

EPIDEMIAS: PERSPECTIVA DE PORTUGAL COM PRINCIPAL ENFOQUE EM LISBOA E NA PESTE BRANCA (TUBERCULOSE)

Cecília Longo*

"... um terço da população mundial está infectada com a micobactéria que provoca a tuberculose (TB). Todos os anos, 9 milhões de pessoas adoecem e 1,7 milhões de pessoas morrem devido a esta doença. A TB afecta mulheres e homens durante a vida adulta e na fase em que são mais produtivos, destabilizando os esforços envidados tendo em vista a erradicação da pobreza e a promoção de um desenvolvimento equitativo..." "... algo tem de estar errado!..."(24)

Jorge Sampaio enviado especial das Nações Unidas(2009)

1. Resumo

As sociedades ao longo dos séculos têm sido atingidas por cataclismos e epidemias. Portugal e a sua capital Lisboa também não foi excepção, estas epidemias estavam associadas a outro flagelo o da fome e produzem sangrias demográficas, e demarcaram nas cidades o palco privilegiado para a encenação do seu espectáculo de horrores. Após uma curta perspectiva histórica da cidade de Lisboa faz-se análise de crises de sobre-mortalidade por epidemias, analisa-se a evolução mortalidade da tuberculose em Portugal desde o final do século XIX até 2008, e referenciam-se os dados de prevalência e incidência em 2008 em Portugal. Conclui-se que Portugal fez um longo caminho na luta antituberculosa, apesar dos progressos, os indicadores não permitem abrandar as medidas de combate à doença, dado que o nível endémico é ainda considerável, particularmente nos grandes meios urbanos. A tuberculose é ainda hoje uma emergência global, com 9 milhões de novos casos anuais no Mundo e 1,5 milhões de mortes, não



obstante estarmos perante uma doença tratável e curável com um custo de menos de 20 euros por doente.

2. ao longo dos séculos alguns apontamentos sobre Lisboa e as epidemias

Lisboa sempre foi um multifacetado espaço urbano caracterizado, pela pujança do tráfego humano, pela produção e circulação de ideias e mercadorias, espaço aberto por excelência um centro de atracção. Mas com uma contra-face, marcada pela errância e concentração de mendigos e vagabundos, feitos párias e lançados à marginalidade por subempregos, pobres esfomeados subnutridos, apinhados nas vielas sujas e tortuosas dos bairros populares; local de precaridade da vida (14, 27, 0) "Onde se nascia e morria muito depressa"(27) na época medieval.

O reino de Portugal, foi fustigado por epidemias recorrentes no fim da Idade Média (séculos XIV e XV). Oito moléstias eram consideradas contagiosas no período medieval: peste bubônica, tuberculose, epilepsia, sarna, erisipela, antraz, tracoma e lepra.

Assim, quando o Regimento proveitoso se refere às pestilências, pode estar sugerindo qualquer uma dessas doenças (27, 30).



Figura 1: Lisboa, vista em perspectiva. Gravura em cobre, meados do Séc. XVI (Pormenor) (in G. Braun - Civitates Orbis Terrarum., vol. V, 1593) (Fonte: Museu da Cidade).

O intenso deslocamento demográfico, as condições sanitárias deficientes e a baixa imunidade decorrente de algumas carências alimentares aprofundaram as consequências das epidemias em Portugal. Elas sangraram a tal ponto o tecido social que até a primeira metade do século XV a população portuguesa apresentou queda demográfica constante. Por esse motivo, os deputados das Cortes de 1433 (Leiria-Santarém) advertiram ao rei:

“Vossos regnos são muito despovorados por as pestelências contínuas que padecem” (25).

No mesmo ano da publicação do Regimento proveitoso (c. 1496), Portugal teria sofrido uma dessas pestes de acção bastante prolongada, presente cerca de dezessete anos, de 1480 a 1497 (27, 30). O que implicava que cada português quatrocentista assistiu em vida a duas ou mais epidemias, e, também, que o editor da obra decidiu publicá-la como meio de evitar a propagação das pestes². O abalo demográfico explica o grande interesse de médicos, curandeiros, boticários e até bruxos para descobrir precauções, remédios e ungüentos que protegessem a população da morte.

Com as pestes esboçam-se os princípios hipocráticos da higienização das cidades, mas sob a égide clerical a doença permaneceu durante séculos como um castigo divino, sendo considerado pecado, as medidas de saída dos locais da peste, atitude antagónica ao discurso médico já vigente nos séculos XIV/XV. Bem ilustrativo do castigo divino é o relato de Fernão Lopes acerca do cerco

a Lisboa em Maio de 1384, a cidade sofria de falta de mantimentos devido ao cerco imposto por D. João de Castela minando a sua capacidade de resistência, os lisboetas já sem esperança noutro recurso recorre ao divino:

“Prougue aaquell senhor que he Pri-mçipe das hostes, e vencedor das batalhas que nom ouvesse hi outra lide nem pelleja senom a Sua; e hordenou que o angio da morte estemdese mais a sua mão e percutidisse asperamente a multidom daquele poboo”.

Ainda segundo Fernão Lopes o fogo da peste ateou-se no arraial apenas dos castelhanos, realçando o carácter punitivo. Findo o cerco, o futuro D. João I foi elevado a rei bíblico e Lisboa a uma Jerusalém cercada e afligida, mas salva. (21, 19)

No regimento das Pestilências lado a lado com a confissão e o arrependimento dos pecados, o texto sugere que se mude de casa – daí a conhecida expressão “mudar de ares” (27, 30).

Entre um conceito de doença divino e o discurso médico, o poder régio deu ensejo a uma política legislativa de higienização urbana, pública e privada (19). As primeiras posturas camarárias, conhecidas em Portugal datam de fins do século XIV, no entanto a premissa orientadora de tal deliberação era a preocupação das autoridades com o aspecto da cidade. Em relação com Lisboa cerca de 52 posturas dão corpo ao 3º núcleo – urbanidade - que importam quer a limpeza quer à conservação quer à higiene pública (19). A maioria era referente à limpeza da cidade, ou melhor à sua falta, onde abundavam uma variedade de situações deposição de sujidades, de animais mortos, utilização de chafarizes como lavadouros, criação de animais em habitações e a sua presença na ruas (galinhas e porcos) e secagem de couros e salga de fumeiro de peixe (sardinhas), tudo isso era matéria de proibição a que se acrescenta amontoados de roupas, pedras e terra (19). Ao nível do saneamento básico poucas alterações houve na cidade, tendo apenas sido construídos, dois canos reais. Foi necessário esperar pelo início da construção do aqueduto das águas livres, em 1732, para que Lisboa passasse a dispor de uma rede (parcial) de abastecimento público de água potável e, depois do terramoto de 1755 e da reconstrução pombalina, uma rede (também parcial) de esgotos (14, 16, 29).



Figura 2: trajes médicos para visitar os pestíferos no séc. XVII

Medidas propostas tanto pelo poder central e pelos municípios como pelos próprios médicos que se interessaram pela higiene, sempre foram avulsas, inconsequentes e, em grande parte, ditadas pelo terror que inspiravam as cíclicas epidemias².

A estrutura de apoio assistencial à população era incipiente, apesar de existirem hospitais, (do qual em Lisboa o Hospital Real de Todos os Santos é um exemplo) e gafarias (16). A legislação de 1506 previa a construção de um tipo de estabelecimento para portadores de peste e outras doenças infecto-contagiosas (16). Os hospitais a partir do Século XVI são monumentais e urbanos, reflectindo as novas necessidades e problemas de saúde de uma população que tende a concentrar-se nas cidades com o declínio do feudalismo, o desenvolvimento do modo de produção artesanal, a expansão do comércio marítimo e a complexidade do tecido social (em particular, das camadas populares). Durante mais de 400 anos coube às misericórdias a sua administração (16). A arquitectura do hospital renascentista exprime a ideia de magnificência do príncipe e a ostentação da caridade (16,) foram aprovadas em cartas régias de 22 de Junho e 23 de Julho de 1520, (anexo4)(16). Portugal chegou ao fim do século XIX com uma estrutura assistencial popular incipiente e dependente de apoiosocial benemérito.

Lisboa ao longo dos séculos sempre foi uma cidade de migrações, com a revolução industrial mais gente ocorreu à cidade a maioria vinda de áreas agrícolas, viviam em pátios insalubres, superpovoados, sem saneamento e sem sol com ruas estreitas. Todos estes factores associados a subnutrição

e fadiga por longas horas de trabalho favoreciam o aparecimento de doenças (14, 22, 29). Segundo textos da época do final do século XIX a nível de saúde pública Lisboa continuava um desastre. Assim segundo Lúcio (1887)[22]:

“Os elementos perturbadores”..., “As lamas do inverno, as poeiras no verão, a deficiência da irrigação, os viciosos sistemas de esgoto e de revestimento de grande parte da via pública, pelo macadam e pela calçada, a insuficiência do pessoal de limpeza, os defeituosos meios de transporte dos resíduos domésticos e dos detritos orgânicos, para longe da população, eis os factores que todos os dias se actuam sobre a vida de centenas de milhares de indivíduos. A sua resultante é fácil de prever.” “O cheiro urbano, que é conhecido da maior parte da gente, que tem susceptibilidade olfativa, é a expressão incisiva do estado funcional d’aquelles elementos, em plena liberdade de acção, que é forçoso corrigir”. “Bacia das sargentas. A renovação da água e mesmo a lavagem é geralmente mal feita e em grande número de ruas nem uma, nem outra cousa, em largo espaço de tempo. Entre as causas da insalubridade que apontamos algumas há, que sa susceptíveis de pronto remédio. E quando se pretende elevar Lisboa à categoria de cidade de primeira ordem, como capital de um reino, não há o direito de levantar objecção possível, contra as exigências da hygiene urbana – a falta de recursos. Reformar a cidade no sentido hygiénico, como é mister que seja, já hoje não é uma questão de lei, sim, uma questão de orçamento, e de administração municipal.” (22).

As preocupações dos autarcas também estão expressas na Proposta Do Conselho De Saude E Hygiene Municipal em sessão de 17 de Fevereiro de 1887 (8):

“ O Conselho Geral De Saude E Higiene, em virtude das atribuições que lhe confere a lei de 18 de Julho de 1885, vem muito respectosamente propor à Exma Camara Municipal a adopção de medida, que tem por fim melhorar o estado sanitário das classes menos abastadas deste municipio. Luis F. de Freitas Costa, em nome do conselho do segundo bairro, apresentou em sessão de 8 de Junho

de 1886 uma proposta para que fossem instituídas casas de banhos - proposta teve aprovação unânime”

Esta forte e acelerada concentração demográfica ao arripio de estratégias planificadas de ocupação de espaço, a incapacidade “financeira” das autarquias (pese embora a legislação e a acção da Rainha D. Amélia) não foi sinónimo de consolidação de qualidade de vida. A reforma de 1911 cria a Faculdade de Medicina de Lisboa, surge a Morgue (Instituto de Medicina Legal, 1918) houve aumento da rede de esgotos e de distribuição de água, a electrificação da cidade, a pavimentação dos arruamentos que continuava a não corresponder à aceleração da concentração demográfica que a cidade registava (14, 29). No século XVIII o Marquês de Pombal e no século XX Duarte Pacheco foram provavelmente os únicos estrategas de Lisboa, mas a nossa capital continua a necessitar de reorganização.

3- EPIDEMIAS : mortalidade ao longo do séculos

Em Lisboa as crises de sobremortalidade (figura 3) foram constantes ao longo dos séculos (séc.), tal como nas outras cidades europeias.

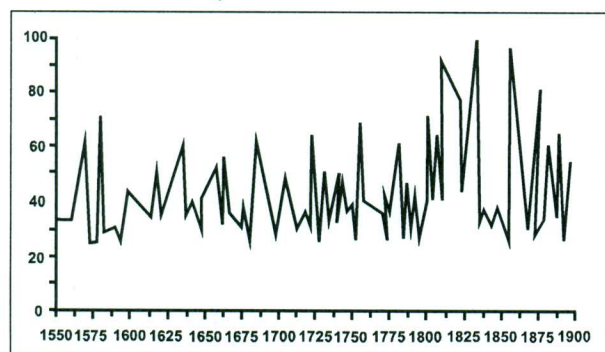


Figura 3: Crises de mortalidade em Lisboa (1550-1900)
retirado de Rodrigues T. 1995 (26)

Anos de sobremortalidade (SM) são mais frequentes nos locais de maior insalubridade seja por diminuição da quantidade da água (verão) quer pela sua qualidade (dejectos no rio Tejo) e são agravadas por fortes densidades populacionais (áreas com instituições hospitalares, militares, creches, conventos e pátios alfacinhas). A mortalidade extraordinária é menor nas áreas “nobres” (freguesias entre a Sé o Castelo e a Baixa) e freguesias do termo (26).

Outros factores que acentuam estas crises são a fome e a instabilidade política e os fenómenos migratórios. Ao analisar-se estes fenómenos assiste-se na 2ª metade do séc. XVI a 18 anos de SM, 30 anos de SM no séc.

XVII, 41 anos no séc. XVIII e 37 anos no séc. XIX (24).

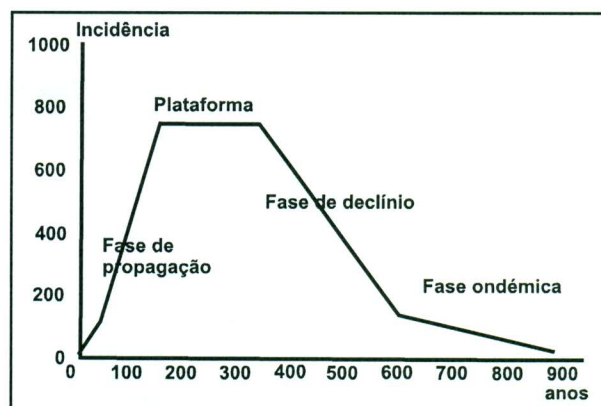


Figura 4: Curva secular das epidemias

A compreensão das epidemias (figura 4) passa pelo conhecimento de como se propaga na comunidade (7). A disseminação da tuberculose numa comunidade pode representar-se com uma curva semelhante à que se observa em relação com outras doenças infecciosas de curta duração, como a febre tifoide e o sarampo, são introduzidas numa comunidade susceptível. (7, 28). Os índices de morbilidade podem representar-se por uma curva, a “curva secular da Tuberculose” (figura 5), que difere das restantes doenças pela duração de cada fase, que é medida em décadas e não em semanas, sendo necessário 300 anos para se completar cada área da curva numa determinada área geográfica.

A duração da curva epidémica da TB é devida ao longo período de incubação da doença, à possibilidade do bacilo de Koch se manter em estado de lactência nos tecidos por longos períodos e ainda pela cronicidade da doença que permite que os doentes a possam transmitir durante um longo período de tempo.

A curva secular da tuberculose /epidemias (figura 4) apresenta uma primeira fase rapidamente ascendente –fase de propagação-, uma segunda fase em planalto, uma terceira fase descendente mais gradual –fase de declínio – e uma fase endémica. A forma da curva explica-se pela selecção natural de indivíduos susceptíveis.

Grigg (18) imaginou um modelo com uma comunidade com grau estável de urbanização, cuja população estaria completamente isolada do mundo e descreveu 3 curvas separadas representando a mortalidade, a morbilidade e os contactos, se surgisse uma epidemia de tuberculose no momento zero.

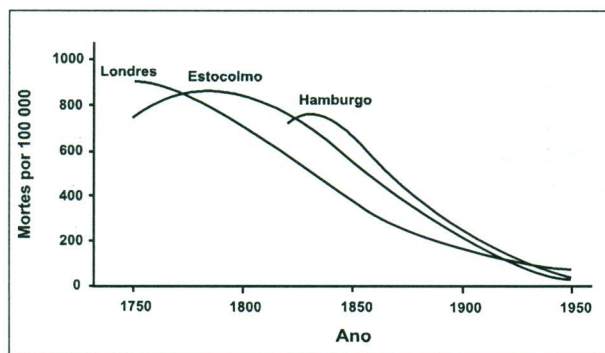


Figura 5: gráfico hipotético da epidemia da Tuberculose

Quando o *mycobacterium tuberculosis* é introduzido numa comunidade pela primeira vez, e se existirem condições favoráveis à sua transmissão, a infecção propaga-se e quase todos os indivíduos se infectam (curva de contactos), apenas uma parte destas adoecem (curva de morbilidade) e destas só uma fracção vem a morrer (curva de mortalidade). O pico da mortalidade (ponto crítico biológico) em primeiro lugar, seguido pelo pico da morbilidade (ponto crítico epidemiológico ou económico) e finalmente o pico dos contactos (ponto crítico sanitário).

A epidemia começa a declinar quando, em média, cada caso com baciloscopias positivas não origina pelo menos um caso infeccioso. Há variações na resistência natural à doença e à medida que a doença vai eliminando os indivíduos susceptíveis, os sobreviventes da epidemia são relativamente resistentes. Assim desaparece a epidemia e a doença assume um carácter endémico.

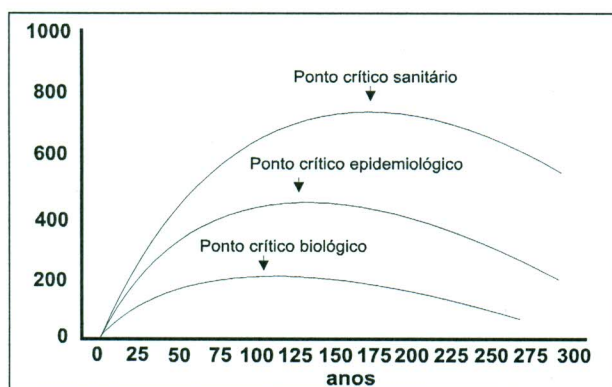


Figura 6: Mortalidade em Londres, Estocolmo e Hamburgo, modelada a partir dos dados disponíveis (reprodução inicial da American Thoracic Society/Lung Association) extraída de Reider, 2001 (23)

A presente epidemia começou no Reino Unido no século XVI, atingindo aí o seu pico em 1750 (figura 6), estendendo-se à Europa Ocidental e atingindo o seu máximo em 1800. Daqui estendeu-se à Europa Oriental, América do Sul e do Norte, onde atingiu o seu cume em 1890. Presentemente a epidemia continua e o seu

último pico ocorreu na Ásia e na África, onde em muitas áreas se mantêm altos índices de morbilidade, enquanto que noutras áreas como os Estados Unidos e na Holanda atingiu a fase endémica (7).

Os dados portugueses com referência à tuberculose (TB) em Portugal até ao século XIX são inconsistentes, apesar de ao longo dos séculos haver relatos de médicos sobre a doença, tendo em conta, comportamento das epidemias ao longo dos séculos por vezes separados de alguns anos todos os países e tendo em conta as condições de salubridade e sócio económicas nacionais o mais provável é ter seguido as mesmas tendências das outras cidades (figura 6). Em Portugal os dados mais antigos que consegui obter remontam ao século XIX, assim se nos reportarmos a relatos Sousa Martins (12) considerava que por ano morriam 20.000 portugueses com TB, já Ricardo Jorge referia 10000 mortos anuais (quadro 1), segundo Cid (12) existiriam em Portugal 160000 doentes com TB. D António de Lencastre referia que em cada ano haveria cerca de 50000 portugueses ricos com TB dos quais morriam 5 a 6000. Enquanto nos bairros pobres segundo Dr. António Azeredo em Lisboa chegava a 85 óbitos/10000 habitantes. (figura 7) (12)

1881-1885	61,4
1886-1890	53,6
1891-1900	51,9
1806-1900	41,9

Quadro 1: Mortalidade em Lisboa de 1881 a 1900 por 10.000 habitantes dados coligidos por Ricardo Jorge in CID, 1910 (extraído de 12)

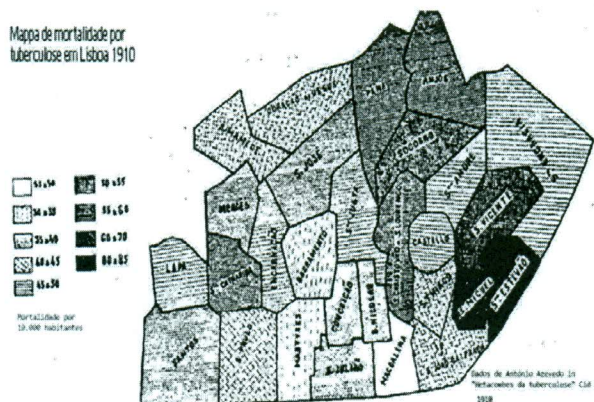


Figura 7: mapa de mortalidade no distrito de Lisboa e suas freguesias (extraído de 12)

Com o aparecimento dos doentes HIV positivos/SIDA a tendência deixa de ser decrescente passando a ter um padrão constante com um valor médio de 529 óbitos a nível nacional e um desvio padrão relativamente baixo quando comparado com valores obtidos em períodos anteriores (15).

Em 2008 a taxa de mortalidade por tuberculose, que está muitas vezes associada a outras patologias, situa-se nos 1,4 por cem mil habitantes, tendo descido para metade na última década (3)

4. Tuberculose em Portugal Dados recentes

O conhecimento dos dados epidemiológicos duma comunidade é essencial ao planeamento dos programas de luta antituberculosa e também para a avaliação da sua eficácia para o que existem vários parâmetros de avaliação da situação epidemiológica (em Portugal a TB é uma doença de notificação obrigatória).

A estratégia de luta contra a Tuberculose assenta em 4 vertentes fundamentais – detecção, cura, vacinação e tratamento da TB latente, tendo como primado a obtenção da cura dos casos infecciosos (7, 24, 25, 28)

Segundo os dados constantes no relatório "PORTUGAL - Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números 2014- Direcção Geral de Saúde Lisboa Dezembro de 2014:

"Em 2013 foram notificados 2393 casos de tuberculose, dos quais 2195 eram casos novos, correspondendo a uma taxa de notificação de 22,9/100.000 habitantes e a uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes (população residente em 2013 de 10427301, de acordo com os dados do INE). Ao longo dos últimos anos tem vindo a assistir-se ao desaparecimento das regiões de alta incidência (= 50 casos/100 000 habitantes). Atualmente, não existe nenhum distrito com alta incidência de tuberculose (Figura 30). Contudo, os distritos do Porto, Lisboa e Setúbal apresentam ainda, uma incidência intermédia de tuberculose (>20 casos/100.000 e <50 casos/100.000 habitantes).

Em 2013, os retratamentos corresponderam a 8,3% dos casos notificados (198 dos 2393 casos notificados). A distribuição por sexo mostra que 64% dos casos de TB são do sexo masculino. A idade média dos doentes é de 48 anos, sendo o grupo etário dos 35 aos 44 anos o mais representado (21% dos doentes).

Em 2013, 17% dos casos de tuberculose ocorreu em doentes nascidos fora do país. Na sua grande maioria (82,7% dos casos) ocorreram após a permanência em Portugal por um período superior a 2 anos.

Estimou-se a taxa de incidência de TB na população estrangeira em 2013 - 100,2/100.000 habitantes (4,7 vezes superior à incidência nacional).

Em 2013, 62 casos de tuberculose ocorreram em população reclusa (2,6% do total de casos).

A principal localização da tuberculose foi pulmonar (70,5%).

Dos 1389 casos com confirmação cultural, 1037 (74,7%) apresentavam resultados de teste de susceptibilidade aos antibióticos de 1ª linha. Ocorreu resistência à isoniazida em 7% dos casos de tuberculose com teste de susceptibilidade conhecido. Em 2013 ocorreram 17 casos de tuberculose multirresistente (TBMR), representando 1,6% dos casos testados e 0,7% do total de casos de tuberculose notificados.

Dos 1114 casos com tuberculose confirmada e tratamento terminado, 931 tiveram sucesso terapêutico (taxa de sucesso de 83,6%), 32 interromperam o tratamento (2,9%) e 113 faleceram no decorrer do tratamento para tuberculose (10,1%)."

5. Conclusão

A população de Portugal ao longo do século e em particular a de Lisboa foi fustigada por epidemias que condicionaram uma elevada mortalidade. Para o que contribuiu Lisboa ser um espaço urbano multifacetado e cosmopolita com grandes fluxos de migrações internas e externas, com grandes assimetrias sociais e que ao longo dos séculos passou por cataclismos naturais, por guerras, por crises políticas e económicas e que até ao século XX tinha deficientes condições de higiene sanitárias. As crises de sobremortalidades foram constantes ao longo dos séculos, tal como nas outras capitais europeias.

A tuberculose é ainda hoje uma emergência global, com 9 milhões de novos casos anuais no Mundo e 1,5 milhões de mortes, não obstante estarmos perante uma doença tratável e curável com um custo de menos de 20 euros por doente.

Analisando a epidemia da tuberculose desde o fim do século XIX até à data presente, concluímos que onde Portugal fez um longo caminho na luta antituberculosa, de um país com alta taxa de morta-

lidade e de incidência da doença (no início do século XX, colocado em 2º lugar), apesar dos progressos, os indicadores não permitem abrandar as medidas de combate à doença, dado que o nível endémico é ainda considerável, particularmente nos grandes meios urbanos. Provavelmente não bastará manter o actual nível de intervenção para sustentar as correntes taxas de cura e detecção. Será preciso intensificar a Luta contra a TB. Para manter os ganhos obtidos, mantendo a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course). A intensificação da luta passa, inevitavelmente, por áreas prioritárias de intervenção:

1. Progredir no campo do diagnóstico precoce das fontes de infecção, precisamente o principal alvo que temos de atingir para cortar a corrente de transmissão da doença, prioridade máxima da luta contra a TB.
2. Intervir com acções de educação para a saúde das populações, para incentivar a procura precoce de cuidados de saúde.
3. Melhorar o rastreio de infecção VIH nos doentes com TB cuja meta ainda não alcançamos.
4. Intensificar a informação e formação profissional, nomeada e prioritariamente através de divulgação de normas técnicas.
5. Melhorar as instalações hospitalares.
6. Implementação investigação em novas formas terapêuticas
7. Intervenção em grupos alvo

Notas

1 **PESTE**, do latim *pestis*, "doença contagiosa, particularmente doença pestilencial, peste, epidemia". Mas também, desde a época clássica, palavra empregue metaforicamente com o significado de "flagelo, ruína, infelicidade, destruição, morte".

2 **EPIDEMIA**, do grego, *epi - dêmos = sobre - povo*, alguma coisa que se dá sobre o povo, alguma coisa que ocorre num determinado lugar, alguma coisa que circula entre o povo de um lugar, de uma determinada região ou país. Nos textos latinos, surge no século XII como uma forma erudita de designação de *pestis*.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, António Ramalho "Contos de Sanatório ou Hominis Sanatorialis" ed Bial 2003, dep legal: 201757/03
- ALMEIDA, António Ramalho de "O Porto e a tuberculose História de 100 anos de luta", Ed. Fronteira do Caos, 2006 ISBN 078-989-8070-03-6
- ANTUNES, Fonseca "Programa Nacional de Luta contra a tuberculose (PNT), Março de 2009 www.dgs.pt
- ANTUNES, Maria de Lurdes "Estudo divulgado pela Direcção Geral de Saúde" Notícias Médicas, 2190: 4-5, 1994
- ARAÚJO, A. Teles de "A Sociedade Civil na luta contra a tuberculose em Portugal; da Associação Nacional de Tuberculose (ANT) à Associação Nacional da Tuberculose e Doenças Respiratórias (ANTDR), confe-

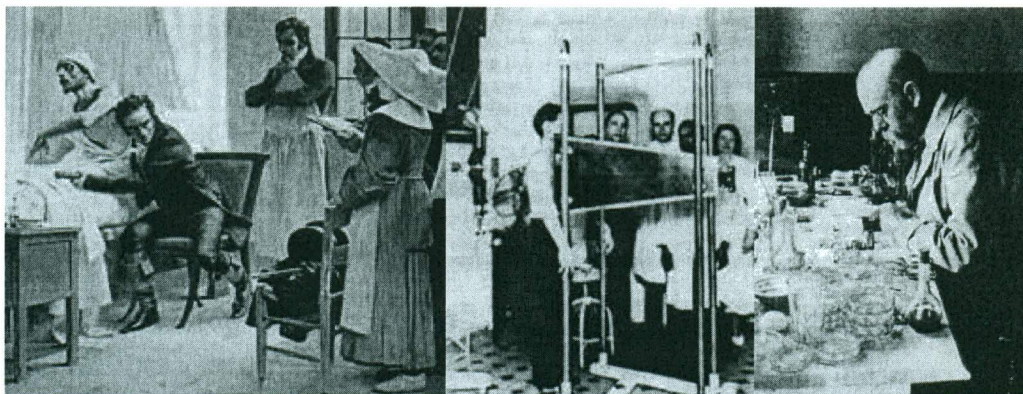
rência na Sessão de História da Sociedade de Geografia- Abril de 2009

- ARAÚJO, A. Teles de; Pina, Jaime; Freitas, Maria da Graça "História da Pneumologia Portuguesa, Ed. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Lisboa, 1994
- ÁVILA, Ramiro "Tuberculose, aspectos actuais" departamento de Pneumologia, Hospital de pulido Valente, facultadedeCiencias Médicas da Universidade Nova de Lisboa ed. Boeringher Ingeheim, 1992
- BANHOS Públicos, nº 6, Junho, 1887, p. 17-18
- BARBOSA, Maria Hermínia Vieira; Godinho, Anabela de Deus - "Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX". Guimarães: NEPS, D.L. 2001. (Monografias; 10). ISBN 972-95433-1-3.
- CARVALHO, Lopo 2 A luta contra a tuberculose em Portugal. Lisboa Médica, vol XI, Dezembro 1934
- CARVALHO, Torres de "Lutas contra a Tuberculose" O Notícias Ilustrado, Lisboa, Ano 4, semestre 2, nº 185, de 27/12/1931, páginas 20-21
- CID, Jorge Hecatombes da Tuberculose, Ilustração Portuguesa, semestre 2, vol. 10, nº 236, de 29/8/1910, páginas 257-264
- COSTA, Dina Czeresnia "Comentários sobre a tendência secular da tuberculose" Cadernos de Saúde Pública, RJ, \$ (4): 398-406, out/dez, 1988
- DEJANIRAH Couto "História de Lisboa, Gotica, 2006, ISBN 972-792-046-2
- GONÇALVES, José Henrique Dias "A tuberculose: concepção de um modelo econométrico para a taxa bruta de mortalidade" Revista de Estudos Demográficos, nº 36:111-126, 2004.
- GRAÇA, L. - História das Misericórdias Portuguesas. Parte I, 2002 <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos58.html> (acesso em 22 janeiro 2010)
- GRAÇA, L. - Saúde e Terror no Antigo Regime, 2000 <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos33.html> (acesso em 22 janeiro 2010)
- GRIGG, E.R.N. "the arcana of tuberculosis with a brief epidemiologic history of the disease" USA part I e II. Am. Ver. Tuberc. 79:151; 1958
- HOMEM, Armando Luis de Carvalho; Homem, Maria Isabel N. Miguéns de Carvalho "Lei e poder concelhio: as posturas. O exemplo de Lisboa (sécs XIV-XV) (primeira abordagem)" Rev. Fac Letras História, Porto, III Série, vol.7, 2006: 35-50 <http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones.htm#18>
- LIGA Nacional contra a Tuberculose" Nº 50, 10 Dezembro, p. 432-4323, 1899
- LOPES, Fernão "Chronica de El-Rei D. João I" - Lisboa: Escriptorio, 1897-1898. - 7 v. ; 20 cm. - (Bibliotheca de clássicos portugueses) http://purl.pt/416http://purl.pt/416/3/hg-17355-p_vol1/hg-17355-p_vol1_item3/hg-17355-p_vol1_PDF/hg-17355-p_vol1_PDF_24-C-Roo75/hg-17355-p_0000_capa1-capaz_t24-C-Roo75.pdf (acesso a 11 fevereiro 2010)
- LUCIO, Agostinho, "Hygiene Via Publica", Nº1, Janeiro, 1887, p. 13-16
- PINA, Jaime "A tuberculose na viragem do milénio", Lidel- ed técnicas, Lda, 2000
- RELATÓRIO do Observatório Nacional Das Doenças Respiratórias 2009 Saúde respiratória uma responsabilidade global (conclusões) http://www.ondr.org/relatorios_ondr.html acesso 25 de fevereiro 2010
- RIEDER, Hans L" Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose/ Hans L. Reider; trad José Miguel Carvalho-Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001, pg 168-Titulo original: Epidemiologic basis of tuberculosis control (first edition 1999) ISBN 972-675-085-7
- RODRIGUES, Teresa "Crises de mortalidade em Lisboa, séculos XVI e XVII, livros Horizonte, 1990
- ROQUE, Mário da Costa "As pestes medievais europeias eo "Regimento proveitoso contra há pestenença", Paris, Fundação Calouste Gulbenkian, 1979, pg 169
- SAMPAIO, Jorge "Stop à Tuberculose" palavras de abertura, encontro Internacional assinalar o Dia Mundial Da Tuberculose, Lisboa, 19 Março 2009
- SILVA, António José Costa; Diniz, José L. "Lisboa Ambientes" Camara Municipal de Lisboa, pg 74-80, 1994
- SOUSA, Jorge Prata de; Costa, Ricardo da. Regimento proveitoso contra a pestilência (c. 1496): uma apresentação. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos [periódico na Internet]. 2005 Dez [acesso 20 Feb 2010];12(3): 841-851. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000300015&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-59702005000300015.
- STEAD, w.w.; BATES, J.H. " epidemiology and prevention of tuberculosis. In pulmonary diseases and disorders.22 Alfred O. Fishman. Mac Graw- Hill Company, New York, 1988
- WORLD Health Organization Report 2009 -Global tuberculosis control http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/key_points_en.pdf (acesso 20 de fevereiro 2010)
- 33. Portugal – Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014 ISSN: 2183-0754. Direcção-Geral da Saúde A. Diniz, R. Duarte, Dezembro 2014

ANEXOS

ANEXO I

IMAGENS DA HISTÓRIA DA TUBERCULOSE



À esquerda Leannac a auscultar (inventor do estetoscópio) um tuberculoso; à direita Robert Koch a observar o bacilo com o seu nome ao microscópio; ao centro aparelho de radiologia-radioscopia-, (O diagnóstico ainda hoje é baseado na observação clínica, na radiológica e na confirmação microbiológica)



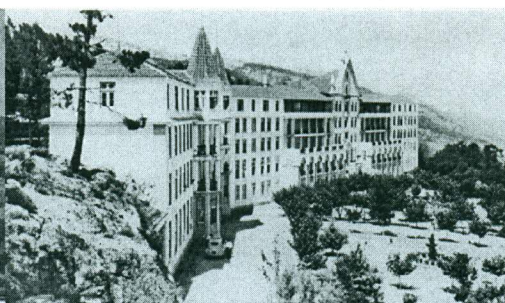
Rainha D. Amélia a grande iniciadora e patrona da luta anti tuberculosa em Portugal



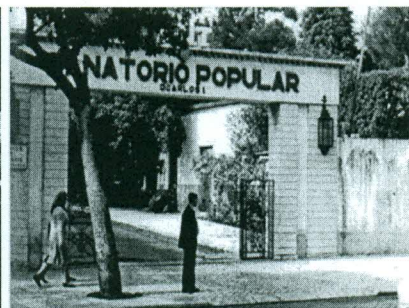
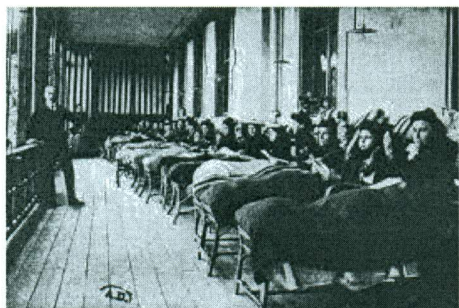
Sousa Martins o médico e professor (que dedicou a sua vida ao tratamento de doentes com tuberculose) feito Santo Milagreiro. Que fez parte do grupo de visita à serra da estrela e implantado o posto meteorológico, importante também no aconselhamento à Rainha D. Amélia para o tratamento sanatorial. A imagem de baixo a sua estátua no campo dos mártires da Pátria tendo por fundo a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.



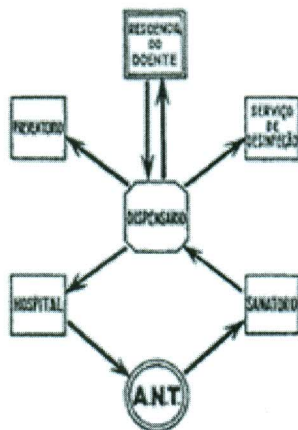
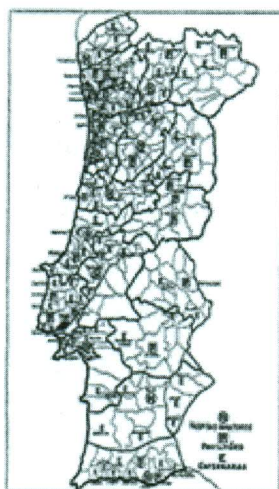
VIA ORO SOUZA MARTINS FOTOGRAFIA Nº 1 - VITÓRIA (ESPIRA) OVARDA (PONTA)



COVILHÃ - Serra da Estrêla - Sanatório de A. N. T. - 1.200 mt



O corpo da luta antituberculosa: Sanatórios, preventórios e os dispensários. Selo de solidariedade para angariação de fundos (ainda hoje é emitido)



Rede de referência da tuberculose no tempo de Lopo de Carvalho (1934)

Tuberculose Super, câncer, saramão, albiru...
HISTOGENOL NALINE com selo VITERI
 Este é o melhor medicamento...
 HISTOGENOL NALINE com selo VITERI
 Este é o melhor medicamento...
 HISTOGENOL NALINE com selo VITERI
 Este é o melhor medicamento...



A TUBERCULOSE é curável
 Se a tuberculose pode ser curada...
 VÁ COM URGÊNCIA AO POSTO

Tratamento da tuberculose: é com o aparecimento da estreptomicina em 1944 que se iniciou uma nova era no combate à tuberculose

A Associação Nacional De Tuberculose e doenças respiratórias continua o seu papel em conjunto com a Direcção Geral De Saúde na luta antituberculosa, com a Sida em jogo também a Abraço também terá um papel



Programa Stop TB das Nações Unidas: Embaixador Luís Figo, «Luís Figo e a taça mundial contra a tuberculose», banda desenhada que coloca frente-a-frente a equipa liderada por Luís Figo - equipa mundial contra a tuberculose - e a equipa do bacilo da tuberculose, deste modo transmite mensagens sobre a necessidade e importância de crianças e jovens prevenirem a tuberculose. Ao longo da história de banda desenhada Luís Figo, o capitão dá dicas e conselhos sobre a prevenção da tuberculose.

ANEXO II

MARCOS HISTÓRICOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

- 1816-Laennec médico inventa o estetoscópio
- 1881-Expedição Serra Estrela –posto meteorológico- posterior implantação de sanatório
- 1895 - Röntgen físico, inventa raios X
- 1882- Robert Koch identifica o bacilo da tuberculose (mycobacterium tuberculosis)
- 1889- criação Liga Nacional contra a Tuberculose
- 1901-1º dispensário Lisboa-rua do Alecrim
- 1907- Inaugurado Sanatório Sousa Martins (Guarda)
- 1911-decreto Assistencia Nacional Tuberculose
- 1921- BCG (bacilo Calmette Guerin) vacina
- 1936-1944- Sanatório dos Ferroviarios(1953 aberto a todos os casos de TB)
- 1944 -Waksman descobre eficácia estreptomomicina (inicio da terapeutica específica antibacilar)
- 1946- PAS
- 1951 e 52 - Isoniazida e pirazinamida
- 1960 - Capreomicina e etambutol
- 1964- Rifampicina
- 1975-Dec Lei 260/75 Luta contra a TB-integra ANT no Serviço de Luta Contra TB (SLAT) DGS

ANEXO III

PORTUGUESES ILUSTRES E A TUBERCULOSE

A tuberculose ceifou e ceifa muitas vidas eis alguns portugueses conhecidos: Rei D. Pedro IV 1834, sua filha D. Amélia, Casimiro Abreu 1857, Alexandre Castilho 1860, Júlio Dinis 1861, José Alencar 1875, Cesario verde 1886, António Nobre 1893, Oliveira Matos 1894, Sousa Martins 1897, Jacinta Marto (3 pastorinhos) 1920, Sebastião Gama 1924. Soeiro Pereira Gomes 1949.

O medo da tuberculose foi e ainda é grande para isso contribuiu a existência de mortos em muitas famílias, cito alguns conhecidos, Fernando Pessoa –pai e irmão, Helena Vieira da Silva o pai, Cesário Verde uma irmã, Almeida Garret 2 irmãos.

Figuras portuguesas conhecidas da época dos antibacilares: Oliveira Salazar, Carlos do Carmo (cura).

ANEXO IV

ALGUNS DOS PRINCIPAIS DIPLOMAS CONHECIDOS NO DOMÍNIO NA SAÚDE PÚBLICA (PORTUGAL, SÉCULOS XVI-XVIII)

Diploma legal	Ano	Dia/Mês	Título/Natureza das medidas
Alvará	1506	27/9	Nomeia o desembargador Pedro Vaz para provedor-mor da saúde. Previstas violentas medidas repressivas contra os empestados que se acolham a Lisboa e contra quem os trouxer ou enviar para Lisboa. Pena: açoites em público e degredo de sete anos na ilha de S.Tomé (se forem peões); ou multa e degredo de dois anos (se forem escudeiros, cavaleiros ou mercadores). Outras providências: marcação, com sinais especiais, das casas com doentes empestados; criação da futura Casa da Saúde, no Vale de Alcântara, em Lisboa; enterramentos em cemitérios especiais; fecho das casas de prostituição ao sol posto, etc.
Carta régia	1520	22/6 23/7	Cartas régias recomendando ao município de Lisboa a construção da Casa da Saúde e aprovando a escolha do respectivo terreno, junto à ponte de Alcântara. O plano enviado pelo rei previa um estabelecimento de 160 camas.
Carta régia	1525	25/7	Ampliação das medidas a tomar em caso de epidemia: Isolamento dos doentes em ruas e bairros especiais; pastagem pelas ruas de manadas de gado vacum; purificação do ar por meio de queima de ervas aromáticas; encerramento, a pedra e cal, das casas em que houvesse vítimas mortais da peste; sinalização das casas com bandeiras ou ramos de alecrim; utilização do vinagre e da cal como desinfectante; proibição da compra e venda da roupa de doentes; criação de cemitérios especiais foras de portas; proibição de procissões e ajuntamentos, etc.
Regimento	1526		Regimento que Leva Pedro Vaz sobre o Que Toca ao Bem da Saude. Ampliação das providências constantes do Alvará de 1506
Alvará	1537	3/12	Prevê penas severas para quem vier para Lisboa, proveniente de lugares empestados, ou para quem saísse das embarcações ancoradas no Tejo sem a devida licença. As sanções são extensíveis a quem acolher pessoas suspeitas de contaminação.
Alvará	1580	29/1	Confirmação e ampliação do regimento do provedor-mor da saúde: Declaração obrigatória de casos de peste perante o cabeça de saúde (o representante do provedor a nível da paróquia); tratamento diferenciado dos empestados ricos e pobres (devendo estes últimos serem internados na Casa de Saúde); providências sobre os enterramentos, lavagem e desinfecção das roupas; criação de um corpo de emergência de médicos e cirurgiões dependente do provedor-mor.
Alvará	1627	23/6	Devido à epidemia em Málaga, são cortadas todas as comunicações com esta cidade e outras do sul de Espanha. As cartas devem ser desinfectadas (através do vinagre e do fogo).
Decreto	1688	4/8	Ordena-se que as câmaras e as justiças do reino não se intrometam na jurisdição do provedor-mor da saúde e que, além disso, cumpram e façam cumprir as suas ordens. A autoridade do provedor-mor de saúde estende-se aos territórios de além-mar.
Regimento	1695	7/2	O Regimento Que Se Ha-de Observar Succedendo Haver Peste (de que Deus nos Livre) em Algum Reino ou Provincia Confinante com Portugal. Entre outras medidas, cria o cordão sanitário na fronteira e as quarentenas no Rio Tejo.
Regimento	1695	20/12	Regimento para o Porto de Belem. Regulamenta a fiscalização marítima
Regimento	1707	15/12	Regimento do Provedor-Mor de Saude. O provedor-mor da saúde passa a ver alargada a autoridade: a eles e aos provedores, seus ajudantes, compete fazer o registo dos facultativos, a inspecção das boticas e dos depósitos de géneros, o controlo sanitário de bebidas, exercer as funções de polícia sanitária marítima do porto de Belém, etc.

Extraído de Graça, L (2000)[Fonte: Oliveira (1881),
Lemos (1991), Ferreira (1990)]

* Médica