

LOPO DE CARVALHO

# A luta contra a tuberculose em Portugal

*Lisboa Médica.* Vol. XI. Pág. 873. Dezembro de 1934.



1934  
IMPRESA LIBANIO DA SILVA  
Travessa do Fala-Só, 24  
LISBOA

Sala A

Est. 11

Tab. 1

N.º 24

**A luta contra a tuberculose em Portugal**



INV.- Nº 2157

LOPO DE CARVALHO

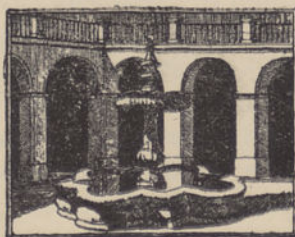
# A luta contra a tuberculose em Portugal

*Lisboa Médica*. Vol. XI. Pág. 873. Dezembro de 1934.



INSTITUTO DE ESTUDIOS  
DE CARVALHO

RC  
MNET  
6/6  
CAR



1934  
IMPRESA LIBANIO DA SILVA  
Travessa do Fala-Só, 24  
L I S B O A



## A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL

POR

LOPO DE CARVALHO

Presidente da Assistência Nacional aos Tuberculosos

A tuberculose não é como a cólera, a peste ou a gripe, que, por vezes, irrompem inesperadamente agressivas e dotadas de mortalidade elevadíssima, mas que em breve se atenuam e extinguem em ondulação decrescente e progressiva.

Qualquer delas ataca repentinamente e atinge, em poucos dias, o seu período de *fastígio*, enchendo de terror as localidades onde surge, pelo morticínio enorme que produz. A breve trecho, porém, a sua gravidade atenua-se; os óbitos começam a escassear; os atacados do mal tornam-se de dia para dia menos numerosos; as formas graves da doença perdem o carácter virulento do início e tudo de novo entra na monótona rotina da vida cotidiana, renascendo o sossêgo e a confiança, restabelecendo-se a tranqüilidade e a paz, que apenas foram entrecortadas por um curto, embora doloroso, período de amarguras e de luto.

Nada disto, porém, se passa com a tuberculose. Os seus ataques são permanentes e imperturbáveis; a sua acção devastadora, contínua e persistente. A tuberculose assenta e cria alicerces no organismo social, invadindo-o lenta e progressivamente. Dia a dia alarga a esfera do seu poder destruidor, ferindo e minando os elementos nobres da raça, os elementos que trabalham e que produzem. Flagelo mais terrível do que a mais mortífera das guerras, porquanto estas, por maior que seja a sua mortandade,

não passam de acidentes passageiros de que as sociedades em breve se restabelecem — como o indivíduo em breve se refaz do estado anémico que uma hemorragia criou —, a tuberculose propaga-se sem tréguas nem descanso, sem períodos de acalmia nem paragens no seu contínuo desenvolvimento. Os seus ataques são traiçoeiros e inesperados, não poupando nenhuma idade e nenhuma situação, por mais próspera e desafogada que seja.

Possue o dom da ubiqüidade. Propaga-se pelas poeiras que respiramos, pelos alimentos que ingerimos, pelos mil pequenos objectos em que diariamente mexemos e tocamos. É moléstia que perturba a sociedade pela preferêncía do ataque nas idades em que o organismo atingiu o seu pleno desenvolvimento; é moléstia que abala famílias inteiras, desorganizando por meses e anos as condições económicas e morais do seu viver; é moléstia que ataca novos e velhos, pobres e ricos, as mais pequenas aldeias do país e os mais densos agrupamentos sociais.

É certo que outras enfermidades existem e que invadem em progressivo caminhar a sociedade moderna. É o caso do cancro, por exemplo, cuja mortalidade, nos últimos anos, tem crescido por forma assustadora. Mas, ao passo que os tumores malignos atingem preferentemente os indivíduos no último quartel da vida, quando a sua actividade vital começou a declinar, a tuberculose não: fere e destrói em plena juventude, no período de maior rendimento social.

Vejamos o que nos dizem, no seu brutal significado, as estatísticas da mortalidade pela tuberculose em Portugal.

De 1902 a 1933 o número de óbitos e os correspondentes índices anuais de tuberculosidade progrediram assustadoramente. Subiu de 6.674 para 12.370 a cifra bruta de mortes e de 120 para 175 a quota de falecimentos anuais referidos a 100.000 almas da população calculada.

O gráfico representado na fig. 1 permite apreciar rapidamente o lento e progressivo caminhar da doença.

A predilecção do ataque tem lugar entre os 15 e os 55 anos de idade, quando o organismo atingiu o seu perfeito desenvolvimento, na época da vida em que os indivíduos são úteis à sociedade, quer pelo trabalho que produzem, quer pela contribuição que naturalmente prestam à colectividade, constituindo família e concorrendo, conseqüentemente, para o acréscimo da natalidade.



Os gráficos da fig. 2 são demonstrativos da acção destruidora da doença entre os 15 e os 40 anos de idade, quando comparada às outras causas frequentes de morte na mesma quadra da vida.

Baseiam-se estas conclusões em elementos colhidos na «Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal» e no «Anuário Demográfico» da Direcção Geral da Estatística. Julgamos, porém, não andar longe da verdade afirmando, no que respeita à tuberculose, que tais números são inferiores à realidade. Basta, na verdade, analisar os dados estatísticos das refe.

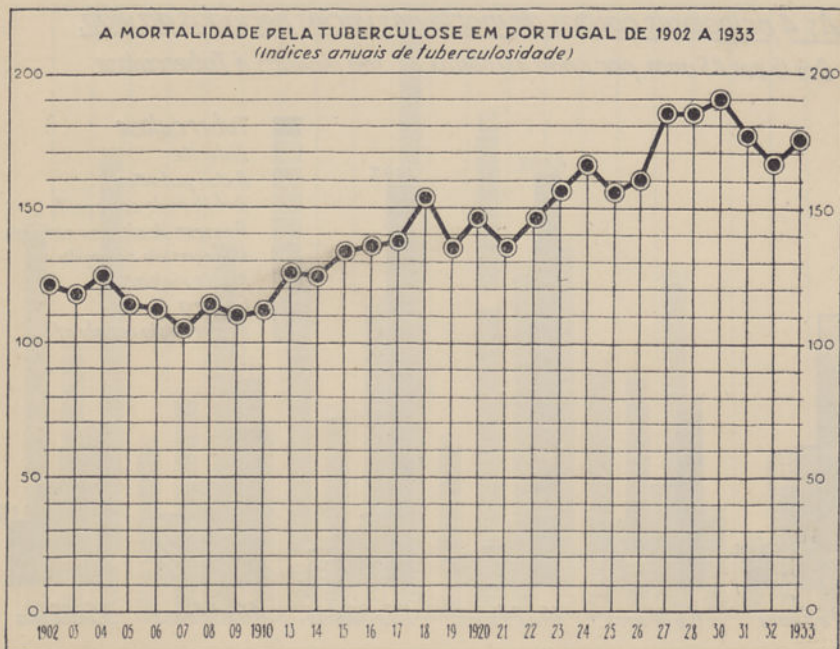


Fig. 1

ridas publicações para nos convenceremos de que os óbitos apontados não devem atingir a cifra da mortalidade real. Assim, em 1931 o número de falecimentos oficialmente atribuídos à tuberculose foi de 12.172. Ora, no mesmo ano, a estatística acusou 10.404 casos de morte não especificada. Se admitirmos que a percentagem de óbitos por tuberculose foi, neste grupo, sensivelmente igual à existente na mortalidade geral por causas conhecidas, fácil é calcular a parcela de 1.099 falecimentos causados

pelo mal e que oficialmente não foi possível registar. Outras falhas existem ainda: as de se atribuírem a determinadas doenças alguns óbitos devidos certamente à tuberculose. É o caso, por exemplo, da bronquite crónica, que muitas vezes encobre no rol obituário formas fibrosas da doença; é o caso, ainda, do enfisema pulmonar e da grande maioria das mortes rotuladas sob a designação de afecções pulmonares não tuberculosas, quando o falecimento se deu entre os 15 e 40 anos de idade, quadra da vida em que a etiologia das doenças pulmonares mortais pode ser

As 4 principais causas de morte nos varios periodos da vida.

*Dos 15 aos 45 anos, por cada 100 óbitos, 42 são devidos á Tuberculose.*

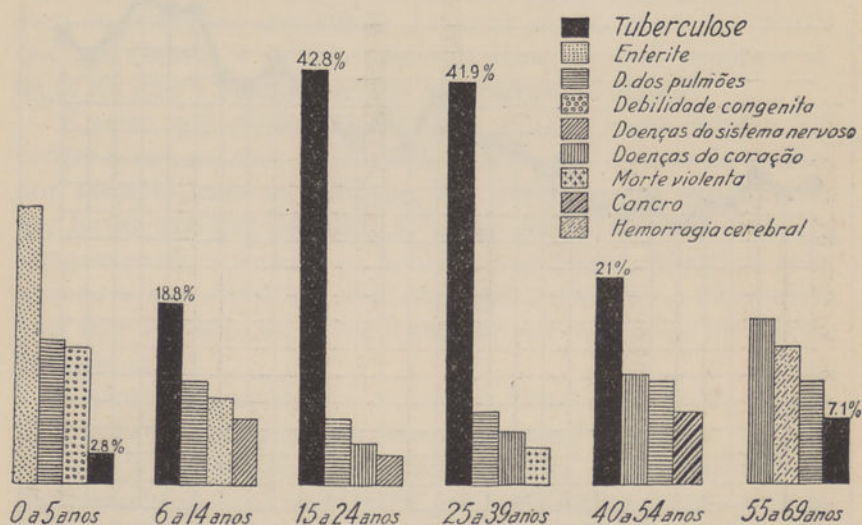


Fig. 2

quási exclusivamente filiada em infecções produzidas pelo bacilo de Koch.

Não andaremos, portanto, longe da verdade tornando o flagelo responsável pelo desaparecimento anual de 15.000 portugueses.

A mortalidade por tuberculose pulmonar nos 18 distritos do continente encontra-se desigualmente distribuída. Sendo máxima no distrito de Lisboa, onde, em 1931, atingiu a elevada cifra de 2.398 óbitos, poupou por forma sensível o distrito de Bragança, onde, no mesmo ano, se registaram apenas 158 casos

de morte. Durante o triénio 1930-1932 só 5 distritos do continente não ultrapassaram a cifra anual de 250, como se verifica na fig. 3.

Nos 254 concelhos do país, excluídos os concelhos cabeças de distrito, sofre a taxa obituária grandes oscilações. O mapa da fig. 4 mostra-nos, resumidamente, que:

Em 190 concelhos a mortalidade não foi além de 20 óbitos.

Em 78 concelhos foi superior a 20, mas não excedeu 50;

Em 26 concelhos foi superior a 50.

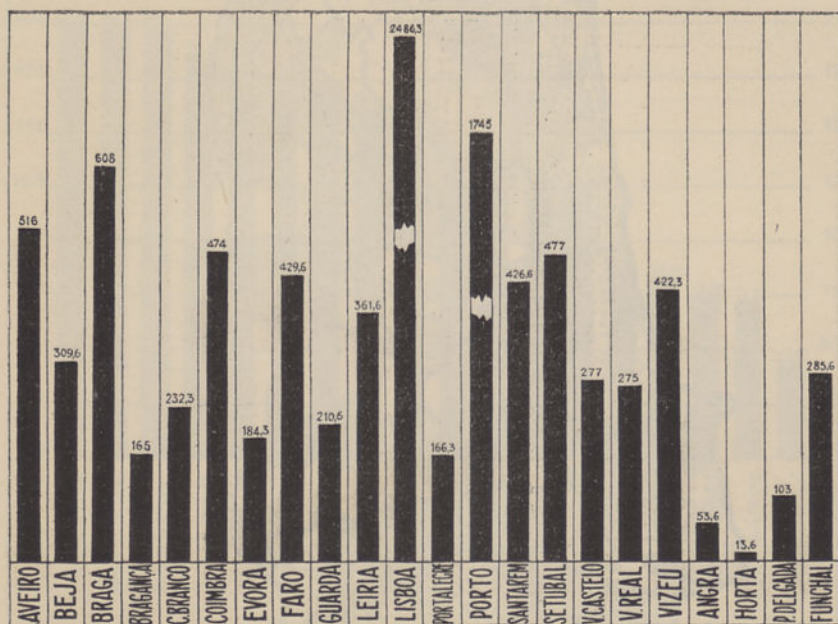


Fig. 3

São bem eloqüentes estas cifras na sua fúnebre e desoladora significação!

A gravidade que representa para Portugal a disseminação da tuberculose toma ainda maior volume se compararmos os estragos que a doença produz entre nós com os que causa em muitos outros países (fig. 5), onde o declínio se vem acentuando em marcha progressivamente decrescente. Ao passo que na Dinamarca, na Inglaterra e nos Estados- Unidos, por exemplo, o índice de tuberculoidade acusou, nos últimos 20 a 30 anos, uma baixa, res-

MORTALIDADE PELA TUBERCULOSE PULMONAR EM PORTUGAL  
*Sua distribuição por concelhos*

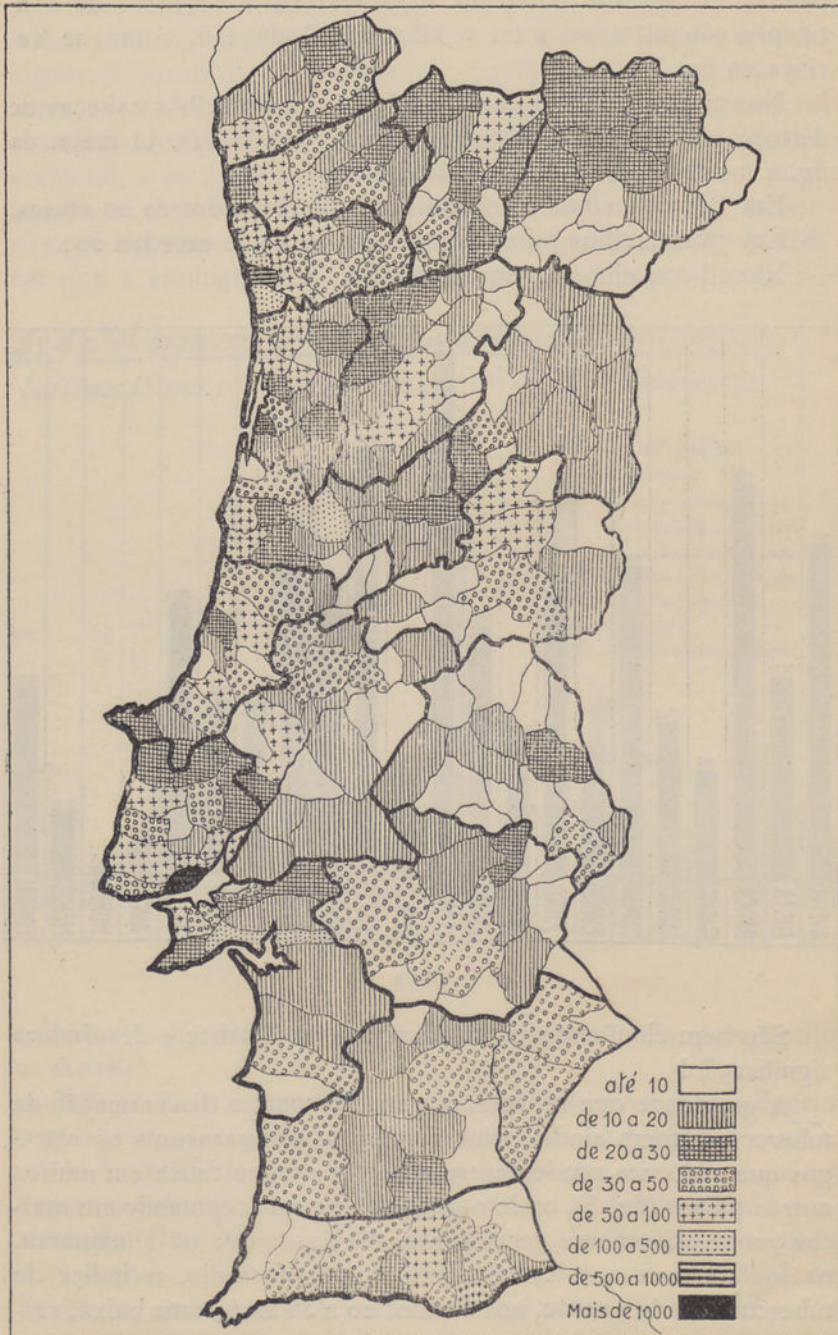


Fig. 4

pectivamente, de 68, 31 e 42 %, em Portugal, de 1901 a 1930, a mortalidade pela doença não diminuiu, nem sequer estacionou; sofreu, pelo contrário, um acréscimo de 50 %.

Impõe-se, pois, a necessidade de organizar a defesa social contra tão grave flagelo e de proteger carinhosamente os inúmeros tuberculosos que a morte não poupará, se lhes faltarem os meios de que carecem para seu tratamento.

Bem sabemos que no espírito do grande público continua indestrutivelmente arraigada a noção de que todo o tuberculoso

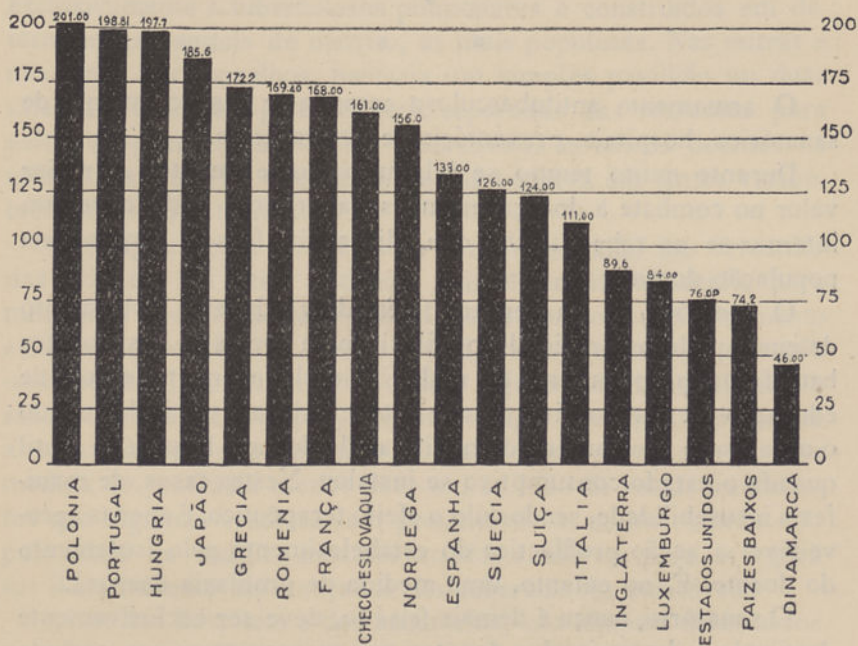


Fig. 5

está condenado a morte certa. Nada, porém, é mais erróneo, e longe de nós o virmos neste momento demonstrar a falsidade de tal convicção. A cura da tuberculose está hoje unânimemente aceita pelos tisiologistas de todo o mundo, e, se a idea de morte ainda para muitos se associa à palavra tuberculose, é porque esta não cura em todos os seus períodos, e só excepcionalmente cicatriza nos casos em que o diagnóstico do mal se impõe aos olhos dos leigos, ou seja, quando a magreza é excessiva, a tosse contínua, os suores abundantes, quando, enfim, o tísico passou

da fase discreta e limitada da moléstia para a dolorosa situação de grande ulcerado pulmonar. A doença, na sua etapa inicial, quando os primeiros e leves sinais da infecção começam a desenharem-se, é curável na maioria dos casos.

Para isso é, no entanto, indispensável que o doente, ao mínimo sintoma de fadiga, de inapetência ou de bronquite que se arraste, procure um clínico que o observe e o trate, quando fôr necessário, em estabelecimentos especialmente destinados a êsse fim.

\*

\* \*

O armamento antituberculoso compõe-se essencialmente de sanatórios, hospitais, preventórios e dispensários.

Durante muito tempo se julgou que os elementos de maior valor no combate à doença eram os sanatórios, onde deveriam internar-se os tuberculosos que, dia a dia, fôsem surgindo na população do país.

O sanatório é, na verdade, além de verdadeiro instrumento de cura, poderoso meio de profilaxia pela reclusão dos doentes bacilíferos, propagadores do mal. É, simultaneamente, escola de educação e exemplo vivo de que a tuberculose é curável, quando o organismo é surpreendido no limiar da doença. É, porém, inútil quando o estado consumptivo se instalou. Nestes casos, de manifesta incurabilidade, sendo nulo o efeito terapêutico, é apenas aproveitável a acção profiláctica do estabelecimento pelo isolamento do doente. É, no entanto, uma medida de profilaxia onerosa.

O sanatório, nunca é demais frisá-lo, deve ser exclusivamente destinado a determinados doentes que se encontrem em período de curabilidade. Estes são, infelizmente, em pequeno número, pois, regra geral, o tuberculoso somente toma a direcção da clínica ou do consultório depois de profundamente tocado pelo mal que o feriu, quando a tosse e a expectoração o não largam, os suores nocturnos o incomodam, a magreza o depaupera, a fadiga o importuna. Até então vai trabalhando sempre e dispendendo, a pouco e pouco, as já reduzidas fôrças do seu organismo decadente. Chegado a êste período da sua tuberculose, é, salvo raras excepções, incurável. E para cúmulo de infelicidade, como se a tuberculose que o mina lhe não bastasse, torna-se ainda triste

agente de disseminação do mal, pernicioso elemento social que propaga e desenvolve o *morbis* pela expulsão de pequeníssimas partículas bacilíferas que, com a tosse e com a fala, lança em tórno de si. O seu isolamento, a sequestração da família, com quem coabita, e da sociedade, onde a sua acção se exerce, constituem, sem dúvida, uma medida absolutamente necessária.

É preciso isolar tais doentes. Não edificando para seu internamento numerosos sanatórios, cuja manutenção é sempre dispendiosíssima, mas utilizando simples hospitais, destinados exclusivamente a tuberculosos pulmonares e construídos em determinadas capitais de distrito, as mais populosas. Nas outras e nas sedes dos concelhos, bastaria um simples pavilhão ou duas salas dos hospitais já existentes, separadas das restantes para evitar a promiscuidade entre tuberculosos e outros doentes na mesma enfermaria, que ainda hoje se observa em tantos estabelecimentos hospitalares.

O hospital para tuberculosos seria construído nas cercanias das cidades. Ali seria o doente primeiramente admitido, para minuciosa observação, que precederia sempre o seu internamento sanatorial. Constituiria, por assim dizer, um centro de selecção onde seriam joeirados os indivíduos cujo estado lesional, sendo susceptível de cicatrização, exigisse estágio em clima especial de alta montanha ou de planície. Desta forma praticar-se-ia uma medida de profilaxia menos onerosa, ao lado de certos tratamentos que algumas vezes seriam proveitosos e muitas outras não passariam de simples mas abençoados confortos para os espíritos ilusòriamente esperançados dos tuberculosos incuráveis.

Além dos hospitais e dos sanatórios, são também necessários os preventórios. Na organização antituberculosa de um país não poderá deixar de se atender, na verdade, aos débeis da sociedade, áqueles cujas fôrças defensivas contra a doença são precárias, aos filhos dos tuberculosos e dos sifilíticos, com taras hereditárias a pesar-lhes na vida. É necessário não esquecer essa multidão de desgraçados que um dia se tuberculizarão, dada a sua falta de resistência orgânica e a sua conseqüente predisposição para o mal. Deverá evitar-se que amanhã êles se tornem pesado encargo para a sociedade, inutilizando-se pela doença que adquiram e criando, por sua vez, novos focos de infecção e de morte. ¿Como consegui-lo, ou, pelo menos, como atenuar o mal? Pela

protecção à criança, com a organização dos preventórios, das «colónias de férias», etc.

Entre estes meios de luta contra a tuberculose, a que resumidamente acabamos de fazer referência, falta, por último, mencionar o chamado «Dispensário antituberculoso», cuja utilidade tem sido posta em dúvida por quem ignora a acção destes estabelecimentos no combate contra a doença. Aqueles para quem só os benefícios já colhidos fazem prova, basta citar o que se passou na cidade de Lião, desde que Jules Courmont, em 1905, instalou os primeiros dispensários. Na metade esquerda da cidade, onde se aglomeram os bairros mais pobres, era elevada a mortalidade pela tuberculose: nada menos do que 385 mortes por 100.000 habitantes. Isso levou Jules Courmont a instalar nessa zona cinco dispensários. Na metade direita, a parte rica, com largas avenidas, habitações confortáveis e higiénicas e com o índice de tuberculosidade de 320 óbitos, só um dispensário foi pôsto em função. Decorridos anos, a mortalidade pela tuberculose nos bairros pobres baixou de 385 para 208, ao passo que nos bairros ricos foi a diminuição menos acentuada, apenas de 55 unidades. Poderiam multiplicar-se exemplos como estes em ordem a demonstrar a acção do dispensário na luta antituberculosa. Parece-nos, porém, desnecessária tal tarefa. Bastará, com efeito, deixar registado o que, em matéria de dispensários, tem feito a maioria das nações civilizadas.

O seguinte quadro é, na verdade, elucidativo:

Países	População	Mortalidade pela tuberculose	Número de dispensários
Alemanha .....	64.294.287	50.646	1.179
Austria .....	6.536.892	10.003	94
Bélgica .....	8.091.407	7.391	100
Checo-Eslováquia	14.726.158	23.703	204
Espanha .....	23.563.867	30.591	66
Estados-Unidos ...	116.317.515	88.352	3.600
Filândia .....	3.622.919	8.420	204
França .....	41.834.923	68.470	777
Holanda .....	7.920.388	5.883	118
Inglaterra .....	39.947.931	35.818	671
Itália .....	41.230.047	45.614	359
Japão .....	64.450.005	119.635	1.455
Polónia .....	32.132.930	60.969	351
Suécia .....	6.141.571	7.715	235
Suiça .....	4.052.200	5.056	140



De todos os estabelecimentos de luta antituberculosa, o dispensário é, sem dúvida, o menos oneroso. Justifica-se, portanto, que se lhe dê o desenvolvimento que merece. É, de resto, o que pensa a União Internacional contra a Tuberculose, organização de que fazem parte representantes de 44 países e que ainda há meses, na reunião que efectuou em Varsóvia, mais uma vez focou a sua utilidade na campanha contra a doença.

Os dispensários são instituições que vigiam os suspeitos de tuberculose por exames clínicos sucessivos e que amparam os débeis e os fracos, susceptíveis de ulterior tuberculização; são, em determinados casos, instrumentos de assistência quando os tuberculosos que os freqüentam possam beneficiar da aplicação de determinada terapêutica, como a do pneumotorax artificial; são, finalmente, estabelecimentos destinados a educar e a averiguar a existência da doença, servindo, como tal, de canalização, para hospitais e sanatórios, dos indivíduos que careçam de internamento imediato.

Pôsto isto, vejamos como as instituições a que fizemos referência podem manter entre si estreita dependência e relação, em ordem a contribuirem, de forma eficaz e harmónica, para a resolução do problema da luta e profilaxia da tuberculose.

Consideremos um indivíduo doente a entrar no dispensário. Feita a observação clínica, o exame radiológico e a análise bacteriológica à expectoração, três hipóteses se podem apresentar: ou é são, ou é simples predisposto, ou é tuberculoso confirmado. Na primeira hipótese, cessou aí a função do dispensário; na segunda, toma-o o dispensário a seu cargo, observando o periodicamente e instituindo a terapêutica que julgar indicada; na terceira, onde, certamente, terminarão por ingressar alguns dos da situação anterior, o dispensário, uma vez a observação concluída, enviá-lo-á, acompanhado de relatório minucioso, para o hospital ou pavilhão que esteja mais próximo, onde fará estágio mais ou menos longo consoante o seu estado geral e local e o tempo necessário para bem se estabelecer a forma evolutiva da doença.

Simultaneamente serão dadas instruções para se proceder à desinfecção da residência do doente e observar-se-ão as pessoas de família que com êle habitavam, não só para averiguar da existência de novos casos da moléstia, como também para ser iniciada a protecção aos menores, que com êle viviam, colocando-os

em preventórios ou em quaisquer outras obras de assistência, facultando-lhes o ingresso nas escolas de férias, etc.

Se a forma da tuberculose fôr tal que o doente possa beneficiar do regime de sanatório, êle será então transferido do hospital para um dêstes estabelecimentos, em harmonia com as indicações do clínico a quem foi confiada a sua assistência hospitalar.

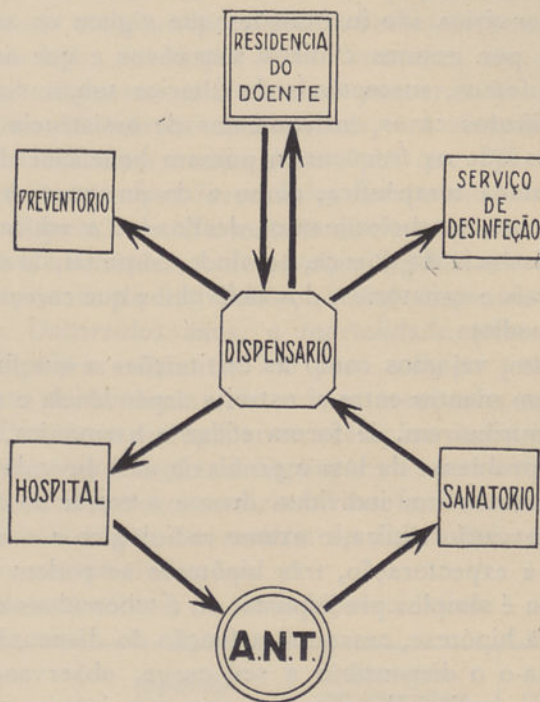


Fig. 6

O seguinte esquema (fig. 6) esclarece as diversas etapas percorridas pelo doente a que acabamos de fazer referência.

\*

\*       \*

Para aplicar ao nosso país o programa da luta contra a tuberculose que expusémos, dividir-se-ia Portugal em três largas zonas: zona Norte, zona Central e zona Sul, tendo por sede,

respectivamente, Pôrto, Coimbra e Lisboa, e directamente dependentes da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Em cada uma destas sedes fundar-se-iam vários dispensários e um ou mais hospitais. Nas restantes cidades e capitais concelhias, consoante a taxa obituária regional, edificar-se-iam, além dos respectivos dispensários, pequenos hospitais, pavilhões ou simples enfermarias anexas aos hospitais já existentes.

Os hospitais das sedes poderiam receber, além dos doentes do distrito, quaisquer outros dos hospitais ou pavilhões da zona a que presidissem, sempre que tal medida fôsse necessária para aplicação dum tratamento médico ou cirúrgico especial ou para esclarecer quaisquer dúvidas de diagnóstico. Por sua vez os hospitais distritais receberiam, em idênticas circunstâncias, tuberculosos cuja transferência fôsse requerida pelos pavilhões ou enfermarias dos concelhos do respectivo distrito.

Os estabelecimentos sanatoriais, os preventórios e outros estabelecimentos de protecção à infância seriam edificados em diversas regiões do país, depois de previamente estudadas sob o ponto de vista climatérico e higiénico. Contrariamente ao estabelecido para os hospitais e dispensários, os sanatórios e os preventórios não ficariam cativos das respectivas zonas. As suas vagas seriam preenchidas por doentes de qualquer localidade do país, sendo feita a sua distribuição por um organismo central, a que todos os estabelecimentos ficariam subordinados.

Se, em harmonia com o programa acima exposto, fôsse possível a edificação de hospitais, pavilhões e enfermarias nas diversas localidades do país, a distribuição dos estabelecimentos a construir e a respectiva lotação deveriam ser baseadas na taxa de mortalidade local pela tuberculose.

Nas capitais de distrito construir-se-iam hospitais-sanatórios ou simples pavilhões distritais, consoante a cifra obituária distrital. Nas sedes dos concelhos a edificação de pavilhões ou de simples enfermarias de isolamento, anexas aos hospitais já existentes, dependeria, por seu turno, do número anual de falecimentos registados.

Nesta orientação o número e modalidade de estabelecimentos a construir seria a seguinte:

13 hospitais-sanatórios nas capitais dos distritos com mais de 250 óbitos.

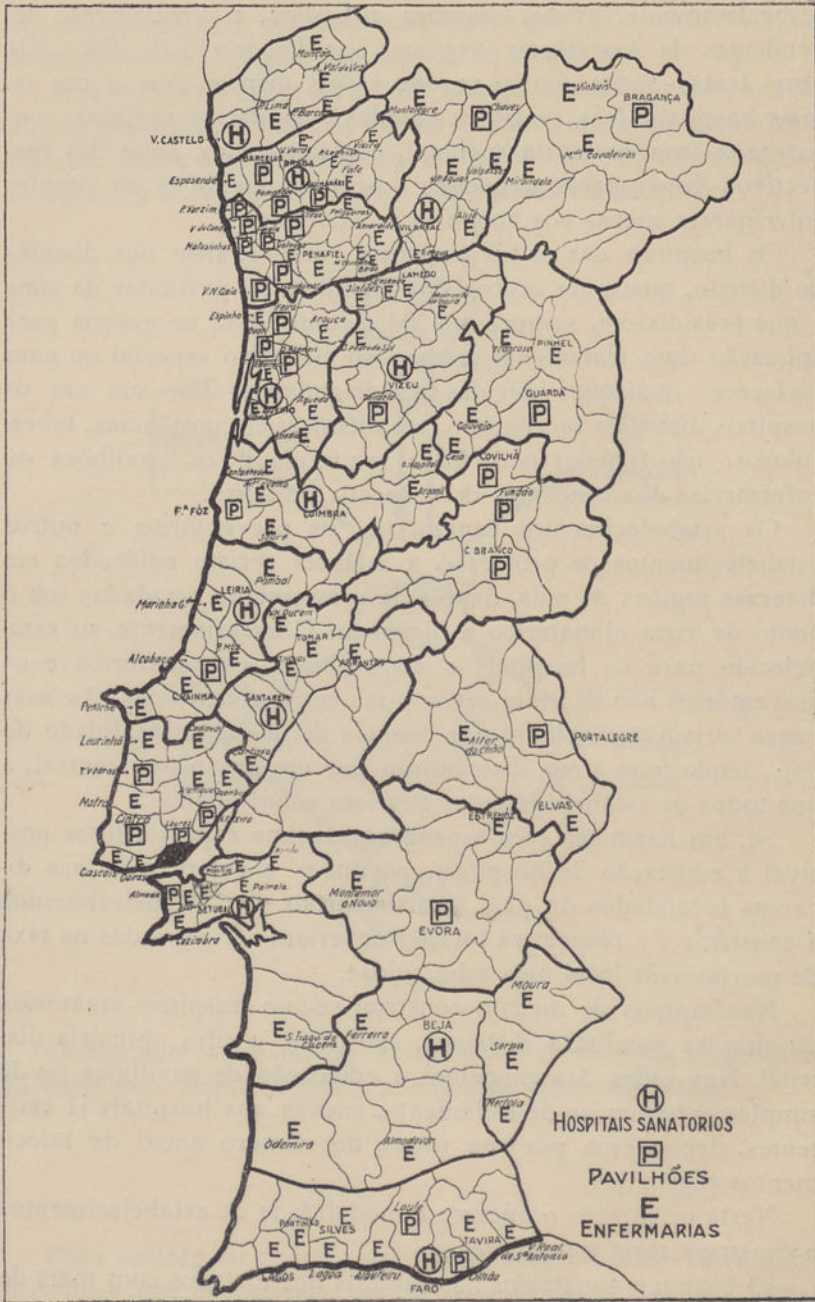


Fig. 7

5 pavilhões distritais nas capitais de distrito com menos de 250 óbitos.

26 pavilhões concelhios nas sedes de concelho com mais de 50 óbitos.

78 enfermarias nas sedes de concelho com menos de 50 óbitos, mas com mais de 20.

7 enfermarias destinadas a servirem grupos de concelhos, cuja mortalidade por concelho fôsse inferior a 20.

A distribuição pelo país dêstes diversos estabelecimentos encontra-se representada no mapa reproduzido na fig. 7.

\*

\*        \*

O programa de luta antituberculosa, que resumidamente fica exposto, começou a ser realizado pela Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos desde que esta conseguiu arrecadar algumas receitas com os peditórios levados a efeito por ocasião das «Semanas da Tuberculose». Efectivamente, nestes três últimos anos, fundou-se o preventório da Parede, aumentou-se a lotação de doentes no Sanatório do Lumiar, com a abertura de dois novos pavilhões, ampliou-se o Sanatório da Guarda e o de Portalegre, edificaram-se e instalaram-se numerosos dispensários (figs. 8 e 9).

Dentro do programa estabelecido, pode considerar-se muito adiantada a rêde de dispensários de que o país precisa. É certo que algumas localidades existem ainda que necessitam ser dotadas com estes estabelecimentos de luta antituberculosa, mas supomos que, para a completa execução desta parte do programa, não necessitará a Assistência Nacional aos Tuberculosos de subsídio especial do Govêrno, pois espera que, por contribuição das referidas localidades, pelo subsídio do desemprego, e por algumas receitas de que a A. N. T. possa ulteriormente dispor, os edifícios que faltem possam ser construidos a pouco e pouco, sem pesar no orçamento geral do Estado.

O mesmo não pode fazer no que respeita ao internamento dos doentes, tanto em hospitais como em sanatórios ou preventórios. Nestes três anos de gerência o número de camas destinadas exclusivamente a indigentes subiu de 550 para 829, o que

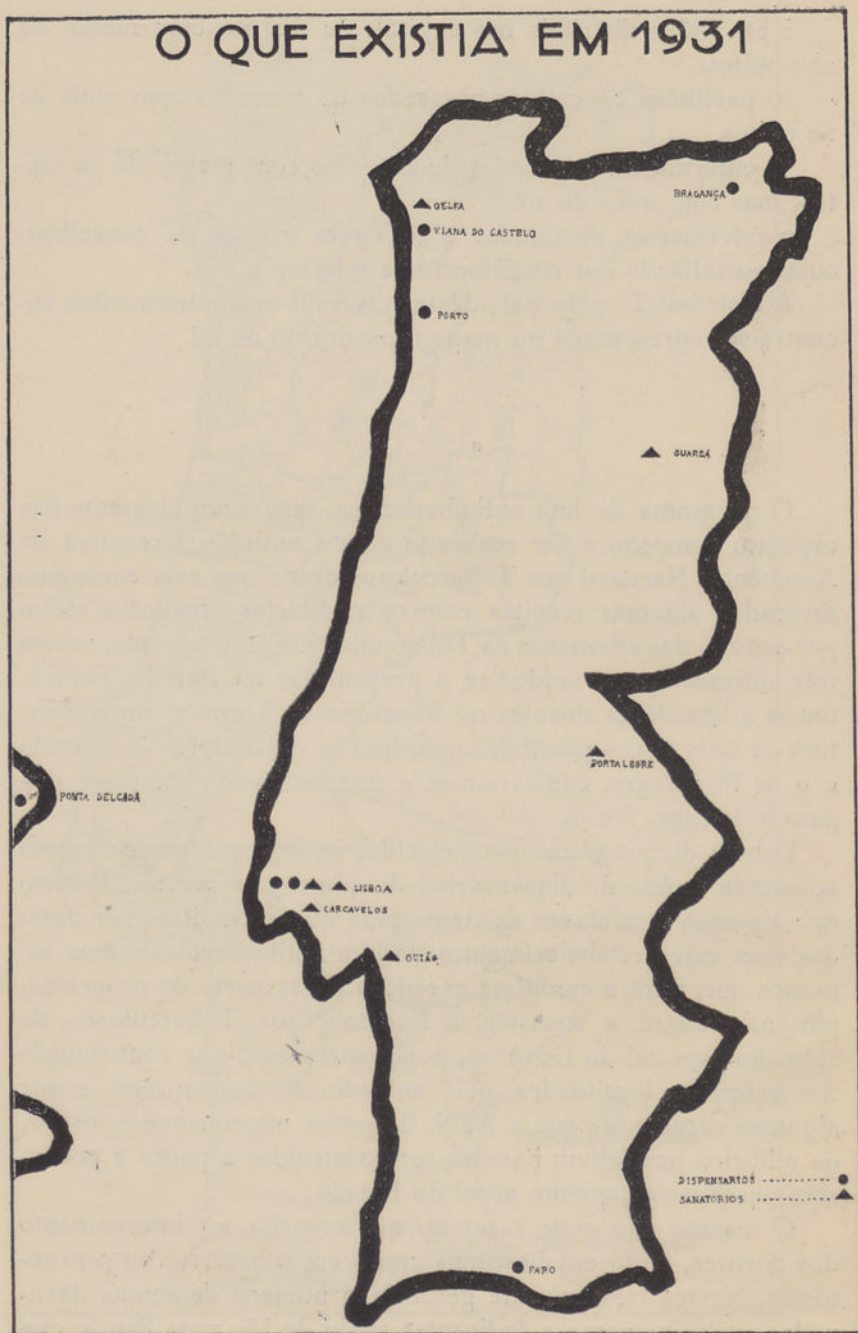


Fig. 8



Fig. 9

representou para a Instituição um acréscimo de despesa de 1.400 contos, que conseguiu cobrir sem pedir ao Estado o correspondente aumento no subsídio. Esgotaram-se, porém, os recursos da Assistência Nacional aos Tuberculosos para alargar ainda mais, como era seu desejo, a parte do programa referente à hospitalização dos doentes. As receitas actuais não permitem novas construções hospitalares, nem sequer a ampliação das que já existem.

E, no entanto, amontoam-se de dia para dia os requerimentos de tuberculosos indigentes que pedem hospitalização imediata. Presentemente, só de Lisboa, encontram-se na secretaria da Assistência 750 requerimentos! São, portanto, 750 tuberculosos que aguardam internamento em qualquer hospital ou sanatório e que, enquanto não forem hospitalizados, estão espalhando a doença e agravando conseqüentemente a taxa de morbilidade tuberculosa.

Não podendo a Comissão Executiva ter a esperança de que os seus esforços continuem a ser profícuos junto do público, no sentido de angariar maior soma de donativos, só o Govêrno, a quem a obra da A. N. T. sempre tem merecido o maior interesse, a poderá habilitar com os meios necessários para que à luta antituberculosa possa dar-se a intensidade devida dentro das disponibilidades do tesouro.

Nesta ordem de ideas apresentámos já a S. Ex.<sup>a</sup> o Sr. Presidente do Ministério, em harmonia com a orientação acima estabelecida, a realização do seguinte programa de desenvolvimento da luta antituberculosa, no país, a executar no decurso de 5 anos.

1.º ano:

Edificação de 1 hospital-sanatório em Lisboa para 300 doentes .....	6.000 contos
Conclusão do Hospital de Campolide ....	2.000 »
Edificação de dois novos pavilhões anexos ao Sanatório D. Manuel I, no Pôrto ..	2.000 »
	<u>10.000 »</u>

2.º ano:

Edificação de 9 hospitais distritais (1)....	10.000 contos
--	---------------

---

(1) Estavam previstos 13. Se atendermos, porém, a que neste número está incluído o distrito de Coimbra, onde já existem 2 hospitais-sanatórios, o



3.º ano :		
Edificação de 26 pavilhões (1).....	8.100	contos
Edificação de 2 sanatórios-marítimos, um no Algarve, outro no centro do país (podendo ser na Figueira da Foz)....	<u>1.900</u>	»
	10.000	»
4.º ano :		
Edificação ou adaptação de 80 enferma- rias de isolamento (2).....	8.000	contos
Ampliação da zona sanatorial da Guarda	<u>2.000</u>	»
	10.000	»
5.º ano :		
Ampliação de outras zonas sanatoriais...	3.000	contos
Edificação de 14 preventórios.....	<u>7.000</u>	»
	10.000	»

Executado êste programa, dentro de 5 anos haveria perto de 7.500 leitos para internamento dos tuberculosos do país.

Sendo a mortalidade anual, pela tuberculose, de 12.000 indivíduos, o número total de camas passaria a ser superior a 50% da cifra de óbitos oficialmente registada. Consideramos êste número já razoável, atendendo a que nem todos os tuberculosos do país necessitam de ser socorridos pelo Estado, por possuírem meios de fortuna que lhes permitem fazer face aos encargos resultantes do seu tratamento.

A verba a dispender com a manutenção dos estabelecimentos a criar, uma vez concluídos e em pleno funcionamento, andaria à volta de 18.000 contos anuais, isto é, seria pouco mais de metade

---

distrito de Viseu, que tem já dotação consignada no orçamento para êsse fim e os distritos de Lisboa e Pôrto, reduz-se a 9 o número de estabelecimentos a construir.

(1) Estavam previstos 31. Se atendermos a que na Guarda e em Portalegre existem já pavilhões para internamento de tuberculosos, que em Tondela a mortalidade é devida, em grande parte, aos óbitos ocorridos no Caramulo e que Coimbra possui armamento antituberculoso suficiente para o distrito, visto o número de leitos existentes ser quasi igual à mortalidade anual pela tuberculose, o que torna desnecessária a construção de 1 pavilhão na Figueira da Foz, fica aquêle número reduzido a 26.

(2) Estavam previstas 85. 5 eram referentes ao distrito de Coimbra, cuja construção é desnecessária, pelas razões apontadas.

da importância anualmente absorvida pelos Hospitais Cívicos de Lisboa.

O que nos parece indispensável para que a luta antituberculosa entre em fase de actividade progressiva e intensa é que a organização da campanha contra a doença pertença a um organismo único a que estejam subordinadas tôdas as boas vontades individuais e colectivas.

É preciso evitar que a luta se disperse por pequenos organismos locais, independentes, muitas vezes sem recursos apreciáveis, vivendo à sombra de donativos insuficientes para uma campanha proveitosa. É necessário que a verba atribuída pelos Governos à luta contra o mal se não divida em múltiplas parcelas, destinadas, é certo, a contribuir para a construção de estabelecimentos antituberculosos em diversos pontos do país, mas sem plano estabelecido, sem fundamentada orientação, dependentes apenas de solicitações locais junto das estâncias superiores.

Em países pequenos como o nosso não se justificam, na verdade, as organizações regionais. Se o combate contra o mal se limitasse à simples construção e manutenção de edifícios hospitalares, os núcleos locais poderiam ter vida absolutamente independente. Mas não. O armamento antituberculoso compõe-se, como vimos, de diversos elementos vivendo em estreita relação. A luta em cada distrito, para ser perfeita e eficaz, exigiria, portanto, além do hospital e dos dispensários, os preventórios, os sanatórios de altitude e os sanatórios marítimos. O hospital só por si não basta.

Construir nos diversos distritos pequenas organizações completas seria obra perfeita, não há dúvida, mas, além de extremamente dispendiosa, de realização impossível. Efectivamente, a situação geográfica do país não permite que dentro de regiões demarcadas se possam edificar todos os elementos que constituem o armamento antituberculoso. Ou não têm elevações montanhosas para os sanatórios de altitude, como o distrito de Aveiro, ou lhes falta a beira-mar para os sanatórios marítimos e certos preventórios, como o de Viseu, ou possuem apenas áreas extensas de planície, como o de Beja.

A luta contra a doença, para que seja proveitosa, além de económica, exige, repetimos, que se concentre o seu comando num organismo único com largas atribuições e directamente

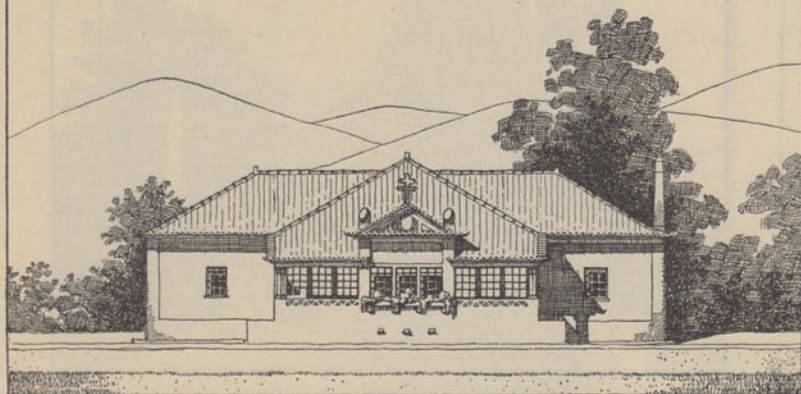
dependente do Ministério do Interior ou de outro Ministério especialmente encarregado da saúde pública e assistência.

A não ser seguida esta orientação e a manterem-se pretenciosos núcleos locais de luta antituberculosa, os resultados práticos da campanha contra a doença continuarão sendo insignificantes, os largos subsídios concedidos pelo Govêrno improdutivo e o agravamento e dispersão do mal cada vez mais intensos e inquietantes.

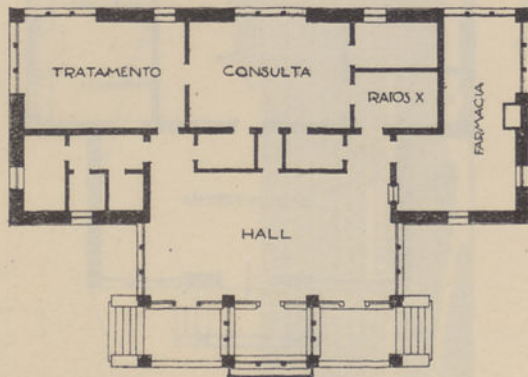


Alguns projectos  
de  
Dispensários e de Sanatórios da A. N. T.





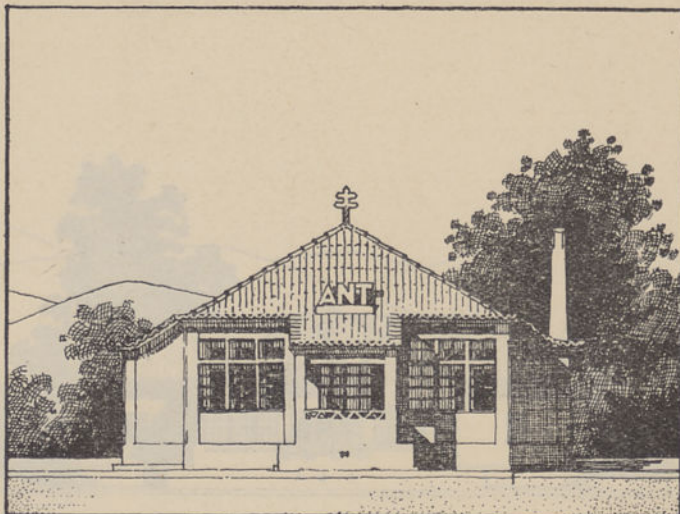
ALÇADO  
ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS  
DISPENSARIO DISTRICTAL



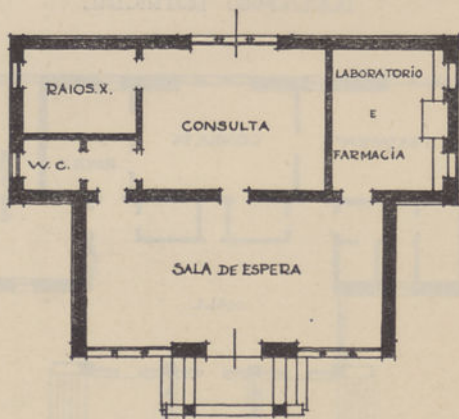
PLANTA

CARLOS RAMOS ARQ.<sup>to</sup>

Dispensário distrital



ALÇADO

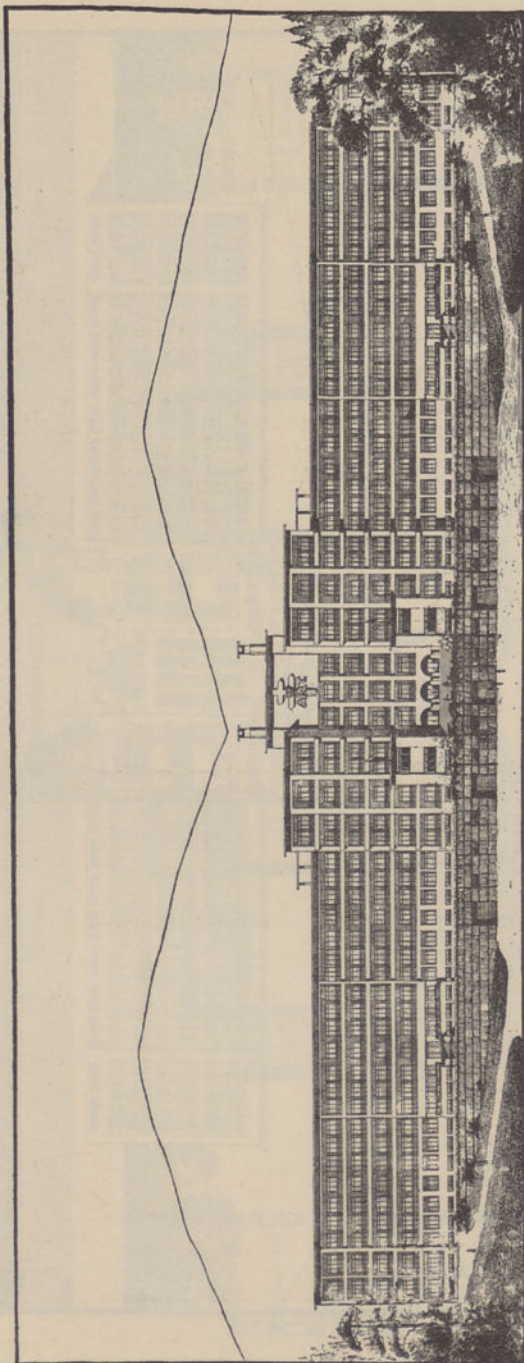


PLANTA

CARLOS RAMOS ARQ.

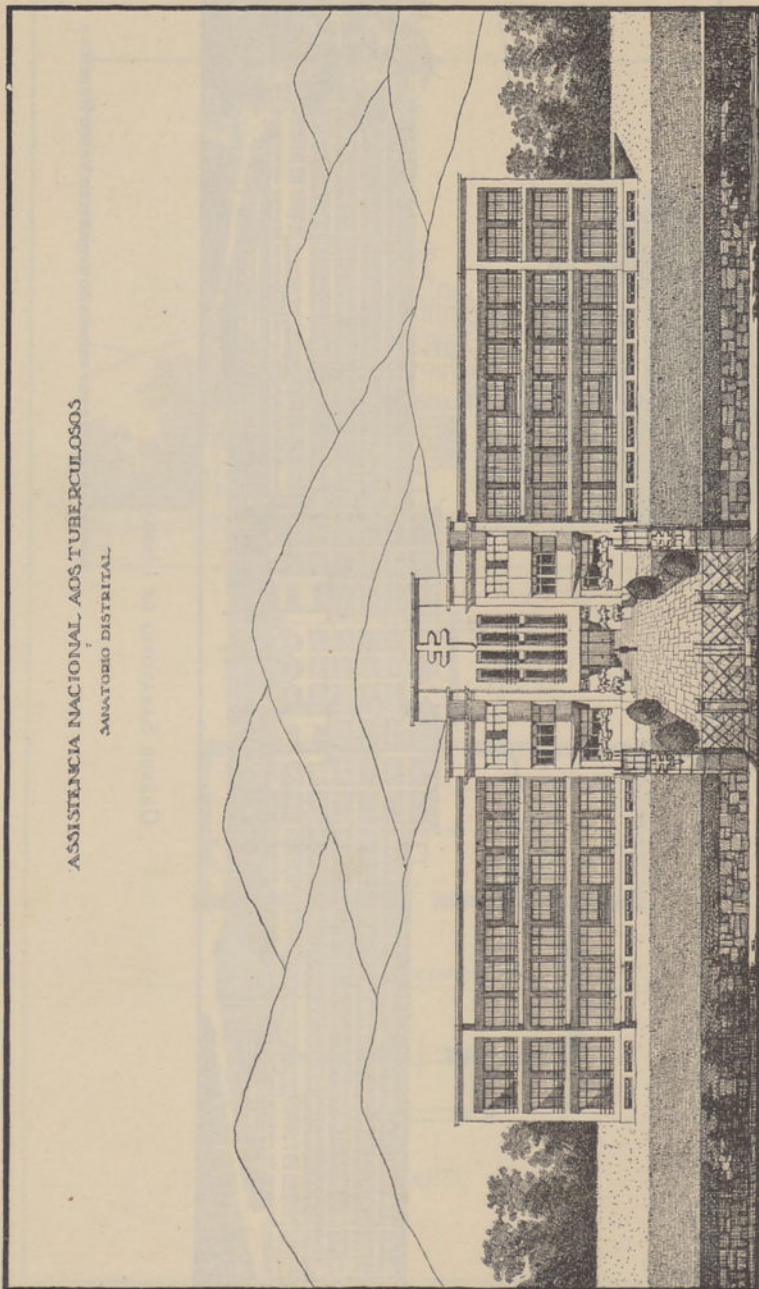
Dispensário concelhio





GRANDE SANATÓRIO DE LISBOA

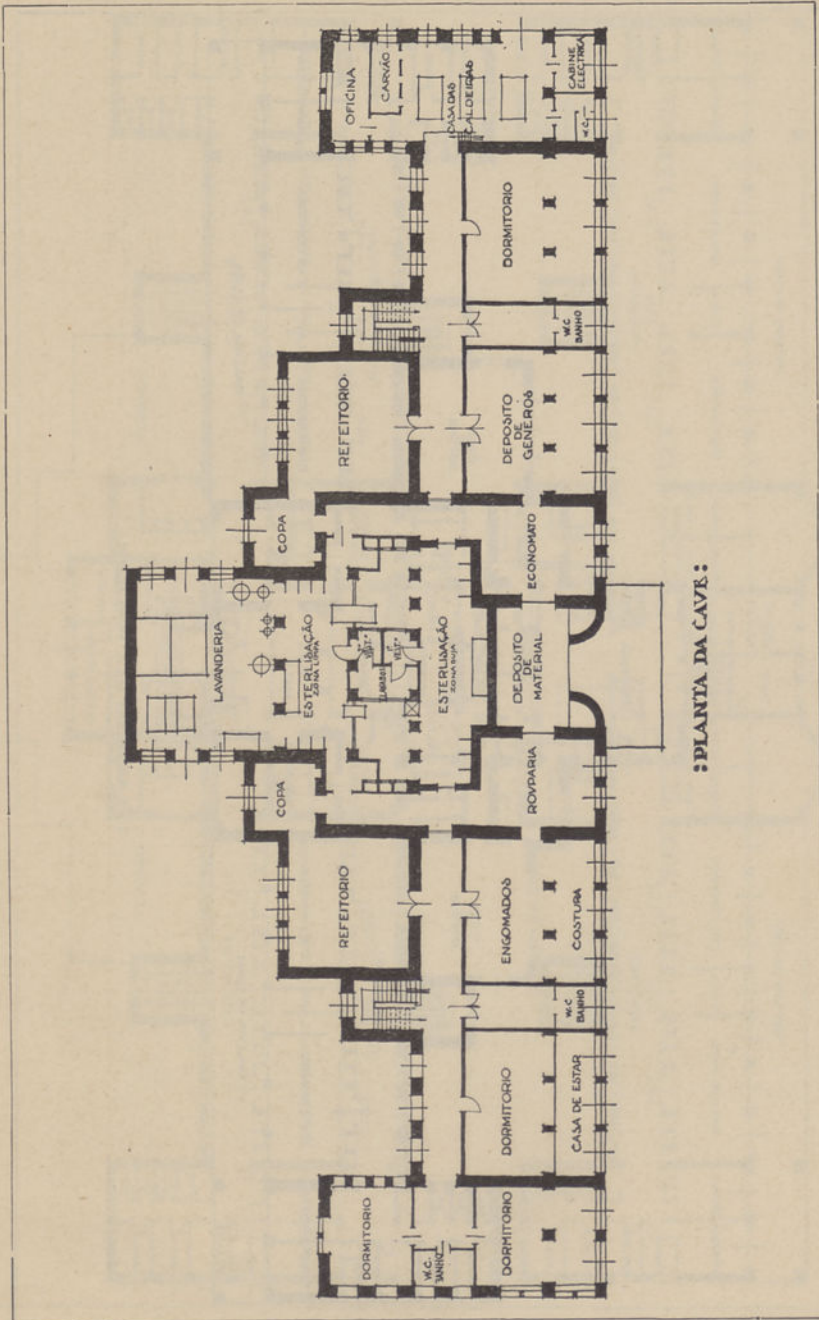
Projecto em estudo do architecto Vasco Regaleira

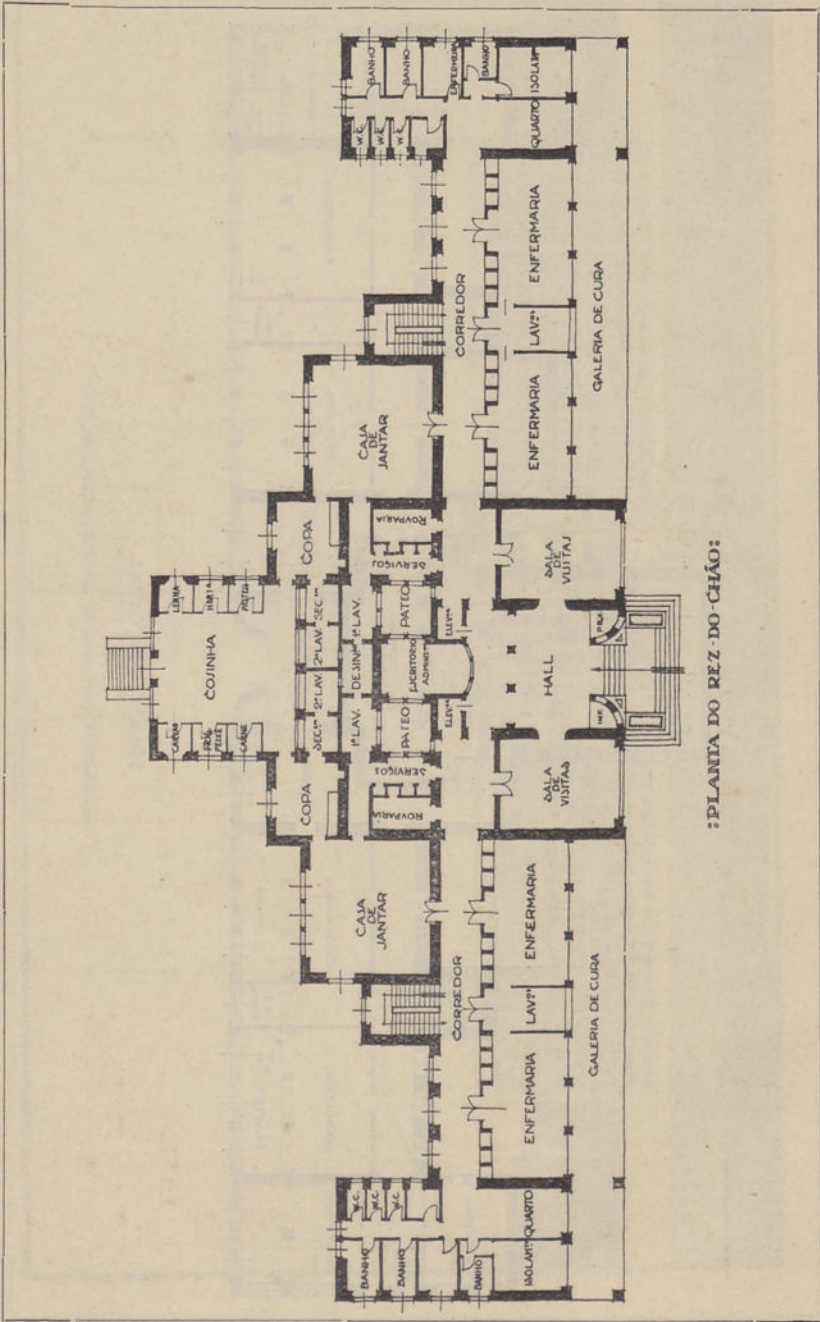


ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS  
SANATORIO DISTRITAL

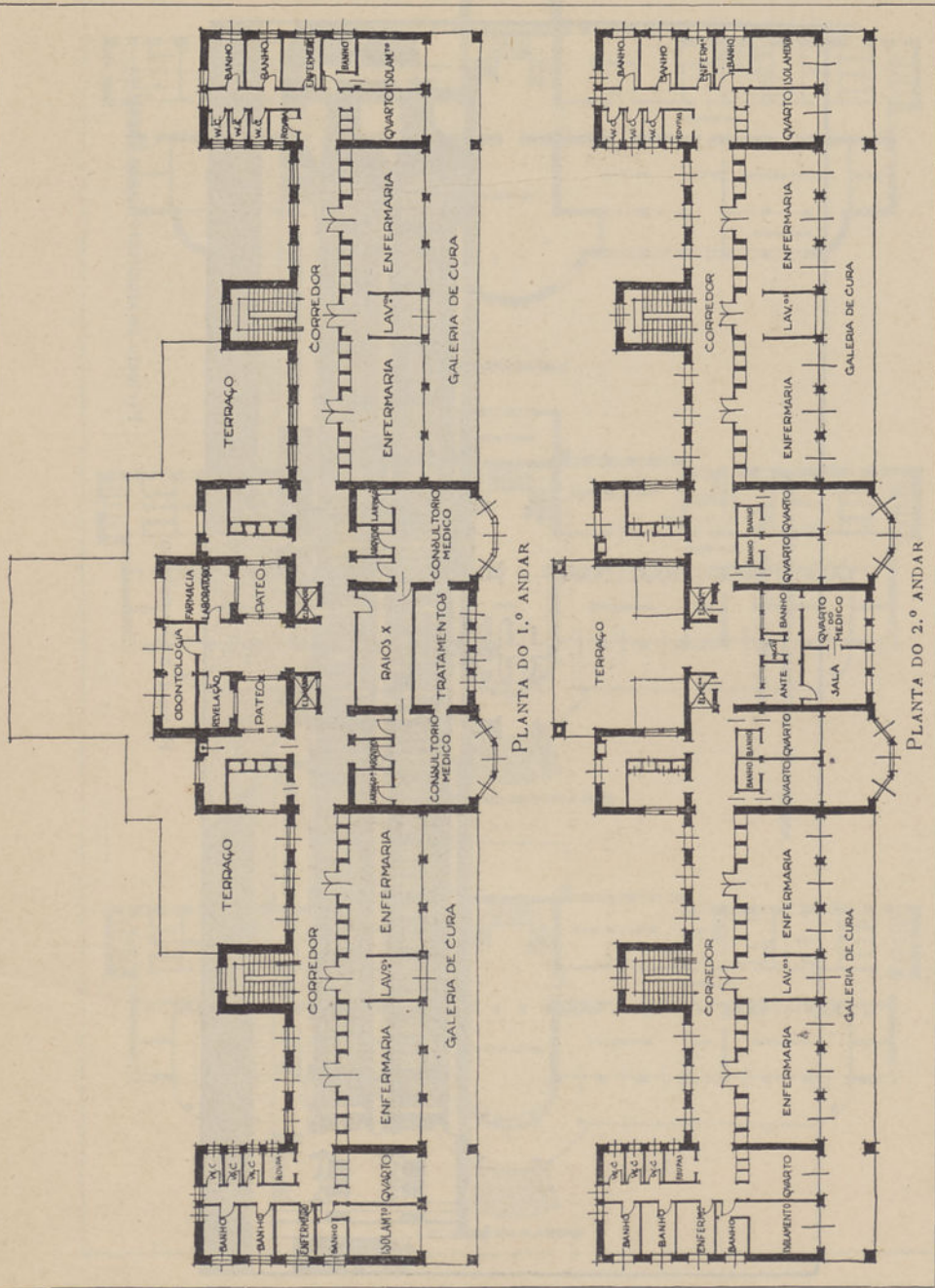
HOSPITAL-SANATÓRIO DISTRITAL

Projecto do architecto Vasco Regaleira

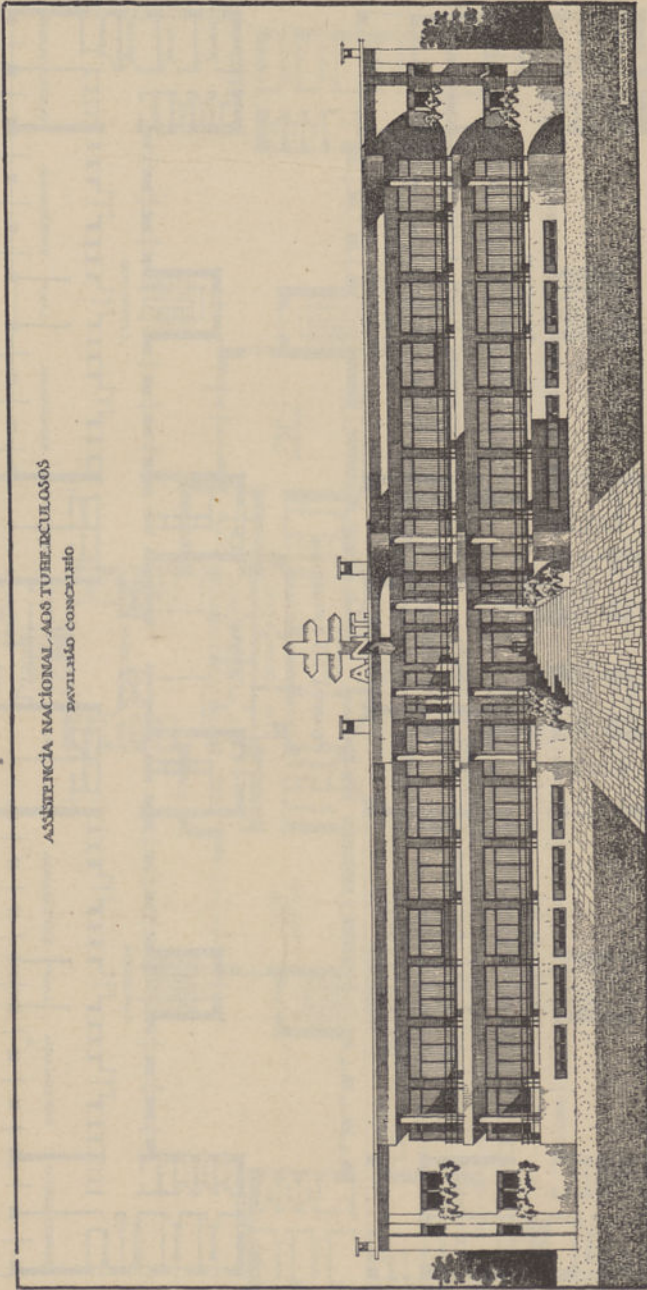




: PLANTA DO REZ-DO-CHÃO :

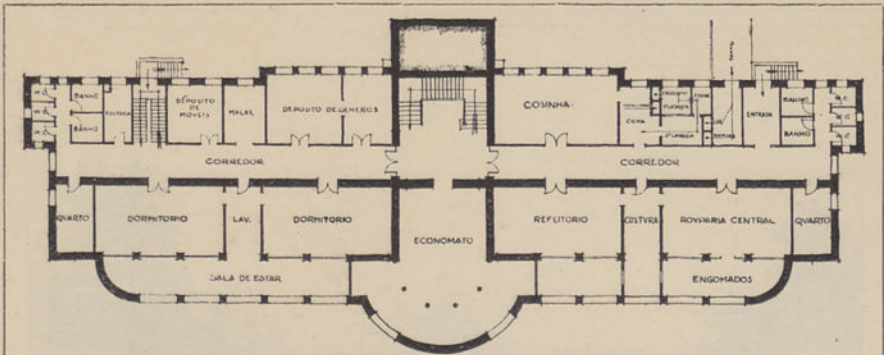


ASSÉNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS  
PAVILHÃO CONCELHO

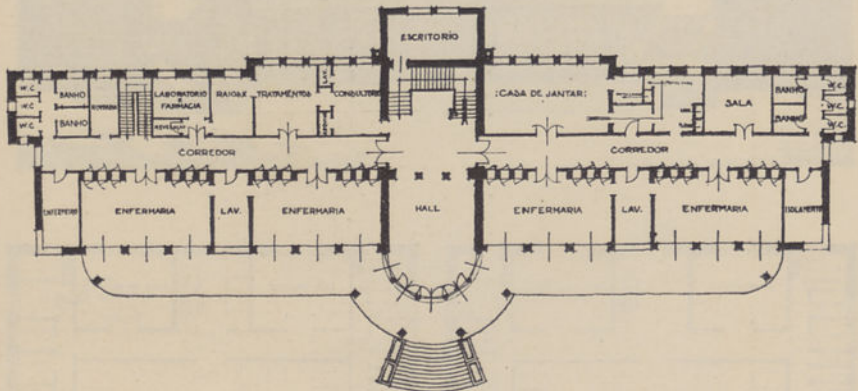


PAVILHÃO CONCELHO

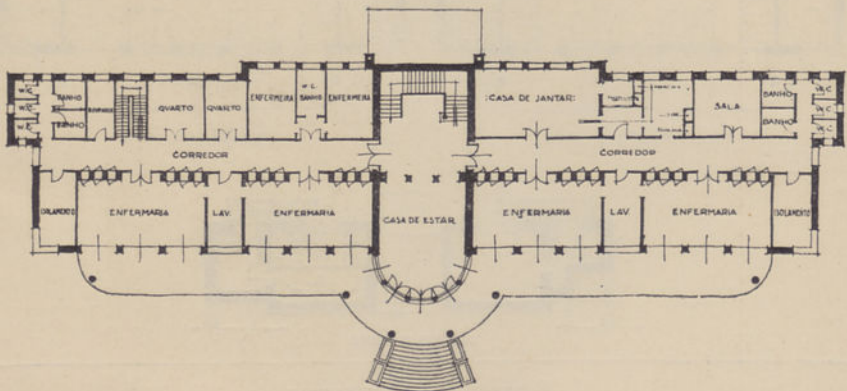
Projecto do architecto Vasco Regaleira



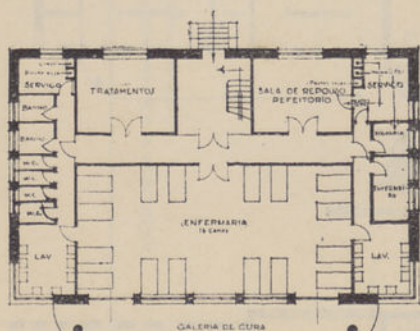
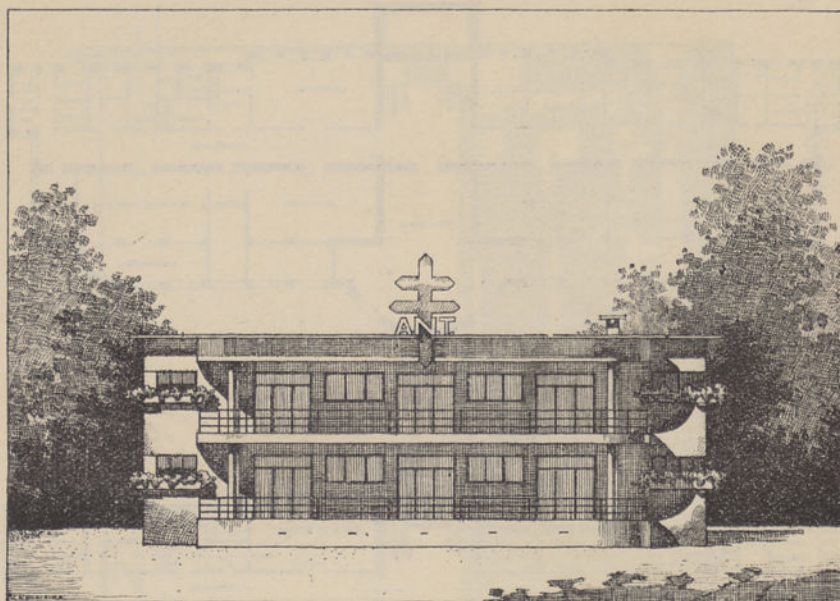
PLANTA DA CAVE



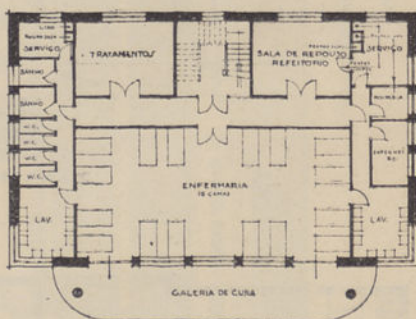
PLANTA DO REZ-DO-CHÃO



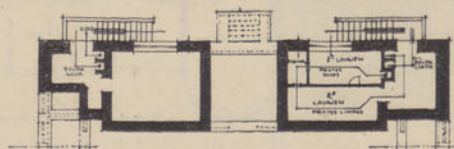
PLANTA DO 1º ANDAR



PLANTA DO REZ-DO-CHÃO



PLANTA DO 2º ANDAR



PLANTA DA CAVE

## ENFERMARIAS CONCELHIAS

Projecto do architecto Vasco Regaleira





