de Serviço Interno (Série a, n.º 50/65).

**97.** Arquivo do HCRP, Nota de Serviço Interno (Série a, n.º 50/65). A máquina de projetar filmes, oferecida pelo Professor Bissaya Barreto ao HCRP pode ser vista no Núcleo Museológico.

**98.** Rosa, Fernando Bissaya Barreto, *Uma obra social realizada em Coimbra*, p. 694–695.

**99.** Alguns sem família, outros sem serem aceites pela mesma.

**100.** A *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen,* vol. 2, n.º 4 de janeiro a março de 1963 apresenta um interessante artigo intitulado "Reabilitação dos Doentes de Hansen".

**101.** Basto, Pedro Magalhães, "Evolução provável da Endemia Leprótica em Portugal Metropolitano nos próximos vinte anos", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XIII, n.º 3, jul–dez. 1974.

**102.** "Da Obra Médico-Pedagógica e Político-Social de Bissaya Barreto", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano IX, n.º 3, jul–set. 1970, p. 81.

**103.** Basto, Pedro Magalhães, "Elementos estatísticos das atividades clínicas do Hospital Rovisco Pais em 1965", p. 23.

**104.** Esteves, Juvenal, "Perspetivas atuais na luta contra a lepra", p. 62.

**105.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 50.

**106.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 56–57.

**107.** Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos Estatísticos das actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais no ano de 1964", p. 55–56.

**108.** "Notícias diversas", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 6, n.º 23, out–dez. 1967, p. 27.

**109.** *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 3, n.º 8, jan–mar. 1964.

**110.** Ver por exemplo: Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos Estatísticos das actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais no ano de 1964".

**111.** Rosa, Fernando Bissaya Barreto, *Uma obra social realizada em Coimbra*, p. 528.

**112.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 25.

**113.** "Atividade dos serviços e movimento de doentes", *in Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. I, n.º 1, jan–abr, 1962, p. 103.

**114.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 31.

**115.** Silva, Manuel Santos, *Hospital-Colónia Rovisco Pais*, p. 31.

**116.** *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 3, n.º 8, jan–mar. 1964.

**117.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das atividades clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1962", p. 77.

**118.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das Atividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1967"*, in Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. VII, n.º 25, abr–jun. 1968, p. 53, 78. O relatório de 1968, publicado em 1969, refere a existência de uma percentagem elevada de pessoas convocadas, que não comparecem, sobretudo suspeitos e comunicantes.

**119.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das Atividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1967", p. 29–30.

**120.** Realizando o levantamento dermatológico das comunidades escolares e militares. Teixeira, Hernani de Melo, "Acção da brigada móvel do HC Rovisco Pais no Distrito de Faro no ano de 1965", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. V, n.º 17, abr–jun. 1966, p. 7–17.

**121.** Gonçalves, Armando, "Assistência a doentes de Hansen na consulta do Hospital Curry Cabral, em Lisboa (1960–1962)", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. II, n.º 6, jul–set. 1963, p. 67–77.

**122.** Basto, Pedro Magalhães, Relatório das Atividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1967, p. 61 e p. 68.

**123.** Basto, Pedro Magalhães, "Actividade da Consulta de Lepra no Dispensário Central de Higiene Social do Porto em 1971", *in Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano XI, n.º 1, jan–mar. 1972, p. 13–15.

**124.** Barbosa, Américo, "Relatório das Atividades Clínicas do hospital-Colónia Rovisco Pais em 1969", *in Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. IX, n.º 2, abr–jun. 1970, p. 7.

**125.** Assim como em 1966, devido à mobilização militar de médicos.

**126.** Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos Estatísticos das actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais no ano de 1964", p. 58.

**127.** Em 1972 ainda uma elevada falta de comparência às convocatórias para observação — ainda assim os doentes rastreados 60% são lepromatosos. Eram conhecidos 2564 doentes.

**128.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1970", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano x, n.º 1, jan–mar. 1971, p. 34–35.

**129.** Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos estatísticos das atividades clínicas do Hospital Rovisco Pais em 1966", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 6, n.º 22, jul–set. 1967, p. 81.

**130.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das Atividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1967", p. 56–57.

**131.** Barbosa, Américo, "Relatório das Atividades Clínicas do Hospital-Colónia de Rovisco Pais em 1974", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, Ano xiv, n.º 1, jan–jun., 1975, p. 13 e 14.

**132.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1976", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano xv, n.º 2, jun–dez. 1976, ano xvi, n.º único — 1977, jan–dez., 1977, p. 136.

**133.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1980", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano xx, n.º único, jan–dez. 1981, p. 13, p. 39.

**134.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades clínicas do Hospital Rovisco Pais em 1979", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano xix, n.º único, jan–dez. 1980, p. 10.

**135.** Basto, Pedro de Magalhães, "Elementos Estatísticos das actividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais no ano de 1964", p. 62.

**136.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das atividades clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1962", p. 61–80.

**137.** Basto, Pedro Magalhães, "Relatório das Atividades Clínicas do Hospital-Colónia Rovisco Pais em 1967", p. 56.

**138.** Barbosa, Américo, "Relatório das Atividades Clínicas do hospital-Colónia Rovisco Pais em 1969", p. 9, p. 31.

**139.** Cerca de 24 injeções anuais por doente, quinzenalmente.

**140.** Os doentes externos, que nunca tinham sido internados e os doentes com licença ou alta recebiam os medicamentos gratuitamente, que eram fornecidos pelo HCRP, via delegados de saúde, correios ou através das Brigadas. Contudo, muitos doentes recusavam-se ou não faziam o tratamento em regime ambulatório.

**141.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1976", p. 138.

**142.** Barbosa, Américo, "Relatório das atividades clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1977", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, ano xvii, n.º único, jul–dez. 1979, p. 11.

**143.** Barbosa, Américo, "Relatório das atividades clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1977", p. 11.

**144.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades clínicas do Hospital Rovisco Pais em 1979", p. 11.

**145.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1976", p. 14.

**146.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1976", p. 13. Sobre a atividade do mesmo consultar na mesma revista o artigo intitulado: "Relatório das atividades do Centro de Saúde de Pombal", p. 53–58.

**147.** Barbosa, Américo, "Relatório das Actividades Clínicas do Hospital de Rovisco Pais em 1980", p. 7–45.

**148.** Jornal *Boa Nova* de 9 de junho de 1995.

**149.** Jornal *As Beiras* de 27 de janeiro de 1996.

**150.** As verbas para esta ação provinham do Instituto de Assistência aos Leprosos/doentes de Hansen, da Associação de Beneficência e Proteção aos doentes de Hansen e suas Famílias, criada em 1957 e da Associação de Proteção aos Hansenianos e Famílias, criada em 1966.

**151.** Pereira, M. A. Moutinho, "O Serviço Social no Hospital-Colónia Rovisco Pais", in *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*, vol. 1, n.º 2, ma–ago. 1962, p. 31–37.

**152.** Alguns doentes, depois de curados tornavam-se funcionários do HCRP, como foi o caso de Armando Lopes que em 1956 foi nomeado Fiscal das Oficinas de Internados e mais tarde encarregado no Centro de Recuperação Espariz.

VIBEKE NARVERUD NYBORG *

# Health policies and fighting epidemic diseases in Scandinavia — different trajectories towards the development of public health and the Nordic welfare model

*
University of
South Eastern Norway
PANSOC-OsloMet

Most people have an encounter with the area that falls within medicine, health, and care through their lifetime, regarding being part of an institutionalized health care system, dealing with disease and sickness individually, being involved in caring close relatives, or as is the case in many countries today, living in a society where public health is a part of everyday life. How society responds to and frame the lives of its citizens within medicine, health and care can hence be argued to affect the life of all inhabitants in a country.

The fight between man and microbes has through history made up some of the most severe challenges in society and contributed to developments, as infectious and epidemic diseases have caused not only health risks and high mortality among the population, but also contributed to push medical development forward and increase the focus on preventive health measures as part of modernization processes.[1] In the field of medicine and health, historical knowledge of how different solutions to the same problems have constituted and contributed to the shaping of society is interesting to explore and can contribute to understand more about how different countries respond to challenges within medicine and health today. This last argument has been renewed by differences in response to the ongoing pandemic COVID-19 globally. From a Scandinavian perspective most people living in these countries expected the governments within Scandinavia to act similarly regarding responses, measures, and political solutions. However, as both the experience and recent research reveals, this was not the case. Despite many similarities between the Scandinavian countries, the COVID-19 pandemic revealed differences in ideology, policy, and use of science within Scandinavia, but also between the Nordic countries.[2]

From an international perspective, within research and politics, the Nordic countries, and especially Scandinavia, have tended to appear quite equal when it comes to a sustainable and well-functioning welfare and health care model. The Nordic countries have a long tradition of cooperation within policies and social welfare. In addition, the Scandinavian countries are geographically and culturally related and have formed a formal cooperation on government level by the formation of the Nordic Councils of Ministers in 1971. The construction of a Nordic uniqueness where the state has been seen as a friend of the individual, basing development towards a modern state within the frame of compromises and negotiations has strongly contributed to the understanding of a common Nordic culture.[3] The establishment of the Nordic welfare model happened within the construction of a specific historical development and has especially been said to have three favourable characteristics: (1) the public policy for welfare applies to the entire population, (2) the social and welfare rights are of a universal nature and (3) getting people access to work and strongly promoting labour stand strong within all

countries.[4] The Danish sociologist Gösta Esping-Andersen favour this welfare system based upon social democratic ideology, characterized by universalism and a construct of solidarity between the population and the state, and between all inhabitants. This model is depended on a high degree of trust and proportionate redistribution of taxes through the welfare system.[5]

Despite of these similarities and a tendency among researchers internationally to treat the Scandinavian countries as a unit different to rest of Europe, research from the 1990's and forward question parts of seeing the Scandinavian countries as a unity. A unique understanding of the Nordic countries still applies to many researchers, as a paper concerning epidemic diseases from 2022 shows. Thualagant et al., despite their conclusion of seeing different strategies in the Nordic countries, base their contextualization on a historical and cultural equality in terms of the Nordic policy strategies relating to health and fighting epidemic diseases and pandemics.[6] Their conclusion should come as no surprize to historians dealing with public health, medicine and care: '*The findings in this article, points to similarities and differences in the Nordic response to the pandemic*.'[7] However, while many researchers have dealt with the similarities in a Scandinavian context, the exploration of the differences in trajectories and paths is equally important to grasp the broader picture in historical developments.

Comparative historical research concerning the Scandinavian countries is scarce. It is hence difficult to draw precise conclusions concerning what must be seen as unique within each country and what can be understood as a common thread among the countries, affirming the construction of a cultural resemblance between the Scandinavian countries. However, some newly historical research has found that despite similarities between them, the Scandinavian countries also have significant differences politically.[8] As the fight against epidemic diseases from early nineteenth century was closely connected to the involvement from the state and the introduction of a state health policy, the difference in politics is most likely to have affected the trajectories taken within medical and health policies and the development of public health towards the Nordic welfare model of today. Political parties, voluntary organizations, private enterprises, different class and gender, and the fight of power among professions all serve as actors in developing sufficient and modern health policies from late nineteenth century and onwards.

The complexity within the field of health policies and public health strongly argue to broaden the picture of a common development within all the Scandinavian countries and open for exploring the different trajectories within each country. One of the areas where historians have done comparative work between the Scandinavian countries in the field of medicine and health is in the fight against Venereal Diseases (VD). Ida Blom and Peter

Baldwin have contributed to extensive understanding in this field.[9] Similarly, in regards of political history, differences between the Scandinavian countries have been outlined in comparative historical research in the last decades.[10] However, research within the field of medicine and health concerning the development of health policies and the fight against epidemic diseases has mostly been focusing on national and/ or local perspectives in the respective countries.[11]

This chapter is based on my own research from Norway but also research from other historians, mostly from Sweden and Denmark. The focus will mainly be some of the historically differences and similarities that comes to the surface when investigating how the fight against epidemic diseases was solved through health policy and health legislation. My own research concerning this has two starting points, one coming from investigating how health legislation was used in the fight against the pandemic flu from 1918, the second how health legislation developed as part of public health during the Norwegian modernization processes from mid nineteenth century. Supportive literature from other historians is used as well as empirical data. Concerning the perspectives from Sweden and Denmark, secondary literature is mostly used based on former research conducted by historians from these countries. A Scandinavian focus has been chosen because comparative research concerning the welfare state often refers to the Scandinavian model as an example.[12]

It is not my ambition to present a complete overview or do a full historical comparison on all aspects of health policy and health legislation for the Scandinavian countries from early nineteenth century and forward. I will however point to some major events that have contributed to create different trajectories in the last 150–200 years, while at the same time adhering to similar trends which can contribute to explain why today we talk about a Nordic welfare model.

As mentioned above, the area where comparative history has been thoroughly conducted in regards of epidemic diseases is the work of the Norwegian Professor Ida Blom and the American Professor Peter Baldwin regarding VD. Blom argues that despite similarities between the three Scandinavian countries, they followed different trajectories to the same destination in fighting VD.[13] Both Baldwin and Blom refer to the concept Scandinavian 'Sonderweg' as a way to explain specific developments that occurred both within the three Scandinavian countries and as a way to explain some differences between them. However, while Baldwin mostly treats the three Scandinavian countries as a unity different from other European countries, Blom is mostly concerned about the differences between them, and seeking to understand what was unique for each country, modifying the conclusions drawn by Baldwin.[14] Both Baldwin and Blom address

Scandinavia as a geographic and cultural entity that is inspired from developments in other European countries, but at the same time make up a uniqueness in the way they solve health challenges based on the specific strengths in each country. It must also be addressed, that throughout history, the Scandinavian countries have been connected by different unions and well-established policies promoting common labour markets and free flood of goods and people across the borders. The common labour market and people moving freely across the borders happened both within and apart from the formal unions.[15]

## The history of public health, health policy and health legislation

The pioneer in the history of public health, Georg Rosen said in his work from 1958, *'the protection of and promotion of the health and welfare of its citizens is considered to be one of the most important functions of the modern state.'*[16] Rosen places here the importance of public health within the frame of the development of the modern state, connecting the concept to industrialization and increasing urbanization in society. Connecting public health to modernization and the early developments of industrialization and urbanization trends are in line with how most historians view the development in many countries. Before this and until the early/mid nineteenth-century, sickness and disease were regarded as an individual concern, something to be dealt with individually or within the frame of the family.[17]

To meet the challenge of protecting and promoting health among all citizens, the states had to face several challenges, such as epidemic diseases, lack of hygiene (both individual and social), access to clean water, sufficient sewage systems, education of and information to the population, high infant and early child mortality rates. The spectrum of measures was various: increased focus on health policies, vaccination programs, different legislations and regulations, increased focus on professional education of health care personnel such as physicians, surgeons, midwives, and nurses were only some of the possible actions. The role of different actors was also of significance within the frame of increased focus on public health. The government, political parties, regional and local authorities, private enterprises, voluntary organizations, trade unions, associations of professions and even some individuals played an important part in putting public health on the agenda. Moreover, all these different actors worked together or in opposition to each other and hence affected the trajectories taken within each country to succeed in their adoption to improve public health.

However, Rosen was not the first to promote the responsibility of the state to public health. Norwegian Doctor Ole Malm made it clear as early as in 1887: *'The duty of the State is to keep the family and the individual healthy. The state shall prevent that disease occurs...'*[18] Even a few decades earlier, the physicians working to get in place the first Norwegian Public Health Act had a strong belief in the responsibility of the state but also the society of doctors regarding health and the wellbeing of the population. In their committee transcript they stated:

> The aim of Medical Science is not to solemnly fight already erupted diseases and heal the individual infected by it, but to keep morbidity and plague as far away as possible, to keep the family and the individual safe. This aim has been sought through different paths, driven by the danger to general health that do not lie within barbarity and negligence alone, but also in their contrary, civilization and industry.[19]

The physicians here connect the development of public health challenges to increasing industrialization and the challenges that come along with increased urbanization, not only the ignorance of the individual and the lack of focus on individual hygiene. Consequently, historians must link developments in health legislation and regulations to ongoing changes in society as part of fighting epidemic diseases. Scandinavia can be seen as having both similarities and differences in the trajectories that led to the Nordic welfare model we experience today as being commonly constructed.

## Contextualization

The urbanization that followed in the footsteps of the industrial revolution led to new challenges not only in the cities, but also in rural areas. In the Scandinavian countries the industrialization must be seen more as a continuous process through most of the nineteenth century than a rapid revolution as was the case in Britain. Therefore, epidemic diseases which spread rapidly because of poor housing conditions, crowded areas for town dwellers and lack of sufficient sewage systems following the increase in urbanization lasted for a longer period of time in most of Scandinavia. When an epidemic outburst occurred for the first time, it usually infected all society. This was the case not only in Scandinavia and the Nordic countries, but also a challenge all over Europe and North America. Especially the repeating cholera epidemics were considered a threat to the health and wellbeing of the population during early and mid-nineteenth century.[20] Cholera spread through Europe in several waves during the early and mid-nineteenth century, causing peaks in mortality rates among the population.[21]

The recurrent cholera outbursts were an inspiration to develop health policies and regulation to stop epidemic diseases from spreading and this is also true for Scandinavia.[22]

The focus on regulation to stop disease from spreading was among others inspired from England, especially the work of Edwin Chadwick, resulting in the English Public Health Act of 1848.[23] Another inspiration came from central Europe, especially Austria and Germany, where focusing on preventive health care within a political frame had evolved. The idea from these countries was that the State should 'produce' a healthy population for building a sufficient economy through means as surveillance and control, but that this would also contribute with safety for the population, making the population adhere to any regulations coming from the state.[24] These ideas have been called mercantilist by some historians and had, as will be argued later, diverse influences in the different Scandinavian countries. In addition, the change in the medical paradigm towards bacteriology, coming from the work of Koch and Pasteur, contributed to a new understanding of the role that individuals had as carriers of pathogens causing diseases. This knowledge resulted in the question of how the state could keep the balance between actions maintaining and safeguarding the health of the population and at the same time secure individual freedom in a time of extended focus on liberal rights. This dichotomy played an important part of early health policy and early health legislation promoting public health and fighting epidemic diseases.

In Norway, the balance of controlling and safeguarding the population from disease had to be considered towards liberal ideas coming from England, such as individual freedom and individual rights. This was in line with the Danish movement, as Norway by that time was still heavily influenced with health policies coming from the former union with Denmark. The new union with Sweden from 1814, as part of the agreement after the Napoleonic wars, had ended with the Norwegian Parliament having responsibility for domestic policy, while the Swedish King had responsibility for foreign policy also in regards of Norway. Hence, Norway still shared much political ideologies with Denmark in health-related issues. In Sweden, a slightly diverse policy came to the surface. Here the mercantilist ideology has been understood as stronger, as Sweden looked to central Europe and wished to strengthen the power of the State by exploiting natural resources and increasing the productivity of labours, as argued by Karin Johannisson.[25] These ideological and political ways of thinking contributed to the context in which a specific focus on health policy and the development of health legislation started during the nineteenth century, and are relevant to the development that occurred in the following centuries in the fight against epidemic diseases.

# Public health legislation and health policy in the nineteenth century —the early stages

*'It is a peculiar rule that every hygienic progress has been forced out by a plague.'*[26] Such were the words of the Norwegian Doctor Isak Kobro in 1936, emphasizing the causality between repeating diseases and the need to act, often based on hygienic developments and medical progress, such as bacteriology and social hygiene. At the same time, historical research reveals that the connection between epidemic diseases, medical progress, public health, and welfare are complex. In an edited book by Dorothy Porter published in 1994, *The History of Public Health and the Modern State*, she has a thorough review of the complexity of actors and contexts involved in the development of public health and the emergence of health policy and legislation.[27] Among the variety of historiographical approaches to public health since Rosen's book in 1958, Porter sum up the most important feature when doing research on the history of public health: that national political context make up the crucial point of exploration within the field. Furthermore, that public health emerges and develops within the frame of a variety of actors and power relations, associated to national culture.[28] As will be showed through this chapter, this complexity also relates to the Scandinavian countries, as these countries solved different challenges by different focus of attention and different trajectories, while at the same time adhering to many of the same principals leading up to the Nordic welfare model. This means drawing on many of the same experiences and concepts strongly related to cultural and political similarities between the three countries.

Before further in-depth study of the differences and similarities between the Scandinavian countries, it is worth mentioning that the concept of 'public health' in all the Scandinavian languages holds a specific meaning strongly related to the wellbeing of the entire population in each country. The Norwegian concept 'folkehelse,' in Swedish 'folkhälsa' and in Danish 'folkesundhed' all relate to the health of the people. This strong connection between people and health comes from an early recognition by all the Scandinavian countries that to build a modern society you need to relay on good health regardless of geography, class, gender, and position in a society. A healthy labour force that could contribute to production as well as reproduction was seen as an aim for the Scandinavian countries to succeed internationally, both in regards of policy and economy. This is in line with the development of the welfare model and also the principals in which collaboration and policy are still carried out in the Scandinavian countries.[29] This early involvement from the state in these issues created equal opportunities for most

people, causing high trust among the population towards policy makers and measures implemented, which can be argued to have been a success factor in all health-related issues, especially in fighting epidemic diseases and pandemics, as during the COVID-19 outburst.[30] The eagerness of the state to take responsibility for the health of the population to some extent coincides with an educational system available to all, and from the first decades of the twentieth century, insurances and economic systems that served as a safety net for the entire population. This makes up the backdrop for the Scandinavian and Nordic welfare model of today. Through time, the model has however been framed within and shaped in accordance with each country's ideological and political aims, the composition of the population, international influence, and the search for power by different agents and their actions in health-related issues. The similarities between the languages contribute to strengthen the specific meaning of public health within Scandinavia, contributing to the construction of a common culture also in regards of health and welfare.

Public health from a state perspective has been seen by historians as strongly connected to the modernization process that occurred from the beginning of the nineteenth century, as George Rosen argued. Public health has also been seen as a precursor to the modernization process following in the footsteps of industrialization, such as both Karin Johannisson and Aina Schiøtz have argued regarding Sweden and Norway.[31] Despite different approaches to when the State has been valued as a crucial actor in promoting public health as part of their responsibility, the era of early modernization and industrialization will be my point of departure for the further exploration in this chapter.

## Norway

The first public health legislation in Norway was the Norwegian Public Health Act of 1860, following prior Royal decrees dated back to the first decades of the nineteenth century concerning infectious and epidemic diseases.[32] The Public Health Act has been seen by most historians as a direct result from the many cholera outbursts in Norway during the 1830's and 1840's, and the last severe outburst in 1853. The law followed in the footsteps of similar legislation in Europe, especially the British law of 1848, and was based on many of the same principals as the British one. Local democratic health boards were established to actively be involved in the health of the population, with the professional educated physician as the manager of the board and the overall supervisor of public health.[33] The Public Health Act constituted only one of the many legislations that came during the following decades but is regarded as the one of most significance in Norway in promoting public health and

fighting the most significant health risks of the nineteenth and early twentieth century. In 1955, nearly 100 years after the law was decided upon by the Parliament and the King, the Health Director Karl Evang said: *'The Norwegian Health Act of 1860 has in this regard been considered one of the most important premises for the development for all later health conditions in Norway.'*[34] Despite changes in society following the post-Napoleonic war period and further medical progress, the Act of 1860 continued to be an important inspiration, leading to the current Infection Control Act of 1995 and the Municipal Health Care and Services Act of 2011.[35] However, ongoing research indicates that when severe infectious diseases such as the flu pandemic in 1918 hit the society, no legislation or administration could sufficiently protect the public from infection.[36]

Other legislations that came as part of a new focus on health policy and an active engagement by the state in population's health are the Tuberculosis Act of 1900 and the Leprosy Act of 1885. The general ideology and policy which runs like a read line between these different legislations is the need to get control of diseases and keep the population healthy. This was the primary aim of politicians in Norway. Despite Norwegian politicians finding themselves between the mercantilist ideas and focus on control from central Europe, and the liberal ideas of democratic compositions of the health boards and the rights of the individual coming from Britain, the overall aim was to stop disease from spreading and get access to a healthy population that could help modernize the country. The balance between individual rights and the protection of the healthy from the sick created conflicting debates among the society of doctors and between doctors and politicians. The Norwegian doctor Gerhard Armeuer Hansen, famous for his contribution to the discovery of the lepra microbe, causing leprosy, was actively involved in public discussion concerning health and medicine and ended up in a heated debate when the Leprosy Act was about to be decided. His statement in the matter emphasizes and captures the Norwegian dilemma in fighting epidemic diseases during the late nineteenth century.

> 'We must weigh the disadvantages against the advantages which the community may derive from isolation. I believe that I am a full-blooded friend of liberty who wishes to place the individual's freedom high, yet at the same time I am a member of the community and, as a citizen, often find that this conflicts with my individual instinct for liberty.'[37]

Hansen was not alone in seeing the conflict of protecting the society while at the same time acknowledged and considered the rights of the individual. By this early stage of public health in Norway, we can find that the individual patient was set aside when the greater good, meaning that the interests of the society at large were

threatened. Such ideologies became increasingly visible when the state had to deal with another threat to public health of that time, tuberculosis and venereal diseases. While tuberculosis made up an epidemic threat, venereal diseases were not epidemic, but more endemic, however still causing severe illness and deaths among the population.[38] Venereal diseases in addition, caused worries relating to morality, which contributed to see them as a threat to both public health and keeping up the morality amongst young adults. To fight venereal diseases, the Norwegian State trusted the already mentioned Norwegian Public Health Act of 1860, which put the responsibility on local municipal health boards. This resulted in several local legislations concerning venereal diseases, depending on the concern in each district. The most important and known legislation is the one from the capital Kristiania (Oslo) in 1888, following the ban against brothels in 1887.[39]

Tuberculosis however, challenged society the same way as other epidemic diseases, causing between 6.000 and 7.000 deaths annually around the turn of the twentieth century.[40] Bacteriology made most physicians comprehend the cause between microbes and disease, but still lacked sufficient means to fight the high morbidity and mortality rates. A new legislation was developed to maintain focus on social and individual health and strengthen the physician's possibility to act on isolation and quarantine.[41] While awaiting the Parliament decision, several actions were put into force, such as posters encouraging people not to spit on the floor and coughing without covering their mouth. The Tuberculosis Act fell into the same dilemma as other health regulations, trying to balance individual rights towards the greater good of the population at large. Especially how far authorities could intervene in the lives of individuals in terms of forced isolation and quarantine was a matter debated both within the society of physicians and at the Parliament.[42] Sanatoriums were built to cure the infected and isolate them from their families and were considered an essential part of the Tuberculosis Act.[43]

Despite the many progresses done in medicine, most of the health legislations were occupied with prevention more than cure. This was certainly the case with venereal diseases, but also tuberculosis, leprosy, and cholera that during the nineteenth century were best delt with through preventive measures such as isolating the sick, quarantining goods and family members when someone was suspected to be infected, and reporting paths of contagion to the physician in charge of the local health board. Such measures always meant that individual freedom had to be put in the background, making Norwegian historian Aina Schiøtz summarizing health policies and health legislation in Norway as following the path of excepting the greater good at the expense of the individual: *'In the service of the good cause, most tools were accepted, often at the expense of the individual patient and their families.'*[44] This was the case for most of

the health policy that progressed through the nineteenth and early twentieth century. In this regard, health legislation can be argued to have been a success to fight against epidemic diseases and promote public health in the Norwegian society.

## Sweden

Focusing now on Sweden, it is possible to see a slightly different approach both to public health, increased hygienic and preventive measures through legislation during the nineteenth century. In Sweden, we need to look back a bit further to understand the responses to epidemics made by the Swedish state when moving towards the twentieth century.

Swedish researcher Karin Johannisson points to how the Swedish State more than the Norwegian had a direct interest in increasing the number of inhabitants to secure and strengthen the economic power of the country. Sweden had a desire to be a country of significance in the international market and Johannisson claims and points out how the Parliament through specific means contributed to reach this aim by focusing on keeping the productive labour force healthy.[45] Such a starting point for developing strategies and regulations for public health clearly had a more mercantilist point of departure than the Norwegian case. The population could from such a viewpoint be regarded as a natural resource that needed to be cared for to be healthy and contribute to the growth of the state. However, the newly established National Bureau of Statistics provided the Swedish state with measures assuming that the wish of a numerous population was far from being a reality by the turn of the nineteenth century.[46] Three features have been emphasized by Swedish historians to why the early focus on public health in Sweden has been regarded successful. Firstly, focusing on isolation and quarantine of sick people was considered a cheap strategy for the country. Secondly, the public paid for building hospitals in all municipalities and paying for both physicians and other healthcare personnel, such as midwives and nurses. Finally, Sweden made use of already existing infrastructures to campaign the fight against epidemic diseases. This infrastructure was primarily the Church, through its extensive network and already reports on births, baptism, and deaths in their area of responsibility.[47]

In the same way as in Norway, it is possible to observe an increased focus on public health measures and health policies from the Swedish State from the mid-nineteenth century, despite that the ideology behind the different actions varied slightly. Sweden started building hospitals aiming to take care of the entire population as early as 1752. As pointed out by Karin Johannisson, the financing of these hospitals was partly initiated through early luxury taxation,

where tax regulations on entertainment such as opera, lottery, theatre and expensive goods as wine, contributed to pay for the several hospitals that were built all over the country.[48] These hospitals continued to play an important part of the Swedish public health care system, as they eventually played an important part in the isolation of people infected with contagious and epidemic diseases, not only in the cities, but all over Sweden. In 1874, a public health act was in place, initiating some of the same principals as in the Norwegian act of 1860, namely that all municipalities should establish a local health board. The Swedish act was concerned with sanitary conditions just as much as preventive medical related issues such as isolation and quarantine for the already infected people.[49] Public health hence as in many other countries must be viewed in the intersection between medical progression, the fight against epidemic diseases and the modernization of society. Another area of importance in Sweden from an early age was, as pointed above, the building of medical institutions such as hospitals. The focus on public paid hospitals continued to play a significant part in the Swedish health policies. A state act from 1893 reinforced the responsibility of the municipalities to make sure a hospital was in place to secure that people infected with any epidemic disease were put in mandatory isolation.[50] Thus the Swedish model of public health during the nineteenth century both had a local approach and responsibility and a state approach and responsibility, manifested in the two laws of 1874 and 1893.

As in Norway, the cholera outbursts in Sweden called for action to prevent the disease from spreading. Cholera regulations issued from the state were found in Sweden from as early as 1831, focusing primarily on the quarantine of vessels arriving in the coast cities and people crossing the border from for example Norway.[51] By the regulations of 1831, health boards where required in all Swedish municipalities. These health boards were supposed to act and take necessary measures when an epidemic broke out locally. As documented by Anders Gustavsson, the establishment of local small hospitals, that he called 'cottage hospitals', played a significant role in the Swedish public health management from an early stage, being the place where the local health board could admit people infected and care for them, but also prevent other parts of the population to be infected. The regulations and the local health boards also emphasized cleanliness and hygienic measures through the cholera epidemics that came in several waves during the early and mid-nineteenth century, as an example taken from a local health board in Sweden. '*...remind forcefully that cleanliness regarding body, houses, yards, and clothes, together with an orderly and sober way of life should be maintained at all times.*'[52] Both individual and social hygienic measures can in this regard be seen to have played a role in the Swedish public health ideology in these early days, together with state regulations and local enforcement.

However, research on public health policies and health legislation in both Norway and Sweden emphasize that despite the good intentions of laws and regulations from both central and local authorities, the willingness and possibility to carry out and put such force into action was both limited and diverse throughout both countries. In the larger cities, and more established towns where the population grew steadily, the local health boards and the regulations had far better conditions than in distant rural or coastal areas, often with minor knowledge among the population and more resistance towards decisions coming from the state.[53] From a Norwegian perspective there were also difficulties in recruiting enough physicians to rural areas and the North of Norway. This made public health and managing infectious diseases a major task stretching beyond the responsibilities of physicians and local authorities, such as district nurses. Before going into the different solutions to some of these challenges of implementing the regulations to the population, we need to take a closer look at the Danish development of early public health, and how the fight against epidemic diseases was embedded in the Danish society and health policy.

## Denmark

When the Danish Royal Board of Health (*Det kongelige Sundhed-scollegium*) was established in 1803 they became one of the most powerful authorities in the Danish health administration for many years.[54] State health policy and regulations were not implemented unless the board agreed and supported the intention and content. Corresponding organizations cannot be found in neither Sweden nor Norway, where the society of physicians through their Associations played another role than within the Danish society. One reason that the Board of Health came in to such an extensive authority can be linked to the fact that Denmark did not establish a Ministry of Health until 1987, except from a short-lived attempt to establish such a Ministry during the 1920s'.[55] Public Health in Denmark hence took a different development than the neighbouring countries when it came to policy making, and the implementation of approved measures. This can partly be argued to be a consequence of a more scattered responsibility on state level than is the case of the neighbouring countries.

The different branches of everything that can say to constitute Public Health had shared responsibilities between many Ministries and local authorities in the different Danish parishes. As an example, Johannes Frandsen in a paper from 1952 has pointed out how local authorities in Denmark both owned and managed local hospitals. In addition, they had to appoint representatives to the local health boards which again had expanded responsibilities to secure food inspection, administrate all approved regulations and

legislations coming from a broad variety of Ministries. The local health board also had to implement sufficient hygienic and other preventive measures to keep disease and sickness at a distance.[56] As there was no Ministry of Health or social affairs in Denmark during the time of modernization towards preventive health and public health, the physicians themselves through the Danish Royal Board of Health had to be more active in developing legislations and regulations sufficient to fight the health risks of that time than in their neighbouring countries. Despite that we must also consider in Norway and Sweden the involvement and act of the professionally educated physicians as crucial, they had politicians and Ministers working alongside to reach a common aim. This was not the same case in a Danish perspective.

Several Danish researchers agree that the most important tasks of the Danish board of Health during the nineteenth century were to fight epidemic diseases and introduce vaccination programmes to the entire public.[57] Hence, in 1877, a resolution came from a national assembly of the Danish Association of doctors *(Danske Lægeforening)* stating that local health boards should be mandatory throughout the country and that the local hired physicians should be appointed chair within these boards.[58] In this regard we can find similarities to the Norwegian Public Health Act of 1860, and the Public Medical Services Act *(Lov om de offentlige lægeforetninger)* of 1912. Both emphasizing the involvement and responsibilities of the formal educated physician in matters regarding preventive health work. However, while the Norwegian regulations came from the administrative state level through the Ministry of Social Affairs, the Danish edict came from the society of doctors and had to rely in the Danish Royal Board of Health to take the matters to the Danish government as advice for the population.

Through the whole nineteenth century different epidemics continued to threaten the Danish society, causing repeated initiatives to be considered. The cholera outbursts in 1853 and again in 1892–1893 contributed to strengthen the regulations concerning epidemic diseases and plague. In 1879, a plague commission was working for the Danish Ministry of Justice in a 'Consideration for proposals of measures concerning the prevention of importation of plague related diseases' *(Betænkning med forslag til foranstaltninger for at hindre indførselen af pestagtig sykdom)*.[59] In this consideration, the commission emphasized both the competence and authority to the local health boards by strengthening the position of the appointed physicians in the municipalities. In addition, the commissions also pointed out the necessity of a central administrative body who to a greater extent could execute regulations, decisions and authorizations that could contribute to protect the country from epidemic and plague outbursts.[60] Just a decade later we can find that the society of physicians in Denmark continued to demand for stronger state involvement in taking responsibility

for the health of the population, as they called for a reformation in the way public health was organized. Three main demands for change were made in 1889. First, a reorganization of the central administration; the physicians wished to move away from a central health board to a departmentally system. Secondly, the physicians demanded the permanent position of an educated physician in all local health boards. Finally, better working conditions and better salaries for the local physicians.[61] All these suggestions can be argued to play into two key features: strengthening the role and authority of the educated physicians and ensure a better involvement from the state in public health care. Despite this, the local enforcement of preventive health care had a strong standing in the Danish development, and we need to look at a specific trajectory in the Danish context to prevent infectious diseases from spreading — home inspections. These inspections were both organized and conducted in the local municipalities.

Gerda Bonderup has pointed out how the Danish fought the cholera epidemics through the help of voluntary citizens and physicians together by organized house inspections. Bonderup show how such measures were affected by traditions coming from the many outbreaks of plague through Europe, and how the Danish society combined this system to the official local health boards and the educated physician's responsibility to prevent infectious diseases from spreading.[62] The aim of such inspections was to find early stages of cholera and other infectious diseases, care, treat and isolate family members to prevent the disease from spreading throughout the society. Bonderup argue that in Denmark there were about 250 educated physicians and about 500 voluntary citizens joining in these house inspections at its hight.[63] Bonderup continue to argue for the success of the house inspections by pointing to the high rate of inspections and the low rate of conditions that were not approved. Only 2% of the cases were not treated in accordance with appropriate matters before the second house visit. Based on this, we can argue that also within the Danish health policy the concept of care and control seem to apply to how society approached health risks and preventive health care. A similar argument can be found for how the Norwegian society applied their health policy during the nineteenth and early twentieth century.[64] As an extension of this we can argue that also from a Danish perspective the consideration of society was more important than the freedom and liberty of the individual. House inspections can be argued to be intrusive also by the standards of nineteenth century, and the effort to prevent disease from spreading by isolation and quarantine emphasized the societal focus of attention. Already as early as in 1857 the Parliament in Denmark confirmed the view of the greater good in a discussion of the monopoly for educated doctors to treat people for sickness and diseases. The argument put forward by the majority in the Parliament was that *'health comes ahead of freedom.'*[65]

# From fighting epidemic diseases to a sustainable model of public health and welfare

So far, the focus in this chapter has been on health legislation and state responses to fight and control different epidemic diseases that occurred frequently during the nineteenth and early twentieth century. One of the challenges for the state was, as have been empirically documented, the balance between keeping the population healthy and protect them from disease and at the same time adhere to ideologies promoting individual freedom and rights. Many laws came as a response to specific diseases, such as cholera, tuberculosis, and venereal diseases, while others were more general, like the 1860 act in Norway, the 1874 act in Sweden and the consideration by the society of physicians in Denmark in 1879. The intention behind most legislations during this period was by no doubt the best. To keep the population healthy and overcome the risk caused by diseases were sought through the means proven to work. However, the cost of many of these means was mostly paid by individuals suffering from or at risk of being infected from these diseases. Surveillance, reports, isolation, and quarantine were effective to protect society but had major impact on the freedom of the individual and families. While the overall aim was similar for all the Nordic countries, differences in approaches and actions were characterized by the different actors involved.

The years between mid-nineteenth century and the first decades of the twentieth century, many European countries, including Scandinavia, experienced developments that had an impact on public health. Health policy and health legislations occurred and developed in close relationship to other social and welfare reforms, such as poor laws, labour regulations, social insurance systems and education. In addition, medical knowledge, better hygiene, and stable access to better food supply all had an impact on health and decrease in how severe epidemic diseases affected society. This led to a discussion regarding what had been the most important developments for the decrease in both disease burden and mortality rates during this period.[66] As have been pointed to during this exploration of the developments in Scandinavia regarding public health and the fight against epidemic diseases, the complexity of actors and means strongly point to multiple events on many societal arenas.

An important premise for building a modern and sustainable health service is sufficient economy, both for the state but also for the individual. In this regard, the introduction of social insurance systems must be mentioned specifically. Health insurance were one of many different economic systems that occurred during

this period to decrease the burden of sudden loss of incomes for individuals and families.[67] When a system of health legislation was introduced by the state to fight epidemic diseases through such means as forced quarantine and isolation, securing income to families became an increasing challenge. In addition, the introduction of officially appointed city doctors and districts doctors to secure all population access to professional medical care forced the population to make use of these services instead of the traditional unskilled men and women offering medical help. The introduction of a health insurance system can hence be seen as a way to prevent the development of more social inequality and at the same time secure the health of the entire population.[68] From a Danish perspective Anne Løkke has highlighted the Danish health insurance system as a way to secure future economic growth for the state by maintaining the best possibility of recovery for the individual as a stable work force.[69]

## Historical events create patterns which make up different trajectories to the same destination

Through this chapter I have tried to show how historical research can contribute to both challenge the narrative of the Scandinavian countries sharing one common history. Different historical events in each country make up and form specific patterns, unique and different from the neighbouring countries and from European developments, despite being inspired by them. These unique patterns are shaped by the different actors that adhere to and are involved in public health on all levels in the society. In addition, ideologies, knowledge development and power relations must be seen as features affecting the actors involved, such as political parties, governments, voluntary organizations, professions, and others. Despite similarities and a shared political aim of building a democratic and sustainable welfare model applicable to the entire population, differences can be found between the Scandinavian countries.

From a Norwegian perspective, historians have highlighted the cooperation between the government and the municipalities as important in succeeding, but also the role and engagement of private philanthropic organizations contributed to increased progress in preventive health.[70] From the Swedish perspective one can also find traces of shared responsibility between the government and municipalities as part of the success of building hospitals, and there are evidence supporting that the municipal health boards and the physician were important actors to carry out the intentions and regulations from state legislation.[71] Contrasting to Norway, in the

Swedish context, the infrastructure and local based clergies which already existed played a significant role in the early stages of fighting epidemic diseases. In Denmark, a slightly different approach is visible partly due to the powerful organization of physicians and maybe the lack of a Ministry of Health. The control of regulations and health policy had to apply to the Royal Board of Health if anything should be conducted.[72] However, also in Denmark the municipal role in conducting state regulations has been regarded as a success. Home visits to follow up hygienic means has been regarded as an efficient and successful precondition in Danish public health not found to the same extent in any other Scandinavian countries. In all countries, several actors were involved and affected the historical events, causing different trajectories based on a common political ideology still relevant today: to secure health to the entire population built on redistribution of resources from the state by a tax system that emphasize labour and intensive state services on all health and social related areas.[73]

The complexity of these issues has been repeatedly mentioned through this chapter. Towards the end of this chapter I choose to include a quote from Richard Titmuss, emphasizing the complexity of the field: *'The more I try to understand the role of welfare and the human condition, the more untidy it all becomes.'*[74] While the complexity continues to progress along with new challenges relating to health and social welfare, the aim of the Scandinavian States was clear at an early stage: to fight and control the repeating infectious and epidemic diseases. This aim was considered important to secure a healthy population who could contribute to a modernization of the society and increase the impact of each country. In this regard, the different means introduced must be seen as a success, despite different trajectories and solutions to the challenges that occurred along the way.

## Notes

1. Nyborg, Vibeke Narverud, 'Means or meaningful? — The historical construction of the patient concept in health professions' education', Doctoral Thesis, University of South-Eastern Norway, 2021, p. 51–53.

2. Gordon, Daniel Vernon, Grafton, R. Quentin, Steinshamn, Stein Ivar, 'Cross-country effects and policy responses to COVID-19 in 2020: The Nordic countries', in *Economic Analysis and Policy*, vol. 71, 2021, p. 198–210, https://doi.org/10.1016/j.eap.2021.04.015; Juranek, Steffen; Zoutman, Floris T., 'The effect of non-pharmaceutical interventions on the demand for health care and on mortality: evidence from COVID-19 in Scandinavia', in *Journal of population economics* 34, no. 4, 2021, p. 1299–320.

3. Sørensen, Øystein; Stråth, Bo, *The Cultural construction of Norden,* Oslo, Scandinavian University Press, 1997, p. 1–7, p. 22–24.

4. Sandvin, Johans Tveit; Vike, Halvard, and Anvik, Cecilie Høj, "Den norske og nordiske velferdsmodellen — kjennetegn og utfordringer [The Norwegian and Nordic welfare model — characteristics and challenges]," in Anvik, Cecilie Høj, et al. (eds.) *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer [The conditions of the welfare services. National politics and local experiences]*, Oslo, Universitetsforlaget, 2020, p. 29.

5. Esping-Andersen, Gøsta, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990, p. 50–52. https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy1.usn.no/lib/ucsn-ebooks/detail.action?pq-origsite=primo&docID=1584052.

6. Thualagant, N., Simonsen, N., Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B., Olafsdottir, H. S., Fosse, E., Torp, S., Ringsberg, K. C., Forrinder, U., & Tillgren, P., "Nordic responses to covid-19 from a health promotion perspective," in *Health Promotion International*, daab211. Advance online publication, 2022, p. 4.

7. Thualagant, Nicole, et al., "Nordic responses to covid-19", p. 12.

8. Blom, Ida, "Fighting Venereal Diseases: Scandinavian Legislation c.1800 to c.1950," in *Med. Hist* 50, no. 2, 2006, p. 211.

9. Baldwin, Peter, *Contagion and the state in Europe, 1830–1930*, Cambridge, New York, Cambridge University Press, 1999, https://ebookcentral.proquest.com/lib/ucsn-ebooks/detail.action?pq-origsite=primo&docID=144656; Blom, Ida, *Medicine, morality, and political culture: legislation on venereal disease in five northern European countries, c. 1870-c.1995*, Lund, Nordic Academic Press, 2012, https://ebookcentral.proquest.com/lib/ucsn-ebooks/detail.action?pq-origsite=primo&docID=940054; Blom, Ida, "Medicine and morality — legislation on venereal diseases in Denmark and Norway c. 1900–1994," in *Michael Quarterly* 7, no. 3, 2010, p. 321–330; Blom, Ida, "From regulationism to the 'Scandinavian Sonderweg': legislating to prevent venereal diseases in Denmark during the long nineteenth century," in *Continuity and Change* 20, no. 2, 2005, p. 265–286; Blom, Ida, "Contagious women and male clients," in *Scandinavian Journal of History* 29, no. 2, 2004, p. 52–74.

10. Selle, Per et al., *Social democracy in transition: northern, southern, and eastern Europe*, Aldershot, Dartmouth, 1991.

11. Nelson, Marie C. and Rogers, John, "Cleaning up the cities: Application of the first comprehensive public health law in sweden," in *Scandinavian journal of history* 19, no. 1, 1994, p. 17–39; Nelson, Marie C., "Diphtheria in late-nineteenth-century Sweden: policy and practice," *Continuity and Change* 9 (2), 1994, p. 213–242 ; Lazuka, Volha; Quaranta, Luciana, and Bengtsson, Tommy, "Fighting Infectious Disease: Evidence from Sweden 1870–1940," in *Population and development review* 42, no. 1, 2016, p. 27–52; Larsen, Øivind, «Sunnhetsloven — mer enn en helselov» in *Michael Quarterly. Supplement* 7, 2010, p. 11–124; Larsen, Øivind, "Koleraen i Norge i 1853 og historien om den [The Cholera epidemic in Norway and its history]," in *Michael* 17, 2020, p. 621–639; Moseng, Ole Georg, "Tuberkulose: Kampen mot bekjempelsen [Tuberculosis: The fight against the fight]," in *Heimen*, no. 1 (2019), p. 39–53; Kolte, Ida Viktoria et al., "The Spanish flu in Denmark," in *Scand J Infect Dis* 40, no. 6–7, 2008, p. 538–546; Ingholt, Mathias Mølbak et al., "Temperate climate malaria in nineteenth century Denmark," in *BMC Infectious Diseases,* 22, 432, 2022; Blom, Ida, "From Coercive Politics to Voluntary Initiatives," in *Scandinavian Journal of History,* 33, no. 1, 2008, p. 52–74.

12. Johannisson, Karin, "The People's Health: Public Health Policies in Sweden," in Porter, Dorothy (ed.) *The History of Public Health and the Modern State*, Boston, BRILL, 1994, p. 165–182.

13. Blom, Ida, *Medicine, morality, and political culture*.

14. Blom, Ida, "Fighting Venereal Diseases", p. 215.

15. Norway was in a union with Denmark from 1537 until 1814. Norway was in a union with Sweden from 1814 until 1905.

16. Rosen, George, *A history of public health.* MD monographs on medical history, New York, MD Publications, 1958, p. 17. doi:10.1037/11322-000.

17. Alver, Bente Gullveig, *Vitenskap og varme hender: den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag [Science and warm hands: the medical marketplace in Norway from 1800 to today]*. Ed. by Tove Ingebjørg Fjell and Teemu Ryymin, Oslo, Scandinavian Academic Press, 2013.

18. Malm, O., *Om en ny ordning af det civile lægevæsen [Concerning a new arrangement for the civil medical services]*, Kristiania, Cammermeyer, 1887.

19. O. No 34. Angaaende Naadigst Proposition til Norges Riges Storthing Betræffende Udfærdigelse af en Lov om Sundhetscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af Epidemiske og Smitsomme Sygdomme. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p =1859-60&paid=4&wid=a&psid=DIVL333&pgid=a_0701

20. Larsen, Øivind, «Sunnhetsloven — mer enn en helselov», p. 26–27; Larsen, "Koleraen i Norge i 1853 og historien om den", p. 621–639; McGrew, R. E., "The first cholera epidemic and social history," in *Bulletin of the history of medicine,* 34, no. 1, 1960, p. 61–73.

21. Larsen, "Koleraen i Norge i 1853 og historien om den"; Bonderup, G., "Cholera in Europe and Denmark in the 19th century," in *Dan Medicinhist Arbog*, 1996, p. 159–178; Lazuka, Volha; Quaranta, Luciana, and Bengtsson, Tommy, "Fighting Infectious Disease".

22. Bonderup, G., "Cholera in Europe and Denmark in the 19th century"; Larsen, "Koleraen i Norge i 1853 og historien om den"; Roos, Merethe, "Praktisk Viisdom i Foranstaltninger mod Cholera — tiltak og pressedekning i 1853 [Practical wisdom in the means to fight Cholera — measures and press coverage in 1853]," in *Michael* 14, 2017, p. 199–216; Gustavsson, Anders Karl Gustaf, "Nineteenth-Century Cholera Epidemics in Sweden from a Popular Perspective", in *Arv. Nordic Yearbook of Folklore*, 76, 2020, p. 119–150.

23. Fee, Elizabeth, and Brown, Theodore M., "The Public Health Act of 1848," in *Bull World Health Organ,* 83, no. 11, 2005, p. 866–867.

24. Schiøtz, Aina, "Samfunnsmedisinen og legerollen [Community medicine and the role of the Doctor]," in *Nytt norsk tidsskrift,* 18, no. 2, 2001, p. 152–154.

25. Johannisson, Karin, "The People's Health", p. 166.

26. Schiøtz, Aina, *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 [The public health service in Norway 1603–2003]*, vol. 2: Folkets helse — landets styrke 1850–2003 [The health of the people — the strength of the country 1850–2003], Oslo, Universitetsforlaget, 2003, p. 25.

27. Porter, Dorothy, *The History of Public Health and the Modern State*, Boston, BRILL, 1994.

28. Porter, Dorothy, *The History of Public Health and the Modern State*, p. 20, p. 24.

29. Sandvin, Johans Tveit; Vike, Halvard, and Anvik, Cecilie Høj, "Den norske og nordiske velferdsmodellen".

30. Bonderup, G., "Cholera in Europe and Denmark in the 19th century"; Graver, Hans Petter, *Pandemi og unntakstilstand: hva covid-19 sier om den norske rettsstaten [Pandemic and state of emergency: what COVID-19 says concerning the Norwegian rule of law]*, Oslo, Dreyers forlag, 2020.

31. Johannisson, Karin, "The People's Health"; Schiøtz, Aina, "Omsorgens røtter — et historisk blikk [The roots of care — a historical view]," in *Tidsskrift for omsorgsforskning [Journal of Care Research],* 5, no. 1, 2019, p. 1–16.

32. Mykland, Liv, *Håndbok for brukere av statsarkivene [Handbook for users of the National Archives],* Skriftserie, Riksarkivet (Norge), trykt utg, Vol. 19, Oslo, Universitetsforl, 2005, p. 287–289.

33. Schjønsby, H. P., "The introduction of the Public Health Act of 1860," in *Tidsskr Nor Laegeforen,* 121, no. 1, 2001, p. 80–81.

34. Schiøtz, Aina, "Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860? [What happened with the Norwegian Public Health Act of 1860?]," in *Michael quarterly,* 7, no. 3, 2010, p. 343.

35. Schiøtz, Aina, "Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860?", p. 340–342.

36. Vibeke Narverud Nyborg, 2022. Preliminary results presented at 'The 4th Conference of the European Society of Historical Demography', entitled

**Notes**

*'National Health Legislation as a Driving Force for Non-Pharmaceutical Interventions During the 1918 Pandemic in Different Norwegian Regions'*, March 2022. Paper in progress.

**37.** Hansen, G.A., *The Journal of Norwegian Medical Association,* 1885, p. 391. [artigo numa revista — já lhe pedi o título e nada. Não encontro...]

**38.** Blom, Ida, "Sykerom og handlingsrom; tuberkulose og kjønnsykdom c. 1900–1940 [Sick room and Operating room; Tuberculosis and Venereal Diseases c. 1900–1940]," in *Historie,* 15, no. 3, 2005, p. 58–67.

**39.** Blom, Ida, "Medicine and morality", p. 323.

**40.** Blom, Ida, "Sykerom og handlingsrom"; Backer, Julie E., *Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856–1955 [Trend of mortality and causes of death in Norway 1856–1955]*, Vol. 10, Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1961.

**41.** Holmboe, Michael, and Klaus Hanssen, *Forslag til offentlige Foranstaltninger mod Tuberkulosen [Proposals for public measures to fight Tuberculosis]*, Christiania, J. Chr. Gundersen Bogtrykkeri, 1895.

**42.** Discussions between Doctors G. A. Hansen and T. Herlofsen, and B. Lange and J. Tandberg concerning forced isolations and quarantine in the Tuberculosis Act. *Journal of the Norwegian Medical Association,* 1896, p. 176, 216, 347, 482, 563; Schiøtz, Aina, *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603–2003,* vol. 2, p. 216.

**43.** Holmboe, Michael, and Klaus Hanssen, *Forslag til offentlige Foranstaltninger mod Tuberkulosen*, p. 23–30.

**44.** Schiøtz, Aina, *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603–2003,* vol. 2, p. 2.

**45.** Johannisson, Karin, "The People's Health", p. 166–167.

**46.** Johannisson, Karin, *Det mätbara samhället. Statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa [Measuring society. Statistics and community during 18th century Europe]*, Stockholm, Norstedts Förlag, 1988, p. 170.

**47.** Nelson, Marie C. and Rogers, John, "Cleaning up the cities", p. 20.

**48.** Johannisson, Karin, "The People's Health", p. 167.

**49.** Lazuka, Volha; Quaranta, Luciana, and Bengtsson, Tommy, "Fighting Infectious Disease", p. 30.

**50.** Kullberg, Anders F., *Författningar m. m. angående medicinalväsendet i Sverige: 1860/1876 [Constitutions and regulations in the Swedish Health care system: 1860/1876]*, Medicinalförfattningar [Medical Constitutions], Stockholm, 1877.

**51.** Gustavsson, Anders Karl Gustaf, "Nineteenth-Century Cholera Epidemics in Sweden", p. 121.

**52.** The quote is taken from Gustavsson, Anders Karl Gustaf, "Nineteenth--Century Cholera Epidemics in Sweden", p. 122.

**53.** Alver, Bente Gullveig, *Vitenskap og varme hender*; Andresen, Astri, "A Farewell to 'Rural Bliss'," in *Scandinavian Journal of History*, 33, no. 3, 2008, p. 269–288; Andresen, Astri, and Ryymin, Teemu, "Towards Equality? Rural Health and Health Legislation in Norway, 1860–1912," in *International Journal of Regional and Local History,* 2, no. 2, 2006, p. 52–72; Nelson, Marie C. and Rogers, John, "Cleaning up the cities".

**54.** Løkke, Anne, «State and insurance: The long-term trends in Danish Health Policy from 1672 to 1973,» in *Hygiea internationalis* 6, no. 1, 2007, p. 7–24.

**55.** Frandsen, Johannes, "National health services in Denmark," in *Irish journal of medical science,* 27, 1952, p. 97–112.

**56.** Frandsen, Johannes, "National health services in Denmark," p. 102.

**57.** Blomquist, Helle, "For det almene vel. Det danske sundhedsvæsen 1870–1890 [For the wellbeing of the general public. The Danish health care system 1870–1890]," in *Fortid og Nutid [Past and Present]*, 1991, p. 223.

**58.** Blomquist, Helle, "For det almene vel.", p. 234.

**59.** Justisministeriet (udg), *Betænkning afgiven af den under 12. februar allerhøjest nedsatte kommission til at gøre forslag til foranstaltninger for at forhindre indførelse af pestagtig sygdom,* 1879.

**60.** Blomquist, Helle, "For det almene vel.", p. 241.

**61.** Blomquist, Helle, "For det almene vel.", p. 230.

**62.** Bonderup, G., "Cholera in Europe and Denmark in the 19th century".

**63.** Bonderup, G., "Cholera in Europe and Denmark in the 19th century", p. 171.

**64.** Nyborg, Vibeke Narverud, 'Means or meaningful?', p. 141–142.

**65.** Jacobsen, Kurt, and Larsen, Klaus, *Ve og velfærd. Læger, sundhed og samfund gennem 200 år [Doctors, health and society through 200 years]*, København, FADLs forlag, 2017, p. 305.

**66.** Discussions regarding this have first and foremost followed in the

wake of the work by McKeown in 1976. McKeown, Thomas, *The Modern Rise of Population*, London, Edwards Arnold Publisher, 1976. See also Colgrove, James, "The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence," in *Am J Public Health,* 92, no. 5, 2002, p. 725–729. Szreter, Simon, "Rethinking McKeown: The Relationship Between Public Health and Social Change," in *Am J Public Health,* 92, no. 5, 2002, p. 722–725.

**67.** Seip, Anne-Lise, "Motive forces behind the new social policy after 1870. Norway on the European scene," in *Scandinavian Journal of History,* 9, no. 4, 1984, p. 329–341.

**68.** Løkke, Anne, "State and insurance", p. 16.

**69.** Løkke, Anne, "State and insurance".

**70.** Grønlie, Tore, "Fra velferdskommune til velferdsstat — hundre års velferdsvekst fra lokalisme til statsdominans [From wellfare municipality to wellfare state — 100 years of increase in wellfare from local to state dominance]," in *Historisk tidsskrift [Norwegian Journal of History],* 83, no. 4, 2004, p. 633–649.

**71.** Nelson, Marie C. and Rogers, John, "Cleaning up the cities".

**72.** Frandsen, Johannes, "National health services in Denmark,".

**73.** Sandvin, Johans Tveit; Vike, Halvard, and Anvik, Cecilie Høj, "Den norske og nordiske velferdsmodellen", p. 31; Esping-Andersen, Gøsta, *The three worlds of welfare capitalism*, p. 58–59.

**74.** Titmuss, R. M., Commitment to welfare, London, George Allen and Unwin Ltd., 1968, preface.

PAULA BASSO *

# Os primeiros doentes com SIDA em Portugal: os cadernos de registo dos dados dos doentes e dos testes de deteção do LAV (HIV) de Odette Ferreira (1984–1987)

*
Museu da Farmácia/
FCT/NOVA

A primeira referência ao vírus da imunodeficiência humana (HIV[1]), surgiu a 5 de junho de 1981 num relatório emitido pelo *Centers for Disease Control* (CDC) de Atlanta, indicando uma inusitada e inexplicável ocorrência de cinco casos graves de pneumonia entre jovens homossexuais, entre outubro de 1980 e maio de 1981. A comunidade científica internacional imediatamente se uniu na descoberta das causas desta doença mortal que rapidamente se tornou epidémica à escala global.

Odette Ferreira (1925–2018), professora e investigadora da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL), tomou conhecimento da ameaça de uma nova doença epidémica (designada por SIDA ou o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), em 1983, durante o 23.º Congresso da Federação Internacional dos Hospitais sobre infeções hospitalares, em Lausanne, realizado entre 27 de junho e 1 de julho.[2]

Interessou-se de imediato pelo tema e no estágio decorrido em setembro de 1984, no Instituto Pasteur de Paris (IPP), decidiu contactar a Unidade de Oncologia Viral do Prof. Luc Montagnier e integrou a sua equipa com o propósito de dominar as técnicas de identificação do recentemente descoberto *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) ou do *Lymphadenopathy Aids Virus* (LAV), como era então designado o HIV.[3]

No contexto desta investigação e do estudo seroepidemiológico sobre a infeção pela LAV na população residente em Portugal, Odette Ferreira registou entre outubro de 1984 e outubro de 1987 dados dos primeiros infetados com o vírus da SIDA, ou daqueles que pertenciam aos grupos de risco (homossexuais, hemofílicos, prostitutas/os, utilizadores de drogas injetáveis, hemodialisados e politransfusionados). Recolheu informação pertinente como dados pessoais (nome, sexo, idade, raça), profissão, nome do médico responsável e do hospital, os seus hábitos sexuais, contacto sexual com outros doentes infetados, viagens, sintomatologia, se tinham tido hepatite, sífilis, quais os testes de deteção do HIV e os seus resultados. Todos estes dados estão contidos em seis cadernos, que Odette Ferreira, mantinha no mais absoluto sigilo.[4] As conclusões deste estudo seroepidemiológico sobre a infeção pelo HIV na população residente em Portugal, foram apresentados no II Congresso Europeu de Microbiologia Clínica em Brighton em setembro de 1985, por Odette Ferreira e pelos investigadores do IPP.

Iremos analisar neste capítulo qual a importância deste estudo para a etiologia da doença em termos mundiais e comparar os dados recolhidos por Odette Ferreira, com os dados oficiais fornecidos pelos relatórios anuais do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis publicados pelo Instituto Nacional de Saúde entre 1984 e 1987.




Figura 1
Odette Ferreira na FFUL com um poster sobre o recém-descoberto AIDS (HTLV-III/LAV) VIRUS, ainda designado como HTLV-III e comparando-o com as imagens à esquerda dos retrovírus HTLV-I, HTLV-II e HTLV-III, descobertos por Robert Gallo. 1984–1985.

# Estudo seroepidemiológico da população portuguesa sobre a infeção pela LAV

Poucos meses antes de Odette Ferreira iniciar o seu estágio no IPP, Robert Gallo e os seus colaboradores tinham publicado a 4 de maio na revista *Science* o isolamento do HTLV-III[5] e anunciaram este vírus como a verdadeira causa da SIDA, questionando desta forma o *LAV* de Montagnier e da sua equipa do IPP. Gallo duvidou que o vírus LAV fosse um retrovírus e negou a sua relação com a SIDA minimizando e desprezando o contributo da investigação francesa[6]. Até porque a descoberta do vírus LAV em maio de 1983 pela equipa liderada por Montagnier no IPP[7], tinha suscitado alguma desconfiança por ter origem num doente sem SIDA confirmada. O doente ao qual se deveu o primeiro isolamento do vírus da SIDA e portador da estirpe inicial do LAV, Frédéric Brugière, desenvolveu a doença mais tarde e morreu de SIDA apenas no Outono de 1988.

Em março de 1984, o imunologista francês Jacques Leibowitch e diretor do Grupo Francês de Investigação sobre a SIDA afirmou sobre o LAV: "(...) *é demasiado cedo para atribuir-lhe um lugar, de oportunista ou de responsável, na história da SIDA*"[8].

Por outro lado, nos EUA, a Secretária de Estado da Saúde e da Educação anunciou oficialmente numa conferência de imprensa em Washington a 24 de abril, que Gallo e a sua equipa tinham isolado um vírus desconhecido, como o responsável pela SIDA e que num prazo máximo de dois anos seria descoberto uma vacina[9].

Veio a comprovar-se mais tarde que o LAV e o HTLV-III eram o mesmo vírus, mas com nomes diferentes e que Gallo já teria tido acesso por duas vezes a amostras do vírus LAV[10].

Nesta época, em setembro de 1984, e face a este anúncio oficial dos EUA, a equipa do IPP estava de facto determinada em provar que era o seu LAV, o vírus responsável pela epidemia da SIDA em clara competição com a equipa americana. Dedicaram-se a aprofundar ainda mais o conhecimento do LAV, realçando as suas diferenças morfológicas e imunológicas deste vírus com o HTLV-I da equipa de Gallo e as suas semelhanças com o recentemente divulgado HTLV-III.

Assim, quando Odette Ferreira começou a colaborar com a equipa da Unidade de Oncologia Viral do IPP, todos os contributos eram válidos. Segundo o seu testemunho em setembro de 1984:

> Quando cheguei ao Instituto Pasteur, pedi para me apresentarem o professor Montagnier. Ele viu-me tão entusiasmada que me deu umas lâminas com células infetadas.[11]

A investigadora portuguesa foi assim integrada na equipa de investigação dos retrovírus liderada por Luc Montagnier da Unidade de Oncologia Viral do IPP. Regressou a Lisboa com a missão de efetuar um estudo seroepidemiológico sobre a infeção pelo LAV (HIV) na população residente em Portugal de modo a demonstrar que o vírus descoberto por Montagnier era de facto a causa da SIDA e simultaneamente contribuir para a identificação do vírus em Portugal.

> Mais tarde em Paris, deram-me um vírus, que trouxe na algibeira, no avião.[12]

Logo que regressou a Portugal, transmitiu os conhecimentos adquiridos à sua equipa do Departamento de Microbiologia e implementou a mesma técnica da imunofluorescência indireta do IPP utilizada por Montagnier, na FFUL.

Para continuar as suas pesquisas era imprescindível a colaboração dos médicos e dos hospitais portugueses, pelo que imediatamente contactou os responsáveis pelos serviços de Infeciologia dos Hospitais Curry Cabral, Santa Maria, Estefânia, Egas Moniz e Santa Cruz e com os quais já tinha colaborado no âmbito das suas investigações sobre infeções hospitalares. Pediu para que quando fossem internados doentes com manifestações clínicas caraterística da SIDA, lhe enviassem amostras de sangue para análise.

> Tinha combinado com o Montagnier que lhe enviava as lâminas positivas. E assim foi. Qual não é o meu espanto quando a maior parte dos sangues começa a dar positivo[13].

Odette Ferreira e a equipa de investigadores da FFUL receberam a primeira amostra de sangue de um doente com sintomatologia da SIDA a 12 de outubro de 1984, de um doente internado no Hospital Santa Cruz. Não se comprovou o diagnóstico. Mas ainda nesse mês, receberam mais uma amostra de sangue proveniente do Hospital Curry Cabral e desta vez o resultado era positivo.

Sucedem-se mais seis doentes suspeitos de terem imunodeficiência adquirida, três deles internados nos Hospitais Santa Maria e os outros no D. Estefânia e no Curry Cabral. Todos estavam positivos. Dois destes doentes eram crianças (4 e 9 anos), sendo um hemofílico e outro politransfusionado. O caso da criança hemofílica que morreu foi apresentado[14] como sendo SIDA numa reunião hospitalar em Portugal.

Apenas entre outubro e novembro de 1984, a equipa da FFUL diagnosticou sete doentes em Portugal, o que contraria o primeiro relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) do Grupo de Trabalho da SIDA publicado apenas em abril de 1986, que apresentou dois casos no primeiro semestre de 1984.[15]

Odette Ferreira sempre com a colaboração do seu grupo de investigadores prosseguiu o estudo sobre o então denominado HTLV-III/LAV no Departamento de Microbiologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, recolhendo dados valiosos para os seus estudos seroepidemiológicos sobre a infeção pelo HIV na população residente em Portugal, registando todos os dados considerados relevantes nos seus cadernos de apontamentos.

Apesar da importância deste estudo, Odette Ferreira relatou a falta de apoio oficial à investigação sobre a SIDA desenvolvida em Portugal. Referiu ainda o apoio constante que recebeu de Montagnier, o que indicava a sua proximidade profissional com o investigador do IPP:

> Tenho lhes dados todo o apoio que me é possível, embora eu própria lute na Faculdade de Farmácia com dificuldades de ordem material e técnica, devido à falta de verbas de apoio à investigação. Todo este trabalho só é possível graças ao apoio que o prof. Montagnier me tem dispensado.[16]

O Laboratório de Virologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, foi o primeiro e único laboratório nacional que realizou em Portugal, entre outubro de 1984 e finais de 1985, os testes de deteção dos anticorpos anti-HIV, por imunofluorescência indireta (IFA), ensaios imunoenzimáticos (ELIZA), ensaios de rádioimunoprecipitação (RIPA) e Western-Blot (WB). Este laboratório da FFUL teve sempre a colaboração do Serviço de Virologia de Luc Montagnier do IPP e de outros laboratórios franceses e americanos em caso de dúvida nos resultados dos testes efetuados.[17]

Odette Ferreira testemunhou o grau de especialização necessário para a realização deste estudo seroepidemiológico na sua entrevista ao Semanário «Tempo», no final de agosto de 1985, precisamente dias antes de participar no II Congresso Europeu de Microbiologia Clínica, em Brighton, descrevendo quais as técnicas utilizadas na FFUL. Informou ainda que todos os casos positivos tinham sido confirmados no IPP:

> Eu utilizo as técnicas do prof. Montagnier que permitem detetar quer os anticorpos contra o vírus total, através de uma técnica de imunofluorescência, quer a presença de anticorpos contra as principais proteínas do invólucro (gp) e do «core» (p25, p18, p13). Tais proteínas constituem «marcadores» do vírus e são detetadas por uma técnica de radioimunoprecipitação conhecida por RIPA. Estas técnicas só podem ser utilizadas, no entanto, em laboratórios muito especializados, na medida em que há necessidade de trabalhar com o vírus, o que implica conhecimento das técnicas de cultura de tecidos, multiplicação do vírus,

> radioimunológicas, etc. Todos os resultados positivos foram confirmados no Serviço do prof. Montagnier.[18]

Este estudo contou de facto com as mais recentes técnicas de deteção do HIV, como comprovam as declarações de Odette Ferreira na mesma entrevista, referindo-se aos avanços científicos na descoberta do agente infecioso responsável pela SIDA:

> Seguiram-se estudos bioquímicos que permitiram o isolamento e a caraterização quer das proteínas maiores do invólucro LAV (gp) quer das proteínas do «core» LAV (p25, p18, p13). Nos últimos meses caraterizou-se uma nova, a p34. Estes conhecimentos permitiram elaborar testes para a sua deteção no nosso organismo. Logo podemos considerá-las como «marcadores» dos vírus LAV...[19]

De facto, nos seus registos da informação sobre os doentes para a realização do estudo seroepidemiológicos sobre a infeção pelo HIV na população residente em Portugal, a pesquisa da nova proteína do "core" LAV (p34), surgiu pela primeira vez a 15 de janeiro de 1985. Portanto, a FFUL dispunha já das técnicas de deteção do HIV mais avançadas da época e esta pesquisa não abrangeu apenas os dez doentes testados anteriormente em 1984.

Os resultados deste estudo foram apresentados no II Congresso Europeu de Microbiologia Clínica, entre 1 e 5 de setembro de 1985, em Brighton. Integrada na equipa de Montagnier, Odette Ferreira apresentou um poster sobre *os primeiros resultados globais dos casos de SIDA registados em Portugal nos último dez meses*,[20] intitulado "High Prevalence of Antibody to Lymphadenopathy Associated Vírus (LAV) in Aids and Aids-Risk Patients in Portugal".

Este poster foi também da autoria dos investigadores da Unidade de Oncologia Viral do IPP, Denise Guetard, Sophie Chamaret e Luc Montagnier:

> From October 1984 to July 1985 sera of 24 patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or lymphadenopathy syndrome (ARC), 5 haemophiliac patients, 34 homosexual men and 100 unselected blood donors (controls) were screened for antibodies to lymphadenopathy associated virus (LAV) by indirect immunofluorescence assay (IFA) on fixed cells from highly infected lines ($CEM/MOLT_4$) and in some cases by radioimmunoprecipitation ($^{35}$s-cysteine-RIPA) for the four major proteins — p25, p18, p13 and gp110.
>
> The main objectives of this study were to determine the frequency of exposure to LAV and to correlate seropositivity with current infection, clinical data, symptoms and prognosis.[21]

O principal objetivo do estudo foi a avaliação da frequência de exposição ao *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) em indivíduos portugueses e a correlação da sua seropositividade com a importância clínica da infeção.[22] E demonstrar inequivocamente que o LAV era de facto a causa da SIDA.

Todos os dados eram essenciais para este estudo epidemiológico assim como o aprofundar do conhecimento sobre este novo vírus e daí a preocupação de Odette Ferreira em detalhar nos seus apontamentos a informação sobre os hábitos sexuais, contacto sexual com outros doentes infetados, profissão, viagens, sintomatologia, se tinham tido hepatite, sífilis, se eram hemofílicos, utilizadores de drogas intravenosas, se se dedicavam à prostituição, resultados dos testes, etc.

Mas sem o saberem, estes investigadores utilizaram dados que iriam afetar as suas conclusões, pois os soros de três pacientes com demonstrações clínicas de SIDA (n.º 70, 74 e 75) estavam de facto infetados não com o já conhecido LAV (HIV-1) mas sim com o LAV 2 (HIV-2), que no início de setembro de 1985 ainda era desconhecido.

Os resultados dos testes IFA destes doentes africanos n.º 70, 74 e 75 vindos da Guiné-Bissau e internados no Hospital Egas Moniz eram estranhamente:

> LAV= negativo/positivo fraco em IF[23]

Num documento da sua autoria, a própria Odette Ferreira testemunhou que estes doentes foram de facto incluídos no estudo, apesar de não se enquadrarem nos grupos de risco já conhecidos, como sendo homossexuais, hemofílicos, utilizadores de drogas injetáveis ou ainda transfusionados. Mas perante as suas demonstrações clínicas condizentes com a SIDA, os médicos do Hospital Egas Moniz e os investigadores da FFUL decidiram incluí-los no estudo, mesmo apesar de terem sido considerados negativos pelos laboratórios estrangeiros de referência:

> Começámos em 1984 os primeiros estudos sero-epidemiológicos sobre a infeção HIV em Portugal. (...) A escolha dos doentes incluía alguns hospitalizados na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Egas Moniz de Lisboa com a qual mantínhamos uma boa cooperação científica, nomeadamente com os Drs. J. L. Champalimaud, Jaime Nina e Kamal Mansinho. Este hospital recebeu doentes das nossas antigas colónias, com base num acordo com Portugal. Esses doentes tinham como caraterística uma difícil interpretação da sua serologia. Isto foi considerado suspeito por nós apesar de terem sido sempre consideradas negativas em países a quem pedimos a análise destes casos especiais.[24]

Segundo o testemunho de Odette Ferreira, Montagnier que apesar de ser um dos responsáveis pelo estudo apresentado no II Congresso de Microbiologia Clínica em Brighton, desconhecia completamente estes resultados dos positivos-fracos (+f?):

> Custou-nos dizer-lhe que era de um doente cujo soro tinha sido já considerado negativo no seu laboratório e contámos-lhe a história dos falsos (+?).[25]

E ao receberem os resultados negativos destes casos especiais dos laboratórios estrangeiros considerados de referência, a equipa da FFUL e os médicos do Egas Moniz ficaram intrigados. Foi por esta razão que Odette Ferreira fez questão de levar para Paris, uma amostra de soro destes doentes mistério. E foi precisamente graças a este estudo seroepidemiológico que foi possível a descoberta de mais um vírus da SIDA, para além do objetivo principal de avaliar a frequência de exposição ao LAV dos indivíduos portugueses e a correlação da sua seropositividade com a infeção da SIDA.

Os dados recolhidos e apresentados por Odette Ferreira no Congresso resultaram exclusivamente desta investigação desenvolvida na FFUL, pois os dados oficiais sobre a *Situação em Portugal*[26], referente aos anos de 1984 e 1985, ainda não tinham sido objeto de um relatório oficial e não eram conhecidos.

O primeiro relatório elaborado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), só foi publicado pelo Instituto Nacional da Saúde em abril de 1986, da autoria do Grupo de Trabalho da SIDA formado apenas em 20 de junho de 1985 pelo então Ministro da Saúde, António Maldonado Gonelha.

O grupo de investigação da FFUL dispunha, portanto, desde outubro de 1984 de informação privilegiada ao ter recolhido os dados pessoais dos doentes, os hospitais onde estavam internados, os médicos que os tratavam, a sintomatologia da doença e os resultados dos testes serológicos que tinham efetuado.

Podemos deduzir então que foi devido a este estudo apresentado pelo Departamento de Microbiologia da FFUL e desenvolvido em parceria com a Unidade de Oncologia Viral do IPP, que explica de facto toda a multiplicidade de dados pessoais, clínicos e científicos tais como os métodos utilizados e os resultados, discriminados por cada paciente contidos nos seis cadernos de registo e apontamentos de Odette Ferreira.

Entre outubro de 1984 e julho de 1985, período referido como abrangente dos *primeiros resultados globais dos casos de SIDA registados em Portugal nos últimos dez meses*[27] como tema do estudo realizado com a equipa do IPP, os resultados totais foram os seguintes: 28 eram positivos para o LAV e 61 negativos.

Em 1984, entre 12 de outubro a 26 de novembro de 1984

(data do último teste realizado), a equipa da FFUL realizou dez testes dos quais sete eram positivos e três negativos. Em 1985, entre 15 de janeiro e 26 de julho de 1985, realizaram 79 testes, dos quais 21 eram positivos e 58 eram negativos.

Segundo o *poster*[28] apresentado no II Congresso Europeu de Microbiologia Clínica, o material utilizado neste estudo foram as amostras de soro obtidas em pacientes divididos em cinco grupos (24 pacientes com SIDA, 12 com ARC — complexo relacionado à SIDA—, 5 hemofílicos, 34 homossexuais masculinos sem aparente doença e 100 controles).

E de facto, estes casos apresentados neste poster corresponderam aos doentes anotados nos cadernos de registo de Odette Ferreira. Segundo esta apresentação foram utilizados como material e método de estudo, o seguinte:

> Serum samples were obtained from 5 groups: patients with AIDS, patients with ARC, haemophyliacs, healthy homosexual men and controls.
>
> AIDS Patients: sera from 15 male patients with AIDS were collected. They included 12 homosexuals[29], 1 patient with haemophilia B[30], 1 with sexual contacts with zairean women[31] and 1[32] with sexual contacts with a prostitute LAV+.
>
> All AIDS patients had opportunistic infections and evidence of T-cell-associated immunosupression documented by depressed Th: Ts ratios and three[33] presented Kaposi's sarcoma (KS), cutaneous and mucosal.
>
> Three patients had been living in New York[34] and two in France[35] for about two years. AIDS patients were 30–55 years old (mean 40 years).
>
> ARC (Lymphadenopathy) patients: 12 male patients with ARC were selected. They had unexplained hymphadenopathy in two or more extra-inguinal sites lasting for more than 3 months and some clinical and hematological abnormalities; no current illness or drug use could explain the lymphadenopathy. Nine patients were homosexuals[36], two were haemophiliacs[37] and one was bisexual.[38]
>
> Patients with ARC were aged from 21 to 54 years (mean 34 years).
>
> Homosexual men: serum samples were taken from 34 homosexual men
>
> Controls: sera were also taken from 100 unselected blood donors (mean age 35 years).[39]

Os métodos utilizados para determinar os anticorpos LAV foram os seguintes:

> LAV-ANTIBODIES: were determined by indirect immunofluorescence assay on fixed cells from

> highly infected lines (CEM/MOLT4) and by radioimmunoprecipitation assay ($^{35}$s-cystiene-RIPA).

Os resultados deste estudo foram os seguintes:

> AIDS PATIENTS: all (100 p. c.) of the 15 patients with AIDS were positive for LAV antibodies by IFA.
>
> These results were also compared with those obtained by $^{35}$s-cysteine-RIPA method. All seropositive sera had positive serology by RIPA against LAVgp and disappearance of antibodies against core proteins.[40]

Portanto, todos os 15 doentes com SIDA, eram positivos para os anticorpos LAV, pelos métodos de IFA e RIPA. Outra das conclusões é que um dos homens homossexuais com linfadenopatia foi inicialmente positivo para anticorpos anti-LAV (IFA) mas tornou-se seronegativo após ter contraído pneumopatia, sarcoma de Kaposi e leucopenia.[41] Pela descrição no caderno de apontamentos tudo indica que seria o paciente n.º 70, quer pela descrição dos sintomas quer ainda pelos resultados:

> Pneumonia terminal, Sarcoma de Kaposi
>
> LAV=Positivo fraco em IF (13–9–85);
>
> HTLV-III Negativo em Elisa.

No início de setembro de 1985, o HIV-2 era ainda desconhecido de toda a comunidade científica e apenas em abril de 1986, é acrescentado que este doente foi diagnosticado como:

> Positivo em IFA pelo LAV**2**.[42]

Outra das conclusões foi de que nove dos doze doentes com ARC (síndroma de linfadenopatia), tinham anticorpos LAV e os resultados pelos métodos IFA e RIPA estavam em concordância:

> 9 (75 p. c.) of the 12 ARC patients, had antibodies to LAV-IFA and RIPA results were in accordance.
>
> RIPA demonstrated LAV gp antibodies in the sera of 11 pacients (91,66 p. c.) LAV gp p. 25 antibodies in 9 pacients (75 p. c.), LAV gp, p25, p18 antibodies in 3 pacients (25 p. c.) and LAV gp, p25, p18, p13 in 1 pacient (8,33 p. c.)
>
> In one case antibodies to LAV gp, p25 were detected by $^{35}$s-cysteínae-RIPA but not by LAV-IFA.[43]
>
> The bisexual man was initially negative for antibody to LAV-I FA but became positive three months later.[44]

No que diz respeito ao caso do bissexual, pelos dados do caderno, refere-se ao doente que repetiu os testes e com os n.º 16 e 61.[45]

Mas o resultado inusitado de detetar num paciente, anticorpos para LAV apenas em RIPA, mas não pelo IFA, terá alertado os investigadores da FFUL e os médicos do Hospital Egas Moniz. Tudo leva a crer que este último caso se tratava do paciente n.º 74,[46] do sexo masculino, oriundo da Guiné e internado no Hospital Egas Moniz, desde 14 de junho de 1985.

E foi precisamente devido a estes resultados intrigantes que Odette Ferreira levou a amostra de sangue deste doente (n.º 74) para pesquisar no seu estágio em 1985 no IPP e que lhe permitiu isolar o novo vírus da SIDA.

As conclusões deste estudo seroepidemiológico sobre a infeção pelo HIV na população residente em Portugal (1984–1985), apresentados no II Congresso Europeu de Microbiologia Clínica em Brighton em setembro de 1985, era que de facto o LAV era o vírus responsável pela infeção da SIDA, ao contrário do que fora anunciado por Gallo e a sua equipa:

> The high proportion of LAS (Lymphadenopathy Syndrome) patients who were LAV seropositive is in accordance with LAV being involved in the etiology of ARC and suggests that these cases should be included in the spectrum of AIDS even though the natural history of the disease is not well defined.
> (...)
> These data suggest that LAV is a marker for AIDS and is probably an etiologically important agent in AIDS and its prodromes. Seroepidemiological studies of high-risk individuals for exposure and infection with LAV/HTLVIII will help further to define host or environmental factors determining the spectrum of clinical disease.[47]

Este estudo foi apresentado mais tarde nas IV Jornadas de Doenças Infeciosas no Porto, entre 11 e 13 de dezembro de 1985, com o título *Prevalência de Anticorpos Anti-LAV em indivíduos portugueses pertencentes a Grupos de Risco,* dos mesmos autores.[48] O estudo já incluiu desta vez os dados dos doentes até agosto de 1985, mas não fez referência à descoberta e isolamento de um novo vírus da SIDA.

O grupo de investigação da FFUL, ao desenvolver este estudo juntamente com os destacados investigadores do IPP, nomeadamente com Luc Montagnier, Denise Guetard e Sophie Chamaret contribuiu inegavelmente para demonstrar à comunidade científica internacional que o LAV (HIV) era o vírus responsável pela infeção da SIDA.

E mais importante ainda, é que alguns dias depois deste Congresso de Microbiologia Clínica, Odette Ferreira no seu estágio no IPP, entre 16 e 26 de setembro, isolou e demonstrou que existia outro vírus da SIDA que os testes de diagnóstico não detetavam

com exatidão. Em todos estes progressos científicos na área da virologia, a FFUL participou e teve uma contribuição fundamental.

A primeira vez em que é referido nos cadernos um doente infetado com HIV-2, foi no doente (n.º 70) internado no Hospital Egas Moniz a 14 de junho de 1985[49], vindo da Guiné-Bissau e cujo médico responsável era o Dr. Kamal Mansinho.

Após a descoberta e o isolamento do HIV-2, a colaboração entre o grupo de investigação da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, do Hospital Egas Moniz e do Instituto Pasteur de Paris, prosseguiu para aprofundar o conhecimento do novo vírus da SIDA, tal como o relatou Odette Ferreira:

> Prosseguindo a colaboração com a equipa do Prof. L. Montagnier utilizando o protótipo HIV2 como antigénio, conseguimos selecionar 15 soros seropositivos para o HIV2 pertencentes a pacientes de origem africana (Guiné-Bissau), internados no Hospital Egas Moniz, o que nos permitiu em seguida isolar mais de uma dúzia de vírus HIV2, demonstrando assim, que a infecção pelo Human Immunodeficienty virus type 2 (HIV2) se encontrava associado à SIDA na África Ocidental.[50]

Segundo os cadernos de Odette Ferreira, existiam de facto 15 doentes com teste de deteção positivo para o *LAV 2 e internados no Hospital Egas Moniz*[51] entre 25 de outubro de 1985 e 13 de dezembro de 1986.

O continuar da parceria entre estas instituições, é testemunhada pela informação contida nos cadernos de registo dos doentes suspeitos de terem contraído a doença, que continuou até 8 de outubro de 1987. Nestas anotações, e como já referimos, a investigadora apenas se limitou a registar a partir de 1986 se o resultado era negativo ou não e qual o tipo de vírus da SIDA, o que demonstra que o seu foco na investigação era naquele momento o HIV-2.[52]

## Análise dos dados oficiais e a informação contida nos cadernos de registo dos dados e dos testes de deteção do LAV (HIV) dos primeiros doentes suspeitos de terem contraído SIDA, de Odette Ferreira (1984–1987)

Para comparar os dados epidemiológicos fornecidos pelos registos dos cadernos de Odette Ferreira e a evolução dos casos de SIDA oficiais em Portugal, utilizaremos os dados fornecidos pelos relatórios anuais do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e publicados pelo Instituto Nacional de Saúde entre 1984 e 1987, no âmbito do Programa de Vigilância da Infeção VIH/SIDA.[53]

Segundo Odette Ferreira, a epidemia da SIDA em Portugal assumiu características específicas e diferentes dos outros países europeus, devido à infeção pelo HIV-1 apresentar uma elevada heterogeneidade de subtipos de HIV-1 em circulação. Isto porque se verificou um contacto estreito com a comunidade africana dos PALOP, o que propiciou também uma percentagem significativa de doentes com SIDA, infetados pelo HIV-2. [54]

Nessa época, ter o diagnóstico de SIDA em Portugal era o equivalente a se assumir a homossexualidade, logo a estar exposto a uma enorme vergonha perante a sociedade conservadora portuguesa e manchar a sua reputação e da sua família por ser uma prova evidente perante todos. Logo, esta informação confidencial era mantida no segredo mais estrito pelo próprio e pela sua família.

Muitas vezes e após a morte causada pela SIDA, esta informação não era divulgada pela família, que preferia manter o segredo perante a condenação de uma sociedade puritana e tradicional, de forma a evitar a vergonha e a humilhação pública. Progressivamente começaram a chegar aos hospitais portugueses utilizadores de drogas injetáveis e doentes que precisavam de receber plasma ou sangue e também para eles o diagnóstico de SIDA, era devastador. Mais tarde e com o evoluir da ciência e a consequente vigilância e controlo do sangue e plasma, estes casos começaram a diminuir, mas de início era impossível evitar estes contágios.

O tratamento e a cura nestes tempos iniciais ainda vinham longe e eram apenas uma miragem para quem tinha um diagnóstico de SIDA, nos anos 80. Os cadernos de registos de Odette Ferreira, que incluíam a informação detalhada sobre os primeiros doentes de SIDA, eram portanto algo muito sigiloso e delicado que não divulgava de forma nenhuma e que manteve no mais absoluto segredo até ao final da sua vida.[55]

Em 1983, Portugal, apesar da existência de um caso positivo, as autoridades de saúde nacionais, como a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Instituto Nacional do Sangue (INS), negavam ainda a existência da SIDA em Portugal.

> Lembro-me de o diretor do Instituto do Sangue ir à televisão dizer às pessoas para não se preocuparem porque Portugal era um país de bons costumes.[56]

A primeira notícia em Portugal que afirmou pela primeira vez a existência de um caso de SIDA no nosso país, foi publicada no *Diário de Lisboa* a 7 de julho de 1983. Esta notícia foi prontamente desmentida oficialmente pelas autoridades de saúde nacionais, como a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Instituto Nacional do Sangue (INS), que enviaram conjuntamente um «desmentido oficial».

Neste ano e segundo o relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis de 1985, houve de facto apenas um caso notificado, embora se refira a existência de

mais casos diagnosticados, mas que não foram notificados, tendo o mesmo ocorrido em 1984, ano quem que já foram notificados dois casos e uma morte.[57] Estes dados coincidem com a notícia da morte de António Variações, a 13 de junho de 1984 e cujas causas foram envolvidas em secretismo.

Odette Ferreira e a sua equipa de investigadores da FFUL, graças à sua colaboração com Luc Montagnier no IPP, eram assim fundamentais na investigação na área da SIDA em Portugal. Os doentes internados nos hospitais ou alguém que suspeitava ou temia ter contraído a infeção, faziam um teste sem ser revelada a sua identidade, sendo identificados apenas com um número, cuja correspondência era apenas do conhecimento de Odette Ferreira e que constava destes cadernos:

> Entretanto os homossexuais começaram a vir ter comigo. Eles faziam os testes com um número e só eu é que sabia a correspondência. Os resultados estavam num livro que eu levava sempre para casa.[58]

Na entrevista ao Semanário «Tempo», Odette Ferreira era descrita como uma investigadora que:

> (...) de Paris, trouxe um vírus destinado a estudar os casos que em número crescente se apresentam, sendo apenas identificados por um número, para que a privacidade do potencial doente seja mantida, contra a vaga histérica dos que, à viva força, querem reconstituir a Idade Média, recriando o medo do leproso quando se trata de um doente de SIDA.[59]

Correspondendo ao pedido de Luc Montagnier e numa atitude metódica e sistemática iniciou os registos de todos os elementos que em outubro de 1984, considerou serem pertinentes e úteis ao estudo e análise do fenómeno da SIDA em Portugal. Perante os conhecimentos da época, toda a informação era valiosa e poderiam constituir uma ajuda preciosa no conhecimento do mecanismo de transmissão do novo vírus e no controle da epidemia. Efetuou o registo sistemático do resultado de todos os testes de diagnóstico da SIDA entre 12 outubro de 1984 e 8 outubro de 1987, complementado pelos dados dos doentes considerados pertinentes. Não dispomos apenas dos registos entre 8 de janeiro e 26 de agosto de 1986.

Odette Ferreira registou o nome do doente (a que correspondia um número de registo), o nome do médico que o acompanhava, o hospital em que o doente estava internado (por vezes o serviço, a sala e a cama), a idade, a raça, o sexo, a profissão, a data do teste de diagnóstico, a data do início da doença, a sua orientação sexual e se tinha múltiplos parceiros, viagens ou permanências no exterior do país e qual o local de origem, a sintomatologia, quais os

testes de diagnóstico utilizados (IF, RIPA ELISA Abbott), os seus resultados numéricos e se era positivo ou negativo e qual o tipo de vírus. Outra informação que por vezes acrescentava era se o doente tinha falecido. Também referiu se o doente era hemofílico, hemodialisado, dador de sangue, politransfusionado, utilizador de drogas injetáveis ou prostituta/o. A riqueza de informação vai diminuindo após a descoberta do HIV-2 (setembro de 1985). No final, apenas mencionou o local de origem da colheita de sangue, o nome, a data do teste de diagnóstico, a idade e se era positivo ou negativo ao HIV-1 ou HIV-2, não referindo a morte dos pacientes, por já não acompanhar o seu percurso ou estadia nos hospitais.

Odette Ferreira registou nos seus seis cadernos, os dados referentes a 2169 testes de diagnóstico ao HIV, entre os quais detetou 231 casos positivos e 1922 negativos **[Tabela 1]**. Relatou ainda a morte de 26 pessoas, pela infeção do HIV. Existiram 16 doentes em 1985, que repetiram o teste de deteção do HIV com meses de intervalo, para confirmar o resultado.

Tabela 1
Dados retirados dos cadernos de registo de doentes e testes de deteção do LAV (HIV) de Odette Ferreira (1984–1987)

| Ano | 1984 Out–Dez | 1985 | 1986 | 1987 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| N.º de Testes | 10 | 674 | 330 | 1155 | 2169 |
| Positivos | 7 | 151[60] | 22 | 51 | 231 |
| Negativos | 3 | 507 | 308 | 1104 | 1922 |
| Mortes | 1 | 20 | 2 | 3 | 26 |

Segundo os relatórios do CVEDT, os dados referentes à situação da SIDA em Portugal nos anos correspondentes aos cadernos de registo de Odette Ferreira, foram os seguintes:

Tabela 2
Dados retirados dos Relatórios do CVEDT (1984–1987)

| Ano | Positivos | Mortes |
|---|---|---|
| 1984 | 2 | 1 |
| 1985 | 18 | 6 |
| 1986 | 28 | 17 |
| 1987 | 44 | 29 |
| TOTAL | 92 | 53 |

Tabela 3
Comparação entre o n.º de casos positivos e mortes entre os Relatórios do CVEDT e os cadernos de registo de doentes e testes de deteção do LAV (HIV) de Odette Ferreira (1984–1987)

| Ano | Casos Positivos CVEDT | Casos Positivos OF | Mortes CVEDT | Mortes OF |
|---|---|---|---|---|
| 1984 | 2 | 7 | 1 | 1 |
| 1985 | 18 | 151 | 6 | 20 |
| 1986 | 28 | 22 | 17 | 2 |
| 1987 | 44 | 51 | 29 | 3 |
| Total | 92 | 231 | 53 | 26 |

Figura 2
Dados do Relatório do CVEDT da Situação em Portugal em 31 de dezembro de 1985, relativo à caraterização da distribuição da patologia por grupos de risco.

| GRUPO DE RISCO | PATOLOGIA | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| | IO | SK | IO + SK | |
| Homossexuais ou Bissexuais | 8* | 3 | 3 | 14* |
| Tóxico-dependentes | — | — | — | — |
| Hemofílicos | 1 | — | — | 1 |
| Homo ou Bissexuais + Tóxico-dependentes | | | | |
| TOTAL | 9* | 3 | 3 | 15 |

5 casos em Heterosexuais masculinos
1 caso em mulher

Comparando os dados de 1984 e 1985, é visível a dimensão da realidade da doença da SIDA em Portugal, que o relatório oficial ignorou e não mencionou [Tabela 3]. Tendo em consideração que no ano de 1984, a investigadora iniciou os seus registos e testes de diagnóstico apenas a 12 de outubro, deparou-se logo com uma situação que oficialmente não era transmitida, quer em termos de casos positivos, quer de mortes.

Relativamente ao número de casos positivos, o relatório do CVEDT em 1984 referiu apenas dois casos, enquanto Odette Ferreira apenas no 4.º trimestre de 1984, diagnosticou sete casos.

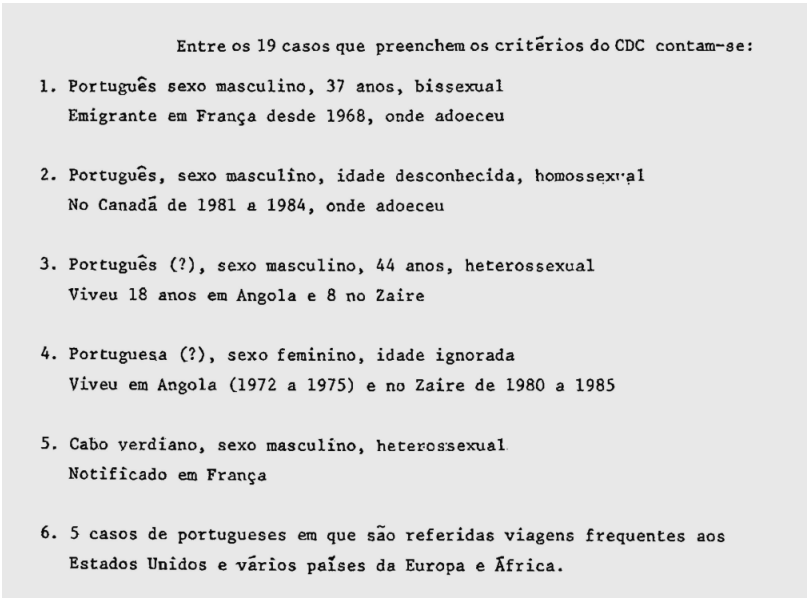
No que diz respeito ao número de mortes, e tendo em atenção que a morte de António Variações ocorreu a 13 de junho, os dados não referiram a morte em novembro de 1984 de um doente do sexo masculino, de 9 anos, hemofílico e internado do Hospital D. Estefânia.

No que diz respeito à situação da infeção pelo HIV-SIDA em Portugal no ano de 1985, a diferença dos dados era ainda mais evidente. Segundo os dados oficiais, foram diagnosticados apenas 18 casos, tendo a equipa do Laboratório de Virologia da FFUL, detetado 151 casos. Ou seja, a situação real era muitíssimo mais grave do que a relatada nos relatórios oficiais das instituições portuguesas.

Quanto à caraterização dos doentes infetados com o HIV e dos grupos de risco os dados são muito escassos e com pouca exatidão [Figura 2].

Segundo este relatório, a distribuição dos doentes por grupos de risco, eram na sua maioria (66,6%) homossexuais masculinos e um hemofílico, excluindo da classificação por grupo de risco o caso de uma mulher e cinco heterossexuais. A estadia dos doentes noutros

Figura 3
Caraterização dos casos positivos segundo os dados do Relatório do CVEDT da Situação em Portugal em 31 de dezembro de 1985.



Entre os 19 casos que preenchem os critérios do CDC contam-se:

1. Português sexo masculino, 37 anos, bissexual
   Emigrante em França desde 1968, onde adoeceu

2. Português, sexo masculino, idade desconhecida, homossexual
   No Canadá de 1981 a 1984, onde adoeceu

3. Português (?), sexo masculino, 44 anos, heterossexual
   Viveu 18 anos em Angola e 8 no Zaire

4. Portuguesa (?), sexo feminino, idade ignorada
   Viveu em Angola (1972 a 1975) e no Zaire de 1980 a 1985

5. Cabo verdiano, sexo masculino, heterossexual
   Notificado em França

6. 5 casos de portugueses em que são referidas viagens frequentes aos Estados Unidos e vários países da Europa e África.

países também foi mencionada, aparentemente como algo digno de realce, como o facto de terem vivido em França, Canadá, Angola, Zaire, ou terem feito viagens frequentes aos Estados Unidos, países europeus ou africanos [Figura 3].[61]

Segundo a informação recolhida nos cadernos de Odette Ferreira entre outubro de 1984 e dezembro de 1985, a caracterização dos primeiros doentes com a infeção HIV-SIDA era bem mais exata e detalhada, distinguindo até o tipo de vírus, embora *a posteriori* em abril de 1986, no caso do HIV-2:

Tabela 4
Dados retirados dos cadernos de registo de doentes e testes de deteção do LAV (HIV) de Odette Ferreira (1984-1985).

| Ano | Out-dez 1984 | 1985 |
|---|---|---|
| HIV 1 | 7 | 143 |
| HIV 2 | 0 | 8 |
| Homossexuais | 5 | 52 |
| Heterossexuais | 3 | 99 |
| Hemofílico | 2 | 18 |
| Politransfundido | 1 | 4 |
| Dador de sangue | 0 | 3 |
| Toxicómano | 0 | 12 |
| Hemodiálise | 0 | 29 |
| Sexo masculino | 10 | 121 |
| Sexo feminino | 0 | 30 |
| Raça caucasiano | 10 | 141 |
| Raça africana | 0 | 10 |

No Relatório do CVEDT, referia-se que não se verificaram casos em toxicodependentes[62] como no caso da situação mais grave ocorrida em Itália e Espanha. Mas a realidade era que o grupo de investigação da FFUL, já detetava casos nesses anos entre a comunidade toxicodependente em Portugal. Quanto às mortes declaradas pelo relatório do CVEDT foram apenas 6 casos, comparando com as 20 mortes registadas nos cadernos de Odette Ferreira, em 1985.

No que diz respeito aos anos de 1986 e 1987, os números oficiais aproximaram-se dos relatados por Odette Ferreira. Tendo em atenção que faltam os dados de 6 meses de 1986, foram detetados ainda 22 casos positivos, enquanto o relatório do CVEDT relatou 28 casos; em 1987, os casos oficiais são 44, tendo detetado Odette Ferreira 51 casos. No que diz respeito às mortes em 1986, os números oficiais foram de 17 casos e em 1987, 29. Pelo contrário, tendo Odette Ferreira deixado de registar as mortes dos doentes, apenas referiu em 1986, 2 mortes e em 1987, 3 mortes.

Tendo este facto em atenção, iremos focar-nos apenas na diferença do número de casos positivos entre os registos oficiais e os de Odette Ferreira, para concluir que nos primeiros anos da infeção pelo HIV-SIDA em Portugal, a situação real era bem mais dramática e grave do que o declarado pelas entidades. Oficialmente e tendo em consideração que foi declarado 1 caso em 1983, existiram 93 casos positivos entre 1983 e 1987.

Ora, segundo os dados de Odette Ferreira, o total dos casos detetados desde o 4.º trimestre de 1984, foram de 231 casos positivos. E a partir de 1986, existiram mais laboratórios de análises a realizar os testes de deteção do vírus HIV, pelo que a situação real era de facto ainda mais grave.

O que explicará este desfasamento entre os números oficiais e os registados por Odette Ferreira, em especial nos anos de 1984 e 1985? No primeiro relatório do CVEDT, o Grupo de Trabalho da SIDA afirmava que o número podia não ser exato devido ao desconhecimento dos médicos sobre a SIDA e pelo facto de todos os casos diagnosticados não terem sido notificados em 1983 e 1984:

> (...) o que pode ser devido a uma maior atenção dos clínicos, em época recente e/ou ao facto de não ter sido notificados todos os casos diagnosticados em 1983 e 1984.[63]

Tudo indica, que a notificação dos casos de infeção pelo HIV, também falhou em 1985. No entanto, o desconhecimento dos médicos e o sistema de notificação parecem ter melhorado aparentemente a partir dos anos 1986 e 1987, apesar de ainda se detetar falhas nos dados comunicados ao Grupo de Trabalho da SIDA.

Segundo as declarações de Francisco Antunes, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e responsável do serviço de doenças infeciosas do Hospital de Santa Maria, a 22 de fevereiro de 1988, numa entrevista ao programa "Já Está" da RTP 2:

> Certamente que os números são subestimados e que os números são superiores aos que são declarados. Por um lado, porque mesmo que um doente morra de SIDA, a declaração da doença não é obrigatória e os familiares pedem que não fique registado nem seja divulgado a causa de morte.[64]

Por sua vez, Machado Caetano, um dos membros do Grupo de Trabalho da SIDA entre 1985 e 1992 e corresponsável pelos Relatórios do CVEDT, afirmou a 19 de outubro de 1989, no Programa "A Hora da Verdade", RTP 1 com Margarida Amarante:

> Os médicos não relatam oficialmente os casos positivos ao Grupo de Trabalho da SIDA, que é quem oficialmente coleta os dados nacionais (o GTS tem oficialmente 2 casos de bebés seropositivos e o Hospital da Estefânia reconhece a existência de 32 casos). Isto prova que o número de casos de seropositivos e o número de casos clínicos de SIDA real, é muito superior daquele que é oficialmente reconhecido.[65]

Na reportagem emitida no Telejornal da RTP 1 por ocasião do lançamento de uma campanha de prevenção da SIDA no Verão pelo GTS, em 30 de julho de 1990, o locutor afirmou:

> Se um jornalista falar com os médicos *off the* record, os números são mais altos e é lhe dito que estão a aumentar, tendo a *SIDA* entrado definitivamente em casa dos normais heterossexuais.[66]

Existia, portanto, a noção entre a classe médica, os jornalistas e os responsáveis do GTS, de que a situação real da SIDA em Portugal era muito mais grave do que aquilo que os números demonstravam. Portugal era um país em que a declaração às autoridades da SIDA e da seropositividade não era obrigatória.

Apenas em 2005, esta situação foi corrigida com a publicação da Portaria 103/2005 de 25 de janeiro, em que se considerou que para a efetiva monitorização da infeção por HIV, assim como para a sua prevenção e controlo, seria fundamental o conhecimento do padrão epidemiológico da infeção do HIV, em Portugal. Esta Portaria integrou assim pela primeira vez a infeção pelo HIV na lista de doenças de declaração obrigatória, assim como o óbito.[67]

## Breves conclusões

O estudo seroepidemiológico desenvolvido pelo Departamento de Microbiologia da FFUL, em parceria com a equipa de Luc Montagnier da Unidade de Oncologia Viral do IPP e apresentado no II Congresso Europeu de Microbiologia Clínica, em Brighton,

explica a existência destes cadernos de registo dos dados pessoais, clínicos e científicos, e dos testes de deteção do LAV (HIV) dos primeiros doentes suspeitos de terem contraído SIDA (1984–1987), realizados por Odette Ferreira e que esta mantinha no mais absoluto sigilo.

Este estudo respondeu à urgência em provar que era o LAV descoberto pela equipa de Montagnier do IPP, o vírus responsável pela epidemia da SIDA e não o HTLV-III da equipa americana de Robert Gallo. No decorrer deste estudo seroepidemiológico da população portuguesa, da avaliação da frequência de exposição ao LAV dos indivíduos portugueses e a correlação da sua seropositividade com a infeção da SIDA, foi possível descobrir-se e isolar-se um segundo vírus da SIDA: o HIV-2.

Sem o saberem, os investigadores envolvidos nesta investigação, utilizaram soros de três pacientes com demonstrações clínicas de SIDA (n.º 70, 74 e 75), que estavam de facto infetados, não com o já conhecido LAV (HIV-1) mas sim com o LAV 2 (HIV-2), que no início de setembro de 1985 ainda era desconhecido. Foi precisamente por se ter deparado com esta discrepância de resultados, que as equipas da FFUL e do Hospital Egas Moniz, decidiram insistir e aprofundar as suas investigações, ainda que sem o pleno conhecimento de Luc Montagnier e das outras duas investigadoras, Denise Guetard e Sophie Chamaret, que desconheciam a classificação portuguesa de "positivos-fracos (+f?)".

Comparando os dados fornecidos por Odette Ferreira e os dados oficiais da CVEDT, deparamo-nos com uma evidente diferença do número de casos positivos e de mortes nos primeiros anos da infeção pelo HIV-SIDA em Portugal, concluindo que a situação real era bem mais dramática e grave do que o declarado pelas entidades oficiais.

## Notas

1. Iremos adotar a sigla internacional de HIV de acordo com a terminologia da época.

2. Santos Ferreira, M. Odette, *História de uma descoberta: o VIH tipo 2*, Centro de Patogénese Molecular CPM, FFUL, 2011, p. 110–113.

3. *Curriculum vitae* de Maria Odette Santos Ferreira, 2011, p. 8.

4. Estes cadernos foram doados pela família em 2018 ao Museu da Farmácia, após a morte de Odette Ferreira.

5. Gallo, R. C., Essex M. e Gros L., (reed*), Human T-cell leukemia/lymphoma virus. The family of human T-lymphotropic retrovirus: their role in malignancies and association with AIDS*, New York, Cold Spring Harbor Laboratory, 1984.

6. Gallo, R. C., Essex M. e Gros L., (reed*), Human T-cell leukemia/lymphoma virus*; Montagnier, Luc, *Vaincre le SIDA, Entretiens avec Pierre Bourget* (French Edition), Paris*,* Éditions Cana, 1986*,* p. 66–67 ; Gallo, R.C. e Montagnier L., "The chronology of AIDS resarch", in *Nature* (London), 326, 1987, p. 435–436.

7. Barre-Sinoussi, F.; Chermann, J.C. ; Rey, F. *et al.*, "Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)" in *Science*, Vol. 220, Issue 4599, 20 May 1983, p. 868–871.

8. Leibowitch, J., *Un virus étrange venu d'ailleurs*, Paris, Grasset, 1984, p. 115.

9. Grmek, Mirko, *História da Sida*, [local, editora], 1994, p. 120.

10. As primeiras foram levadas pelo próprio Montagnier a 17 de julho de 1983 e as outras foram enviadas de Paris a 22 de setembro a pedido de Popovic. Montagnier, L., "AIDS priority", in *Nature* (London), 310, 1984, p. 446; Montagnier, Luc, *Vaincre le Sida,* p. 63–71.

11. Vilela, Joana Stichini; Fernandes, Pedro, "As pessoas tinham medo de me cumprimentar. A primeira vez... Odette Ferreira, entrevista presencial (23/02/2016)", in *LX 80: Lisboa entre numa nova era, Lisboa entra numa nova era*, Alfragide, Dom Quixote, outubro 2016, p. 92–93.

12. Vilela, Joana Stichini; Fernandes, Pedro, "As pessoas tinham medo de me cumprimentar".

13. Vilela, Joana Stichini; Fernandes, Pedro, "As pessoas tinham medo de me cumprimentar", p. 92–93.

14. Referido por Odette Ferreira, como tendo sido na primeira reunião da Sociedade Médica Hospitalar.

15. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Grupo de Trabalho da SIDA, *Síndrome* da Imunodeficiência Adquirida, *Situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1985,* Instituto Nacional de Saúde, Lisboa, Abril 1986.

16. "Entrevista com Odette Ferreira, Pânico sem razão, SIDA controlo sobre os dadores de sangue é a medida mais urgente", in seminário *Tempo*, 30 de agosto de 1985, p. 4.

17. PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, Maria Odette, *VIROTECA/SEROTECA, HIV tipo l/ HlV tipo2*.

18. "Entrevista com Odette Ferreira", p. 3.

19. "Entrevista com Odette Ferreira", p. 3.

20. "Entrevista com Odette Ferreira".

21. PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids and Aids Risk Patients in Portugal,* Departamento de Microbiologia, Faculdade de Farmácia, Univer. Lisboa, Portugal; Unité d'Oncologie Virale, Institute Pasteur, Paris, France,

22. PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *Prevalência de Anticorpos Anti-Lav em Indivíduos Portugueses Pertencentes a Grupos de Risco,* Conferência proferida nas 4as Jornadas de Doenças Infecciosas — Porto, 11–13 de dezembro de 1985.

23. Museu da Farmácia, Santos Ferreira, Odette, *Cadernos de registo dos dados dos doentes e dos testes de deteção do LAV (HIV)*, Manuscritos, 1985.

24. PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira, Santos Ferreira, Maria Odette, *Avanços na Investigação do HIV2,* Dept. Microbiologia, Fac. Farmácia, Universidade de Lisboa, p. 2.

25. Santos Ferreira, M. Odette, *História de uma descoberta*, p. 101.

26. Título do relatório elaborado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

27. "Entrevista com Odette Ferreira", p. 3.

28. PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids.*

**Notas**

**29.** Correspondem aos doentes n.º 2, 3, 8, 13, 17, 21, 70, 73, 88, 75, 76, 87 do *Caderno de registo dos dados dos doentes e dos testes de deteção do LAV (HIV)*, Manuscrito, 1984–1985.]

**30.** Corresponde ao doente n.º 5, *Caderno de registo*.

**31.** Corresponde ao doente n.º 63, *Caderno de registo*.

**32.** Corresponde ao doente n.º 20, *Caderno de registo*.

**33.** Correspondem aos doentes n.º 3, 20, 87, *Caderno de registo*.

**34.** Correspondem aos doentes n.º 2, 3, 22, *Caderno de registo*.

**35.** Correspondem aos doentes n.º 3, 76, *Caderno de registo*.

**36.** Correspondem aos doentes 6, 9, 10, 11, 18, 22, 58, 79, 74, *Caderno de registo*.

**37.** Correspondem aos doentes 7 e 65, *Caderno de registo*.

**38.** Corresponde ao doente n.º 61 que deu negativo em fevereiro, mas positivo em maio 1985. *Caderno de registo*.

**39.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids*, p. 2.

**40.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids,* p. 4.

**41.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids*, p. 4.

**42.** Museu da Farmácia, Santos Ferreira, Maria Odette, *Cadernos de registo*.

**43.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids and Aids Risk Patients in Portugal*, p. 4.

**44.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids and Aids Risk Patients in Portugal,* p. 4.

**45.** Doente que repetiu o teste. Museu da Farmácia, Santos Ferreira, Maria Odette, *Cadernos de registo*.

**46.** Museu da Farmácia, Santos Ferreira, Maria Odette, *Cadernos de registo*.

**47.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, M. O.; Guetard, D.; Chamaret, S.; Montagnier, L., *High Prevalence of Antibody to Limphadenopathy Associated Virus (Lav) in Aids and Aids Risk Patients in Portugal*, p. 6–7.

**48.** Fundo Odette Ferreira. É publicada na Separata de *O Médico*, n.º 1767, ano 36, vol. 113, 1985, p. 779–782.

**49.** Os testes de deteção do VIH (IF, RIPA ELISA) foram realizados em agosto e setembro de 1985. O registo do HIV-2 (LAV 2) foi efetuado à posteriori em abril de 1986.

**50.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Odette Ferreira, Maria Odette, *Research on African Aids*, s/l, FFUL, s/data.

**51.** São doentes de origem africana vindos da Guiné-Bissau, apenas dois de Cabo Verde e um outro de raça caucasiana, nascido em Angola e com estadia no Zaire. Onze são do sexo masculino (n.º 185, 186, 188, 1791, 1799, 1800, 1803, 2047, 2090, 2107, 2087) e quatro do sexo feminino (n.º 647, 1801, 1804, 2045). Museu da Farmácia, Santos Ferreira, Maria Odette, *Cadernos de registo*.

**52.** O resultado deste estudo foi publicado, no artigo "Human Immunodeficiency Virus Type 2 (HIV-2). Infection Associated with AIDS in West Africa" pelos autores Clavel F., Mansinho K., Chamaret S., Guetard D., Favier V., Nina J., Santos-Ferreira M.O., Champalimaud J.L., Montagnier L., in *The New England Journal or Medicine*, May 7, 1 vol. 316, n.º 19, 1987, p. 1180–1185.

**53.** http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/DoencasInfecciosas/Paginas/InfeccaoVIHSIDA.aspx.

**54.** PT/AHANF/OD — Fundo Odette Ferreira. Santos Ferreira, Maria Odette, *VIROTECA/SEROTECA, HIV tipo l/ HlV tipo2*.

**55.** Os cadernos não foram doados por Odette Ferreira ao Museu da Farmácia.

**56.** Vilela, Joana Stichini; Fernandes, Pedro, "As pessoas tinham medo de me cumprimentar", p. 92–93

**57.** Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Grupo de Trabalho da SIDA, *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida,* p. 4–5.

**58.** Vilela, Joana Stichini; Fernandes, Pedro, "As pessoas tinham medo de me cumprimentar", p. 92–93.

**59.** "Entrevista com Odette Ferreira", p. 3.

**60.** Dados sem considerar 16 doentes que repetiram o teste: HIV-1(14);

HIV-2 (1); 1 negativo. Total de testes positivos em 1985: 167.

**61.** Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Grupo de Trabalho da SIDA, *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida,* p. 6–7.

**62.** Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Grupo de Trabalho da SIDA, *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida,* p. 7.

**63.** Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Grupo de Trabalho da SIDA, *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*, p. 5.

**64.** https://arquivos.rtp. pt/conteudos/ja-esta-parte-i-29/.

**65.** *https://arquivos.rtp. pt/conteudos/o--virus-da-sida-e-a-discriminacao-parte-ii/*.

**66.** Campanha de prevenção da Sida — RTP Arquivos

**67.** Portaria n.º 103/2005 | DRE *Diário da República* n.º 17/2005, Série I-B de 2005-01-25, p. 601.

ELIANE ROTHIER BAUTZER *

# Health pathways of chronic patients through the prism of relationships between professions

*
Université Paris Cité
CERMES3, UMR 8211
CNRS-INSERM-EHESS
– Université Paris Cité

# Introduction

The training of healthcare professionals is an area that can bring to light the transformations underway in the health sector and the associated social and education sectors.

In the USA in the 1960s, the training of medical doctors provided an ideal field for research where the premises of the functionalist sociologists came up against those of the interactionists[1]. Nursing training has traditionally been approached as the 'making'[2] of a professional group and was widely studied by Hughes[3] and Davis[4].

Since the 1960s, alongside the considerable development of the sociology of health,[5] approaches centred on training have tended to recede in sociology of healthcare. Nevertheless, historical research has explored the role of training systems in the formation of professional groups. Cases in point are the work by Ludmerer[6] on medical training in the USA, the research by Petitat[7] or Pruhomme[8] on the training of paramedical health professionals in Canada, or the work by Diébolt and Foucher[9] on the history of nursing training in France, viewed from the angle of Anglo-American influences.

In our study, we used the framework of interactionist[10] sociology, in the perspective proposed by Andrew Abbott[11]. Abbott points out the weaknesses of linear studies for understanding tasks undertaken conjointly in a work setting[12]. '*We must stop studying single professions — medicine especially — and start studying work*'[13]. He underlines that understanding professional training for a particular activity requires consideration of *relationships* across different professional training courses for a group of actors in a given sector. Firstly, our research concerned the professional training and work of nurses in France at the beginning of the twentieth century. Thus, it binds particular importance to the *relationships* that nurses entertain with the medical profession, which has imposed itself as an '*associated*'[14] profession, both for the definition of the work to be done and for the terms of practical and theoretical training[15].

One of the results of this work, based on field research conducted in the early 2000, was to expose the links between changes in the status of the relational dimension of care and the increasing importance of the value of *autonomy* since the end of the 1960s[16]. Using the case of nurses' training, which exemplifies this gradual mutation, we describe hereafter how the emergence of a new category[17], that of the notion of *care*, integrating *care provision* and *solicitude* (attentiveness, responsibility, competence, and responsiveness[18]). Nurses' training illustrates the shift from a care relationship in the form of individual, lay action to a social, professional activity, that is *collective* and *situated*. The *care relationship* is thus at present emerging from something of a

conceptual blur related to psychology concepts centred on the inter-individual relationship.

Envisaging the care relationship in its sociological dimension, we propose an analytical framework to pursue research on these mutations that are gradually bringing to the forefront the relational work of the health professions and 'consulting'[19] professions generally[20] — education, social work, etc. In this sociological approach we integrate the political theories of *care,* as they make it possible to address the specifically sociological issue of the emergence of care in societies where autonomy is at once an injunction and a professional claim.

The guiding theme is that of the gradual mutation of the relational status of care since the end of the 1960s, using the analysis of an example, here the nursing profession in France. This framework allows us to analyze the emergence and development of *care pathways* in France. Care pathways are the new configurations where care and cure are required, within heterogeneous places and according to heterogeneous temporalities. Hospital-centered professions and activities, professionalized in the second half of the twentieth century focused on *cure* requirements, appear poorly adapted to the imperatives of longer engagements with patients suffering from chronic conditions. Care and cure are more and more mixed. The ecology of care is profoundly transformed in France in the 2020s.

## 1. Tensions within the curative model

To what results produced by their work do professionals attach value, *what sustains them, and why?*[21] How to answer this question is controversial among professionals. The dominant consensus has tended to be in favour of the recognition of a dominant profession, the medical one. The argument is the reliability of diagnosis for a well-defined disease, mobilising scientific and biomedical knowledge, research, and the implementation of appropriate and efficacious therapeutic treatments and techniques. Thus, the first 'desirable' object produced collectively is mainly the *cure* of the disease, and professionals are called on to work together towards achieving it.

The work of the medical auxiliaries became professionalised during the twentieth century, with the curative aim prescribed by doctors. Paramedical staff are in France the auxiliaries '*right hands*' of doctors in implementing prescribed treatments. To this end, they enter in a relationship with the patient in order to attempt to perform the care and treatment defined by doctors. Nurses found themselves at the forefront, from the early stages of their professionalisation in the twentieth century, in carrying out what they view as a *technical and relational task.* Over time, notions linked to the *care* related relationship to establish with patients appeared as a *complement* to the rudiments of scientific knowledge contained

| Relationships | Autonomy | Is expressed by … |
|---|---|---|
| Relationships between professional groups | Aspiration | tensions over prescribed roles & responsibilities |
| | Injunction / order | recommendations for more autonomy of action linked to the persistence of (traditional) heteronomous control of activity |
| Relationships between professional groups and patients | Aspiration | request for more participation in decisions (associations, WEB 2.0) |
| | Injunction / order | moral responsibility of patients — compliance with medical prescriptions and therapeutic education of the patient |

Table 1
Forms of social autonomy

in their training. Training programmes of the second half of the twentieth century, stated that nurses were in charge of establishing the *relationship* with both doctors and patients. This need to articulate the two was above all based on unwritten lay knowledge and an imitation of the experts in charge of training, that in France were the '*monitrices*' or nurse training officers.

There has been latent tension within this model, especially since the 1970s when the aspiration towards *autonomy* increased. The medical profession, already enjoying considerable professional autonomy, was challenged in its practices by nurses[22] who, starting from the content of their training, sought to define a new caregiver profile, less centred on the pathology and the prescribed procedures. In France, this tension took the form of the instatement of a 'specific role' (*role propre*)[23] for nurses centred on the *person* who is ill rather than on the illness. The transformations of relations between professionals are part of the broader framework of social relations. We summarize it in table 1.

Although the instatement of a nursing role centred on caring was expressed as early as the second half of the nineteenth century by Florence Nightingale in England, it was only in the 1970s that this focus became a claim intended to organise the professionalisation of nursing in France. However, the practical translation into training programmes and content consisted mainly in an appropriation of theories of care derived from research in England and in the United States, without the scientific training enabling a perspective on the theoretical underpinnings of these tools. In the healthcare field, mainly in hospitals in France, nurse training was centred on medical specialities grouped around specific pathologies. For all these reasons, the actual exercise of a specific role for nurses was limited, and there was little or no trace in writing. Nurses continued to function on prescription, while at the same time, in practice, experiencing and increasingly measuring the relational deadlock to which this role of mere application reduced them.

With medical progress, the number of chronically ill patients progressively increased and became a major issue. This process made the application of the organisation and delegation model previously described more complex, since the relational aspects of

care and the active participation of the patient became increasingly necessary, inside and outside the hospital in care pathways. At the same time, the curative finality was undermined. It was however this finality that organised all the aspects described above. From the start of the twentieth-first century, caregivers began to co-produce cure, and alongside increasingly engaged in long term work with other professionals, patients, and their family, articulating caring and curing. Yet this co-production did not really suit the doctors, more focused on reaching a diagnosis and seeking the appropriate treatment on their bio-medical expertise, elements that had contributed to establishing them as a consulting profession based on academic expertise. Nor did it suit nurses, who were seeking greater legitimacy on a trajectory close to that of doctors (academic recognition and involvement in research). This led to a hierarchisation in the work of caregivers and a form of internal segmentation that valorised technical interventions in the setting of acute care, clearly circumscribed and identified. Collectively, they tended to neglect care over the long term, which would require the implementation of new relational modes with patients and their families and also with their caregivers' colleagues and professionals in the educational and social sectors. The care and cure articulation is gradually part of a long-term course and not in a particular institution. The relationships between all the professions built in the twentieth century are disrupted.

The concepts, theories and practices set out over time to define nursing care, to organise medical training and caregiver functions in hospitals have been influenced in France by the British and American traditions[24]. The new modes of management introduced in the 1990s in France were modelled to some extent on earlier reforms in the United Kingdom[25]. They tend to lead hospital caregivers to avoid participating in the production of long-term care. A marked segmentation was later introduced in the United Kingdom to organise a primary care system, forming a compulsory stage before moving on to hospital care and specialists, except in case of absolute emergency. However, budget pressures damaging for the specificity of what these caregivers contributed to producing (integrated care and cure) tended to prove deleterious to the quality of hospital care. France made no change to the segmentation process, nor did it establish a comparable primary care system. It has however endeavoured, although to a lesser extent, to apply modes of management closer to those that in the United Kingdom have shown their limitations since the end of the 1990s[26]. The French public authorities produced numerous reports, which all sound the alarm bell for a reorganisation of work and training for health professionals. So far, the reforms applied have mainly aimed to save money, by managing hospitals according to the British model but without the reorganisation of primary care. The nursing professions in English-speaking countries in general

have been partly trained in universities for almost a century, while in France this was still not the case in the first decade of the twenti-eth-first century[27]. The system in English-speaking countries has provided a population of professional nurses with master's degrees liable to be assigned to new medical tasks, more complex than previously, and especially linked to the accompaniment of chronic patients. This process has not been without conflict; nonetheless, these university-qualified nurses produce research[28] and, at the same time, contribute to a deep thinking on the work of caregiving, particularly about the relationship with the patient.

In these countries, the diversification of nursing curricula has also led to an undermining of the profession via an absence of monopoly status. Towards the end of the 2000s this led to the expression of considerable tension among nurses trained at different levels (university versus non-university), while the nursing profession was seeking to achieve a monopoly status based on standardised university courses. This process was fuelled by 'boundary' conflicts between those representing non-university training and those with university training (in Quebec). Alongside, growing pressure is observed for changes in the curricula, via an introduction of an element of inter-professionality in the partitioned training of caregivers[29]. The stated objective is to improve the organisation of the health system by promoting cooperation between health professionals, and with players in the social sector. We can thus see tension between different segments within the nursing profession, and organisational pressure for them to collaborate more with their colleagues, namely doctors, paramedical staff and social workers. In France, representatives of the nursing profession were still seeking legitimacy, and viewed the closer links with universities and research as providing a means to ground their professionalisation. However, one aspect that is omnipresent is the lasting promotion of the professional values attached to cure, and a lack of enthusiasm among the best-established professionals for work on the articulation of caring and curing in the coproduction of healthcare in the long term. Even in countries where the literature on the subject is abundant, practical investment in these areas is still neglected.

## 2. The scope of the survey: the training of professional nurses

We have implemented a survey to explore the following question: how have professional nurses been trained, and trained to train, and how do they train their peers? The perspective adopted is related to the interactionist view, implementing qualitative methods. The research on training in healthcare covers a ten years

period (1999–2010). We have studied more precisely the political entities regulating these activities. In the perspective of Abbott[30], the focus has been the arena[31] of work and the arena of legislation in the training of caregivers. Following interviews and observational sequences organised within institutes training professionals who then train and monitor their peers (health officer training institutes), institutes training future nurses were progressively included in the study. In France this concerns the hospital setting and training institutes for nursing care, as well as institutes training specialised nurses, in particular paediatric nurses. The curricula from 1955 to 2009 were analysed, as were the reports on intended reforms[32]. Finally, during this research, reforms in the training of caregivers and nurses were discussed in the Ministry of Health and this generated initiatives. These were further explored via an approach involving observation and participation with the Ministry in 2006 and 2007. In 2009, a new nursing training programme was initiated, replacing the one in force since 1992.

Thus, the period studied has proved particularly fruitful, giving account of the gradual transformations accompanying these changes in nurses' training.

Based on this research material, a coding process was conducted[33] based on an iterative procedure between categories produced by the professionals aimed at identifying their mundane categories used in the training programmes.

## 2.1. Main results: a three-stage process of professionalisation

This approach enabled the identification of elements appearing to structure the changes in the training of health professionals since the end of the 1990s. The analysis shows the deadlock resulting from the opposition between a care system integrating solicitude centred on the person (caring *for*) and care aiming for cure, centred on the illness. The coding procedure enabled the identification of three phases in the process of nursing professionalisation[34]. We may summarize this in three phases: the first phase is that in which the *cure* is predominant. At the start of the twentieth century, the professionalisation of nurses in France was initiated by doctors. Their own professionalisation in the twentieth century was based on cure (healthcare consisting in the search for a diagnosis and treatment, aiming to cure the illness; this was grounded in biomedical research). Nursing work was hospital work and was made up of care procedures involving invasive techniques. Their work was underpinned by an organisation in which the nursing profession was under strict discipline (enforced by senior nurses: *surveillantes* and *monitrices*) and in which the different professions were markedly hierarchised.

| | |
|---|---|
| The time of curing (early 20th century/ 70s)<br><br>The "heroic era" | → Heteronomy dominates. Patients submissive but possibly cured. Nurses, are "means" serving the curative purpose (Cure)<br>→ Heteronomy dominates professional relations (doctors/nurses, supervisors/ nurses) and caregiver/patient relationships<br>→ The legitimacy of the medical profession arises from the urgency of the acute pathology to be treated and its ability to cure it in a short period time (cf. infectious diseases) |
| The time for recognition of patient's active role | → Recover if possible but respecting the autonomy of the person treated and the caregivers. A place is required for the solicitude integrated into "care with..." patients suffering from chronic conditions (Care)<br>→ What place for nurses in the emerging division of labour? |

Table 2
Emerging models of patient-professionals relationships

The second phase, from the 1960s and 1970s saw tensions develop between curing and the relational dimensions (caring). Nurses were seeking to define their autonomous position between patients and doctors. The 'relational' or 'caring' nurse, close to the individual patient, contrasted with the 'technician' who is closer to the doctor. The course content in nursing schools was impacted, for instance their 'specific role' ('*rôle propre*') supporting the patient needs. However, the actual work in the hospital field became increasingly specialised and fractioned, aligned on the clinical intervention requirements. The strikes in 1988 were an important moment in the expression of the discontent generated by these tensions. The latter were generated by the preservation of an inferior status of nurses seen as 'auxiliaries', and the assignment of the patient to his or her pathology. We synthetise this results in table 2.

The third phase identified is that concerning the first decade of the 2000s, where *cure* contributed to producing an emergence of *care*[35]. Less invasive techniques altered the role of nurses. These techniques also resulted in increasingly shorter hospital stays. More administrative duties compounded the technical role. The study of nursing course programs shows the rise of statements concerning an educational and preventive role for nurses from the 1960s. French hospital nurses struggled to accomplish the prescribed role even though the need for patient support required by the different aspects of care increased. In this respect, we can highlight the role of the gap between the curricula, on one hand, and practice in training field. This is the beginning of the longer-term transformation of care under the term care pathway generated by the prevalence of chronic conditions **[Table 3]**.

## 2.2. Discussion of the results

The outcome of the advances in scientific research and in the associated techniques reduced the duration of hospital stays and the dependency on hospital services. New requirements emerge as patients face new needs outside hospitals. Patients must cope the

| | |
|---|---|
| **The time of cooperation over longer patient pathways (1990s—)** | → Prevalence of chronic diseases.<br>→ The relationships between caregivers and between caregivers and patients are bound to change, to settle more often over longer periods of time (blurring frontiers between Cure and Care)<br>→ Professions positioned at the top of the hierarchy since the "heroic era" resist by delegating chronic care to the less recognized professions<br>→ The maintenance of established hierarchies is carried out to the detriment of collaboration between caregivers and with patients.<br>→ Growing mistrust between professions |

**Table 3**
**Preponderance of the domination of the hyper-specialization of the hospital**

best they can throughout longer care pathways linked to chronic pathologies. The very nature of these coping strategies requires both autonomy and caregivers' support.

It is in this way that people who are chronically ill contribute to '*making society*'[36], since they are advised to show themselves as capable to generate their own health. This autonomy is exercised in situations that are dependent on actions performed by numerous professionals (health professionals, social workers, and medical and technical personnel). These situations remain strongly dependent on care models defined by the hospital institution — that is nevertheless geographically distant. Healthcare occurs more and more in people's homes, combining institutional interventions in a delicate balance with numerous relationships involving public and private sphere, confronting autonomies and heteronomies[37].

In France, Healthcare practices are increasingly performed in a 'no-man's-land' between the professionals and the lay caregivers, between the public institutions and the private sphere, and require *care* (involving both clinical support and person-centred solicitude) in the long term. This involves such aspects as patient education, remediation, and coaching, alongside hyper-specialised curative interventions. Yet professional groups, the healthcare institutions, and the funding systems are mainly structured by *curative-episodic-clinical drivers*, while the work of professionals in the field requires an articulation with *patient-centred-long-distributed-interprofessional* care. In departments and wards catering for patients with complex, chronic conditions, shared decision-making is emerging, and compromises are now sought. However, the present research has shown that the tension between *care* and *cure* generates discontent on both sides, as well as increased cost, risks, and ultimately lesser efficacy for the system. Delegations and relegations tend to affect the sectors catering for chronically ill patients. The outcome is that patients' trust towards professional groups in the health sector is eroded.

This research demonstrates the main characteristic of these mutations based on the patterns of work and collaboration among the players involved, and the training models underpinning them.

The training programs of health professionals (their recruitment, selection, socialisation, the content of their training in the field and in their work traineeship) are still delivered mainly within hospital setting. This plays an important part in the preservation of dominant models, ill-suited to the emerging needs of patients and caregivers today. It can be noted in this respect that nurses placed the focus on what appeared over time as an essential dimension in the *co-production of healthcare* by doctors and nurses to cure patients. This evolution goes from the work centred on hygiene and hospital organisation to a wider approach centred on the *relational work* — as defined since the 1970s.

The demands of nurses have shown *caring* to be an emergent practice, but for which they are not prepared by the training programs in France, and also timidly encouraged.

Research on international trends in nurses' role also shows an emerging recognition of their role focused on accompanying chronic patients. However, they tend to occupy a 'auxiliary' status in performing this relational work, running alongside the dominant and more recognised curative approaches. The shift from illness support to health promotion is only marginal in this landscape since the relational modes among professionals have not significantly evolved. Two main points result from this and are discussed below.

### 2.2.1. The efficacy of the work of caregiving is rooted in an articulation between caring and curing

The articulation of *caring* and *curing* across the health pathways of chronically ill patients requires the collaboration of professionals in the health, educational, social, and technical sectors, and voluntary caregivers in the associative sector. This co-produced approach is not new, but on the one hand, it is growing and on the other hand, the pre-existing relational modes grounded in siloed discipline do not enable, or no longer enable participation in these new collaborative care pathways.

It is now the form taken on by relationships between professionals and lay caregivers, and among professionals, that is reshaped by the need to find an articulation between patient-centred support for both chronic and acute episodes of illnesses. The new engagement models suppose adjusting both (1) the clinical remediation or cure of the illness — i.e. *'caring for the patient ...'* — and (2) the co-production of preventive and/or preservative health — i.e. *'caring with the patient...'.* All these situations require the collaboration of professional and lay caregivers (who have sometimes become experts in their illness), who work together to integrate *care* and *cure* with individuals who can preserve their autonomy by using the resources that these *'enabling-empowering'* situations contribute to generate. We need to better understand what makes these new

definitions of healthcare — particularly, what are the enabling conditions of the efficacy of the various aspects of caregiver work. The *cure* of the illness is now only one aspect of healthcare, and chronic illness and prevention open towards new avenues on which caregivers, patients, and persons 'at risk' need to embark.

The rise of the value autonomy since the end of the 1960s contributes to the emergence of a new category that requires consideration in the exploration of caregiver efficacy. The concept of *care* — as developed by Tronto[38] — is in this case useful, so long as it is not envisaged independently from the *curative* aim that has structured healthcare professions since the start of their professionalisation. The treatment takes place over new, longer durations, and within diversified, distributed — and more or less connected spaces. Healthcare pathways express new configurations of what *care* and *cure* are.

### 2.2.2. The articulation between caring and curing is transforming ecologies of healthcare professions

The mutation of the traditional *relational* category towards that of *care pathways* affects not only healthcare professions, but also the relationships they entertain one with the other, and with professions in the social and educational sectors. The shift from a mode of legitimisation by way of *cure* to a legitimisation based on an articulation of *cure* with *care* requires relational models among professionals that are not solely based on processes of delegation, that are up till now dominant. Less specialised, less siloed, less hierarchised professional training curricula, less centred on the illness and more on the person, can be seen as contributing to the configuration of these new patterns of healthcare. The partitioning of training courses in France (medical, paramedical, social) tends to maintain — and is maintained by — a subdivision of work and professional organisation dating from the start of the movements of professionalisation of the players involved, i.e. the start of the twentieth century. This mode of organisation makes it difficult to articulate the different dimensions of healthcare in the long term in care pathways. However, professionals with the greatest autonomy fail to adopt the new definition of patient engagements that link *caring* and *curing*.

By favouring the modes of professional legitimisation and autonomy inherited from the beginning of the twentieth century, the dominant profession tends to delegate *'the dirty work'*[39].

Maintaining *cure* as the only satisfactory result of healthcare thus tends to preserve the professional autonomy of those who are not confronted with long-term care, with chronic patients and with situations where the aim of patient autonomy is a *means to an end*. If the outcome of caregiving requires a better articulation

between different dimensions of the patient pathway, all health and social care professions need to address the shortfalls of political governance enabled the representatives of the health professionals. This means to find new ways to assemble their respective jurisdictions[40]. We have shown that, between 2000 and 2020, researchers and policy makers in France have been trying to address these new assemblages across jurisdiction through the term '*healthcare pathway*'. The aim is to characterize the increasingly 'flexible' relational modes between actors, users, or professionals and between the different institutions or organizations[41]. This is also reflected in the legal domain as several laws in the areas of collaboration protocols, work regulations, training programs have been enacted to regulate, reorganize, and rationalize these new relational modes.

## Conclusion: articulating care and cure over time

The present work, via the exploration of the paradigmatic example of nursing training programs, provides a more general analytic framework to explore the role played by the *injunction of autonomy* in the *configuration of professional ecologies of healthcare professions*. Dominant jurisdictions face the need to adapt to new *'healthcare pathways'* generated by the prevalence of chronic conditions.

The articulation of *care* and *cure* related practices impact the wider ecology of relational professions (particularly, remedial teaching and social work-related professionals). Indeed, these situations of caregiving, education, and remediation, lasting over long periods of time, have the common characteristic that historically, dominant segments have neglected the care dimensions based on the solicitude towards the person/patient/pupil/vulnerable citizens... Under-valuing, and sometimes relegating the *caring* component — considered as the 'dirty work' — does not allow empowerment of both professionals and vulnerable persons. The injunction to 'be autonomous' cannot be accomplished.

Three consequences can be observed. First, tensions within professional groups and between groups called upon to articulate their action in more cross-sectional manner, block the emergence of injunction to 'be autonomous' as a form of capacitation. Second, we would like to highlight the fact that the study of *care* related practices must be studied in relation to the wider structuring elements that define what is treatment, teaching and social work. The need to provide care related practices required by chronically ill patients, students in situations of failure, and persons facing vulnerable social situations, calls into question the dominant

modes of organisation, the hierarchical relationships, and the division of work. *Care* is therefore studied by way of its tensions, and its relationship with *cure*, academic knowledge, and public policies. This points to the need to articulate the caring, educational and social dimensions differently.

Third, we would like to point out that *care* is a shared practice, produced at the intersection between professional groups, whether caregiving, educational or social. Assembling healthcare pathways generate disruptions in the relationships that these groups entertain one with another (the health, social, medico-social, educational, and medico-technical sectors). The hierarchisation across sectors is challenged by the organisational changes required by the situations of *shared care pathways*, arising at the intersection of practices that were previously separated. This analysis explores the way in which the professional groups have experienced these mutations, and how the up till now dominant groups have organised to contain the repercussions of these changes on their respective territories. For the time being, the changes observed have shown the resistance of dominant professional groups faced with the need to integrate patients 'voice', their families and, more broadly, revisited forms of articulation between *care* and *cure*.

To conclude, we can underline the notion that the control over nursing training programs is in this respect an instrument that is widely used to defend or extend professional boundaries. For all these sectors of activity, the challenges of moving on from the relational to care entail the need for a conceptual clarification that is essential for the understanding of what makes the common characteristics of caregiving, education, and social work. This understanding is a prerequisite for the formalisation of the *relational and pedagogical* aspects of the work of these professionals ('caring with...'). These aspects are today not a mere moral bonus but a key competence for long-term, complex, inter-professional action, dealing with uncertain situations, readjusted practices, and collective work where profession status is based on only relative control. This control can only take shape by becoming rooted in the social context in which it is deployed, rather than solely on the structuring dimensions that during the twentieth century established the different professions but neglected the highly relational nature of their performance.

## Notes

1. Merton, Robert K., Reader, George G., Kendall, Patricia, *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press, 1957; Becker, H. S., Geer, B., Hugues E. C., Strauss, A. L., *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago, University of Chicago Press, 1961.

2. This term is used in reference to the interactionist tradition. See Everett C. Hughes, "The Making of a Physician — General Statement of Ideas and Problems" in *Human Organization*, Vol. 14, No. 4 (winter, 1956), p. 21–25.

3. Hughes, Everett, 'Studying the nurses' work' in *American Journal of Nursing,* Vol. 51, 1951, p. 294–295.

4. Davis, Fred, *The nursing profession: five sociological essays*, New York, Wiley, 1966.

5. Carricaburu, Danièle; Ménoret, Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

6. Ludmerer, Kennett, *Time to Heal, American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, New York, Oxford University Press, 1999.

7. Petitat, André, « *La profession infirmière : un siècle de mutations* », in Aiach, Pierre ; Fassin, Didier (dir.) in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité,* Paris, Anthropos/Economica, 1994, p. 227–259.

8. Prud'homme, Julien, « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession. L'orthophonie-audiologie à l'Université de Montréal, 1956–1976 » in *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, Vol 56, n°3, 2003, p. 329–356.

9. Diebolt, Evelyne ; Fouché, Nicole, *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854–1938)*, Paris, Publibook, Sciences humaines et sociales, histoire contemporaine, 2011.

10. Isabelle Baszanger recalls that the roots of the interactionist approach can be found in Dewey's theory of pragmatism (1893, 1922, 1938), returned to by Mead (1934, 1938). Baszanger, Isabelle, « Les chantiers d'un interactionniste américain, Introduction » in Strauss, Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 35.

11. Abbott, Andrew, *The system of professions: an essay of the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press, 1988; Abbott, Andrew, « *Ecologies liées* ».

12. 'Abbott attempted to recast the area with three basic arguments: that professions could not be studied individually but only within an interacting system, that a theory of professions had to embrace not only culture and social structure but also intra-, inter-, and trans-professional forces, and that the development of professions would necessarily be a matter of complex conjunctures. None of these arguments has had much impact. The jurisdictional studies Abbott called for have not appeared: linear studies of individual professions continue to dominate.' Abbott, Andrew, "The Sociology of Work and Occupations" in *Annual Review of Sociology*, Vol. 19, no. 1, 1993, p. 204.

13. Abbott, Andrew, *The system of professions*..., p. 325.

14. In France, 'at the heart of the system organising healthcare is the medical profession' (Rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS), *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques,* Service évaluation médico-économique et santé publique, Octobre 2007, 15). Paramedical staff are defined as adjunct professions 'assisting' doctors rather than being their collaborators (Rapport de mission, Matillon, Yves, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé,* Août 2003).

15. Rothier Bautzer, Eliane, *Entre Cure et Care. Enjeux de la professionnalisation infirmière,* Rueil-Malmaison, Éditions Lamarre, 2012 ; Rothier Bautzer, Eliane, *Le Care négligé, Les professions de santé face au malade chronique,* Bruxelles, Éditions De Boeck, 2013.

16. Ehrenberg, Alain, « L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution » in Jouan, Marlène (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 219–235 ; Ehrenberg, Alain, La Société du malaise, Paris, Éditions Odile Jacob, 2010 ; Ehrenberg, Alain, « Agir de soi-même », in Esprit, juillet 2005, p. 200–209.*

17. The word 'care' has been recently adopted in French, along with a particular definition, whereby it combines '*soin*' (care in the sense of treatment) and '*sollicitude*'.

18. Tronto, Joan, *Un monde vulnérable.*

19. Freidson distinguishes consulting professions (oriented towards

## Notes

services to others) and academic professions (producing new knowledge via research). Freidson, Eliott, *La profession médicale*.

**20.** Freidson, Eliott, *La profession médicale*.

**21.** Dewey, John (traduit et présenté par Bidet, Alexandra ; Quéré, Louis ; Truc, Gérôme), *La formation des valeurs, coll. Les empêcheurs de penser en rond,* Paris, La découverte, 2011.

**22.** The profession was also challenged from the inside by certain segments, for instance Georges Engel's 'bio--psycho-social model'. Engel, Georges. L, 'The need for a new medical model: a challenge for biomedicine', in *Science*, vol. 196,4286, 1977, p. 129–136.

**23.** The 'specific role' or *rôle propre* of the nurse is set out in articles R 4311-1 to R 4311-5 in the French public health code and does not refer to the role appointed (by the doctor). In his or her specific role, the nurse is to identify the needs of the person, make a nursing diagnosis, define care objectives, implement appropriate actions, and evaluate them.

**24.** Rothier Bautzer, Eliane, *Entre Cure et Care*.

**25.** The National Health Service (NHS) and Community Care Act of 1990 is frequently considered to be emblematic of the New Public Management in the public sector (Kober-Smith, Anémone, *Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010)*. As recalled in the report 'Évaluation socioéconomique des investissements publics', presided by Émile Quinet for the *Commissariat général à la stratégie et à la prospective* (Rapport de mission, Quinet, Emile, *Evaluation socio-économique des investissements publics*, septembre 2013), the NHS, has a paradoxical position among health systems: while it is often criticised, it has often served as a model for numerous reforms on other countries, including France. Set up in 1948 by Beveridge, the system is funded from taxation, unlike the 'Bismarckian' systems based on social contributions, as in France, where even the CSG (Contribution Sociale Généralisée) contribution is increasingly involved in the funding. While in the 1990s the system in the UK was under-funded, reaching only 5% of the GDP, it has seen massive increases in budget resources in recent years, reaching one tenth of the GDP in 2010. In comparison, France devoted 8.4% of its GDP to the health sector in 1990 and 11.6% in 2010.

**26.** Belorgey, Nicolas, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public,* La découverte, 2010.

**27.** The reform of 2009 and the new programmes now lead to degree level qualification and courses in nursing in institutes that have signed agreements with universities.

**28.** In English-speaking countries and in Northern Europe this research has generated publications in numerous specialised journals. The research is centred on the analysis of nursing or caring situations, specialising in different types of patient populations (the elderly, mentally ill patients, children, adolescents, students in nursing training) or in various types of pathologies or treatments' techniques (surgery, intensive care, oncology, integrated care, palliative care, etc). There are also more cross-sectional themes such as patient safety, ethical issues, caregivers' organisation, health education and promotion.

**29.** Yan, J.; Gilbert, J.H.; Hoffman, S.J., 'World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice', in *Journal of interprofessional care vol. 21(6), 2007, p. 588–589*.

**30.** Abbott, Andrew, *The system of professions...*; Abbott, Andrew, « Ecologies liées ».

**31.** For Abbott, professional legitimacy is based on the proven value of the legislative subdivision. This value is tested within action, in three 'arenas', that of work, that of public opinion, and that of the legislative sphere.

**32.** Reports by Berland, Y., *Rapport commission 'Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences' (premier rapport d'étape)*, 2003; Debouzie D., *Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé*, juillet, 2003 ; Matillon, Yves, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences ;* Ducassou D., Jaeck D, Leclerc B., *Plan Hôpital 2007 : restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et de l'Université*, Paris, Ministère chargé de la Santé, 2003/04 ; Thuillez, Christian, *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, 2006 ; Bach, Jean-François, *Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie,*

*de pharmacie et de sage-femme : Li Santé,* 2008 ; Larcher, G., *Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital,* Paris, MSSPS, 2008 ; Henart, Laurent ; Berland, Yvon ; Cadet, Danielle, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire*, 2011.

**33.** Yin, Robert K., *Case Study Research Design and Methods*, 2nd edition, London, Sage Publications, 2009; Saldana, Johnny, *The coding manual for qualitative researchers*, Los Angeles, CA, Sage, 2009.

**34.** Rothier Bautzer, Eliane, *Entre Cure et Care ; Rothier Bautzer, Eliane, Le Care négligé.*

**35.** Tronto, Joan, *Un monde vulnérable.*

**36.** Ehrenberg, Alain, « L'autonomie n'est pas un problème d'environnement.

**37.** Hennion, Antoine ; Vidal-Naquet, Pierre, « La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile *» in ALTER, European Journal of Disability Research/ Revue européenne de recherche sur le handicap*, Elsevier Masson, 2015, 9 (3), p. 207–221 ; Mol, Anne-Marie, *Ce que soigner veut dire : Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses de l'Ecole des Mines, 2009.

**38.** Tronto, Joan, *Un monde vulnérable.*

**39.** The phrase 'dirty work' here refers to a key notion in interactionist sociology. It refers to work that has little recognition, related to the lay sphere. These activities that are under-valued and little noticed are those that a given profession seeks to delegate wherever they have the prospect of greater recognition (Hughes E. C., *Le Regard Sociologique, Paris, Éditions de l'EHESS,1996 ; Strauss A.L., La trame de la négociation*, édité par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, Logiques Sociales, 1992).

**40.** Abbott, Andrew, « *Ecologies liées* ».

**41.** Rothier Bautzer, Eliane ; Troisoeufs, Aurélien, « De quoi le parcours de soin(s) est-il le nom ? » in *Revue Sciences de la Société*, n.º 107, 2022, p. 36–48.

## Ficha técnica

*Olhares Cruzados sobre a história da saúde da Idade Média à contemporaneidade*

Coordenação: Alexandra Esteves e Helena da Silva

Design da coleção: Studio Maria João Macedo
Design e paginação: Manuel Granja

Editado por: Lab2PT
Coleção Paisagens, Património & Território / Investigação
Landscapes, Heritage and Territory Collection / Research

ISBN: 978-989-8963-67-3
Depósito legal: 000000-21

Lab2PT
lab2pt.net

Instituto de Ciências Sociais
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga

Escola de Arquitetura, Arte e Design
Universidade do Minho
Campus de Azurém
4800-058 Guimarães

© 2022, Lab2PT e autores

Laboratory of Landscapes, Heritage and Territory

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Universidade do Minho
Escola de Arquitetura, Arte e Design

Esta iniciativa foi apoiada através do Financiamento Plurianual do Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2PT), Ref.ª UID/04509/2020, financiado por fundos nacionais (PIDDAC) através da FCT/MCTES.

This initiative was supported through the Multiannual Funding of the Landscape, Heritage and Territory Laboratory (Lab2PT), Ref. UID/04509/2020, financed by national funds (PIDDAC) through the FCT/MCTES.

Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

O interesse por temas que se inscrevem no domínio da história da saúde tem vindo a crescer nos últimos anos, em particular na viragem para o século XXI, para o que terão contribuído as recentes epidemias. No tempo presente, esse interesse, materializado em inúmeras publicações, debates e conferências, não se circunscreve à história ou ao meio académico, mas observa-se também no cidadão comum, cujo quotidiano foi e, em certa medida, continua a ser afetado, de modos diversos, pelos efeitos da pandemia de COVID-19, que no momento em que publicamos este livro, em 2022, ainda não está debelada.

A Coleção Paisagens, Património e Território promove a publicação de textos nas linhas Investigação, Ensaios e Catálogos, sob a chancela do Lab2PT com objetivo de auxiliar à circulação e divulgação de produção científica de excelência dentro das áreas abrangidas pela unidade de I&D — Arqueologia, Arquitetura e Urbanismo, Design, Geografia, Geologia, História e Artes Visuais.