

BOLETIM

DO

Instituto Superior de Higiene
Doutor Ricardo Jorge

Ano IV

LISBOA — 1949



Entra com este número no 4.º ano da sua publicação o Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge.

Fiel ao programa traçado, continuador por sua vez do que o Patrono do Instituto fez ao iniciar a publicação, em 1913, do Boletim que precedeu o actual, continuará nele a ser publicado tudo o que dê conta dos trabalhos realizados no Instituto, do que contribua para a divulgação da Higiene, estudo e estímulo da sanidade portuguesa, sem deixar de registar a legislação mais importante.

Entre os artigos que mais contribuem para levar a cabo esta finalidade, continuarão a ser transcritas passagens de trabalhos de Ricardo Jorge, lições magníficas para higienistas e homens de Estado, dispersas e difíceis de alcançar muitas delas, infelizmente pouco escutadas em grande parte pelos contemporâneos e dignas, todas, de leitura e meditação.

O Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge recebeu grande impulso desde 1946, mercê do carinho que tem merecido ao Subsecretário de Estado da Assistência Social Senhor Dr. Trigo de Negreiros, a seguir à publicação do Decreto-Lei n.º 35.108. Desde a sua fundação há quase 50 anos que não recebia estímulo que de longe sequer se lhe assemelhasse.

Os seus laboratórios de Bromatologia e Higiene da Alimentação e de Bacteriologia Sanitária sofreram transformação notável, sendo apetrechados com aparelhagem moderna e perfeita, as suas instalações foram beneficiadas convenientemente, o seu mobiliário adequado às funções, a sua Biblioteca posta em dia com as últimas novidades científicas de interesse sanitário, preenchendo-se parte das lacunas devidas a falta de dotações orçamentais anteriores, os seus cursos têm decorrido com regularidade e zelo.

Nada disso seria possível sem as verbas suficientes, sem o apoio dos Senhores Subsecretário de Estado da Assistência e Director Geral de Saúde, sem a competência, zelo e dedicação do seu pessoal técnico.

É complexa a função do Instituto. Órgão essencial da Direcção Geral de Saúde, apesar da sua autonomia administrativa nada se fez nunca aqui sem ser de acordo com o Director Geral. O contrário seria um erro administrativo e técnico.

As monografias cuja elaboração é obrigatória para os alunos do Curso de Medicina Sanitária, têm estimulado estudos que de futuro e no seu conjunto permitirão um melhor conhecimento dos problemas sanitários nacionais. Relatos, estatísticas, crítica, sugestões, de todas as actividades do Instituto irá continuando a dar conta o Boletim.

O interesse que ele tem merecido é revelado pelo facto de se terem esgotado já alguns dos seus números e pelo apoio e aplausos recebidos, estando sempre prontos a aperfeiçoá-lo entretanto, à medida que o pleno rendimento dos seus laboratórios o permita, com a mira sempre em corresponder à prova de confiança do Governo e da Direcção Geral de Saúde e à responsabilidade que resulta de o Instituto ter como Patrono tão categorizada individualidade no Mundo Sanitário e Intelectual como foi Ricardo Jorge.

Aspectos da prática sanitária nas subdelegações de saúde

Conto já mais de 25 anos nas lides da Saúde Pública.

Tendo começado por exercer, durante 19 anos, as funções de subdelegado no concelho da Praia da Vitória, com graves e importantes problemas de ordem sanitária, foi-me confiada, de Outubro de 1936 a Fevereiro de 1940, a missão especial de delegado da Direcção Geral de Saúde na Ilha Terceira. Prestadas as provas no respectivo concurso, fui colocado em 1942 à frente da Inspecção de Saúde de Coimbra, donde transitei, em Janeiro de 1946, para delegado de saúde do distrito.

Nas diversas situações oficiais que assim tenho ocupado, e durante este já longo período, alguns problemas surgiram cujo relato poderá, certamente, merecer-vos algum interesse.

Todos V. Ex.^{as}, alguns até através dos longos anos do seu serviço público, têm tido oportunidade de enfrentar situações que só a prática sanitária permite resolver. Uma grande parte dos problemas é comum a todos os concelhos, mas muitos outros se levantam só aqui e além, em particular nos meios urbanos de de maior importância.

Começarei por salientar o que deve entender-se por prática sanitária, o que não constitui, evidentemente, matéria nova para V. Ex.^{as}

Envolve a prática sanitária uma grande parte dos serviços das subdelegações de saúde, pois a extensão dos assuntos que

(1) — Lição proferida no 4.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

poderão incluir-se sob esta designação é, na realidade, muito vasta. Se excluirmos os serviços de ordem meramente administrativa, quase toda a actividade dos funcionários de saúde concelhios se desenvolve entre problemas de prática sanitária. Assim, o seu âmbito abrange, essencialmente, a salubridade dos lugares e habitações, e ainda uma imensidade de problemas que continuamente nos absorvem: águas, esgotos, lixos, lavandarias e simples lavadouros, alojamento de animais, matadouros, cemitérios, estabelecimentos licenciados, combate de epidemias, desinfecção e desinfestação, higiene escolar e industrial, certos problemas de assistência em que os subdelegados têm muitas vezes de intervir para profilaxia dos chamados flagelos sociais — tuberculose, sífilis, alcoolismo, prostituição, aleijados, mendicidade — e ainda doenças do foro infecto-contagioso, tudo, pode dizer-se, cabe dentro da designação de prática sanitária.

Constitui ainda prática sanitária, e por vezes da mais proveitosa, a indicação, o parecer, o simples conselho até, dados a quem nos procura para esclarecimento da solução a adoptar perante pequenos problemas, pequenas questões entre vizinhos, com marcado reflexo sobre a salubridade.

Para se conseguir um bom resultado da prática sanitária, é indispensável o conhecimento perfeito do meio, rodearmo-nos de bons colaboradores e ainda termos sempre presentes quais as nossas atribuições, designadamente as que estão consignadas nas leis e regulamentos.

Deve procurar manter-se estreito contacto com a Câmara Municipal, em especial com o seu presidente, chamar à colaboração o veterinário municipal, onde o haja, e bem assim outros elementos que possam, pela sua intervenção ou até pelo seu simples apoio, facilitar a nossa pesada tarefa. Dentro destes elementos, e dos que mais nos podem auxiliar para a educação higiénica das populações, referirei os professores, os párocos e a imprensa local.

Sempre tenho reconhecido, porém, que a melhor forma de conseguirmos facilidades e boa vontade em colaborar, acedendo às nossas solicitações, está em cumprirmos, o melhor que nos for possível, os deveres do nosso cargo. Para tanto, requerem-se qualidades que muito convém cultivar e aperfeiçoar, e que, felizmente, são o timbre dos servidores dos Serviços de Saúde.

Dentre elas salientarei a honestidade, o bom senso, prudência, não ser conflituoso, a persistência, manter a necessária calma

perante qualquer situação grave, resistir a solicitações ou a simples sugestões movidas por interesses que não sejam de defender, nada resolvendo que possa ser tomado como parcialidade, enfim, conseguir criar bom ambiente, inspirando confiança a todos, particularmente junto das Câmaras Municipais, acreditando assim o serviço da subdelegação.

Para uma conveniente solução dos múltiplos problemas que são postos perante os subdelegados, importa, como disse, o conhecimento de certas disposições legais e regulamentares, dentre as quais devo referir :

- a) — o regulamento geral de saúde de 24 de Dezembro de 1901 ;
- b) — o regulamento geral das edificações urbanas de 14 de Fevereiro de 1903 e portaria n.º 10.873, de 21 de Fevereiro de 1945 ;
- c) — o regulamento de 23 de Agosto de 1911 sobre vacinação anti-varfólica, e recente decreto-lei n.º 36.810 ;
- d) — os decretos n.ºs 12.477, de 12 de Outubro de 1926, e regulamentar n.º 13.166, de 28 de Fevereiro de 1927, este último o diploma que mais importa conhecer em problemas de prática sanitária ;
- e) — a portaria n.º 6.065, de 30 de Março de 1929 e suas instruções anexas ;
- f) — a portaria n.º 6.114, de 22 de Abril de 1929, sobre combate às moscas e mosquitos ;
- g) — O Código Administrativo de 31 de Dezembro de 1940 ;
- h) — o regulamento geral de abastecimento de águas aprovado por portaria n.º 10.367, de 14 de Abril de 1943 ;
- i) — a nova orgânica dos serviços de Saúde, decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945 ;
- j) — o regulamento geral das canalizações de esgoto, aprovado pela portaria n.º 11.338, de 8 de Maio de 1946 ;
- k) — algumas disposições do Código Civil — destino de águas pluviais, paredes meias, abertura de frestas, etc. ;
- l) — o Código de Posturas da Câmara do respectivo concelho.

Infelizmente, quanto aos Códigos de Posturas, verifica-se que estes não existem em alguns concelhos, e noutros são tão

antiquados que nada representam já hoje. Por vezes acontece, como em Coimbra, por exemplo, não existirem exemplares do Código de Posturas, e assim, para cada dúvida na sua aplicação, temos de perguntar para a Câmara quais as suas disposições.

Perfilho inteiramente o parecer do Doutor Fernando Correia no seu « Portugal Sanitário » quanto à conveniência, e necessidade até, de ser elaborado pelos serviços de Saúde Pública um projecto-tipo, contendo as disposições reguladoras da higiene municipal, o qual deveria, com as alterações convenientes para um mais perfeito ajustamento a cada meio, ser incluído no Código de Posturas de todas as Câmaras Municipais. Neste regulamento-tipo se incluiriam disposições sobre limpeza de ruas, casas, fábricas, oficinas, pátios e quintais, alojamentos para animais domésticos, cães, galinhas, coelhos (e de passagem aqui se refere o transtorno que a todos nós causou o « Produzir e Poupar », nos anos de 40 a 44, ao que parece de tão escasso rendimento económico), pocilgas, estábulos, cavalariças, estrumeiras, combate às moscas e mosquitos, balneários, retretes e urinóis públicos, desinfecção e desinfestação, águas, esgotos, construção de prédios, cemitérios, licenciamento de estabelecimentos insalubres, etc.

Quantas vezes não temos de assumir o papel de medianeiros, quase verdadeiros intermediários, moderando atitudes irredutíveis, por exemplo, quando, entre vizinhos, e por virtude de situações anteriormente criadas, em muitos casos da responsabilidade dos municípios, por virtude da falta de esgotos de um prédio dominante, construído a cota mais elevada, vamos solicitar do proprietário do prédio a nível inferior que facilite, mediante justa compensação, o saneamento do primeiro!

A maior dificuldade com que lutamos para o desenvolvimento da nossa acção é, sem dúvida, a indiferença e ignorância do meio, quando não surgem tolos preconceitos e superstições. É, afinal, a falta de educação da nossa gente, que tanta vez acarreta as maiores dificuldades aos serviços, quando é certo que o público deveria ser o primeiro a colaborar na nossa cruzada. Bastará referir, como exemplo, as dificuldades com que lutamos, salvo raras excepções, na vacinação anti-variolica e ainda no combate às moscas e mosquitos.

Isto constitui, a nosso ver, mais uma indicação para sempre orientarmos a prática do serviço sanitário no sentido educativo

das populações, mesmo nos meios urbanos, evitando sempre a confusão com o serviço policial.

Como valiosos auxiliares da prática sanitária não devo esquecer as visitadoras; a cuidada averiguação local, o inquérito pormenorizado quanto a taras hereditárias, doenças familiares, vícios inveterados e doenças sociais, deficiências alimentares, condições de salubridade da habitação e das imediações desta, modalidade da profissão e localidade onde a exercem, recursos económicos da família, regimen alimentar dos adultos e das crianças, condições de vestuário e muitos outros problemas de ordem individual, familiar, educativa e social, extremamente variáveis, devem constituir objecto de trabalho das visitadoras sanitárias. E não esquecer também como sua principal função preventiva, a prática das imunizações, a pesquisa de contágios e averiguação de contactos, prontas medidas de isolamento, e outras, que as tornam um elemento auxiliar da maior utilidade.

Nos aglomerados urbanos, os fiscais sanitários, particularmente em assuntos de salubridade, por vezes tão difíceis de solucionar, constituem também um elemento indispensável para uma eficaz actuação dos serviços de Saúde Pública.

* * *

Após estas indispensáveis considerações de ordem geral, procurarei fazer passar perante Vossas Excelências uma série de assuntos em cuja solução tive oportunidade de intervir na solução que a alguns se pretendeu dar. Os obstáculos surgidos foram de tal ordem que, muito embora toda a melhor boa vontade, não foi possível vê-los resolvidos. Não deixarei, por este facto, de os referir, para melhor se ajuizar das enormes dificuldades que tanta vez todos nós encontramos e que por completo anulam todo o nosso esforçado propósito.

Antes de mais, julgo meu dever frisar que toda a minha actuação, anteriormente a 1945, foi sempre acompanhada, orientada e esclarecida pelo conselho amigo do Sr. Dr. José Alberto de Faria, de início apenas ainda como Inspector de Epidemias e depois na qualidade de Director Geral de Saúde. Sua Ex.^a teve sempre para comigo uma atitude tão dedicada que entendo não poder deixar, neste momento, de lhe manifestar, mais uma vez, o meu mais vivo e profundo reconhecimento.

Por proposta sua, fui superiormente incumbido de proceder ao estudo da nosologia da Ilha Terceira, tendo então tido oportunidade de verificar que, à excepção da peste, o quadro nosológico da Ilha é sensivelmente idêntico ao da maior parte dos concelhos do Continente.

Referirei agora, muito ligeiramente, alguma coisa sobre peste: não com o propósito de vos descrever esta doença, de que se irá ocupar, com toda a competência, logo que terminem estas minhas considerações, o Dr. José Cutileiro, que, numa atitude de verdadeiro cientista, voluntariamente seguiu até à Ilha Terceira para a estudar.

Recordo, gratamente, a íntima convivência que então tivemos nos Açores, breve interrompida pelo meu regresso ao Continente. Mas as dificuldades com que ali lutei, particularmente quanto à criação de serviços de desratização, merecem, a meu ver, ligeira referência.

Como sabem, desde 1908 que a peste se instalou em algumas das Ilhas dos Açores, com maior incidência na Ilha Terceira, e nesta, com acentuada predominância, no concelho da Praia da Vitória.

À data da minha chegada a este concelho — Fevereiro de 1923 — as autoridades sanitárias, por motivo, dizia-se, de não prejudicarem os interesses locais, não mencionavam a peste nem nas doenças de declaração obrigatória, nem como causa de morte.

Designada por adenite infecciosa, e camuflada por esta forma, a peste era doença que, oficialmente, não existia no concelho.

Logo de início discordei deste critério, tendo começado imediatamente a referir todos os casos de peste para a Direcção Geral de Saúde.

Razões de sobra existiam para falar a verdade, para mais tornando-se necessário, com o fundamento de medidas excepcionais, solicitar providências às entidades superiores, não apenas à nossa Direcção Geral, mas até ao próprio Governo.

Para se poder bem avaliar da necessidade destas medidas, referirei que, da minha clínica particular, e ainda por intervenção oficial em tratamento de pestosos, tive 828 casos de peste, ou seja uma média anual de 43,5 casos, afora os casos de peste pneumónica. Bastante maior incidência no sexo masculino (mais exposto ali ao contágio) com 460 casos (55,6 %), enquanto o

feminino apenas com 368 (44,4 %); a percentagem de curas foi de 73,19 % (606 casos) e a de óbitos de 26,81 % (222 casos). Se incluirmos os casos de peste pneumónica, todos fatais, em número de 45, as percentagens de curas e de óbitos passarão respectivamente a ser de 69,42 % e de 30,58 %.

Estou certo de que hoje, com os recursos das sulfamidas e dos anti-bióticos, em especial a estreptomicina, bastante mais elevada será a percentagem de curas. A maior incidência verificava-se sempre nos meses de Setembro a Dezembro, em que a coabitação com o rato é muito mais intensa.

Referi sucintamente estes números para bem se compreender e avaliar a minha ânsia em procurar diminuir a extensão de peste. Dentre os processos de luta postos em prática durante o período em que a mesma foi superiormente orientada pela Comissão da chefia do saudoso Professor, pestólogo eminente, e amigo estremo, Doutor Sousa Júnior, avultava o da desratização.

Para isso se criara a Liga contra os ratos, que tão importante papel veio a desempenhar. A Liga, porém, organismo de emergência, sem receitas próprias que assegurassem a continuidade da sua acção, foi diminuindo a sua actividade, e, à data da minha actuação na Ilha, era apenas uma grata lembrança de vontades e colaborações dedicadas, mas que, por serem voluntárias e estranhas aos serviços de Saúde, em breve se extinguíram. Pode avaliar-se facilmente o valor da actividade da Liga, referindo o número de ratos mortos na Ilha Terceira, exclusivamente por sua intervenção, durante o primeiro ano de trabalhos — 5 de Janeiro de 1909 a 5 de Janeiro de 1910 — 666.963 ratos, sendo 89.944 grandes (*Mus norvegicus*, *Mus rattus* e *Mus alexandrinus*) e 577.019 pequenos (*Mus musculus*).

Propus-me, por isso, não ressuscitar a Liga, mas criar um serviço com carácter permanente, com receitas próprias, e que, abrangendo os dois concelhos da Terceira, se incumbisse da árdua tarefa da desratização.

Fácil me foi conseguir a plena concordância dos elementos locais interessados, todos cheios da melhor vontade — Governo Civil, Junta Geral do distrito autónomo — a cujo cargo estão, nas Ilhas adjacentes, os Serviços de Saúde Pública — os Presidentes das duas Câmaras da Ilha, e representantes do comércio e da indústria. Ao cabo de algumas reuniões, que sempre decorreram

num ambiente de entusiasmo e esperança na nova medida que se iria propor ao Governo, foi finalmente elaborado um projecto de decreto, logo em seguida enviado para Lisboa. Quando, porém, confiávamos, eu e os dedicados colaboradores que me rodeavam, que, especialmente na receita que nos propúnhamos criar, o projecto seria respeitado, vimos, com mágoa, que o decreto n.º 20.866, de 11 de Fevereiro de 1932, nos tinha amputado as duas principais receitas — o adicional de 10 % sobre as contribuições directas do Estado, e o imposto de trânsito até ao máximo de 1 % «ad valorem» sobre as mercadorias importadas e exportadas. É facto que o decreto n.º 20.069, da mesma data, que elevou o imposto sobre o tabaco, tornou obrigatória a inscrição no orçamento da Junta Geral de Angra do Heroísmo, que em parte beneficiou dessa elevação, de um subsídio destinado às Juntas de Higiene, mas a verdade é que, muito embora elaborados e aprovados pelos Ministros do Interior e das Finanças dois orçamentos da Junta de Higiene do meu concelho não consegui pôr em prática esta minha iniciativa, pois a Junta Geral nunca concedeu qualquer subsídio.

Verificado, posteriormente, o completo insucesso desta tentativa, e muito embora o decreto n.º 20.866 fizesse transitar para as Juntas de Higiene as obrigações que pelo decreto-lei de 11 de Novembro de 1910, sobre desratização, competiam às Câmaras Municipais, voltaram as duas Câmaras da Ilha a atribuir pequenas verbas para desratização, as quais apenas permitiam, através das respectivas subdelegações de saúde, o pagamento de caudas e distribuição gratuita de venenos (de preferência o ácido arsenioso) e, em pequena escala, dos virus raticidas Liverpool (Ratin) e Danyzs.

Continuavam a fazer-se análises bacteriológicas de alguns ratos, mas raras, e sem que se lhes seguissem as medidas aconselháveis a pôr em prática logo que se revelasse o epizootia murina.

O número relativamente elevado de caudas pagas — no mês de Abril de 1938, só pela minha subdelegação, foram pagas 7.991 caudas de ratos grandes, que importaram em 1.997\$75 e abandonaram-se os morganhos (*mus musculus*) por não terem grande interesse epidemiológico —, levaram-me a insistir, junto de todas as autoridades superiores da Ilha, onde então ocupava as funções de Delegado da Direcção Geral, no sentido de

serem postas em prática, pelas duas Câmaras, as disposições da luta contra o rato constantes da lei de 18 de Dezembro de 1912.

E assim, após porfiadas diligências e reuniões conjuntas das duas Juntas de Higiene, ficou definitivamente redigida a proposta de postura, transformada, dias depois, em fins de Dezembro de 1938, com a aprovação das respectivas Câmaras, em postura Municipal, a qual entraria em vigor, com a publicação dos respectivos editais, em 1 de Janeiro de 1939.

Porém, nova decepção me esperava. Como a postura devia ser posta em vigor, simultâneamente, nos dois concelhos da Ilha, a Câmara da Praia da Vitória, à frente da qual estava então o saudoso colega Dr. Ramiro Machado, tudo aprontou para a sua execução. Outro tanto não fez a Câmara de Angra, a qual, com o pretexto de ser muito trabalhosa a colheita de elementos tributários na Secção de Finanças, e da falta de pessoal, nada fez, muito embora as minhas insistentes solicitações.

Mais uma tentativa que se baldou, constando-me, por informações particulares recentes, que nada ou quase nada se faz presentemente na Ilha Terceira em matéria de desratização.

Avaliem pois, V. Ex.^{as} a natureza das dificuldades com que por vezes lutamos, os obstáculos que se levantam à nossa actuação, e assim, quando quase consideramos solucionados os problemas, logo amargamente verificamos nada ter conseguido.

Nem sempre, todavia, as coisas na Ilha corriam por forma tão desagradável e desanimadora, como veremos.

A hospitalização dos doentes do foro infeccioso é ali feita no Hospital de Isolamento, criado e mantido pela Junta Geral do distrito autónomo, que funciona em boas condições e presta os melhores serviços, e ainda nos Hospitais das Misericórdias de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória. Ocupando a direcção clínica deste último por todo o período em que ali me conservei, senti a necessidade de uma instalação fixa de desinfectão. A velha Misericórdia, entre as primeiras na data da sua fundação, anterior a 1503, a avaliar pelos documentos existentes no seu riquíssimo arquivo, (o anexo Hospital dos Lázaros foi fundado em 1520) mantém um Hospital que, nos últimos 25 anos, passou por profunda e completa transformação.

Dentre os melhoramentos ali introduzidos, modesto bloco operatório, raios X, etc., avulta a construção de um Pavilhão

para Tuberculosos, o que, só por si, justificava a necessidade da referida câmara de desinfecção.

Pois bem, meus estimados colegas: a subdelegação tinha para o seu serviço dois formolizadores Enes, para desinfecções domiciliárias, e a Câmara Municipal estava, pela sua parte, interessada na criação de facilidades quanto a desinfecções no concelho, para evitar recorrer-se, em muitos casos, aos serviços do Posto de Desinfecção de Angra do Heroísmo, a cerca de 20 km. de distância.

E assim, num perfeito entendimento entre a subdelegação, Câmara e Misericórdia, construiu-se uma câmara de formol em dependência do edifício hospitalar: a Câmara Municipal custeou as despesas da construção; a Subdelegação permitiu a utilização dos formolizadores, e a Misericórdia prestou o seu concurso com a cedência do local para a construção.

Construída e apetrechada assim a câmara de formol, passaram do mesmo modo a colaborar no seu funcionamento aquelas três entidades: A Câmara Municipal fornecendo o formol, a subdelegação de saúde cedendo o serventário do seu serviço, e a Misericórdia fornecendo o combustível e custeando as necessárias reparações.

Anos volvidos, a solução mostra-se perfeito exemplo de colaboração, e a câmara de formol continua a prestar valiosos serviços a todo o concelho.

* * *

Deixem-se agora os Açores, de que conservo gratas recordações e onde conto bem sinceras amizades, e fale-se do Continente, através dos casos ocorridos na cidade de Coimbra e concelhos do seu distrito, que julgo dignos de interesse e de merecerem referência no que respeita ao seu aspecto de prática sanitária.

Com persistente actuação junto da Câmara Municipal, e retomando infrutíferas diligências realizadas pelo meu antecessor, consegui que fosse criada em Coimbra a postura sobre vistorias por mudança de inquilino, moldada na que, pouco tempo antes havia sido promulgada para Lisboa. Estabeleci de início um programa mínimo de imposições a fazer, tendo em conta as dificuldades em conseguir, ao tempo, alguns materiais, particular-

mente aqueles que, em relação com a instalação ou melhoria das dependências sanitárias, se tornavam mais necessários. Fácil me foi sempre, mesmo em períodos de maior escassez, durante a última guerra, conseguir que os proprietários dos prédios procedessem a reparações e beneficiações dos mesmos sempre que estas não envolviam o emprego de tubagens metálicas.

Com a continuação desta prática, com a prontidão e concurso prestado ao estudo da solução para os problemas mais importantes para a vida da cidade — águas, esgotos, lixos, cemitérios, urbanização, e outros, foram-se acreditando os Serviços, quer perante o público quer perante a Câmara, e hoje já a Delegação de Saúde é por todos considerada como a entidade que se deve procurar e com quem se têm de tratar os assuntos de salubridade.

* * *

Permitam-me agora que aproveite este ensejo para dar algumas indicações, por certo desnecessárias, pois quase todos V. Ex.^{as}, na prática do seu serviço concelhio, já devem ter colhido os necessários ensinamentos.

Bons vizinhos de há muitos anos, toleram mutuamente todas as faltas de aceio, limpeza e salubridade. Ao menor desentendimento, porém, especialmente quando entre pessoas do sexo feminino, logo se invocam graves inconvenientes para a saúde pública como pretexto para uma queixa que, a seguir, nos aparece no serviço. Esta é a regra de todos os tempos e em todos os meios. A excepção é existir, exclusiva e fundadamente, motivo de insalubridade como causa de tais participações.

Acontece muitíssimas vezes que, embora sendo em parte ou totalmente verdadeiro o fundamento da queixa, o participante mantém na sua casa, ou quintal, ou oficina, condições idênticas, se não piores. E portanto não só como norma a seguir no serviço, mas também para se conhecerem com exactidão as condições existentes e nos decidirmos sobre as correcções a impor, devemos sempre procurar fazer a verificação dos fundamentos das queixas, quer por nós próprios, quer pelos fiscais sanitários. Infelizmente, o número destes é ainda muito restrito, mas mesmo que houvesse um grande aumento de unidades de fiscalização, a verdade é que, ao menos por enquanto, não pode-

riam distribuir-se pelos pequenos meios, onde as naturais limitações no serviço não justificariam ali a sua existência.

Feita a visita ao local, e verificado o fundamento da queixa, não uni-lateralmente, como por certo se pretendia, mas em amplo inquérito, e estabelecidas também as condições a impor, quer quanto ao arguido, quer, muitas vezes também, quanto ao próprio queixoso, devemos agir, através da autoridade administrativa, à qual se solicitará a notificação pela forma e nos termos e condições que são do conhecimento de V. Ex.^{as}.

Mas não se dê o assunto por concluído apenas com o pedido de notificação: o prestígio do nosso serviço exige a verificação do cumprimento daquilo que foi imposto e a adopção de sanções que, quando necessárias, não podemos deixar de aplicar. De lamentar é que em juízo se consiga por vezes fazer a prova, com testemunhas preparadas para isso, de que já havia sido dado cumprimento à notificação, quando a verdade é que as coisas se mantêm como anteriormente.

Estas situações, bem como as dificuldades em fazer remover rapidamente, por nossa intervenção, qualquer foco de insalubridade, como a simples rotura ou obstrução de uma canalização de esgoto, por exemplo, impõem a necessidade de ser publicada uma disposição legal que nos venha criar prontas facilidades para intervir e resolver eficazmente estes pequenos problemas. Os trâmites burocráticos que regulam presentemente a nossa actuação são tão morosos e de resultados tão incertos que bem preciso se torna criar facilidades e atribuir funções executivas mais latas e eficazes aos Serviços de Saúde.

Qual de vós não se sentiu já embaraçado com estes pequenos problemas, para cuja resolução temos de recorrer, tantas vezes, aos nossos conhecimentos ou até às nossas amizades pessoais?

Vou referir-lhes um caso, ainda recentemente passado comigo: tinha eu o critério, que teóricamente ainda conservo, de que, quanto a pequenas reparações e correcções de ordem sanitária, e na falta de um serviço público especialmente organizado para este fim, aquelas deveriam ser dirigidas pelos proprietários dos prédios. Estes conheceriam melhor qual a solução adoptada perante situação idêntica anterior, tinham geralmente maior facilidade em recorrer a pessoal que conhecesse o traçado das canalizações, e recomendariam certamente todo o cuidado

por forma a não deixarem causas de novo desarranjo (rebarbas de argamassa no interior das canalizações, por exemplo). Por isso, para a boa conservação das canalizações de esgoto, em particular tratando-se de prédios com grande número de moradores, mais convinha, a nosso ver, que se incumbissem os proprietários ou seus representantes, das respectivas reparações. Ao proceder-se a estas, então se conheceria o verdadeiro responsável: o *proprietário*, caso se tratasse de defeito de construção, tão frequente em prédios antigos — calibre ou declive insuficientes, mudanças de direcção sem as respectivas câmaras de visita, material impróprio ou defeituoso —, e o *ocupante* ou *ocupantes* se a causa fosse o mau uso das canalizações, como tão frequentes vezes acontece.

Durante 4 anos foi-me possível manter este critério. Há cerca de um ano, porém, aconteceu que um inquilino, que aliás confessou ter sido um seu filho quem dera causa à obstrução dum esgoto, se recusou ao pagamento da despesa que o proprietário, por indicação nossa, fizera com a desobstrução, recusa justificada em conselho de um advogado. A partir daquele caso, e dada a incerteza da sua solução favorável por via judicial, não mais se solicitou a notificação de qualquer proprietário, mas sim e sempre a do ocupante ou ocupantes do prédio que utilizam a canalização.

No Porto, os Serviços Municipalizados de Águas e Saneamento criaram um serviço especial de reparação de esgotos, mas, nos pequenos meios, as Câmaras não têm facilidade de o organizar por forma idêntica, e por isso é necessário que o assunto seja resolvido no sentido de facilitar a nossa pronta e eficaz actuação.

Sei que o nosso Ex.^{mo} Director Geral tem em estudo este problema, e daqui formulo os melhores votos para que S. Ex.^a consiga em breve ver publicadas disposições legais que nos permitam a fácil resolução destas dificuldades, medida que muito viria contribuir para o prestígio dos Serviços de Saúde.

Desejava agora referir-lhes um outro assunto: a conveniência de se fazer sentir às Câmaras a necessidade de serem sempre enviados às subdelegações, para o devido parecer, todos os projectos de construções ou grandes reparações.

Sei que em muitos concelhos as Câmaras, em parte talvez por esquecimento dos seus funcionários de Secretaria, não dão cumprimento a este preceito legal. Onde tal se verifique dever-se-á

chamar a atenção da Câmara, ou directamente, ou, se assim for entendido mais conveniente, através da delegação distrital.

Na apreciação dos projectos convém ter sempre em conta as disposições regulamentares já atrás referidas, completando sempre o nosso juízo, em caso de dúvida, pelo exame do local, prática que tenho reconhecido ser da maior utilidade.

Infelizmente, muitos Serviços Públicos, contrariamente à disposição expressa da lei (§ 5.º do artigo 9.º do decreto n.º 13.166) — que diz que «os projectos de construções públicas ou particulares nos centros urbanos serão submetidos ao funcionário de saúde do concelho para verificação de obediência às condições higiénicas», não lhes dão também cumprimento, criando assim por vezes situações quase insolúveis.

Citar-lhes-ei um exemplo, para se avaliar da extensão das consequências resultantes do facto de não ter sido submetido ao parecer da então Inspecção de Saúde o projecto da nova Central Térmica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Em primeiro lugar devo referir que, para a construção da mencionada Central, se fez desaparecer, por mero acordo verbal entre os então Ministro das Obras Públicas, Director dos Hospitais e Presidente da Câmara, o Posto de Desinfecção, que durante cerca de quatro dezenas de anos prestara à cidade de Coimbra os melhores serviços.

Desde então, demolido apressadamente o Posto, e não acautelada devidamente a sua reconstrução noutro local, não foi possível conseguir, apesar da minha insistente intervenção, que a nova construção se iniciasse. Dificuldades em obter terreno com conveniente superfície e localização, falta de pessoal técnico da Câmara para a elaboração do respectivo projecto, falta de verba com receio de que a prometida comparticipação do Estado venha a ser pequena, impossibilidade em remover a Abegoaria Municipal para ali ser instalado o Posto de Desinfecção, etc. O material do Posto desaparecido continua arrecadado, sabe Deus em que condições, e a Lusa Atenas, centro urbano de cerca de 45 mil habitantes, continua sem ter ao seu dispor, e isto já desde Fevereiro de 1941, uma tão necessária instalação, de que justamente se envaidecem hoje os serviços sanitários de alguns pequenos concelhos do país.

Pois meus senhores: a tal Central Térmica, nascida à custa da usurpação daquilo que constituía um meio de actuação indis-

pensável para os serviços de profilaxia da cidade e até da região, tem constituído, há mais de 4 anos já, um constante motivo de preocupação da Delegação de Saúde. É que a Central, com duas caldeiras Babcock-Wilcox de grande potência, foi instalada para consumir carvões nacionais, e por isso tem queimado, quase exclusivamente carvão das Minas do Cabo Mondego, o qual, como é sabido, tem um grande teor de enxofre. Como, quando da construção, por motivo de economia, segundo se diz, não foi construída a conduta que estabeleceria a comunicação entre as fornalhas e a elevada chaminé já existente junto dos edifícios hospitalares (ou outra ali a construir com idêntico fim) que não só faria uma conveniente tiragem, como asseguraria a dispersão dos fumos numa alta camada da atmosfera, acontece que, frequentemente, dada a má localização da Central, no sopé da colina do Hospital e com uma chaminé muito baixa, — um balseiro, lhe chama o seu vizinho e antigo livreiro Moura Marques, que muitos de V. Ex.^{as} bem por certo conhecerão — os fumos e vapores sulfurosos espalham-se pelas imediações, incomodando grandemente os moradores e até os que têm de transitar pelos arruamentos próximos.

Participações de serviços públicos, desde a Direcção dos Hospitais da Universidade, as primeiras vítimas, até ao comando dos Bombeiros Municipais, que com frequência se vêem forçados a interromper os seus exercícios no Quartel próximo, aos clássicos « abaixo-assinados », com muitas dezenas de assinaturas de moradores das vizinhanças, de tudo tem chegado à Delegação de Saúde a pedir providências. E eu, até agora, sem nada ter conseguido!

A 2.^a Circunscrição Industrial não pode intervir porque, diz, a chaminé tem a sua abertura a um nível de 1 metro acima do espigão do telhado dos prédios que a circundam num raio de 50 metros (art.^o 7.^o do Regulamento de caldeiras, aprovado pelo decreto n.^o 8.332, de 17 de Agosto de 1922).

A Direcção dos Edifícios Nacionais do Centro informa também de que nada pode fazer, e aconselha a que me dirija ao Ministério das Obras Públicas e à Direcção Geral de Saúde. Esta, por sua vez, e muito embora a boa vontade com que vem acompanhando o assunto, também nada pôde ainda conseguir.

Tenho tido conhecimento de que, por vezes, funcionários do Instituto Português de Combustíveis vão ali proceder a

estudos-dosagens de anidrido sulfuroso e outras em diferentes pontos da conduta até à boca de saída da actual chaminé — mas logo ao fim de pouco tempo os técnicos retiram para Lisboa e o problema fica sem a necessária e conveniente solução.

Infelizmente este caso não é único, e os serviços do Ministério das Obras Públicas, desde a Direcção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, às numerosas Comissões de Construção e Planos de Obras, incluindo a Secção de Casas Económicas, e até a própria Direcção Geral dos Serviços de Urbanização, todos parecem ignorar a existência dos Serviços de Saúde Pública e das disposições legais ainda em pleno vigor atrás referidas. Oxalá, em breve, estes serviços passem a conhecer e cumprir tudo aquilo que, por enquanto, tem sido apenas de limitada aplicação para particulares.

Dentre as múltiplas vantagens da nova organização distrital avulta, sem dúvida, a possibilidade de serem resolvidos alguns dos problemas mais importantes para a salubridade das sedes dos concelhos e até de algumas freguesias. Em perfeita ligação com os delegados distritais, não parece aconselhável que os senhores subdelegados resolvam, só por si, todas as situações.

Em pequenos meios, qualquer problema de maior vulto, quando se pensa em resolvê-lo, traz em regra, e como consequência imediata, a formação de duas correntes: a que pretende que se realize o melhoramento e a que o não deseja, e por isso a contraria, ou então a que perfilha a solução A, regeitando a solução B, e outra tomando a posição contrária. Conte-se sempre com este quadro, e fuja-se a tomar partido sem ajuda, afim de evitar situações desagradáveis perante as Câmaras de cuja activa colaboração essencialmente depende a melhoria das condições de salubridade, perante Juntas de Freguesia, e até, por vezes, de simples particulares.

Há concordância geral, ou ligeiras discordâncias apenas? Muito bem; não deverá hesitar-se em emitir o parecer ou assumir a atitude que a subdelegação tenha porventura de tomar: surgem porém as habituais dissidências, e convirá recorrer, nessa altura ao delegado distrital.

Então, já a responsabilidade se dilui por tal maneira que o subdelegado ficará, localmente bem colocado, porque foi da sede do distrito que veio a indicação ou o parecer.

Para dar a V. Ex.^{as} um exemplo, basta referir o que, há meses ainda, se passou com a ampliação de um cemitério numa freguesia muito distante da sede do seu concelho, no distrito de Coimbra. O parecer do subdelegado foi desfavorável a um segundo projecto de ampliação, que a Junta de Freguesia e influentes locais ardentemente desejavam.

A Junta, julgando-se impossibilitada de levar a cabo o seu propósito, logo se lembrou de que a assistência clínica estava abandonada, os seus habitantes sem possibilidade de recorrer ao médico, e vá de invocar o n.º 9.º do artigo 150.º do Código Administrativo (visita semanal às povoações principais) e solicitar à Câmara que lhe desse inteiro cumprimento.

Ora o médico municipal daquela área é o subdelegado, e a freguesia dista da sede do concelho cerca de 15 km., por caminhos de serra, que o subdelegado terá, semanalmente, de percorrer a cavalo...

Não pretendo com isto dizer, evidentemente, que os senhores subdelegados não possam, só por si, resolver os problemas cuja solução regulamentarmente lhes está confiada. Quando, porém, em virtude de conhecerem bem o meio em que têm de desenvolver a sua acção, prevejam sérias dificuldades, não se exponham desnecessariamente, pois daí lhes podem advir consequências que duplamente os prejudiquem, como funcionários de saúde e como clínicos.

De resto, é agora fácil, aproveitando uma visita do delegado, pô-lo ao facto do que se passa em relação a qualquer problema, e assim desde logo este poderá, localmente, e até com a presença de todos os interessados, assumir papel de relevo que exclua as responsabilidades, que pudessem, de algum modo, ser atribuídas ao subdelegado.

Este critério, a nosso ver, é de aconselhar enquanto não for possível a separação, como convém, das funções de subdelegado de saúde das de médico municipal. Se já em 1934, o Sr. Dr. José Alberto de Faria, no seu livro «Administração Sanitária», considerava necessário que os subdelegados de saúde podessem ser escolhidos entre os médicos municipais (e no geral dos burgos poderia ser assim), mas seriam funcionários em directa dependência da Direcção Geral de Saúde», tal solução muito mais instante se torna hoje, pois que as funções dos subdelegados cada vez mais se orientam no sentido de uma activa intervenção na sanidade concehial, incompatível com a sua dependência das Câmaras Municipais.

* * *

Muitos outros pontos poderia referir a V. Ex.^{as}, mas não tenho o direito de abusar da vossa atenção.

A prática do serviço e a dedicação que ao mesmo consagraram têm constituído para todos, sem dúvida, o mais fiel e mais seguro guia, e desnecessárias terão sido estas minhas palavras.

Limito-me, assim, e antes de concluir, a acentuar de novo — dedicação pelo serviço — ponderação, bom senso, perfeito conhecimento e estudo dos assuntos e problemas, com inquirição directa no local, sempre que necessária, propósito de colaboração constante com os demais serviços públicos, serão, quase sempre, as armas de que teremos de lançar mão, dentro do vasto campo da prática sanitária, para levar a bom termo a nossa missão, bem espinhosa, por vezes, é certo, mas de todas a mais nobre que aos serviços públicos incumbe desempenhar: a de contribuir para criar melhores condições de vida, mais saúde e bem estar para todos os portugueses.

DOMINGOS BRAGA DA CRUZ

Notas à lição sobre aspectos da prática sanitária nas subdelegações de saúde

I

Projecto de Decreto

Há muitos anos que alguns concelhos dos Açores reclamam medidas eficazes para combater males endémicos que os afligem.

Para melhorar as suas condições de salubridade em geral, e particularmente para defender as povoações do convívio com o rato, publicou a Direcção Geral de Saúde, em 14 de Maio de 1929, Instruções que estão já em via de completa execução. Necessário é porém completá-las com novas medidas, o que se procura efectivar com a publicação do presente decreto.

Considerando pois a impossibilidade de pôr em prática as leis que presentemente regulam as disposições sobre o combate ao rato;

Considerando as condições particulares das Ilhas dos Açores, com uma população murina excessivamente elevada;

Considerando a grande vantagem económica de ser estabelecida a desratização;

Considerando que na Ilha Terceira a « Liga contra os ratos » desempenhou um importante papel, infelizmente de curta duração, por ser meramente de iniciativa particular;

Considerando a necessidade de criar um serviço permanente, com receitas próprias, que dirija um porfiado combate ao rato;

Considerando que as Juntas de Higiene, por representarem organismos de ligação entre funcionários de saúde e as autoridades municipal e policial, podem, alargando a sua acção, produzir um trabalho proficuo continuado e salutar:

Artigo 1.º — As Juntas de Higiene, criadas pelo artigo 19 do decreto 12.477, incumbe promover, na área respectiva, a execução de medidas de desratização:

§ único — São desde já abrangidas pelas disposições deste artigo as Juntas de Higiene dos concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, podendo sê-lo igualmente quaisquer outras desde que a Direcção Geral de Saúde assim o entenda necessário.

Artigo 2.º — A estas Juntas, além das obrigações já estabelecidas por lei, incumbe:

a) — Receber, administrar e aplicar, para fins exclusivos de desratização, para o que elaborarão orçamentos que serão sujeitos à aprovação do Ministro

do Interior, por intermédio da Direcção Geral de Saúde, todas as receitas que lhes sejam atribuídas por lei, por quaisquer subsídios do Estado ou Corpos Administrativos e bem assim quaisquer dádivas que lhe sejam concedidas;

b) — Orientar e dirigir todos os serviços de desratização no concelho, congregando esforços de todas as entidades e indivíduos, e colaborando com os corpos administrativos em tudo que contribua para melhorar as condições de salubridade e higiene;

c) — Promover por todos os meios ao seu alcance a propaganda da sua acção e das noções etiológicas sobre a peste por meio da imprensa, cartazes, prelecções, conferências, etc.;

d) — Instituir prémios a pagar pelos ratos apresentados que tenham sido colhidos dentro do concelho;

e) — Organizar, a título de ensaio ou definitivamente, conforme o seu rendimento, brigadas de combate ao rato, particularmente nos locais onde as análises bacteriológicas demonstrem a existência de epizootia murina;

Artigo 3.º — As Juntas de Higiene dos concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória concertar-se-ão para ser instituído um serviço permanente de análise bacteriológica dos ratos;

§ único. Para este efeito a Junta Geral Autónoma de Angra do Heroísmo cederá gratuitamente, mediante inventário prévio, o material, utensílios e aparelhos que já possua e que sejam necessários, fornecendo também local apropriado para as referidas análises.

Artigo 4.º — Passará doravante a competir às Juntas de Higiene a obrigação que, pelo decreto-lei de 11 de Novembro de 1910 competia às respectivas Câmaras Municipais.

Artigo 5.º — O Laboratório de Patologia Veterinária fornecerá às Juntas de Higiene virus raticidas com o desconto mencionado no § 1.º do artigo 22.º do Regulamento aprovado pelo decreto n.º 246 de 11 de Dezembro de 1913.

Artigo 6.º — Constituem receita das Juntas de Higiene:

a) — O adicional de 10 % sobre as contribuições gerais directas do Estado;

b) — O imposto de trânsito até ao máximo de 1 % *ad valorem* sobre as mercadorias importadas e exportadas;

c) — Os subsídios do Estado;

d) — Os subsídios dos Corpos Administrativos;

e) — Quaisquer outras receitas como dádivas, doações, etc.;

Artigo 7.º — O adicional para as Juntas de Higiene será cobrado juntamente com as contribuições gerais directas do Estado pelas Tesourarias da Fazenda Pública dos respectivos concelhos, e mensalmente depositado na delegação, filial ou agência da Caixa Económica Portuguesa, à ordem da referida Junta.

Artigo 8.º — O imposto de trânsito será cobrado nas Alfândegas, devendo a divisão do imposto cobrado conjuntamente para mais de um concelho ser feita por acordo das Juntas de Higiene respectivas, resolvendo em caso de divergência o Governador Civil do Distrito, ouvido o Inspector de Saúde.

Artigo 9.º — A Direcção Geral de Saúde, mantendo a superintendência em todos os serviços, promulgará as disposições regulamentares necessárias à boa execução deste decreto.

Artigo 10.º — Fica revogada a legislação em contrário.

II

Postura municipal — Desratização

No desejo de continuar e até intensificar, como tanto convém a desratização nesta ilha, as Câmaras Municipais de Angra e Praia da Vitória, de acôrdo com as respectivas Juntas de Higiene, e dentro das normas estabelecidas nas leis especiais de combate à peste bubónica nos Açores que até hoje nunca se tinham observado, deliberaram publicar a seguinte postura que já foi referendada pelas Juntas de freguesia:

1.º — Nos termos da lei de 18 de Dezembro de 1912 e mais legislação aplicável, a Câmara Municipal fixará no mês de Novembro de cada ano e para vigorar a partir do dia 1 de Janeiro do ano imediato, o prémio a pagar por cada rato apresentado que tenha sido colhido dentro do concelho.

2.º — Todos os munícipes colectados por qualquer espécie de contribuição, são obrigados a apresentar no local que pela Câmara for designado, desde o dia 1 de Janeiro até ao dia 30 de Junho de cada ano, um número de ratos proporcional à importância da respectiva contribuição.

§ único. — A Câmara, quando assim o tenha deliberado, pode facultar aos munícipes a apresentação de caudas em vez de cadáveres completos.

3.º — O número de ratos que cada contribuinte tem de apresentar é fixado em relação ao valor do prémio estabelecido no art.º 1.º, em 10 % do adicional para despesas gerais do Município, sobre as contribuições em que tenha sido colectado no mesmo ano.

4.º — Os munícipes que não queiram ou não possam entregar ratos podem remir essa obrigação pelo pagamento na Tesouraria Municipal de uma quantia igual ao valor dos ratos que lhes forem exigidos, computada segundo o quantitativo do prémio estipulado pela Câmara para cada rato, no respectivo ano.

5.º — O contribuinte que até ao dia 1 de Julho de cada ano não tenha cumprido as obrigações que lhe são impostas nesta postura incorrerá na pena de multa igual ao dôbro dos ratos que era obrigado a apresentar, mas nunca inferior a 10\$00 nem superior a 200\$00, a qual será cobrada como receita virtual.

6.º — Todo aquele que no intuito de receber os prémios fixados pela Câmara fizer criação ou importação de ratos, bem como o que praticar com o mesmo fim qualquer fraude na apresentação de cadáveres ou caudas de ratos incorrerá na pena de 1 mês de prisão correccional e multa de 200\$00.

7.º — Esta postura entra em vigor no próximo dia 1 de Janeiro de 1939.

8.º — As receitas provenientes do cumprimento desta postura não podem ser applicadas a fim diferente da desratização, que será orientada e dirigida pela Junta de Higiene.

9.º — Todas as dúvidas que se suscitarem na execução da presente postura serão resolvidas pela Câmara ouvida a Junta de Higiene.

Estas providências proporcionando a contribuição de cada munícipe aos seus meios de fortuna são de absoluta justiça e estão dentro do disposto na lei de 1912 promulgada por iniciativa do distinto pestólogo e nosso patricio professor Sousa Júnior a quem a ilha tanto ficou devendo no combate à epidemia de 1908 e permitem angariar os fundos necessários para pagar melhor as caudas ou cadáveres de ratos.

Escusado é encarecer o alcance tanto económico como sanitário da nova fase que as medidas ora tomadas iniciam no combate ao rato, que é ao mesmo tempo um terrível inimigo da agricultura e a origem de uma moléstia que tantas vidas tem ceifado e que constitue uma permanente ameaça.

LUGARES SELECTOS

1928

Discurso proferido na sessão de homenagem aos beneméritos do hospital de Tomar

Está inaugurado, e até estreado por uma operação cirúrgica, como se fora um sacrifício propiciatório, o novo hospital de Tomar, e para celebrar o feito se realiza esta sessão a que se prestaram a dar o realce da sua presença o nobre Presidente da República e seus dignos ministros, a quem esta assembleia rende, antes de mais, saudações e graças pelo acto de comunhão na homenagem solene aqui prestada a homens estremados que puzeram vontades e bens ao serviço duma criação generosa.

Força era que não se encontrasse esta cidade de Tomar a entoar isoladas hossanas aos seus benfeitores e que presidissem ao cântico de benemerência os dirigentes da Nação, porque a consagração de hoje é um exemplo a mostrar a todos os cantos do País, é uma lição eloquente para toda a sociedade portuguesa. Uma espécie de decretação moral, das que dispensam assinaturas e chancelas, mas firmada, é o bastante, pelo apoio espiritual virtual dos prò-homens da governação pública, firma datada desta ilustre terra para honra mútua dos representantes das suas corporações e dos representantes do Estado.

Mas porque sou eu quem está proferindo estas palavras que assentariam em melhor boca, das que podem servir de megafone pela sonoridade e pela fecundia?

Um homem daqueles que os nossos antigos chamavam servos de Deus veio dizer-me em tempo do seu plano filantrópico, possuído duma fé comunicativa — « Se se conseguir levar a cabo a empresa do hospital de Tomar, há de ir lá no dia da inauguração » e invocava tempos saudosos da vida escolar. — « Sabe, respondi, que fujo de festividades, que me esquivo a todo o ruído mundano, mas uma vez que tanto me quere lá, lá estarei, meu caro... »

Mas o que eu ia fazendo, porque há dias para socego seu assentei em que evitaria pronunciar-lhe o nome neste recinto ! O peso da sua modéstia é tamanho como o da sua bondade, e maior ainda que o peso do seu corpo, que, grande como é, pesado a oiro não pagaria a valia da alma. Timbrarei no cumprimento da promessa; passará através desta pobre alocação sempre inominado, de viseira caída como os antigos freires de Cristo, mas de cruz vermelha à vista — cavaleiro impávido na salvação da miséria que maduramente levou a sua obra redentora até à maturação. Para que dizer as sílabas todas do apelido ? Sobretudo em Tomar, onde a língua de pobres e ricos o articula com a maior gratidão, onde até parece que as aves do Céu e os écos da terra aprenderam a soletrá-lo.

Fermentava-lhe no íntimo este fervor hospitalário. Erguer paredes, armar camas, sustentar doentes, exige somas avultadas. Como obtê-las ? Pediu esmolas, estendeu as mãos para obter os bens do Céu aos ricos dos bens da terra: e voltou com elas cheias. *Date manibus lilia plenis*. Acamaradaram-no os colegas, piamente estreitados no mesmo empenho.

Aí estão esses doadores dadivosos ; a Ex.^{ma} Sr.^a D. Aurora de Macedo, o Ex.^{mo} Sr. Mendes Godinho, o Ex.^{mo} Sr. João de Oliveira Casquilho, a quem a vida tem felizmente protraído os anos para cobri-lo com esta coroa de glória. Outros benfeitores angariou a mesa da Misericórdia assinalada pela dedicação e exacção da sua gerência, à frente da qual se encontra o dedicado provedor Torres Pinheiro, que vieram ajudar a desdobrar a capa da misericórdia para que mais desditosos cobrisse.

O discutido sábio Lombroso, traduzindo aliás um conceito popular, quis ver na cara dos malfeitores os traços físicos das suas falhas morais. Na dos benfeitores sim, o raio da graça benfazeja que os tocou, banha-lhes a fisionomia, cintila no seu olhar e ondula no seu sorriso. A bondade expande-se franca em

quem a alimenta no peito aberto. Estes obreiros da caridade descobrem-se a quem os encara; e ao fazer do bem anima-os uma euforia expansiva como a do samaritano da parábola ao levar o ferido abandonado à estalagem de Jericó e ao deixar os denários precisos para prover ao seu sustento — a parábola em que Jesus definiu duma vez para sempre o que é o amor do próximo e qual é o próximo a amar.

Recordo-me que, quando em digressão na Síria estacionava em Damasco, visitei um orfanato excelentemente montado num curioso palácio antigo de estilo otomano. O dador, o custeador e administrador era um turco; o gosto com que mostrava o seu recolhimento digno das suratas do Alcorão, o carinho com que mirava as crianças — e havia-as de todas as raças e credos a comprovar o ditado « faz o bem e não cates a quem » — descobria a sua devoção, lembrando na doçura do gesto e da voz a galinha que estende as asas para agasalhar os filhos. O bom mussulmano fraternizava pelo coração com o bom cristão, nenhuma diferença ali entre o crescente e a cruz.

Este hospitalismo progressivo teve por factores a cabeça e o coração

Essa piedade cristã animou a sociedade europeia através da meia idade, toda impregnada do amor ao enfermo, a *salus infirmorum* da ladainha. Nenhuma expressão mais patética e poética dessa piedade que a nossa velhíssima e bela canção do lavrador da arada a carrear para casa o pobresinho encontrado no caminho que alta noite na cama de agasalho se volvia o próprio Crucificado. O hospital que a civilização antiga desconheceu, como ignorou a própria locução da humanidade, é ao mesmo par a simbolização e a realização da protecção ao doente pobre e desamparado; e dele nasceu a medicina moderna. Multiplicam-se os hospitais a olhos vistos — as nossas cidades de Lisboa e Porto tinham-nos a cada canto até que o ceptro regularizador do monarca os fez unificar em institutos mais amplos e regrados. Vejo que unificação igual se deu em Tomar quando o Infante D. Henrique agregou cinco pequenos hospitais que aqui havia. Mas o passo mais decidido para a hospitalização sistemática do reino deu-o a rainha D. Leonor com a instauração das misericórdias.

É singular que este hospitalismo progressivo teve por factores a cabeça e o coração de dois santos varões peninsulares que se combinaram através da raia — o castelhano veio para Portugal e o português foi para Espanha. Aquele, frei Miguel Contreras, inspirava a mulher de D. João II, pautando a criação das misericórdias com tanta felicidade e acerto que nem o dobrar dos séculos nem o revolver dos homens e dos credos as abalaram; o outro, João de Robles, foi para Espanha pregar a caridade pelos enfermos, a levá-los nos braços para as albergarias, a agradecer esmolas para a sua manutenção e tratamento. Este pai dos hospitais santificado em toda a Espanha sob o nome agiológico de S. João de Deus, que se ostenta como léu ser santo para lhe acontecer como a ounada o rememora na sua terra — nem lhe valeu ser santo para lhe acontecer como a outros portugueses em todos os tempos: ser alguém lá fora e ninguém cá dentro. Miguel Contreras viu, graças à coroa, frutificar a sua genial ideia mas o seu nome corre apagado, como se não fora digno do lume da glória. Quando haverá em Portugal um hospital Miguel Contreras? Uma dívida em aberto para o que pode intitular-se o socializador por excelência da caridade entre o povo português.

Aqui está uma velha instituição do velho regime e da velha religião, cada vez mais nova, cada vez mais viva. Às misericórdias, cantadas pelo lirismo nacionalista de Garrett, vão as bênçãos de todos e os favores do céu e da terra. Se há instituição que bem merece a protecção do Estado, é ela mais que nenhuma outra. Federem-se e organizem-se complexivamente numa liga nacional autónoma. Firmem uma carta orgânica e funcional, o antigo compromisso instrumentado à moderna. Um passo decidido nessa esteira deu já S. Ex.^a o Ministro do Interior, a que sucederão outros por igual orientados.

Até este nome de Misericórdia seduz — a misericórdia divina e humana para os males da moléstia e da desgraça. Misericórdia e caridade, boas palavras que parece terem passado obsoletas por uma espécie de severidade cívica. Substituiu-se-lhes beneficência e esta mesma teve de ceder o passo à assistência.

Eufemismos a mascarar, quem o dissera, um sentimento real afectivo, o único que transporta o homem para fora da sua fereza é egoísmo nativos, o amor do próximo e a compaixão pelos que padecem.

**Aos ricos cabe deixar escorregar das mãos o excesso
da sua fazenda pelo óbulo da caridade**

A esse influxo deve a antiga Misericórdia de Tomar o dom tamanho de hoje. Marque o dia com pedra branca nos seus velhos e honrosos fastos, guarde nos seus pergaminhos o tesouro dos nomes dos doadores. Bem haja ela que pôs já o bronze e a tela ao serviço dessa comemoração. À abnegação e ao zelo desse grupo de cidadãos que constituem a provedoria e a mesa enderecemos as nossas gratas saudações.

Um político italiano exclama um dia em parlamento aberto — « O Estado pode ter tudo excepto coração » Ah que não — inverta-se a fórmula e diga-se bem alto — « O Estado poderá não ter tudo mas há-de ter coração ». Teve neste lance o nosso que também se enfileirou nos bemfeitores da Misericórdia de Tomar. Mas há entre nós o vício de tudo pretender do Governo e a tudo querer obrigar o Governo; e tantas vezes este não pode senão suscitar e auxiliar a iniciativa particular. Aos ricos cabe deixar escorrer das mãos o excesso da sua fazenda pelo óbulo da caridade; assim serão as riquezas bem vistas de Deus e dos homens. Os ricos, e até os pobres — o ceitel destes vale tanto como o conto daqueles, ensinou o oráculo do Evangelho quando viu a pobre viúva a deitar a mais ínfima moeda de cobre no gazofilácio do templo. Assim faz como nenhum outro aquele admirável povo inglês. Ao entrar no hospital de Westminster em Londres, vi com espanto uma enorme tabuleta de pano na fachada com este anúncio — O hospital precisa de esmolas para a sua sustentação — e marcava três dias para que dentro deles escorressem as libras com que há-de remir-se o ano todo. Os outros hospitais londrinos estão quase todos sujeitos ao mesmo regime da subscrição pública.

Abrem-se em Tomar enfermarias, — mais enfermarias, mais e muito mais delas carece o nosso povo como de pão para a boca. Esse pregão brada cada vez mais alto e mais consternado. Os particulares e o Estado têm de acudir-lhe, dando-se as mãos e as algibeiras. Por esses sertões e povoados fora adoce-se e morre-se ao puro desamparo. Os hospitais são raros e sem capacidade para os que os procuram. Há que confessar que o progresso hospitalar entre nós tem sido escasso. Em pleno século XVIII o sábio economista Soares de Barros publicava uma

memória ignorada em que esboça com bons dados e bom acerto um plano para dotar o País inteiro com os hospitais devidos. Passam-se quase dois centénios e quão longe estamos desse projecto salvador. Do nosso atrazo o mais evidente testemunho são as duas capitais do Norte e do Sul. Onde estão em Lisboa e no Porto os grandes hospitais modernos, verdadeiramente modernos, com todos os requisitos de conforto da hygiene e até do luxo? O estrangeiro entendido que nos visite ficará admirado e surpreso. O grande hospital geral de Lisboa aloja-se num convento velho desde o século XVIII, e do mesmo século data no Porto o hospital de Santo António que se destaca apenas pela sua monumentalidade inadaptada ao seu fim. Ainda o melhor hospital de Lisboa é o Estefânia, já do tempo de D. Pedro V.

Há uma cruzada que fazer e ninguém melhor que os médicos para a promover: estão dentro da sua arte, da sua ciência, do seu sacerdócio. São os factores da saúde e da assistência, de que os de Tomar são um exemplo honroso. Aí estão duas instituições paralelas, ambas arreigadas nas velhas épocas da nossa história, ambas apagadas em todos os rincões, ambas inspiradas pelo remédio a dar aos tormentos físicos — misericórdias e partidos. A bandeira da Misericórdia e a figura do João Semana são emblemáticas da solidariedade portuguesa. Partidos e mais partidos, multipliquem-se e dotem-se, de tal arte que não mais haja póvoa alguma, por pobre e mísera que seja, onde se não padeça sem o consolo e amparo do médico à cabeceira. Não há necessidade social maior do que essa — *honora medicum propter necessitatem*, inscrevia-o há dois mil anos o versículo de Eclesiaste. Levante-se-lhes o valor científico, moral, económico, para que sejam dignos dos interesses vitais que a colectividade tem de confiar-lhes.

Quanto temos que fazer nesta terra em matéria de saúde e hygiene, tão pouco há feito!

Do que sejam capazes os médicos sanitários, aquilatamo-lo quando as epidemias açoitam. Não há sacrifícios que os ame-dronte, mesmo o da própria existência, nem a própria observação médica falece. Do pecúlio clínico epidémico que lhes pedimos, temos extraído contribuições que há anos carreamos para a epidemiologia portuguesa, levando-a lá fora a confronto com a epide-

miologia mundial. Dos médicos municipais de Tomar, tivemos experiência e prova quando um dia a peste pelo maior dos caprichos fagulhou às barbas da cidade. O subinspector de saúde Dr. Tamagnini exerceu a profilaxia com denodo, inteligência, incansavelmente, sustentando briosamente a sua vida profissional e humanitária. Aprendi então a conhecer o animador da obra de hoje — a sua visão ardente, a sua tenacidade sem tréguas, a sua habilidade firme, que ora torneia, ora salteia os obstáculos. Aí está o que eles souberam e puderam conseguir. Pregue-se o feito para seguimento dos médicos municipais; outros se lhe ajuntam já e dum modo tão frizante que antevejo o engrandecimento do seu papel na vida social da Nação. Os anos não nos permitem que o vejamos em todo o seu brilho e grandesa, consolemo-nos ao menos em proferir a profecia.

Quanto teremos que fazer nesta terra em matéria de saúde e higiene, tão pouco há feito! Curar e tratar enfermidades era outrora o único objectivo — hoje há o de prevenir as evitáveis. Um truismo é certo, as consequências é que não são truísticas, mas concretizáveis. Proesas de Hércules, porque têm de cercar-se as 7 ou melhor as 70 cabeças da Hidra de Lerna, as dos contágios que cortados hoje rebentam amanhã — limpar as estrebarias de Augias, tanto estêrco e imundice se amontoam, e enfim, façanha a mais brava, sufocar no ar o Anteu, símbolo de erros e prejuízos que cobram força nos vícios da terra e tem que trazer-se a arca couraçada, porque não há pedrada que lhe poupem nem doesto de que o livrem. É bem certo que a higiene dos corpos pressupõe a higiene das almas. As duas purificações são inseparáveis na liturgia social.

O Estado tem aqui que enfeixar e orientar acções, tem que ser animador e realizador. Esse esforço dos poderes públicos costumam medi-lo os sanitaristas, numéricamente, pela cifra orçamental consagrada. Não é exacto o escalão aritmético, pois que às vezes, comparativamente, com menos se pode fazer mais; como em tudo, uma coisa é a soma gasta, outra o proveito desse gasto. Mas « grosso modo » os números do orçamento tomam-se como bitola da higienicidade dum país. Entre nós consagram-se cerca de 4.400 contos para um total de despesas gerais de todo o orçamento que montam perto de 2.000.000 de contos. A proporção é exactamente de 23 centésimos por cento — eis o quinhão da higiene. E note-se que as receitas sanitárias vão a perto de metade da verba. Ora os sanitaristas calculam que a cota normal

deve ser de 2 a 3 %, quer dizer, no nosso caso 10 vezes mais. Sem falar da provida e modelar Suíça, onde nos cantões as principais despesas públicas são as da instrução e da higiene, é para citar o caso da Jugo Eslovénia, país talado e martirizado por guerras sucessivas que, apesar dos tratos da sorte e dos inimigos, tomado duma ressurreição expansiva, consagra à obra sanitária 5 % do seu orçamento, percentagem que o higienista Stampar procura elevar ao dobro. Vimos pessoalmente o produto dessa largueza que simplesmente assombra.

Vivemos em Portugal de muito, de tanto que nem pode marcar-se o início, em regime de quebra financeira. Deter-lhe o descalabro, impunha-se como obra instantânea de salvação prègada pelo Sr. Ministro das Finanças. Sacrificam-se despesas para benefício geral — fase porém, apenas transitória de estabilização económica para que após ela a Nação revigorada possa fomentar normalmente todas as suas energias, próprias duma sociedade civilizada. E entre elas figura em primeira linha a higiene pública, que é a craveira hoje do grau de adiantamento dos povos de lés a lés da Europa, desde a Espanha monárquica à Rússia soviética.

Colectivamente temos uma alta natalidade e uma alta mortalidade, características demográficas das nações menos graduadas na escala higida. Nasce-se de mais, à razão de trinta e tantos por mil, o que seria um bem se tivéssemos meio de poupar e aproveitar tamanha nascença; as nações ricas, como as famílias ricas, são pouco fecundas. E morre-se muitíssimo em todas as idades. Enquanto que outros países vêem minguar o tributo obituário até um mínimo não sonhado outrora, nós mantemos cifras incomportáveis neste século. Basta dizer que Portugal deixa morrer por ano 20 e tantos por mil dos seus habitantes, enquanto que Londres, aglomerado de igual população, tem uma mortalidade de 12, isto é, de metade. As nossas cidades, especialmente o Porto e outras cidades de província, alcançam cifras macabras próximas de 30.

**Somos o único país da Europa sem guerra organizada
contra o sezonismo**

Contágios evitáveis e evitados cobram vidas em excesso: a febre tifoide, a acusar a insalubridade; a varíola, a falta de vacinação suficiente. O tifo exantemático reponta a cada passo. Somos o único país da Europa sem guerra organizada contra

o sezonismo. Contra o flagelo da tuberculose inaugurou-se mas não se activou o combate à tuberculose, à qual pagamos o imposto exorbitante. Contra o das moléstias venéreas não há um único serviço de dispensário, montado como hoje o mandam os mais elementares princípios. A mortalidade infantil é enorme, que demanda medidas especiais de protecção aos inocentes. Não insisto no rol! O serviço das epidemias, entre outros, melhorou grandemente com a última reforma de 1926. Contra a tuberculose, o senhor Ministro do Interior promulgou já medidas em via de execução. Decretos estavam promulgados, ou em via de promulgar-se, sobre o sezonismo, de que se ia montar o primeiro centro de estudo e de combate em Alcácer do Sal, sobre moléstias venéreas e de protecção à infância, lançando-se as bases de postos a criar em Lisboa e Porto — tudo sustado pela imperiosa necessidade das reduções orçamentais. Em verdade, há que instaurar uma moralidade física como lhe chamava Spencer. O amor da hygiene hoje congénito em certos povos, é rudimentarissimo no nosso. Tem que se beber com o leite. Tem que impregnar-se na criança e no adolescente, desde a família até à escola.

Nestes votos, na satisfação destes e doutros desiderada, não há interesses de seita, nem de teoria, nem de classe, nem de pessoa — nem excesso sequer de apostolado, perante a saúde, ou da que se perdeu e há que cuidá-la, ou da que há que resgatar da morbidez e da mortandade, isto é, perante a assistência e a hygiene, dissolvem-se as paixões humanas, calam-se os egoismos tolhedores, dissipa-se até o fumo acre da politica: respira-se tão somente o único perfume da terra pisada por homens — a virtude. A virtude que esta homenagem celebra, o talante de bem fazer, a divisa de grão-mestre de Cristo, o Infante por excelência que, se vivo fôra, a viria acolchetar ao peito destes amigos da humanidade.

Ex.^{mo} Presidente (1): Ao acabar acode-me aquele fecho de Sá de Miranda na célebre carta a D. João III, que se queixava de lhe ter feito perder meia hora como aos guarda-cabras que vão de ponto em ponto. Perdoe-mo para que os ouvintes m'o relevem.

RICARDO JORGE

(1) Presidente Carmona, sendo Ministro do Interior o então Coronel Vicente de Freitas. O médico denominado era o falecido Dr. Cândido Madureira.

Sarna e tinhas ⁽¹⁾

Sem dúvida nenhuma, as doenças de que nos vamos ocupar, sarna e tinha, não estão na 1.^a fila em matéria de medicina sanitária. Mas tudo é relativo e eu creio que, mesmo descontando a minha possível parcialidade de homem do ofício, lhes podemos conferir um bom lugar entre as doenças que mais colidem com a vida social.

A começar pela frequência:

Cerca de 15 % dos doentes das nossas consultas de dermatologia são sarnosos. No ano passado fizeram-se em S. José 14.876 tratamentos antipsóricos. O número de tinhas na consulta especial do Hospital do Desterro foi no mesmo ano de 392.

Estes números não nos dignificam e demonstram a necessidade de uma actuação sanitária máis enérgica. Sabouraud que, como sabem, foi o padre-mestre das tinhas, costumava dizer a propósito do favo, que a sua frequência estava na razão inversa do desenvolvimento da rede dos caminhos de ferro. Efectivamente, em regra geral, tinha e sarna são doenças de países pouco cultos, com nível de vida social baixo.

As guerras e os grandes êxodos, devido à promiscuidade dos indivíduos e às dificuldades do asseio, dão um grande incremento à expansão da sarna e criam, por vezes, situações embaraçosas.

Os apêdros de tihoso e sarnoso são frequentemente empregados pelo nosso povo como expressões de aviltamento e de agravo, o que prova a má conta em que tais doenças são tidas.

(¹) Lição proferida no 5.^o Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, realizado no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

No que toca em especial às tinhas, a sua contagiosidade, a sua cronicidade, as dificuldades e morosidade dos tratamentos, dão-lhes uma importância à parte.

Sob o ponto de vista mais estritamente individual não são para menosprezar também as duas doenças.

As reacções gerais nas micoses e os prejuízos de ordem estética, na sarna, as estreptococcias cutâneas, podendo comprometer seriamente o estado geral, nomeadamente em crianças, a furunculose, as dermatites eczematiformes, a urticária, o ectima, são complicações banais.

A possibilidade de uma nefrite escabiosa, podendo levar à morte, é um facto conhecido.

Num trabalho que me veio à mão referiam-se 23 casos de albuminúria no exame de 69 sarnosos. Jausion, de Paris, verificou por ocasião de duas epidemias, que em cada 10 portadores de sarcoptos, 1 eliminava estreptococos pela urina.

De resto, este exórdio para salientar um pouco a importância do assunto seria bem desnecessário, pois estou falando a médicos feitos e, mais ainda, a sanitaristas, quantas vezes a braços com as dificuldades do problema.

Por razões óbvias e, dentre elas, a falta de tempo, eu não vou fazer-lhes o quadro nosológico completo da sarna. Nós vamos percorrer um caminho já conhecido e portanto limitar-me-ei a chamar-lhes a atenção para os acidentes que me parecem mais interessantes sob o ponto de vista prático. Todos sabemos que o contágio se realiza, em geral, de indivíduo a indivíduo e durante a noite. É muito frequente também a infestação por intermédio das roupas de cama. O contágio noutras condições é mais raro e admite-se então que se possa fazer, não pela fêmea do *Sarcoptes scabiei*, mas sim pelos ovos fecundados. Enfim, seja como for, decorridos cerca de dez dias, começa o prurido e é isso que faz vir o doente até nós. Prurido a maior parte das vezes intolerável, tolerável outras vezes e até insignificante numa minoria de doentes. Questão de temperamento e também muito da escala social do indivíduo. Entre um cavador e uma dama do *beau monde* vai, ao menos neste capítulo, uma distância infinita. Este prurido, sobretudo manifesto na primeira fase da doença, é particularmente intenso durante a noite. Mas há um pouco que distinguir. Muitos pruridos de outra origem são nocturnos também. Vejamos um tipo. O doente despe-se para se deitar,

desaperta cintos e ligas, o regimen circulatório das regiões respectivas modifica-se, como se modificam os contactos e pressões cutâneas, a temperatura, etc., razão para excitação das terminações nervosas. A atenção do doente está mais desperta, livre do *contrôle* social, acode sem reservas às primeiras solicitações do prurido, dedilha os pontos nevralgicos e, uma vez postos em vibração os nervos, dispara-se a crise neurótica de prurido dos doentes susceptíveis. Na sarna as coisas passam-se um pouco diferentemente. O doente deita-se, aconchega a roupa, começa a aquecer e é nessa altura, nas melhores disposições de calma e repouso, que o prurido se torna verdadeiramente incómodo e assim vai pela noite fora, até de madrugada, persistente, obstinado, teimoso. Não nos preocupemos com o saber se é o calor que motiva a actividade do ácaro ou se é a sua actividade em horário especial, noctívago.

Em presença de um doente que assim se queixa, nós temos imediatamente um reflexo. Mandamos-lhe mostrar as mãos e afastar os dedos. É acertado. Quase instintivamente atribuímos uma grande importância à topografia especial das lesões. Se é certo que uma grande parte do tegumento é atingido pela sarna (à excepção da face, que, como se sabe, também pode ser invadida na criança) no entanto localizações há que lhe são próprias e que têm um grande valor clínico. Além dos espaços interdigitais e face lateral dos dedos, devemos referir a face anterior do punho, a parede anterior da axila, no prolongamento da linha desta, a região periumbilical; na mulher a auréola do seio, no homem o forro do penis e a glând. Virando o doente de costas são as nádegas ou, precisando mais, o ângulo interno e inferior e o sulco glúteo-femural, as regiões electivas, assim como os cotovelos. O artelhos são frequentemente atingidos. Nas crianças — e também algumas vezes nos valetudinários, como as pessoas de idade, desocupadas — há uma localização muito típica, a da planta do pé e um pouco menos regularmente, a da palma da mão.

O factor regional, topográfico, tem tal valor, que, por exemplo, podemos afoitamente dizer que as lesões eczematiformes do mamilo ou eczemato-impetiginosas, em mulher que não esteja grávida ou não amamente, são quase sempre de origem psórica. Há um abcesso superficial do seio, situado um pouco acima e para dentro do mamilo, consequência das lesões deste,

que é também bastante característico. São-no da mesma maneira certas lesões papulo-crustosas do penis (cancro sarnoso, como alguém o denominou), o impetigo bilateral dos cotovelos, etc. As lesões do penis podem servir de porta de entrada ao trepomena ou ao Ducrey. É a sarna gálica do povo. Mas analisemos um pouco mais miudamente, vejamos de que elementos é constituída a erupção. São estes de um poliformismo grande na sarna. Papulas de prurigo, escoriadas, toda a gama de piodermites, lesões de coçadura, etc. Evidentemente que isto não basta para nos fixarmos no diagnóstico. Há todavia duas lesões muito discretas que devem ser procuradas de *parti pris* e que, essas sim, têm um valor fundamental. São o *sulco* e a *vesícula perlada*. O sulco, a galeria que o *Sarcoptes* fêmea faz através da capa córnea da epiderme, é patognomónico.

Apresenta-se como um traço esbranquiçado, como ténue arranhão feito por fina ponta de agulha. Na parte mais adelgada tem uma pequena elevação, a eminência acariana, onde é possível colher o parasita com a ponta de um alfinete. Podemos chamar a este tipo de sulco, o sulco córneo, pois que há um outro, papulo-edematoso, localizado às regiões de pele delicada (penis, axila, pescoço). Nos indivíduos pouco limpos o sulco é mais visível por estar tatuado pela sujidade. Por mecanismo semelhante o podemos revelar, passando sobre ele uma bola de algodão com tintura de iodo ou qualquer corante e limpando em seguida.

A vesícula perlada deve procurar-se na face lateral dos dedos ou do punho. É uma vesícula de $\frac{1}{2}$ a 1 mm. de diâmetro, nacarada, contendo uma sorosidade levemente turva ou líquido cristalino, como pérola de aljofre. Pouco numerosas em geral, dispersas, às vezes sobre um sulco. Praticamente isto basta, só casos excepcionais podem consentir dúvidas no diagnóstico da sarna. É então necessária a pesquisa microscópica do ácaro ou dos seus ovos. Com um bisturi bem afiado procura-se destacar um retalho da epiderme que contenha o presumível sulco e observa-se entre lâmina e lamela com uma gota de xilol. Se efectivamente se trata de um sulco vê-se o *Sarcoptes* fêmea ou, pelo menos, os seus ovos e dejectões ao longo da galeria.

O tempo urge e por isso não posso fazer-lhes o diagnóstico diferencial com a ftiríase, a brotoeja das sementes, o prurigo simples, o estrófulo etc., as afecções que mais se confundem com a sarna.

Algumas palavras sobre *tratamento*. O enxofre e os seus compostos minerais continuam ainda a ser a base. Ainda hoje a minha predilecção vai para a pomada de Milian, cuja fórmula é a seguinte:

Polisulfureto de potássio	80 gr.
Agua	245 »
Adicionar	
Lanolina anidra } aa	250 »
Vaselina }	
Misturar com	
Óxido de zinco	5 »
Óleo de amêndoas doces	170 »

Dada a relativa abundância e mais baixo preço do óleo de amendoim entre nós, eu costumo mandar substituir por este o óleo de amêndoas. Fazer fricção à noite, manter a pomada durante 24 horas, repetir o tratamento nas 2 ou 3 noites seguintes.

Não é necessário o banho prévio, nem uma fricção forte, nem a desinfecção das roupas é tão necessária como nos outros processos (bem entendido que não falo de roupas brancas de vestir e da cama), não é traumatizante para a pele, pode portanto usar-se em crianças e adultos.

As loções com benzoato de benzilo, por exemplo, na fórmula de Kissmeyer, benzoato de benzilo a 30 % num excipiente constituído por álcool de 95° e sabão mole dissecado, é um processo limpo e elegante.

Para as grandes aglomerações ocorre-me lembrar-lhes as loções de creolina Pearson aconselhadas por Dekeyser, de Bruxelas, em solução a 20 %, com água destilada, preparada à temperatura de 25°-30°. As creolinas vulgares são ineficazes e irritantes. Aplicar com bolas de algodão sem friccionar muito rudemente.

Ouvi aconselhar a Ravaut, como prática de bons resultados, a loção de hipossulfito de sódio a 40 %, seguida de outra com ácido clorídrico a 4 %. Logo que se forma um ligeiro depósito de enxofre, repete-se a operação.

O prof. Julia, de Bordeus, diz que obtém bons resultados com simples aplicações de soluto de polisulfureto de potássio a 1/6-1/10, conforme a tolerância.

Em caso de absoluta ausência de meios, preconizou-se o tratamento pelo petróleo.

Eu não dou por enquanto os meus sufrágios às soluções de D D T em solutos orgânicos.

Como complemento, duas precauções a tomar : desinfecção das roupas em contacto com a pele, roupas interiores e de cama, e tratamento simultâneo (precaução esta importantíssima) do doente e das pessoas que com ele habitam, sem nunca esquecer as participantes do mesmo leito. Sob o ponto de vista profiláctico e para terminar, vigiar casas de pernoitar, hospedarias, hotéis, colónias de férias, bordeis.

Tinha

Façamos outra excursão rápida, esta no terreno das tinhas.

Designava-se antigamente por *tinha* toda a doença sórdida e persistente do coiro cabeludo. Hoje o termo tem um significado bem definido. É assim designada a doença do coiro cabeludo, devida a bolors patogénicos. Mas não faria sentido que às lesões da pele glabra, tendo por agentes os mesmos parasitas, se desse outra denominação. Portanto entende-se que, por extensão, o termo *tinha* se refere também às lesões das outras regiões pilosas, que não o coiro cabeludo, da pele glabra e das unhas, devidas aos mesmos agentes. Vamos limitar já o nosso programa e fiquemos apenas pelas afecções do coiro cabeludo. Para estabelecermos pontos de referência, vou esboçar-lhes o quadro sintético, necessariamente incompleto, dos 3 tipos clínicos de *tinha* a considerar :

O favo ou *tinha* favosa, a tonsurante e a *tinha* inflamatória do tipo *Kerion*.

a) — O *favo*, a *tinha* que mais chama a atenção, é também a mais grave porque não cura espontâneamente na puberdade, como a tonsurante e porque deixa cicatrizes alopécicas indeléveis, de efeito estético deplorável. É uma *tinha* dos meios rurais, dando algumas vezes focos familiares, que se mantêm durante gerações. O *tinioso* desta espécie, vindo em geral de meios miseráveis, com o seu cabelo eriçado, por partes aglutinado em tufo, com as suas bostelas amareladas, espessas, algumas vezes

roxosas, entremeadas de falhas de cabelo cicatriciais e, devido às dificuldades de limpeza local, frequentemente cheio de lendeas e piolhos, com o seu cheiro peculiar a ninho de ratos, inspira, de facto, repugnância.

Mas analisemos um pouco mais de perto (dever ingrato do nosso ofício) e vejamos que, destacadas as crostas com uma raspadeira, cobrem uma espécie de erosão superficial, húmida, avermelhada, por vezes levemente sangrenta. Se insistirmos no exame destas crostas, notaremos que não são consistentes como a crosta soro-purulenta vulgar.

São mais secas, mais leves, mais friáveis. Embebem-se facilmente de álcool e tomam então uma cor amarela, doirada.

Estas crostas são constituídas por um feltro de filamentos micélicos que, nalguns casos, se vêem dispostos de uma maneira característica, de um valor clínico muito grande. Refiro-me à lesão elementar do favo, o «*scutulum*», *escudela* ou *tigelinha fávica*. Trata-se, com efeito, de uma produção em forma de tigelinha, de cor amarela de enxofre, centrada por um pêlo. É pela aglomeração, confluência e intrincamento destes elementos que se forma a crosta fávica, onde grande número de vezes se não distingue o elemento típico.

A escudela fávica tem valor patognomónico e mesmo sistemático, sob o ponto de vista micológico. Outro elemento fundamental, para nos fixarmos no diagnóstico de favo, é a verificação da existência do cabelo fávico. É um cabelo com alguns centímetros de comprimento, que emerge das regiões lesadas, um pouco descorado, acinzentado, estopento, contrastando com os cabelos não parasitados das regiões sãs. Arranca-se facilmente, quase sem dor. O bolbo é negro e envolvido por bainha vitrosa. Apertado entre duas lâminas tende a dissociar-se no sentido do comprimento.

b). — O 2.º tipo de tinha, a *tonsurante*, é uma doença muito mais dissimulada e insidiosa.

Geralmente em crianças na idade escolar, por entre a cabeleira aparentemente sã, vêem-se manchas pitiriásicas, escamosas, acinzentadas, que pessoa desprevenida tomaria por manchas descamativas banais de caspa, o que seria um pouco anómalo, porque a caspa se manifesta mais tarde, por volta da puberdade. Depois, vendo melhor, nota-se que a descamação não é difusa,

as manchas são bem limitadas e, sinal de primeira ordem, na sua área há uma espécie de tonsura de cabelos, íamos a dizer uma pelada, termo que nós, médicos, não podemos empregar, porque tem um significado muito diferente. A pelada para nós é uma alopecia integral, em placas ebúrneas, lisas, limpas, de natureza muito diferente. A placa da tonsurante é uma placa descamativa, esfarelada, suja, no nosso país em geral pequena (salvo a coalescência de vários elementos) onde se podem descortinar cabelos partidos rentes à pele — *endotricia* — ou a alguns milímetros dela — *microsporia* —. Outros caracteres se podem inventariar a favor de um ou outro tipo de tonsurante. A placa de tricofítia é em geral mais pequena, havendo entre os cabelos parasitados muitos cabelos sãos.

Na microsporia, mais rara entre nós, as placas, como dissemos, são em menor número, maiores, e geralmente na sua área poucos cabelos não parasitados se observam. Se olharmos um pouco de lado, com incidência de luz favorável, veremos que o cabelo microspórico está como que embainhado, enfarinhado até uma certa altura. Este pormenor salienta-se muito bem, se arrancarmos os cabelos parasitados e os observarmos sobre um fundo negro.

Estes sinais são presuntivos; veremos a seguir que o exame microscópico dos cabelos nos dá a solução definitiva.

c) — Finalmente, o 3.º tipo de tinha, este bastante raro e benigno, é a tinha inflamatória do tipo *Kerion* de Celso, de origem animal.

Lesão quase sempre única, podendo imitar, de começo, até certo ponto, a tonsurante, mas que em breve toma o carácter inflamatório, sob a forma de foliculite agminada, tumoral, espécie de bolo saliente, superfície em crivo, supurante, que cura facilmente com terapêutica banal, apesar de tão severo aspecto.

Já dissemos que o diagnóstico certo destes 3 tipos de tinha se faz pelo exame microscópico dos cabelos parasitados. Para isso faremos uma colheita abundante e recolhemos o material entre duas lâminas porta-objecto.

Em caso suspeito de favo procuraremos os cabelos que apresentam alteração de côr, assim como as escudelas ou outros fragmentos de crosta.

Nas tonsurantes raspa-se cuidadosamente a superfície da placa com uma pinça de depilação e envia-se ao laboratório toda a magma de escamas epidérmicas e resíduos de cabelos, que se possam recolher. Os cabelos compridos que persistem na placa, ou os da periferia, são cabelos índemnes que fornecem resultados fatalmente negativos.

A nossa tonsurante mais vulgar é uma tonsurante de pequenas placas, uma tricofítia devida ao *Trichophyton violaceum*, que aqui têm presente e que fornece cabelos parasitados curtos, rentes à pele, e em que a técnica que acabamos de aconselhar é absolutamente indispensável para se chegar a resultados concludentes. Como sabem, estes cabelos são observados numa maceração de potassa a 30 % ou, melhor, em cloro-lacto-fenol, segundo a técnica bem conhecida. Ora as imagens microscópicas, que se nos deparam, são as que esquematicamente aqui vêm figuradas.



FIG. 1



FIG. 2

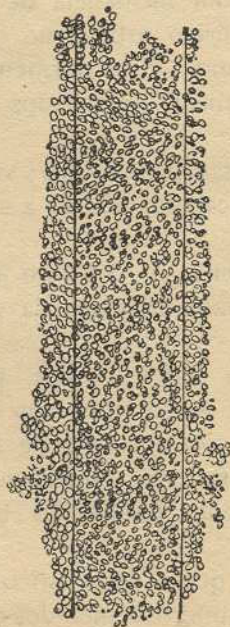


FIG. 3

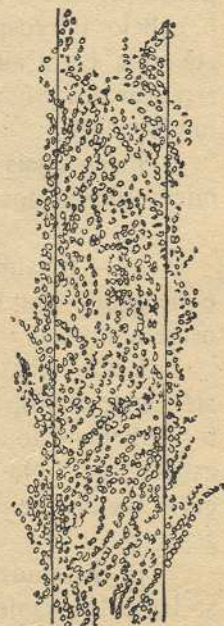


FIG. 4

A primeira, do cabelo fávico tratado pela potassa, apresenta uma série de bolhas de ar e filamentos micélicos bem distintos, na direcção do eixo, formados por artículos de forma e tamanho

diferentes. Nalguns pontos estes artigos, de forma poligonal, reúnem-se à maneira dos ossos do tarso, realizando o acidente morfológico designado por *tarso fávico*. A segunda figura representa o cabelo tricofítico totalmente invadido por elementos arredondados, sensivelmente iguais, tal como um saco de nozes.

O cabelo microspórico, figurado no 3.º esquema, é revestido por uma camada de pequenos esporos (menores que no caso anterior) em mosaico, como que « *une baguette de verre qu'on aurait trempée dans la colle et roulée dans du sable fin* » na imagem de Sabouraud, que não é susceptível de retoque.

No esquema 4 figura-se uma microide, o agente do *Kerion* que provém, regra geral, do cavalo ou do burro. Tem aspecto muito semelhante ao micrósporo, mas os esporos estão aqui ordenados em fiadas.

Os outros tipos de parasitismo são bem mais raros, pode dizer-se, excepcionais na tinha do coiro cabeludo e por isso não perderemos tempo com a sua descrição.

Senhores do diagnóstico parasitológico, que fazer?

Se estivermos em presença de uma microsporia, se o coiro cabeludo está pouco invadido, podemos, no nosso país, tentar um tratamento local da placa, porque se trata, por via de regra, de uma tinha animal em que o tratamento medicamentoso local, acompanhado de depilação à pinça, nos pode dar um sucesso. Já não digo o mesmo se a cabeça estiver muito invadida e, com mais razão, se se tratar de uma endotricia ou de um favo. Não lhes aconselho a depilação geral do coiro cabeludo pelo tálho, mas antes o envio do doente para um serviço especial, sempre que possam.

A depilação radioterápica não pode ser feita por qualquer radiologista e, além disso, os cuidados de enfermagem subsequentes exigem prática e conhecimentos especiais.

Mas não pode ficar por aqui a nossa intervenção.

Sob o ponto de vista profilático temos ainda que fazer. Investigaremos se na ambiência do doente (residência, escola, internato) há mais crianças contagiadas. Exigiremos, sempre que isso seja possível que cortem o cabelo à escovinha e observaremos cuidadosamente as cabeças, devendo tornar-se-nos suspeitos os pontos de pitiríase localizados, mesmo que não se distingam cabelos partidos. Sabouraud aconselhava friccionar a cabeça de todas as crianças, possivelmente contagiadas, uma única vez,

com tintura de iodo, o que contribue muito para revelar os circulos de herpes circinado que, de outro modo, se não descobriam.

Toda a criança com tais lesões, mesmo na pele glabra, deve ser considerada como tindhosa. É evidente que confirmaremos ou infirmaremos as nossas suspeitas com a análise do cabelo.

Nos internatos ou escolas todo o suspeito ou doente deve proteger a cabeça com um barrete e friccionar o coiro cabeludo diáriamente com álcool iodado a 1 % até ao seu isolamento. A inspecção aos meios suspeitos, onde se tenha manifestado qualquer caso, repetir-se-á durante certo tempo, cada 15 dias.

NEVES SAMPAIO

Directrizes de trabalho da Engenharia Sanitária ⁽¹⁾

A Engenharia Sanitária não constitue na Direcção Geral de Saúde uma Direcção de Serviços Técnicos, quer isto dizer que não lhe correspondem por virtude de lei obrigações específicas neste ou naquele sector que interessem à Saúde Pública.

Geralmente define-se como um ramo de Engenharia cujos estudos, realizações, projectos e obras contribuem de alguma forma para promover a Saúde Pública.

Dentro deste âmbito tem exercido a sua acção, com maior ou menor desenvoltura, cooperando e acompanhando de perto os trabalhos nalguns outros sectores dos Serviços.

Não é nova a sua actuação. O regulamento de 1901, já lhe referia atribuições e a lei de 1926 confirmava a sua existência, que não chegou a consolidar-se, mercê de várias circunstâncias.

As realizações e obras que no domínio da Engenharia interessam à Saúde Pública não são geralmente levadas a efeito pelos próprios serviços de Saúde Pública. Creio que nunca o foram, senão em casos muito excepcionais, e nunca o serão, em nosso parecer.

Pertence às autarquias locais a sua execução e pelo que fazem ou deixam de fazer são elas directamente responsáveis. É de lei. É o art.º 44.º do nosso Código Administrativo. É também a prática seguida um pouco por todo o mundo.

(1) Lidas na I Reunião dos Delegados de Saúde, realizada no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, sob a direcção do Sr. Director Geral de Saúde.

Pode pois resumir-se e concluir-se que na Direcção Geral de Saúde os trabalhos que sejam de particular actividade da Engenharia Sanitária, serão como outros, os de reunir os elementos de informação e de aplicação segundo os melhores conceitos da técnica actual que sirvam de orientação, de doutrinação, de demonstração, de coordenação como elementos básicos no desenvolvimento das utilizações e obras sanitárias, com o duplo objectivo de as tornar mais efficientes e mais apropriadas.

Não há pois, nem pode haver, sobreposição de trabalho, nem tão pouco este será supletivo da acção dessas autarquias, sob qualquer forma que se revista.

A tutela, essa mesmo, tem sòmente carácter administrativo nos casos que o Governo determina.

Não nos cabe substitui-las, nem aos Serviços de Saúde, fazer o que elas devem fazer. Mas sim ajudá-las e por virtude das funções que desempenhamos evitar os desvios que nas realizações que projectam e nos submetam, as afastem de bem servir e de bem aplicar, no que toca aos problemas de hygiene geral e municipal a desenvolver e a aperfeiçoar.

Se se insiste neste ponto, é realmente para situar a encruzilhada que ocupamos.

A posição dos Delegados de Saúde, afigura-se-nos intermédia entre o corpo de técnicos dos serviços centrais da Direcção Geral de Saúde e as autarquias locais.

O estreito contacto que directamente ou por intermédio dos Subdelegados de Saúde tem de manter com essas entidades ou mesmo com os particulares, pode facilitar por um lado a prioridade na execução das obras que sejam de primeiro plano na melhoria da sanidade geral e por outro, manter os Serviços Centrais no conhecimento exacto das tendências administrativas que conduzem a essas realizações e das soluções que porventura exigem estudo mais adequado e assistência técnica mais cuidada.

Vejamos como.

Na esfera das atribuições que o Sr. Director Geral de Saúde nos distribuiu e que constam da circular n.º 355 de 26 de Fevereiro de 1947, distinguem-se nitidamente duas ou três qualidades de trabalho:

Uma de consulta e de colaboração com os Serviços Técnicos da Direcção Geral e com várias entidades, entre as quais os Delegados de Saúde.

Outra a de fiscalizar em certos estabelecimentos de interesse sanitário; e outra ainda de estudos técnicos no domínio de instituições referidas no § 4.º do art.º 15.º do Decreto-lei n.º 35 108, e, talvez em consequência, intervir no trabalho previsto no § 5.º do mesmo artigo.

Temos para nós que o Delegado de Saúde no seu distrito é o chefe de todos os serviços sanitários e portanto seria de desejar que fosse a autoridade que deveria ter sob a sua alçada todos os poderes que, dentro do quadro geral da Saúde Pública, lhe outorgassem o direito de conhecer, de orientar e de agir.

Dentro deste conceito, o trabalho para ser perfeito teria pois, duma forma geral, como objectivo o conhecimento de tudo, nos concelhos e freguesias do seu distrito, o que sob o ponto de vista do interesse sanitário se realizasse ou viesse a realizar. Portanto nas questões e assuntos que especialmente exijam a intervenção da Engenharia Sanitária a fórmula do trabalho não pode excluir inteiramente uma estreita cooperação entre o próprio Delegado e os Subdelegados para que a nossa intervenção, quando necessária, se possa fazer a tempo e horas.

Não é difícil, dispondo dos meios e do poder de execução, dar vulto às obras que se nos afiguram de real valor.

Mas é muito mais difícil, não dispondo desses meios e desse poder de realização, levar os que o devem fazer, a fazê-lo bem feito e salvaguardando as necessidades e legítima prioridade dessas realizações.

Aqui reside a delicadeza e até certo ponto o talento, o interesse, a dedicação e a habilidade de conduzir as autarquias locais a começarem pelo princípio e a rumarem no sentido de assegurar as obras que o interesse público exige para a sua conveniente salvaguarda.

Não é de supor que o Subdelegado de Saúde, ou o próprio Delegado possam isolar-se dos problemas sanitários, que não sendo da sua responsabilidade imediata, tenham de ser equacionados e resolvidos por outros, e a oportunidade de intervenção dos técnicos, como nós todos, será sempre de excelente valia, quando mais não seja, para consagrar e até dar maior vulto às realizações bem executadas.

A fiscalização, de que se fala nessa circular, não é por qualquer modo de figurino policial, assim o entendemos, e sempre que possível não tornaremos a ela estranha o Delegado de Saúde.

A Engenharia Sanitária não chama a si nem pode chamar pelo tipo de fiscalização que se estabeleça a responsabilidade pelo bom ou mau funcionamento das instituições ou estabelecimentos citados nessa circular. A Inspeção fortuita, ocasional, que venha a realizar, tem por fim cooperar, auxiliar e estabelecer um nível de trabalho que corresponda ao objectivo primário dessas instituições.

Mas dentro das directrizes superiores a Engenharia Sanitária prestará especialmente pronta e rápida assistência técnica na construção de balneários nos aglomerados populacionais, servindo sobretudo bairros de gente pobre, que em suas casas só terão esperanças muito remotas de disporem de casas de banho; acorrerá prontamente nas obras que dêem relevo à medicina preventiva, quer seja na edificação de Centros de Saúde ou mesmo Centros de Assistência Social, que hoje se desenvolvem por todos os lados, tendo como fulcro da sua acção a protecção à criança, que é básica em qualquer Serviço de Saúde.

Na concepção destas instituições torna-se mister evitar erros e eles derivam do conhecimento imperfeito que os autores dos projectos têm da fisiologia destas instituições. Associam-se muito nesses Centros de puericultura, a creche e a profilaxia geral. São coisas distintas, que embora trabalhando para um dado objectivo, têm de manter certo grau de interdependência, para que dali não resulte promiscuidade e portanto possibilidades de propagação de doenças.

Serão breve e oportunamente preparadas e distribuídas instruções que contenham a essência das condições técnicas a ter em vista para se obterem melhores projectos, e isto no pensamento de que a fiscalização tem de começar pela concepção e pelo ante-projecto.

Para se chegar lá julgo que terá de se desenvolver trabalho junto das autarquias ou dos prováveis responsáveis por essas instituições, através da educação e da acção de presença, para que os ante-projectos sejam inicialmente vistos nas estações de saúde e da mesma forma não sejam ignorados pelos Delegados de Saúde. E não nos parece muito difícil tal conseguir, sem grandes complicações.

A prática da consagração final pelos altos organismos sanitários seria então muito mais útil, pois na generalidade actualmente todos ou quase todos ficam na ignorância do que se vai fazer,

do que se pretende fazer e dos resultados, cuja lição representa os factos, que servem de experiência para o futuro, e deles, na verdade, se não podem alhear os técnicos. Este ponto merecerá também dentro em breve uma atenção mais cuidada, de forma a estabelecer-se uma norma de trabalho que torne mais próxima a acção dos Subdelegados de Saúde.

Doutra forma teríamos de nos resignar perante o princípio de fiscalizar dentro do âmbito um tanto indefinido, uma instituição que se ergue, medra e se torna adulta sem que inicialmente se saiba se corresponde a um objectivo primordial sanitário e se realmente não há erros insanáveis na sua formação, como acontece muitas vezes. Os erros não se fiscalizam, reparam-se. O que parece ser preciso, antes de mais nada, é fazer a sua profilaxia.

A par e passo que as Delegações de Saúde forem consolidando as suas posições, teremos de desenvolver trabalho para que nos seus arquivos estejam, sob as suas vistas directas, os elementos informativos que a todos os títulos lhes podem ser úteis, e aos Serviços Centrais, e donde conste a distribuição, existência e as características de tais instituições e estabelecimentos. Quer dizer, o seu cadastro tem de organizar-se num trabalho a desenvolver conforme as possibilidades, e ele permitirá, quando estudado, um juízo claro sobre o que há a fazer e como o fazer.

A lei n.º 35.108, já prevê certa forma de actuação, embora os seus §§ 4.º e 5.º do art.º 15.º não tenham tomado ainda grande desenvolvimento na sua estruturação, pois acumulam-se razões de ordem técnica que não tornam ainda viáveis soluções preconizadas.

Todavia parece ser neste campo que há muito a fazer, pois aqui a liberdade consentida tem sido utilizada para muitos fins.

Afigura-se-nos de valor o critério de ter de ser criada, mais tarde ou mais cedo, a instrumentação legal que abrigue os princípios básicos pelos quais se podem estudar tipos e estabelecer normas, que podem ser facilitados aos que delas necessitem e receitados aos que deles se afastem, embora com o sabor amargo de quase todos os remédios.

Mas se ainda não chegou o momento de se organizar tal apetrechamento legal, em bases definidas e concretas, sem tergiversões e marcando nitidamente o que tem de ser exigido como mínimo para aprovação pelos Serviços de Saúde, terá de se

preparar documentação em que se demonstre que a prática corrente não é de manter: ora o cadastro a que fizemos referência permite largo auxílio nesse sentido.

A inspecção sistemática e documentada dos estabelecimentos assistenciais, públicos ou não, e dos que vivem à sombra duma protecção dispensada a qualquer título, envolvendo nas suas actividades objectivos essenciais de Assistência e de Saúde Pública, tem de estar na nossa mente, e, logo que se possa fazer com real utilidade, terá de ser empreendida.

Os poderes que temos para o fazer, devem ser aproveitados para melhorar e condicionar a existência desses estabelecimentos, sob as vistas dos Serviços Centrais.

Tal trabalho tem por fim assentar num padrão, que permita estabelecer conclusões que servirão para formular as bases da legislação especial que ponha os próprios Serviços de Saúde ao abrigo de situações embaraçosas e permita o embargo, o encerramento e mesmo o reconhecimento de transgressão por desobediência qualificada.

Antes de terminar parece-me útil pôr em realce que a Engenharia Sanitária dedica uma grande parte da sua actividade aos problemas de saneamento. Embora este assunto seja mais particularmente adstrito à Junta Sanitária de Águas, pode esperar-se que as tendências sejam de maior esperança nas realizações, uma vez que se avança consideravelmente no abastecimento de água.

Um grande passo dado foi a promulgação do Regulamento Geral das Canalizações de Esgoto, a cujo articulado os Serviços de Saúde deram efectiva e substancial ajuda.

Pode esperar-se que, aumentando as obras de saneamento, tome vulto outra grande necessidade: as bases técnicas e normativas de funcionamento das depuradoras e os limites da poluição dos cursos de água.

Todavia, podemos fixar desde já algumas ideias, que servirão de bússula ao enfrentar qualquer caso que surja: o abandono puro e simples do esgoto dum aglomerado populacional raramente se poderá sancionar num País como o nosso de rios de regime torrencial; e mesmo no caso de os aglomerados existirem no curso médio ou inferior desses rios tem de subsistir sempre o pensamento de que a política seguida de abastecer as populações de águas do sub solo terá de ser revista logo que o nível sanitário e os hábitos de higiene se modifiquem para melhor,

como esperamos, e a tendência será a de ir às águas superficiais buscar o que falta para o consumo, dado que a nossa geologia não é, duma forma geral, muito favorável aos grandes mananciais subterrâneos.

Daí cumpre-nos antever e dispor as coisas de forma a evitar soluções que venham a comprometer o futuro.

O progresso em questões de saneamento deve-se na sua essência aos Serviços de Saúde. Temos pois, de insistir junto das autarquias responsáveis pela sua extensão, pela beneficiação das águas residuais e até desenvolver ou criar o clima necessário para ajudar essas autarquias a vencerem as dificuldades que vulgarmente surgem ante as suas obras.

Devem ser afastadas as soluções dispendiosas na instalação e no funcionamento, as muito mecanizadas e sobretudo as que não permitam uma grande elasticidade no serviço. Se conseguirmos ser sóbrios nas nossas exigências teremos probabilidade de um apetrechamento razoável no sentido que indicamos inicialmente e que não corre o risco de naufragar por insuficiência de técnicos e de dinheiro.

Já temos algumas instalações de depuração que são típicas na sua construção e no seu funcionamento. A seu tempo serão estudadas laboratorialmente, e, estou certo, para se sancionarem as premissas do projecto e realçar os resultados que se esperavam.

Umas são modelares, outras são porventura tentativas de uma grande técnica, a que faltam os técnicos.

Os sistemas sépticos estão abandonados no conceito actual e não há que insistir neles. Têm o seu papel limitado aos casais dispersos e a pequenas instituições. A irrigação de tratos de terrenos, quer na superfície quer no sub-solo, é prática em franco declínio, e não convirá entre nós associá-la à alimentação pública.

E dos restantes processos o judicioso critério de escolha terá em todos os casos de ser bem ponderado no seu emprego, e isto hoje constitui um assunto de alta especialização na Engenharia Sanitária.

Estamos empenhados em desenvolver a nossa estação de demonstração em Sintra, que servirá para treino, educação e propaganda.

Sobre os ombros dos Delegados de Saúde pesa uma grande tarefa, temos disso a noção exacta. As probabilidades do êxito da sua missão diminuem se não aumentarem em contrapartida

os meios ao seu dispor para fazerem face à complexidade e diversidade de funções em que os vejo investidos.

A acompanhar a descentralização de serviços a que justamente estamos assistindo, e diga-se em abono da verdade, aproximando o valor real da técnica, de que só o Estado pode dispor, daqueles que em todo o nosso continente dela precisam, outro passo terá de ser dado, o de na rede sanitária que se esboça, situar, aonde for preciso, pessoal qualificado que nos sectores que lhe forem destinados possam em definidos campos de acção ser auxiliares preciosos daqueles que sob os seus ombros têm tão pesada tarefa: os Delegados de Saúde.

E a Engenharia Sanitária desdobrar-se-á mais tarde ou mais cedo, certamente, para em duas ou três regiões do País servir nos problemas próprios as respectivas Delegações de Saúde.

Até lá prestaremos na resolução de todos os pontos de interesse sanitário em que possamos ser útil o concurso que se pode esperar e que as possibilidades permitam, para que a nossa acção comum seja objectiva e de benefício geral.

Maio de 1948.

AGNELO PRAZERES

UM GRAVE PROBLEMA SANITÁRIO

As criadas-portadoras da saúde e da doença ⁽¹⁾

I — Um assunto desprezado...

Há duas coisas que habitualmente caracterizam as pessoas injustamente importantes: — Uma delas é não darem, em geral, atenção a *pequenas coisas*, evidentemente para (lendo ao contrário a velha máxima latina de que *de minimis non curat praetor*) convencerem os outros, por isso, de que são dignos chefes; outra, é preocuparem-se exageradamente com *coisas pequeninas*.

A existência simultânea do desprezo das pequenas coisas e da preocupação pelas coisas pequeninas é com efeito uma das assinaturas mais vulgares e mais legíveis dos maus chefes. Toda a gente sabe isso. Entretanto é mais vulgar, infelizmente, do que parece, o esquecimento de que não é paradoxo nem subtilidade a diferença entre pequenas coisas e coisas pequeninas, visto ser enorme na verdade essa diferença. A preocupação com as primeiras — com os pormenores fundamentais — é uma das características do verdadeiro chefe, digno de o ser.

A obsessão das segundas, revelando um espírito mesquinho, demonstra, só por si, que tais pessoas só são importantes... na sua própria opinião.

(1) Palestra de vulgarização proferida no Liceu Maria Amália Vaz de Carvalho, em Dezembro de 1944.

Não faltará quem, julgando com isso lisongear-nos, não considere o título dado a esta palestra e o seu próprio assunto, à altura de quem a profere.

Na realidade occuparmo-nos dos grandes do mundo, dos notáveis ou dos poderosos, dá-nos, enquanto o fazemos e até sem querermos, um certo ambiente de notabilidade e de poder, que nos sabe bem e nos lisongea os sentidos, chegando a embaiar-nos o senso comum, como se o brilho de tais pessoas ou o seu halo de santidade nos tornasse brilhantes ou santos a nós também.

Mas occuparmo-nos de qualquer aspecto da actividade de quem serve, de quem é mandada, das pobres criadas, não dá, nem pode dar em caso algum glória a ninguém.

Nem glória nem proveito.

Ora foi por isso mesmo que, em ocasião de fadiga, que certamente nos inibiria de nos occuparmos de poderosos ou notáveis, não encontramos fraquezas que nos impedissem de servir modestamente, humildemente, despretensiosamente, nem suficientes forças para negar colaboração a alguém que tão devotada, desinteressada e apagadamente tem servido... os que servem: as pobres e tão esquecidas criadas de servir. Faz de conta que, tal como elas, depois de um dia começado cedo, ao receberem ordens, altas horas da noite, enquanto os senhores, que se levantaram tarde, folgam com os seus convidados, me levantei da cadeira a cabecear com sono para cumprir também uma ordem.

II — A honra de bem servir

Não há nada que mais tenha constituído ideal da geração passada do que mandar.

Uma das razões fundamentais da ambição de possuir muito dinheiro, outro ideal da geração passada, era precisamente o dinheiro permitir-lhe mandar, dar ordens, ter criados.

Lógicamente, uma das maiores ofensas que se podia dirigir a quem foi nascido e educado com tais ideais era dar-lhe ordens, ou parecer dar-lhas sequer. A resposta orgulhosa, « digna » como se convencionou dizer (e dizemos « convencionou » porque uma grande parte dos que exibiam tal *dignidade* não eram na verdade pessoas dignas) era esta invariavelmente:

— Eu não sou seu criado!

— Julga que eu sou criado dele !

— Eu cá não sou criado de ninguém !

Muitas dessas pessoas entretanto, segundo o seu próprio conceito, eram criadas e tinham um patrão perante o qual se humilhavam, eram criadas do Dinheiro, seu senhor, seu rei, seu deus, pois o serviam, o cortejavam e o adoravam.

O servilismo, o cortejamento e a adoração atingiam o máximo quando tais pessoas haviam sido anteriormente pobres, criados dos outros, quando, conforme a frase consagrada, «tinham vindo do nada», atingindo o maior grau durante a outra grande guerra, com os «novos ricos» e o delírio e o cómico com os modernos «volframistas» !...

A camada de verniz que os cobria era ténue... Mas no fundo eram todos iguais para quem os olhasse com atenção.

Na verdade, como disse com razão alguém, o dinheiro é um bom servo, mas um horrível patrão, e, tal como o bom e o mau ladrão entre os quais Cristo foi crucificado, os pobres e os necessitados de hoje e de sempre (membros mortificados do próprio Cristo, conforme o conceito cristão) estão também crucificados entre um bom e um mau ... volframista.

Não é a riqueza que é má. O que pode ser mau é o modo de a empregar.

Estudar o melhor meio de o conseguir e até de utilizar os seus desperdícios é um dever da hora que passa, como foi um dever de todos os tempos.

Colaborar nesse sentido é servir, é ser criado — um criado dos bons ricos, volframistas ou não — e, mais do que isso, é ter muita honra em o ser, quando esses ricos (ou pobres) são a própria Nação.

A todos os sanitaristas incumbe servir. Alguns no meio do seu entusiasmo nem sequer disso se apercebem, tal a fama pejorativa que alcançou a palavra *servir*.

III — A importância sanitária das criadas

Pode parecer estranho que um sanitarista se ocupe de criadas de servir, visto isso em geral ser ocupação de donas de casa — outra nobre profissão que a geração passada tão pouco apreciou e cuja decadência consecutiva tanto pôs em risco a economia e a moralidade geral.

Só pode estranhar que um sanitarista se ocupe de criadas de servir quem ignore o que é um sanitarista e o que é uma criada de servir.

Comecemos pois por definir os dois termos, embora seja paradoxal admitir que se ignore a sua significação.

Sanitarista não é apenas o que sabe, o que inventa, o que descobre, o que ensina, o que manda, o que tem altos cargos, o que escreve livros ou é como tal considerado nos jornais:

— Sanitarista é quem — médico, engenheiro, veterinário, agrónomo, químico, etc. — se especializou num ou mais dos múltiplos ramos da arte da defesa da saúde individual ou colectiva, não por simples diletantismo ou para fazer jus a certos proventos ou ordenados garantidos, mas com a finalidade de, o que aprendeu e o que é capaz de com fidelidade aprender, ser aplicado, eficaz e oportunamente.

Um sanitarista nunca corre perigo de ter ciência a mais, nem de ser zeloso de mais.

Criada de servir, não é apenas quem obedece a patrões para ganhar soldada, (há senhores que obedecem, por lisonja e para obterem benesses, a quem não merece ser obedecido) mas apenas quem sabe e procura saber obedecer e tem muita honra em obedecer. A melhor criada é a que adivinha os desejos da melhor senhora e com isso mostra competência e dignidade que não tem quem não é uma boa senhora.

Criado, em tempos antigos, não era quem servia. Esses eram escravos, coisas, objectos animados, para os maus senhores. Criado, era aquele que era sustentado e educado numa casa de categoria e que dela saía com categoria também.

É esse o conceito que ainda hoje devemos ter de criadas de servir, porque é o mais humano, o mais justo, o mais sério. Criada de servir não é a vaidosa que vem da aldeia para a cidade para vestir como aquelas a quem inveja ou para juntar com que compre um cordão de ouro; não é a que passa a semana impaciente, a trabalhar atabalhoadamente, à espera do dia único que lhe interessa, o do descanso, que emprega a imitar o que uma verdadeira senhora nunca devia fazer; não é a conquista fácil, ingénua ou iniciadora, de polícias, soldados ou filhos de patrões ou dos próprios patrões; não é a que considera os melhores patrões como inimigos; não é, enfim, a que a maior parte da gente julga.

IV — Um problema pouco glorioso...

Vejamos como é que as criadas de servir podem ser portadoras da saúde e da doença, porque interessam por conseguinte aos sanitaristas.

É humilde a condição da criada de servir na sociedade. E, facto paradoxal, quando a criada julga sair dessa humildade e elevar-se (*libertar-se*, como é de uso dizer-se) é precisamente quando em geral desce, como o combóio que quizesse libertar-se dos rails, descarrilando. É até essa uma das circunstâncias em que ela interessa ao sanitarista.

Mas, este, ocupando-se dela, corre sério risco, um dos maiores que temem portugueses, o de cair no ridículo.

Pois quê! Então com tantos problemas sanitários como há, será de admitir que um higienista se ocupe de tão infimo assunto! Que se estudem graves problemas de captação de águas, de remoção ou destruição de dejectos e lixos; que se estudem as vacinas e os mil aspectos da profilaxia das doenças infecciosas; que se cataloguem as cada vez mais numerosas vitaminas e se enunciem os mínimos pormenores da sua acção; que se estude a química, a bacteriologia, a geologia, a entomologia, todas as ciências, enfim, postas à sua disposição, vá!

Agora uma pessoa com responsabilidades, ir gastar tempo a esmiuçar o que quer que na vida de uma criada de servir pode ter interesse sanitário, não é apenas tempo perdido, antes lamentável prova de insuficiência. E entretanto...

Entretanto verifica-se que toda a acção dos químicos, dos bacteriologistas, dos geólogos, dos entomologistas, dos sábios, enfim, autênticos, ou apenas por si próprios considerados como tal; a eficácia das leis, regulamentos e portarias mais perfeitamente elaborados por juristas e homens públicos eminentes; a argúcia dos mais zelosos fiscais e agentes da policia; tudo isso é comprometido lamentavelmente na prática, a cada passo, devido à ignorância, à inconsciência ou à maldade duma obscura e modesta criada de servir, como um insignificante grão de areia que perturba a marcha da mais perfeita máquina — e principalmente da mais perfeita.

Mas a criada de servir não é factor insignificante, em si mesma, como o grão de areia. Pelo contrário. É um factor importante, quer do bem, quer do mal.

A responsabilidade da sua acção não lhe cabe a ela, nem num nem noutro caso.

Essa responsabilidade cabe exclusivamente àqueles que, alcandorados em tronos de comodismo e de preguiça, se esquecem lamentavelmente das pequenas coisas, embora preocupados, alguns deles, com coisas pequeninas e mesquinhas.

V — As criadas, guardas e defensoras da Saúde

Comecemos por apontar o bem que, em matéria de saúde, se pode dever a uma criada, a uma cosinheira, a uma criada de fora, a uma ama de casa particular, ou a qualquer dos serventuários dum hotel, dum restaurante, leitaria, café, padaria, fábrica, cantina, mercearia, navio, vagon restaurante, hospital, casa de saúde, sanatório, etc., etc.

Uma *cosinheira* que cumpra as determinações duma boa dona de casa é, só por esse facto, uma defensora da saúde dos patrões. A questão é a dona da casa sabê-la mandar e, às vezes, apesar de o não saber fazer.

Pelo asseio com que cuida de tudo, pelo escrúpulo com que escolhe os géneros na praça e na mercearia, pela atenção que dá à pureza da água, pelo cuidado com que se abstém do que possa fazer mal aos que serve, quando, por exemplo, tem uma ferida infectada na mão, em mil circunstâncias, enfim.

Uma *criada de fora*, competente e séria, cuida do asseio de toda a casa, lava as mãos sempre que as suja e de modo a nunca tocar em nada com as mãos infectadas, nem com panos, esfregões, escovas, etc., que o estejam.

Que, ao fazer despejos, é particularmente cuidadosa, e mais ainda (se é possível, pois deve habituar-se sempre a sê-lo o máximo) quando há alguém doente em casa, em especial quando saiba (e por isso mesmo é preciso avisá-la para bem da família toda, incluindo-a a ela e às companheiras) que há na casa, por exemplo, espectorção dum pneumónico ou dum tuberculoso, dejectos dum tifoso ou dum enterítico, etc.

Uma *ama* tem permanentemente à sua guarda uma vida preciosa que nem sempre a própria mãe sabe defender. Quantas amas, por intuição e imitação de boas mães, têm salvo crianças dos efeitos de erros que certas mães categorizadas, ricas, cultas « pessoas de bem » enfim, cometeriam se elas não intervissem!

As mamadas a tempo e horas, depois da lavagem cuidada dos seios; o banho e as lavagens necessárias, feitas convenientemente; os mil cuidados, a solicitude, enfim, que a puericultura exige, tudo uma boa ama faz, ensinada pela patrão (que para isso deve ter aprendido) ou por iniciativa própria. Não vamos esmiuçar aqui pormenores sobre puericultura e sobre higiene, dos que tornam uma criada de casa particular uma constante mensageira e guarda da saúde da família.

O que diz respeito às criadas das casas particulares tem aplicação às creadas (ou creados) de hotéis, restaurantes, leitarias, cafés, padarias, fábricas, cantinas, mercearias, navios, vagon-restaurantes, hospitais, casas de saúde, sanatórios, etc.

Não vamos também analisá-lo hoje.

Não deixaremos todavia de chamar a atenção para o valor duma criada que numa leitaria, defende o leite fervido das poeiras e ao fervê-lo não se contenta com uma simples fervura; que num hotel ou restaurante, quando lhe dão ordem para aproveitar restos de carne para picados, evita aproveitar o que já foi tocado pelos garfos e colheres de hóspedes, porventura doentes; que numa cantina escolar vigia o apetite de cada criança; que num vagon-restaurante resguarda devidamente a comida da poeira inevitável . . .

Na verdade nós devemos a essas boas «raparigas», algumas já de 50, 60 e 70 anos, serviços impossíveis de avaliar e até difíceis de catalogar para uma simples enumeração. Bem hajam as criadas portuguesas, que, não se envergonhando das suas honradas tradições, são os anjos da guarda da saúde das famílias a quem servem e, em particular, das crianças.

Mas não é apenas deste modo que as criadas são portadoras e guardas da saúde.

A maior parte da enfermagem dos que adoecem em suas casas (a maioria dos doentes, pois, ao contrário do que ainda há quem julgue possível, não só em Portugal como em todos os países do mundo, a maior percentagem de doentes trata-se no domicílio) a maior parte dessa enfermagem é feita, sim, por pessoas de família, em geral, mas com a colaboração constante, assídua, atenta, abnegada, heroica por vezes, das criadas da casa. Quando não são elas só a fazê-la!

Depois de terem passado o dia, começado cedo, a trabalhar na labuta habitual, não é raro passarem a noite junto dos doentes,

sem aliás, apesar da fadiga e do sono não reparado, se mostrarem mais impacientes do que algumas profissionais da enfermagem.

E isto porquê? Porque se afeiçoam às pessoas a quem servem, em especial às crianças, e porque a sua profissão as obriga a uma « ginástica de humildade » que a cada passo as leva, apesar de cansadas, a ser pacientes, como o não são por vezes as pessoas de família, às vezes bem chegadas, por sinal, mas antes afeitas ao exercício do epicurismo e à prática preferida das futilidades da vida.

Na verdade os trabalhos da enfermagem doméstica, preciosos, carinhosos e oportunos, realizados pelas criadas de servir são imensos e dum valor inestimável.

Quanto à amizade que ganham às crianças, aos « meninos », a muitos dos quais desmamaram e a quem aturam caprichos, como qualquer avó ou tia querida, essa amizade, que tanta vez é o que lhes dá força para suportar impertinências e injustiças das senhoras ou galanteios repelidos dos patrões ou dos filhos mais velhos destes, é um dos mais honrosos títulos da glória humilde das criadas de servir e lhes dá jus, como tão brilhantemente pôs em foco o Dr. Américo Cortês Pinto, a fazerem legitimamente parte das famílias a quem servem.

Cada pessoa que acaso oiça estas palavras terá por certo inúmeros casos a juntar aos que aí ficam, para confirmar o que dizemos:

— *As criadas de servir — as portuguesas quando ainda não contaminadas pelo orgulho, a vaidade, e a ambição — são com efeito devotadas portadoras da saúde, verdadeiros anjos da guarda, muitas delas, dessa saúde, quer física quer moral.*

Todavia...

VI — Portadoras da doença e da morte

Todavia nem sempre as criadas de servir são portadoras, mensageiras, guardas, da saúde dos patrões.

Pelo contrário, não se contam os casos em que, lamentavelmente, elas são antes as portadoras da doença, do sofrimento ou da morte.

E porque a culpa não é delas, em geral, e porque de tal facto não resulta apenas prejuízo para uma pessoa ou família (o que já bastaria) mas para a colectividade, é tempo de os sani-

taristas proclamarem os perigos que daí resultam, de modo a iniciar-se uma acção inteligente de conjunto, tendente a mitigar o mal, com o fito sempre em o fazer desaparecer quando isso seja possível.

Compreende-se que se vigiem as indústrias insalubres, incómodas e perigosas, se imponham regras de hygiene no trabalho de fábricas e oficinas, nalgumas das quais se empregam meia dúzia de operárias. Mas não se esqueça a mais importante oficina do País, aquella onde se põe em risco a saúde e a vida do maior número de trabalhadores — o lar.

Isso é consequência de outra herança da geração passada, do desprezo pelo lar e pelos trabalhos domésticos.

E entretanto as medidas a adoptar não interessam menos às criadas do que aos patrões e às pessoas das famílias dumas e de outros.

As menores culpadas do que se passa são sem dúvida as criadas.

Quem é que algum dia lhes ensinou que dum acto duma criada pode depender o contágio duma febre tifóide, duma escarlatina, dum garrotilho, do tifo exantemático, da meningite, da tuberculose, do carbúnculo, da febre de Malta, da ténia solitária, de tantas doenças, enfim, que podem produzir sofrimentos, cegueira, surdez, perda do juízo, despesas, miséria e morte?

E entretanto não há nada mais certo e, o que é triste, mais vulgar!

Repito, a menor responsável é a criada de servir que, tal como uma criança, não pode evitar o que nunca ninguém lhe ensinou que era perigoso, quanto mais a maneira de deixar de o ser.

É tempo de se compreender que a eficácia das leis e regulamentos sanitários é absolutamente illusória se nos convencermos de que eles se bastam a si próprios e que é suficiente ter alguns bons higienistas para os pôr em prática.

A acção destes, como de todos os médicos, enfermeiros, parteiras e autoridades sanitárias, falha, porque a faz falhar, a cada passo, por todo o País, da Capital à mais recôndita aldeia, uma entidade em quem ninguém pensa, uma modesta criada de servir.

E quem diz criada de servir diz todos os que com ela contribuem para que tal suceda.

VII — Alguns exemplos trágicos

Alguns casos concretos mostrarão que não há sombra de exagero no que acabamos de dizer.

Certa mãe escrupulosa, ao desmamar um filhinho e sabedora do perigo que corre uma criança, principalmente nas cidades, devido ao leite do mercado anônimo, procurou averiguar qual o leiteiro que mais garantias de seriedade lhe podia merecer. O que lhe indicaram era na verdade pessoa de muita respeitabilidade.

Começou a criança a ser desmamada, bebendo o leite com a maior regularidade e apetite. Como porém o seu peso baixasse e se tornasse pálida, os pais consultaram um médico, clínico aliás distinto, que começou por perguntar se o leite que a criança tomava era de confiança. Como lhe respondessem que sim e não encontrasse qualquer sintoma de doença, receando apenas insuficiência de vitaminas, por qualquer predisposição natural do menino para o raquitismo, prescreveu vitaminas e recomendou, temendo qualquer conspurcação com poeiras, ao ser baldeado o leite à porta da casa, que arranjassem uma vasilha própria, asseada e com boa tampa, que a própria leiteira amavelmente se prontificou a trazer, ao mesmo tempo que fazia a distribuição diária, de manhã e à noite, pois na localidade era assim feita, oferecendo por isso o leite mais garantias.

Mas a criança não medrava nem ganhava cor apesar do excelente apetite.

E só passados meses, depois de ter consultado vários médicos e ter inutilmente esgotado as marcas de vitaminas do mercado e feito aplicações de raios ultra-violetas que, por sinal a queimaram devido ao descuido duma criada ignorante a quem lamentavelmente se confiara a vigilância, se veio a descobrir, por acaso, que a criada do leiteiro escrupuloso deitava habitualmente água no leite da venda, em casa de certa amiga que morava no caminho e que enchia a vasilha destinada à criança com um pouco de leite já *baptizado*, baldeado aliás em piores condições do que era anteriormente.

E a criança ainda andou com sorte em, por mero acaso, a água usada não estar inquinada, como sucede habitualmente no campo (onde estão os estábulos), com escorrências de estrumeiras, poeiras e quantas imundices há, dando lugar a enterites, febres tifóides, etc.

Este caso da leiteira, a que podia juntar dezenas deles no mesmo género, que vitimaram crianças, convalescentes, doentes dos rins, obrigados a sustentar-se a leite, etc., recorda-me o caso mais arripiante, no género, de que tenho conhecimento. Imagine-se que no rés-do-chão de certo prédio, onde por sinal morava um dos mais competentes e zelosos defensores da saúde pública, vivia uma pobre porteira, viuva, com três filhos, a quem morrera recentemente, a seguir ao marido, um outro filho, ambos com tuberculose, vivendo todos em três pequenos cubículos acanhados, sem sol, e recebendo, ao ventilá-los, a poeira conspurcada da rua. Mal alimentados e com tal precedente contagiante virulento, não tardou que mais um filho — desta vez uma pequenita — se tuberculizasse também e fosse hospitalizada.

Atingido porém o estado de incurabilidade, apesar de todos os cuidados, teve alta do hospital, para dar lugar a outra doente com esperança de cura, e não teve outro lugar onde se acolhesse que não fosse a casa da mãe. Os habitantes do prédio, condoídos, mandaram-lhe auxílios alimentares e a pobre mãe não sabia o que fazer para a acarinhar. A certa altura da doença, para a poupar ao cansaço de ter de se sentar de cada vez que a sede intensa devida à febre a obrigava a beber, lembrou-se de utilizar uma velha cafeteira grande, de cobre, das poucas coisas de valor que lhe restavam do tempo em que vivera bem. A pequenita bebia com facilidade pelo bico da cafeteira e a mãe amornava-lhe também facilmente a água para lhe evitar a tosse . . .

Imagine-se como ficou o locatário dum dos andares da casa, precisamente aquele a quem nos referimos, quando foi confidencialmente avisado de que certa leiteira, ao passar pelas trazeiras do prédio para subir a escada de serviço, fôra vista, aproveitando um breve sono da pequena tuberculosa e a ausência por isso da mãe, a deitar no leite a água da cafeteira, saída pelo mesmo bico que ela, coitadita, sem sonhar que tal se passaria, enchia a cada momento de bacilos de Koch.

E calcule-se a indignação, mas ao mesmo tempo a angustiosa situação do honrado funcionário a quem está confiado certo sector importante da saúde pública, ao ter de procurar prova legal da infracção, pois uma só testemunha não faz fé em juízo e leva a absolvição, depois de alcunhada de instrumento duma vingança!

De resto a leiteira, à face da lei, só podia ser incriminada por ter deitado água no leite, em percentagem aliás pequena, segundo a análise, análise que muita gente julga suficiente para descobrir todos os perigos que um leite pode levar...

É claro que, nos termos legais, tal leiteira, para deixar de vender leite, tem de ser vítima dum abuso de autoridade! E na verdade a menor responsável é por certo ela, pois ninguém lhe ensinou que nessa água, além da diminuição do valor alimentar do leite, podia ir a origem duma tuberculose, duma febre tifóide, duma enterite, de tantas doenças graves, como ninguém lhe incutiu a noção do dever de cumprir as disposições sanitárias. E isso porquê?

Porque ainda pouca gente compreendeu em Portugal que a Higiene é inseparável, na prática corrente, da Educação, da Previdência e da Assistência, cuja constante colaboração é essencial.

* * *

Falando de tuberculose não podemos deixar de nos referir a vários casos de contágio produzido por criadas. Umas ignoravam que o eram e não ficaram menos aflitas do que os patrões quando souberam que a doença que atacara o menino a quem tanto estimavam e que, antes, era robusto e saudável, era a mesma que a ela produzia há anos certa tossinha seca, de cada vez que o tempo arrefecia...

Não se contam as crianças cujos pais, imprudentemente, porque elas são «doidas pelos meninos» as deixam dormir nas suas próprias camas e lhes transmitem, em carinhosos beijos na boca, os mais virulentos bacilos de Koch, a que elas tem conseguido resistir, mas que vitimam a breve trecho os pequeninos.

Dum caso recente acabo de saber em que a morte foi devida a meningite.

Certo alto servidor do Estado viu há anos alguns dos seus filhos atacados de tuberculose e soube, angustiado, que fora ele o causador involuntário do contágio, pois escolhera para criada uma tuberculosa por dela ter tido excelentes informações de ordem moral e porque era boa e simpática, afeiçoando-se dedicadamente às crianças.

A selecção moral é indispensável, sem dúvida. Mas a selecção das saudáveis não é menos indispensável. E nunca se esqueça que a maior parte dos tuberculosos são a simpatia personificada.

Um último caso concreto documentará o perigo referente ao contágio da tuberculose.

Uma das pessoas que em Portugal, por motivo que não vem para o caso, há mais tempo, mais e melhor tem contribuído para a vulgarização de noções de higiene, viu certo dia um dos seus filhos, anteriormente saudável, começar a definhar e a ter febre, cuja causa não conseguiu averiguar com o auxílio dos mais competentes médicos.

Nesse tempo não havia, como hoje, meios de diagnóstico precoce à disposição dos médicos. A família era robustíssima. Calcule-se a aflicção do pobre pai quando se averiguou que o mal do filho era a tuberculose, revelada por fim numa hemoptise, e veio a averiguar que o contágio viera da criada mais estimada da casa, sempre carinhosíssima para o pequenito.

Esta criança curou-se, felizmente, e veio a tornar-se uma pessoa de valor, de cuja inteligência e acção muito há a esperar pelo que já demonstrou e realizou.

Mas quantas tombaram pelo caminho, algumas delas depois de, por sua vez, contagiarem mais gente e da sua doença dar origem a aflições, a despesas incomportáveis e ruínas, a lutos angustiosos!

O problema da tuberculose é bem mais complexo do que julga a maior parte da gente e os elementos mais científicos e dispendiosos dele inutilizam-se a cada passo por não se dar importância a «pequenas coisas», «a coisas sem importância», esquecidas, ignoradas ou desprezadas a cada passo por pessoas que aliás se preocupam com coisas pequeninas e mesquinhas.

Uma das mais importantes funções do serviço social moderno é impedir as consequências de tal lacuna e imprevidência.

VIII — Outro género de exemplos Necessidade da profilaxia moral

Mas não é só a propósito da tuberculose que tais factos se revelam.

Não era difícil juntar, de memória, muitas e muitas dezenas de casos concretos, vividos, alguns deles trágicos, referentes a contágio, devido a imprevidência, ignorância, desobediência, inconsciência enfim, de criadas de servir.

Quem diz criadas diz criados. E quem diz criados e criadas diz patrões e patrões, tão imprevidentes, ignorantes, desobedientes e inconscientes como elas.

Casos de contágio de tuberculose, febre tifóide, variola, escarlatina, difteria, meningite, tifo exantemático, tinha, sarna, lepra, doenças venéreas, carbunculo, febre de Malta, enterites várias, tóxicas ou infecciosas, conjuntivites, quistos hidáticos, ténias várias, triquinose, etc. etc.

Mas também outras doenças, não contagiosas, devidas a descuidos, principalmente em crianças, como indigestões, envenenamentos com fogareiros, brazeiras, cogumelos, etc.; doenças de pele, por falta de asseio, ou irritação, por insuficiente lavagem da roupa depois da aplicação do cloreto, irritações e inflamações consecutivas dos olhos, devidas aos vapores do cloro emanados do mesmo, queimaduras com água a ferver, troca de soda por arsénio ou outras no mesmo género, mil circunstâncias, enfim, em que, por vezes, ao descobrir-se a origem e o agente involuntário do mal, custa a acreditar no que se vê, pela inconsciência e ignorância que revela nas criadas, tornadas culpadas sem intenção, e pela ignorância, inconsciência e imprudência que revelam principalmente nos patrões.

Por vezes, da parte delas ou deles, a explicação está no alcoolismo, visto ser devido a embriaguês que cometem a falta, que algumas vezes consiste precisamente em darem vinho ou em embriagarem mesmo crianças confiadas à sua guarda.

Ainda há tempo se averiguou que certa criada a quem os senhores, sem a conhecerem, como fazem tantos, confiaram, os filhos enquanto iam para festas, cinemas, teatros e passeios, que, para eles — evidentemente — eram ocupação mais natural do que a de acompanhar a criança, essa criada, mais normal no fim de contas que os patrões, embora criminosa, dava vinho com açúcar ao pequerrucho para o fazer adormecer, embriagando-o de modo a livrar-se do importuno e a ficar à vontade com o namorado, um polícia ou um soldado da G. N. R., não me recordo bem...

* * *

A propósito: — Já alguém reparou com suficiente atenção no absurdo paradoxal que representa o serem precisamente polícias, guardas republicanos e soldados de terra e mar (agentes

da Ordem) os maiores cúmplices das criadas em várias circunstâncias em que elas são portadoras de doenças?

As mais graves enfermidades resultantes desta simbiose de ignorantes são as doenças venéreas, covarde e hipócritamente caladas pela geração passada, que impròpriamente lhes chamava doenças vergonhosas para as encobrir, como fazem certas pessoas que, em vez de lavarem o chão sujo se contentam em o cobrir com serradura. Como se não fosse antes vergonhoso contribuir para que tais males dessem origem, devido a um falso pudor e a falsíssimos conceitos de honestidade, a sofrimentos, a mortes, a cegueiras, a aleijões de nascença, a loucura, a estigmas hereditários horríveis e depois inevitáveis muitos deles!

E certas dessas pessoas falavam gravemente na defesa da raça, em eugenia e em outras palavras bem soantes, « aerodinâmicas », daquelas que dinamizam a popularidade e a publicidade, tão apetecida por algumas dessas importantes pessoas...

A verdade é que o problema das doenças venéreas e dos seus múltiplos aspectos tem de ser encarado de frente, com inteligência, zelo, boa técnica e verbas suficientes, o que evidentemente não exclue a justa economia, nem sempre verificada em serviços bem subsidiados, sem a utilidade que resultará da sensata aplicação de fundos na luta anti-venérea.

Não é hoje ocasião de nos ocuparmos do assunto, nem de outro que lhe anda ligado, o do *tráfico das brancas*, que já versámos noutras ocasiões em mais dum lugar e entre eles numa instituição a que não tem sido dado o justo apreço e auxílio, a Protecção às Raparigas (¹).

Apenas chamarei a atenção para o facto de se apurar que 57 % das meretrizes de Lisboa, eram antigas criadas de servir, algumas delas, por sinal, prostituídas pelos patrões ou pelos seus filhos, perante a imprudência, a inconsciência ou até a cumplicidade passiva (em casos excepcionais monstruosamente activa) das esposas ou das mães. 57 %! Ora como 70 % e mais dos contágios de moléstias venéreas são transmitidas por meretrizes, pode calcular-se a importância que tem o amparo e protecção que, só

(¹) Vid. *O Tráfico das brancas no Boletim da Protecção, Portugal Sanitário, Problemas de Higiene e puericultura*, entre outros trabalhos do autor.

para evitar a propagação destes males e independentemente dos outros aspectos do problema, devem prestar-se às criadas.

Mas as estatísticas sobre o assunto referem-se também a elas directamente. Na verdade, está apurado que 10 % ou mais dos contágios venéreos são produzidos por criadas de servir, espalhadas por casas onde mal se sonha o perigo a que se está exposto, e às vezes por criadas de encantador aspecto de candidez e pureza.

A maior parte das meretrizes (cerca de 70 %) inscreveram-se como tal dos 16 aos 24 anos, precisamente na idade em que a maior parte das raparigas vai servir, o que nos leva à conclusão de que a percentagem das antigas criadas de servir deve ser bem superior a 57 %! 66 % caíram precisamente também dos 16 aos 24 anos.

Alguém atentou já na gravidade deste aspecto do problema?

IX — Casos inesperados ou incríveis

É tempo porém de acabar com este longo estendal. Para terminar referiremos em breves palavras mais alguns casos concretos.

— Consultaram-me um dia uma senhora e seus dois filhos, com conjuntivites de natureza nitidamente tracomatosa os três, que, depois de inquérito meticoloso, por não se atinar com facilidade com o foco de contágio, visto ser gente de vida higiénica exemplar, se veio a apurar ter sido o filhito duma criada que brincava com as crianças que, depois de contagiadas, contagiaram por sua vez a mãe.

— Tratei em tempos uma paralítica, em quem, depois de meticolosa pesquisa da causa do mal, pois era anteriormente saudável e de família robusta, se apurou que havia muitos anos, enquanto amamentava um filhinho, tendo dó do filho duma antiga criada, que via enfezado, e sobejando-lhe leite nos seios, começou a dar-lhe de mamar. Ora essa criada era sífilítica. A minha doente nunca deu por manifestações externas de sífilis. Mas teve depois disso, mais dois filhos, ambos com defeitos de nascença e, a ela, a primeira manifestação que veio foi a paralisia que para sempre a obrigou, desde os 45 anos, a ficar amarrada a uma cadeira, sem poder andar mais.

Esta mesma consequência ou qualquer outra de sífilis ignorada e por isso não tratada, tem-se dado em pessoas que os pais

em crianças deixaram imprudentemente dormir com criadas cuja doença não conheciam, só porque eram carinhosas e as beijavam (na boca, algumas delas!).

Há casos deste género de contágio de tuberculose, difteria e muitos outros males graves.

Não se contam os casos de paludismo em casas com mosquiteiros devidamente montados, porque criadas, imprudentes, cheias de calor, os tinham aberto á noite, enquanto arrumavam a loiça.

— Há muitos anos em certa vila da província, uma ama deu leite dos seios a uma criança robusta e de família saudável. Mais tarde dois filhos dessa ama apareceram com lepra. E aquele que ela amamentara appareceu também, tempo depois, com o mesmo mal. Ela não tinha sintomas apparentes de lepra, mas contagiara-os a todos.

— Um dos nossos mais prestigiosos sanitaristas, recebendo um dia queixa de que certos chouriços de determinada casa eram feitos com pouco asseio, foi encontrar num deles (veja-se ao que pode chegar o relaxamento duma má criada, visto ser absurdo admitir-se que se usasse tal material para falsificação intencional) nada mais do que uma peúga de criança, enrolada no meio da carne!

— O mesmo illustre higienista surpreendeu por acaso num urinol a criada duma leiteira a urinar numa bilha de leite, essa com evidente propósito de o falsificar, visto ter ouvido dizer que não se descobria a falsificação, lenda resultante da falsa segurança de fiscalizar os leites apenas com um densímetro.

— Foi ainda o mesmo que, vendo um dia, numa pastelaria, que ao passarem os pastéis por certo *guichet*, caía sempre sobre eles qualquer pó branco, veio a apurar que isso era devido a que por cima do *guichet*, numa prateleira, estava um cartucho rôto, com potassa e que a trepidação o ia despejando de cada vez que passava um prato com pastéis destinados aos fregueses . . .

* * *

Era um nunca acabar de exemplos concretos, se tivéssemos a pretensão de dar conta de quantos casos conhecemos.

Quem é que não tem visto, numa pastelaria, ou mercearia e até farmácia, o empregado molhar o dêdo na boca para tirar o papel em que « higiênicamente » nos vai embrulhar o que lhe pedimos?

É o que vai à retrete ou urinol e continua a servir os fregueses sem lavar as mãos?

E o padeiro ou pasteleiro que deixam cair no chão o pão ou os bolos e depois os servem? E os que, com as mãos sujas, e até com borbulhas, aviam os fregueses, pegando nos géneros sem pinça.

Quem é que não viu já uma criada trazer da retrete um bacio lavado, mas, depois de o ter tido no chão, naturalmente infectado, o pôr nos lençóis duma senhora que acabou de ter um filho, dando origem, no meio da inconsciência da família, a uma infecção puerperal que todos temiam e de que julgavam prevenir-se com lençóis impecáveis de asseio e mil cuidados, mas sem prevenir uma origem que é por certo a que tem vitimado muitas mulheres?

E a moda, agora corrente, de os vendedores dos jornais, ilustrações e figurinos, fazerem estendais deles no chão, sempre sujo, periódicos que tanta gente lê à mesa! . . .

Ainda alguém duvidará das doenças de que as criadas e outros serventuários podem ser portadores, incluindo no número pessoas queridas de família, unicamente por ignorância e tão inconscientes como o mosquito que transmite as sezões e a febre amarela, as moscas que contagiam de carbunculo, os cães que transmitem a raiva, entre outros?

Já mais de uma vez tenho chamado a atenção para as doenças transmitidas pelas carraças de cães de estimação, que as criadas não têm tempo para catar melhor do que o fazem . . . aos meninos, mas que certas senhoras (que ainda têm menos tempo por o necessitarem para a vida de sociedade) lhes confiam, esquecendo que da sua imprudência lhes pode resultar a morte dos filhos.

Quantas doenças não serão transmitidas à nossa volta e à nossa vista, devido à imprevidência das criadas?

Roupas de doentes contagiosos lavadas em lavadouros públicos; saladas por lavar, com restos de estrume ainda, ou pretensiosamente «lavadas» com água inquinada; carnes de animais com cisticercos; mariscos em épocas em que estes prejudicam a saúde; dietas para doentes a que, com dó dos mesmos, se deitam temperos para serem mais saborosos, prejudicando por vezes gravemente a saúde; leites considerados suficientemente fervidos logo que levantam fervura a primeira vez; escovas de dentes que caem no chão infecto, e são repostas nos respectivos copos sem

prévia lavagem; criadas de consultórios médicos que, depois de terem estado a limpar baldes com compressas cheias de pus de várias naturezas, vão, sem se desinfectarem, lavar os copos ou pôr a mesa aos patrões; tantos e tantos casos e circunstâncias que mal se sonham!

E depois há patrões que parece estarem convencidos de que tais porcarias são apreciáveis pois nada fazem para as impedir... Por vezes a sua inconsciência toca as raías do humorismo!

Obrigou-me dever dum cargo a percorrer periódicamente grande parte do País. É incrível a série de atropelos à higiene e prejuízos para a saúde que observei por esses hotéis, pensões, camionetes, combóios, cafés, restaurantes, etc. Em certa pensão cuja retrete está habitualmente imunda, vi um letreiro, sem intenções irónicas, visto ter lá sido colocado pelo proprietário, e que dizia o seguinte:

— «Pede-se aos senhores hóspedes o favor de deixarem a retrete tal como a encontraram à entrada».

Nem mais nem menos! Dir-se-ia que o homem temia que algum hóspede lhe limpasse a retrete...

Copiara o apelo duma retrete asseada, mas não copiara o asseio...

Em certo vagon-restaurante vi dar água, exposta a poeiras num regador dum lavatório, a um freguês, para ele a beber, visto não terem outra... a não ser engarrafada e paga cara... com as respectivas gorjetas.

Em certa estação de caminho de ferro ouvi protestos de alguns empregados, porque os obrigavam a usar redes nas janelas para evitar os mosquitos transmissores de sezões. Dá Deus nozes a quem não tem dentes...

O reverso da medalha. Os perigos a que são expostas as criadas

Mas não esqueçamos também o reverso da medalha.

É que, a par das doenças levadas aos patrões, pelas criadas, há também as que as criadas apanham devidas a descuidos, levianidades, imprudências ou inconsciência dos patrões, pelas baiúcas acanhadas e anti-higiénicas em que as alojam, perigos a que as expõem, como contágios, por exemplo. Dum caso me lembro agora, em que uma pobre rapariga de 17 anos, criada duma

tuberculosa, foi por ela contagiada, por não a ensinarem a defender-se, pouco tempo lhe sobrevivendo.

Na verdade é indispensável estudar a sério o problema e procurar remédio para obstar a tais espectáculos.

O interesse dos patrões é precisamente o mesmo das criadas.

Tanto têm a ganhar uns como outros em que as pessoas com responsabilidades cuidem do assunto de modo eficaz.

Os perigos a que uma criada ignorante expõe a família que serve são enormes. Mas não façam por sua vez as patrões, das criadas, o que não desejam que elas lhes façam. E os patrões, o que não desejariam que se fizesse a suas esposas ou a suas filhas, quer nos empregos em que hoje em dia tantas se ocupam, quer em viagens, que tantas delas fazem sósinhas.

Lembrem-se de que elas têm igual direito que eles à vida, à saúde e à boa reputação; coração e dignidade igualmente respeitáveis; e pai, mãe, marido e irmãos ausentes, que exigem tanto respeito e tão ciosos da sua honra como eles próprios.

Que nunca seja preciso um sanitarista ter de parafrasear o título desta palestra ocupando-se dos «patrões portadores da doença e da deshonra das criadas».

O número de vítimas da ignorância e imprevidência

Morreram anualmente em Portugal, segundo uma estatística de há 25 anos que temos à vista, cerca de 10.200 crianças de menos de 2 anos com enterites; a tuberculose vitimava umas 9.000 pessoas, as doenças do coração 6.860, o cancro 1.780, as meningites 1.730, a varíola 1.700, a febre tifóide 1.160, a difteria 560, o paludismo 230, o tifo exantemático 334, a apendicite 87, a escarlatina, 30.

Todas estas doenças causam horror e contra todas a luta não seria julgada suficiente por nenhuma pessoa de bom senso.

Note-se que a mesma estatística de mortalidade geral revelava nos mesmos anos que, pelo menos 55.000 portugueses, morreram sem saber de quê, numa percentagem vergonhosa de cerca de 40 % em relação ao total dos óbitos.

O que se sabe é que em cada ano, com uma acção higiénica de conjunto poderiam e deviam poupar-se 20.000 vidas. Pois bem! Se apesar das dificuldades devidas à guerra continuam a morrer incomparavelmente menos crianças em Portugal por defi-

ciência alimentar do que devido à ignorância das mães e se o número de vítimas de enterites infantis, tuberculose, doenças do coração, cancro, meningite, varíola, febre tifóide, difteria, paludismo, tifo exantemático, apendicite e escarlatina é tão elevado, em grande parte devida à mesma ignorância, eu não receio afirmar que a ignorância e consecutiva imprevidência das criadas (e dos patrões, evidentemente, seus cúmplices passivos) é responsável pela morte anual de número não inferior à soma dos casos acabados de referir, excluindo as enterites, a tuberculose e as doenças do coração, embora muitas delas lhes possam ser atribuídas, mas para não nos alcuñharem de exagerado.

Quer dizer, essa ignorância vitimaria perto de 8.000 pessoas. Ora se a luta contra o cancro (que mata 1.780) merece e deve merecer cada vez mais calor e a deficiência dos meios de combater as outras é uma vergonha nacional, alguém duvidará da necessidade urgente de impedir, combatendo a sua ignorância e imprevidência que as criadas de servir causem tantas vítimas?

Entendemos que não !

Por isso, reuniremos, para terminar, as seguintes

CONCLUSÕES

- I — É indispensável deixar de haver desprezo pelos múltiplos aspectos que oferece a actividade das criadas de servir, pelas consequências graves que resultam de tal atitude.
- II — Certas pessoas que se envergonhariam de se ocupar das criadas de servir, por não julgarem o assunto à altura das suas pessoas e do seu orgulho, passam a vida num servilismo constante, para lisonjear certos poderosos, que nem sempre são dignos das situações que ocupam.
- III — A importância sanitária do conhecimento das actividades das criadas de servir é enorme, sendo absurdo que haja tanto interesse (aliás justo) pelo estudo dos animais portadores de um ou outro micróbio e se desprezem pessoas que, sendo constantes auxiliares da defesa e restauração da saúde, são igualmente a cada passo portadoras de muitas doenças.
- IV — Uma criada inteligente, escrupulosa, bem orientada e suficientemente esclarecida é dos melhores guardas da saúde duma família.

- V — São incalculáveis e preciosos os serviços de enfermagem carinhosa e profícua prestados na maioria dos casos por criadas de servir, a maior parte das vezes depois dum dia longo de trabalhos domésticos estenuantes.
- VI — A par disso, porém, é grande o número de doenças a que a sua ignorância e a imprevidência delas e dos patrões dão lugar, algumas gravíssimas, com repercussão na família e na raça.
- VII — São fáceis de reunir exemplos múltiplos de contágio da tuberculose, sífilis, febre tifóide, varíola, escarlatina, difteria, meningite, disenteria, lepra, tinea, sarna, carbunculo, febre de Malta, enterites infantis, conjuntivites, teniase, kala-azar, quistos hidáticos, triquinose, etc., devidos à ignorância e consecutiva inconsciência das criadas de servir.
- VIII — Independentemente das doenças contagiosas, outros males são devidos a essa mesma ignorância e inconsciência, cuja responsabilidade é menos das criadas do que dos patrões.
- IX — A maior parte das doenças venéreas são transmitidas por criadas de servir, actuais ou antigas.
- X — É indispensável, a par da educação e ministratione de rudimentos fundamentais sobre hygiene, exercer uma particular vigilância sobre a actividade das criadas e criados de hotéis, restaurantes, cafés, pastelarias, farmácias, vagon restaurantes, etc.
- XI — A par da defesa da saúde dos patrões e das pessoas de suas famílias é indispensável organizar também a da saúde das criadas, tanta vez comprometida devido a imprevidência, mais ou menos inconsciente, ou a deshumanidade ou maldade dos patrões.
- XII — Deve espalhar-se o mais possível a ideia de que servir, longe de ser desdouro, é missão nobre, preciosa e respeitável, apenas desprezível, para quem serve, quando voluntariamente se serve mal, e para os patrões quando queiram que para se servir se perca a dignidade.
- XIII — Tal como os patrões que exigem, duma ama ou criada, atestados que provem boa saúde, também as criadas e as amas têm direito a defender-se dos contágios das pessoas a quem servem.
- XIV — Toda a gente deve auxiliar, com dinheiro ou com propaganda, as instituições que de qualquer modo, directa ou

indirectamente, contribuem para a previdência e formação das criadas de servir, no número das quais se contam em Portugal a *Obra de Previdência e formação das criadas* e a *Protecção às Raparigas*, entre outras, em que se incutam a todas as ideias e hábitos sobre previdência, assistência, higiene e educação.

- XV — Toda a gente deve colaborar na defesa da moral tradicional, as pessoas religiosas para não serem, com razão, alcunhadas de hipócritas e mistificadoras, as não religiosas para mostrarem que são, pelo menos, inteligentes.
- XVI — É indispensável organizar devidamente, de modo eficaz, removendo obstáculos inacreditáveis, o ensino e a prática de princípios fundamentais de puericultura e higiene sem excluir a higiene moral, em todas as escolas, primárias e técnicas, liceus, quartéis, fábricas, sindicatos, associações, etc., para que, ensinando-se as criadas, não se dê o paradoxo de os patrões as impedirem de pôr em prática princípios de higiene aprendidos, por os ignorarem.
- XVII — É indispensável proclamar por toda a parte o que é que valoriza e desvaloriza uma criada de servir — bem diferente do que muitas delas julgam e até patrões de elevada categoria social.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Planos, Programas e Professores

1948 - 1949

I — Curso de Medicina Sanitária

Administração Sanitária ()*.

Dr. Carlos d'Arruda Furtado
12 lições teóricas — 16 práticas

Higiene Geral (incluindo lições sobre Águas Residuais e Higiene Rural (*)).

Dr. Carlos d'Arruda Furtado
28 lições teóricas — 11 visitas

Higiene da Alimentação e Águas de Abastecimento.

Dr. Bernardino Álvaro Vicente de Pinho
18 lições teóricas — 3 visitas

Dr. Guilherme Jorge Janz
4 lições teóricas

Dr.^a D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes
12 lições teóricas e 6 práticas, com demonstrações,
coadjuvada pelo preparador Clementino Alves
Tourais

Sezonismo.

Prof. Dr. Francisco José Carrasqueiro Cambournac e
Dr. Raul de Almeida Roque
10 lições teóricas — 4 práticas — 2 visitas

(*) Os Drs. Fernando da Silva Correia, Bernardino Álvaro Vicente de Pinho, Henrique Jorge Niny e António Augusto de Carvalho Dias deram parte das aulas que o Dr. Carlos d'Arruda Furtado não pôde dar.

Engenharia Sanitária.

Eng.º Agnelo Caldeira Prazeres
12 lições teóricas — 3 visitas

Eng.º Renato Paletti Berger
10 lições teóricas — 3 visitas

Epidemiologia e Técnica de Profilaxia

Dr. António Augusto de Carvalho Dias
22 lições teóricas — 8 visitas

Bacteriologia Sanitária

Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio
10 lições teóricas e 10 práticas, com demonstrações,
coadjuvado pelo preparador Jorge Esteves
Cardoso

Higiene do trabalho e Doenças profissionais.

Dr. Aníbal do Couto Nogueira
10 lições teóricas — 5 visitas

Dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca
8 lições teóricas — 4 visitas

Higiene Social

Dr. Fernando da Silva Correia
12 lições teóricas — 6 visitas

Assistência Social e sua organização.

Dr. Agostinho Pires
15 lições teóricas

Demografia e Estatística Sanitária.

Dr. António Augusto de Carvalho Dias
10 lições teóricas — 5 práticas — 1 visita

II — Curso de Visitadoras Sanitárias

Flagelos sociais, Profilaxia social, Assistência social.

Dr. Fernando da Silva Correia.
10 lições teóricas — 10 visitas

Administração sanitária ()*.

Dr. Carlos d'Arruda Furtado

10 lições teóricas — 10 práticas — 5 visitas

Higiene Geral.

Dr. Américo Cortez Pinto

12 lições teóricas — 6 práticas

Higiene Alimentar.

Dr.^a D. Maria José Machado Arrobas da Silva

12 lições teóricas — 8 práticas

Higiene Pré-Natal e Puericultura.

Dr. Francisco Fernandes Homem Rodrigues

12 lições teóricas — 6 práticas

Bacteriologia e Parasitologia.

Dr.^a D. Helena Guilhermina d'Ávila

10 lições teóricas — 10 práticas

Princípios de Sociologia. Diagnóstico Social e Serviço Social.

Dr.^a D. Helena Guilhermina d'Ávila

12 lições teóricas — 12 visitas

Deontologia. Economia Doméstica

D. Maria Leonor Correia Botelho

12 lições teóricas — 6 práticas

Noções Elementares de Enfermagem.

D. Beatriz Melo Correia

10 lições teóricas — 20 práticas

Epidemiologia e Profilaxia das doenças transmissíveis.

Dr. António Augusto de Carvalho Dias

10 lições teóricas — 20 práticas

Organização da Assistência Social.

Dr. Agostinho Pires

20 lições teóricas

(*) Por impossibilidade do Dr. Carlos d'Arruda Furtado estas lições foram dadas pelo Dr. Fernando da Silva Correia.

Contribuição para o estudo do valor alimentar das manteigas portuguesas

ESCLARECIMENTO

Na série de trabalhos que se estão realizando no Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia, do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, com o fim de conhecer o valor nutritivo dos alimentos portugueses, incluiu-se a determinação do teor em caroteno e vitamina A das manteigas portuguesas. A manteiga de vaca tem sido e continua a ser uma gordura alimentar muito apreciada, mais frequente na mesa do rico do que na mesa do pobre, dado o seu alto preço no mercado.

Não deve discutir-se aqui se é económica a sua produção e se não será mais racional beber o leite integral. A manteiga é uma das gorduras de mais agradável sabor, optima para torradas, pela sua plasticidade; é fácil de digerir principalmente quando crua e é seguramente uma boa fonte de vitamina A. Infelizmente, as manteigas portuguesas não mostram alto teor vitamínico, problema que se discute no primeiro trabalho junto.

Foi ele levado a efeito pelo Dr. Guilherme Jorge Janz, pessoa experimentada nestes estudos, que trabalha agora no nosso laboratório, como investigador. Foi sua colaboradora a Dr.^a Gabriela Pinto, nossa analista.

Aproveitando a colecção de amostras obtidas, a Dr.^a Maria Ernestina da Silva Graça, nossa adjunta, sempre interessada nestes trabalhos laboratoriais, estudou-as sob o ponto de vista da sua composição química.

Os resultados das análises vão no segundo trabalho junto. Com eles se afina o conhecimento das manteigas portuguesas, sobretudo pelo que diz respeito ao seu valor energético e à sua riqueza em cálcio e fósforo.

À Junta Nacional dos Produtos Pecuários e aos industriais de lacticínios agradecemos as facilidades concedidas para a obtenção das amostras de manteiga, que se colheram em todo o país, por duas vezes, no verão e no inverno.

Igual agradecimento é devido à Estação Zootécnica Nacional, sempre pronta a colaborar com os nossos serviços.

*O Director do Serviço Técnico de Higiene
da Alimentação e Bromatologia,*

Bernardino de Pinho

Contribuição para o estudo do teor em caroteno e vitamina A das manteigas portuguesas

por

G. JORGE JANZ e GABRIELA L. PINTO

Introdução

A manteiga constitui, ao lado do leite, dos óleos de peixes e dos ovos, uma das principais fontes de origem animal de vitamina A.

São, todavia, extraordinariamente variáveis, os dados existentes na literatura sobre a riqueza da manteiga em vitamina A, o que se explica, possivelmente, não só pelo emprego de técnicas analíticas de resultados não comparáveis, como também pelas condições de alimentação dos animais produtores, (provado, como está, que estas estão estreitamente correlacionadas com o teor vitamínico da manteiga), e ainda pela diversidade de raça dos mesmos animais.

Assim, encontramos valores que vão, desde os primeiro apontados, de 1.650-2.000 unidades internacionais por 100 grs. (Gillam et al., 1933) em manteigas da primavera, na Inglaterra, a 3.500, na Nova Zelândia (Barnicoat, 1947), 900-3.600, no Texas (Kemmerer e Fraps, 1943), cerca de 9.000 no Nebraska (Hathaway e Davis, 1947), 600-800 na Noruega, no inverno (Hvidsten, 1943), a 1.770, na Índia (Majumdar, 1941), etc..

Daniel e Munsel (1937) dão um valor médio de 1.500 U. I., com uma variação de 850 (vacas em regime seco) a 2.500 (vacas

na pastagem). Morton, Lord e Goodwin (1941) dão, nas mesmas condições, valores de 970 a 1.800 U. I.

Para o caroteno, encontramos valores de 0,15 a 1,20 mgrs. por 100 grs. (Morton, 1942), números estes que englobam quase todos os citados por outros autores.

A falta, entre nós, de quaisquer dados sobre o assunto, levou-nos a empreender este estudo, com o objectivo de obter valores que pudessem ser incluídos numas futuras « Tabelas de composição de alimentos portugueses ».

Material e métodos

Analísámos um total de 84 amostras de manteigas, colhidas directamente nas fábricas em recipientes próprios, que se fechavam herméticamente e conservavam no frigorífico até ao momento da análise. Deste total, 44 foram fabricadas de Junho a Agosto de 1948, e aparecem designadas como « manteigas de verão », e as restantes 40, de Janeiro a Maio de 1949, figurando como « manteigas de inverno ».

Na Tabela I descriminamos as amostras analisadas, com indicação das respectivas origens e datas do fabrico.

Os animais produtores pertenciam, na sua maioria, às variedades « turina » e arouquesa. A alimentação, segundo se depreende dos dados obtidos pelo encarregado das colheitas, consistia quase sempre em palhas e verduras diversas.

Não vamos discutir aqui o problema da determinação da vitamina A que, segundo Morton (loc. cit.) « ...has proved a formidable problem. »

Como é sabido, a prova biológica não distingue entre vitamina A e seus precursores com actividade vitamínica. No entanto, tem interesse, em Nutrição, conhecer as proporções relativas em que as duas formas se encontram nos alimentos, pois são diferentes as condições de absorção numa e outra. Por esse motivo, demos a preferência ao método químico nas nossas determinações.

A técnica seguida foi essencialmente a de Peterson, Hugues e Freeman (1937), com algumas modificações adaptadas de outros

métodos. Em vista dos bons resultados que com ela obtivemos, julgámos útil descrevê-la em pormenor.

Uma amostra de cerca de 50 gr. de manteiga é introduzida num balão provido de refrigerante de refluxo, contendo 50 cc. de potassa alcoólica a 25 ° o. A saponificação é feita em banho-maria fervente, durante 30 minutos. Depois de arrefecida a mistura, passa-se para um funil de decantação, lavando com um pouco de álcool para remover substância que tenha aderido às paredes.

Juntam-se então 100 cc. de água destilada, e extrai-se em seguida com sucessivas porções de 50 cc. de éter de petróleo, até este vir incolor. Se for necessário, juntar uma pequena porção de etanol e agitar para desfazer a emulsão.

Recolher noutro funil de decantação todas as fracções etéreas, e verter devagar 100 cc. de água, deixando depois sedimentar. Despreza-se a camada aquosa, e lava-se mais vezes, primeiro deitando a água sobre o éter de petróleo e pelas paredes do funil, e por último agitando fortemente, até que a água de lavagem deixe de dar cor com a fenoltaleína. Filtrar então o éter para um balão volumétrico de 250 cc., através de um pouco de sulfato de sódio anidro, e completar o volume com éter de petróleo.

Após vários ensaios, vimos ser desnecessária a separação das xantofilas, existentes em quantidade não apreciável.

O caroteno foi determinado a partir da densidade óptica da solução em éter de petróleo, lida a 440 m μ . num espectrofotómetro « Universal » Coleman, modelo 11, calculando-se a respectiva concentração pela curva de aferição obtida com β -caroteno puro, cristalizado (*).

Para a determinação da vitamina A, medem-se 10 cc. da solução e evaporam-se no vácuo ou por meio de corrente de CO₂ (empregámos os dois processos indiferentemente). Retoma-se com 1 cc. de clorofórmio redistilado e sêco, e procede-se à reacção de Carr-Price, com 9 cc. de reagente. A densidade óptica do máximo da cor, é lida a 620 m μ , e calcula-se a concentração a partir da curva de aferição, obtida com acetato de vitamina A. (*) Deste valor, que corresponde à soma das cores produzidas pela vitamina A e pelo caroteno, subtrai-se 1/20 da quantidade de caroteno, em microgramas, obtendo-se assim finalmente a concentração em vitamina A, que exprimimos em Unidades Internacionais por 100 gr. de manteiga.

O erro provável do método é de $\pm 11\%$ para o caroteno, e de $\pm 22,7\%$ para a vitamina A.

As determinações foram feitas sempre em duplicado, e muitas vezes em triplicado, sempre que verificámos diferenças

(*) O acetato de vitamina A e o β -caroteno foram-nos amavelmente fornecidos pela casa Hoffman-La-Roche, por intermédio do seu representante, sr. Dario da Silva Martins, a quem manifestamos o nosso agradecimento.

TABELA I

Manteigas de verão			Manteigas de inverno		
N.º	Origem	Data de fabrico	N.º	Origem	Data de fabrico
1	Avanca	17-6-48	1	Estarreja	7-2-49
2	Avanca	18-6-48	2	Estarreja	7-2-49
3	Feira	14-15-6-48	3	Feira	13-2-49
4	Salreu	18-6-48	4	Salreu	7-2-49
5	Avanca	18-6-48	5	Feira	12-2-49
6	Feira	18-6-48	6	Vale de Cambra	22-2-49
7	Vale de Cambra	18-6-48	7	Vale de Cambra	22-2-49
8	Vale de Cambra	17-6-48	8	Golegã	27-2-49
9	Golegã	29-5-48	9	Oliveira de Azeméis	15-2-49
10	Oliveira de Azeméis	21-6-48	10	Ovar	7-2-49
11	Ovar	22-6-48	11	Aveiro	21-2-49
12	Aveiro	23-6-48	12	Sever do Vouga	21-2-49
13	Sever do Vouga	30-6-48	13	Sever do Vouga	21-2-49
14	Sever do Vouga	30-6-48	14	Loures	29-4-49
15	Loures	4-7-48	15	Vila do Conde	24-1-49
16	Valongo	4-7-48	16	Viseu	23-3-49
17	Vila do Conde	7-7-48	17	Lamego	24-3-49
18	Póvoa-Valongo	6-7-48	18	Viseu	23-3-49
19	Viseu	24-7-48	19	S. Pedro do Sul	21-3-49
20	Castro Daire	26-7-48	20	Vale de Lima	8-3-49
21	Moimenta da Beira	27-7-48	21	Ancora	11-3-49
22	Lamego	27-7-48	22	Paços de Sousa	11-3-49
23	Viseu	26-7-48	23	Melgaço	11-3-49
24	S. Pedro do Sul	24-7-48	24	Arcos de Valdevez	10-3-49
25	Viana do Castelo	16-8-48	25	Viana do Castelo	9-3-49
26	Caminha	17-8-48	26	Viana do Castelo	9-3-49
27	Paços de Sousa	18-8-48	27	Ponte do Lima	10-3-49
28	Melgaço	18-8-48	28	Barcelos	12-3-49
29	Arcos de Valdevez	18-8-48	29	Espozende	10-3-49
30	Viana do Castelo	18-8-48	30	Penafiel	24-1-49
31	Viana do Castelo	18-8-48	31	Lousada	25-1-49
32	Ponte do Lima	18-8-49	32	Celorico de Basto	14-3-49
33	Barcelos	19-8-49	33	P. de Ferreira	25-1-49
34	Barcelos	18-8-49	34	P. de Ferreira	26-1-49
35	Espozende	18-8-49	35	Matosinhos	24-1-49
36	Penafiel	20-8-48	36	Póvoa de Varzim	26-1-49
37	Lousada	20-8-48	37	Estarreja	15-2-49
38	Felgueira	19-8-48	38	Outeiro	10-3-49
39	Fafe	18-8-48	39	Sátão	24-3-49
40	Celorico de Basto	20-8-48	40	Valongo	24-1-49
41	P. de Ferreira	21-8-48			
42	P. de Ferreira	21-8-48			
43	Matosinhos	21-8-48			
44	Póvoa de Varzim	23-8-48			

nos duplicados superiores ao erro do método (o que atribuímos a má homogenização da massa).

Fizeram-se, assim, no total, 84 determinações nas « manteigas de verão » e 93 nas « de inverno ».

Resultados

Os resultados obtidos acham-se resumidos na Tabela II, indicando-se, para o caroteno e vitamina A total (sobre os quais incidiu a análise, visto a vitamina A isolada ser obtida por diferença), o valor da média aritmética (m), os valores extremos (máx. e mín.), o coeficiente de variação (C. V.) e o erro provável da média ($\pm$). Para a conversão em unidades internacionais adoptamos, como é usual, a equiparação a 1 U. I. de 0,6 microgramas de β -caroteno e 0,3 microgramas de vitamina A-álcool

TABELA II

Estação do ano	Humidade %	Caroteno, mmgr. por 100 gr.	Vitamina A mmgr. por 100 gr.	Vitamina A total mmgr. por 100 gr.
Verão	m = 13,6	m = 398 $\pm$ 62 máx. = 630 mín. = 231 c. v. = 23%	m = 171	m = 636 $\pm$ 76 máx. = 905 mín. = 337 c. v. = 17,7%
Inverno	m = 13,8	m = 462 $\pm$ 88 máx. = 753 mín. = 210 c. v. = 28%	m = 134	m = 522 $\pm$ 99 máx. = 943,5 mín. = 244,5 c. v. = 28%

As diferenças entre os valores referentes às « manteigas de verão » e « de inverno », referidas em relação às primeiras, encontram-se discriminadas na Tabela III.

TABELA III

	Humidade %	Caroteno mmgr. por 100 gr.	Vitamina A mmgr. por 100 gr.	Vitamina A total mmgr. por 100 gr.
Diferença Verão-Inverno	- 0,2	- 64	+ 37	+ 114

O tratamento estatístico destes resultados revela não existir qualquer significado nestas diferenças.

Discussão e conclusões

A análise dos resultados por nós obtidos revela-nos, em comparação com os dados já conhecidos da literatura, duas ordens de factos:

- 1.º — O baixo teor em vitamina A das manteigas portuguesas;
- 2.º — A ausência de influência da estação do ano sobre esse mesmo teor.

Estes achados merecem ser discutidos à luz dos nossos mais recentes conhecimentos sobre o assunto.

É sabido que a potência em vitamina A das manteigas está em estreita correlação com a do leite donde provém e, através deste, com a alimentação do animal produtor, sendo maior sempre que existam vegetais verdes em abundância. Assim, Baumann e Steenbock (1933) demonstraram que o conteúdo em caroteno das manteigas de verão podia ser 400 % superior ao das de inverno. Para a vitamina A esse aumento é menos acentuado, mas atinge os 200 %.

Ora, entre nós, é habitual a permanência dos animais produtores em regime sêco, durante quase todo o ano, desacompanhado de qualquer espécie de arraçoamento racional.

A frequência da hipovitaminose A nestes animais, já verificada em trabalhos anteriores por um de nós, (Manso Ribeiro e Janz, 1946, Neves e Castro e Janz, 1942), é de admitir que seja muito grande no nosso País. Esse estado de hipovitaminose crónica repercute-se, evidentemente, no valor do leite e dos seus derivados.

Por outro lado, sabe-se como é difícil obter um aumento do conteúdo em vitamina A do leite (e portanto da manteiga), mesmo pela administração de grandes quantidades de caroteno com a alimentação (Baumann et. al. 1934), devido à relativa dificuldade que os animais têm em absorver e metabolizar o β -caroteno. Não é pois de admirar que, mesmo com uma leve melhoria de alimentação que se verifique na época das pastagens, não se venham a encontrar diferenças apreciáveis no conteúdo em vitamina A das manteigas de verão no nosso País.

Esta conclusão pode ser apoiada numa experiência que devemos à amável cooperação da Estação Zootécnica Nacional (*), em que se verificou que, em vacas sujeitas a regime estabular, que passaram a uma alimentação rica em forragens verdes, enquanto que os valores de caroteno e vitamina A no sangue passaram, em média, de 40,7 microgramas e 102 U. I. a 82 microgramas e 318 U. I. por 100 c.c., os valores correspondentes no leite foram respectivamente de 39 microgramas e 38 U. I. a 165 mmgs. e 49 U. I. por 100 grs. e, nas manteigas, de 100 mmgs. e 560 U. I. a 300 mmgs. e 566 U. I. por 100 grs.; quer dizer, perante um aumento marcado do conteúdo em caroteno, não se observa um acréscimo em vitamina A na mesma proporção.

A ciência da Nutrição considera que a utilização da manteiga na alimentação representa, sem dúvida, um considerável desperdício de leite. Sabe-se, por exemplo, que, nos Estados Unidos, até há pouco tempo, apenas 12 % do leite desnatado produzido era empregado na alimentação humana.

Este desperdício evitar-se-ia, se não existisse o preconceito, errado, de que a desnatação priva o leite do seu maior valor alimentar, e se se favorecesse um maior consumo deste sub-produto, por exemplo, na indústria de panificação.

A gordura do leite, excepto no que se refere ao seu conteúdo em vitamina A, não é superior a outras gorduras menos caras, e a vitamina A pode encontrar-se em alimentos muito mais económicos que o leite.

É evidente que o sabor agradável da manteiga assegura e facilita a sua venda; todavia, obter leite quase só para fabricar manteiga, não traz qualquer vantagem sob o ponto de vista nutritivo, e é realmente pouco económico, mesmo para o produtor.

Estas razões, aplicáveis ao problema, tal qual ele se põe em países onde a manteiga é uma rica fonte de vitamina A, mais fortes se tornam, em nosso entender, entre nós, onde ela constitui, como verificámos, um bem pobre fornecedor deste nutriente na nossa alimentação.

(*) Agradecemos ao Ex.^{mo} Director, Dr. Nazaré Barbosa, e ao Chefe do Laboratório, Dr. Manso Ribeiro, todas as facilidades concedidas.

Sumário

Determinou-se o conteúdo em caroteno e vitamina A em manteigas portuguesas fabricadas no inverno e no verão, tendo-se encontrado, respectivamente, os seguintes valores médios:

Manteigas de inverno:

Caroteno	: 462 mmgs. por 100 grs.
Vitamina A	: 134 mmgs. por 100 grs.
Vitamina A total	: 522 U. I. por 100 grs.

Manteigas de verão:

Caroteno	: 398 mmgs. por 100 grs.
Vitamina A	: 171 mmgs. por 100 grs.
Vitamina A total	: 636 U. I. por 100 grs.

Não se encontrou diferença significativa entre os valores obtidos nas duas épocas do ano.

Referências

- BARNICOAT, C. R. — *J. Dairy Res.*, 15:80, 1947.
BAUMANN, C. A. e STEENBOCK, H. — *J. Biol. Chem.*, 101:547, 1933.
BAUMANN, C. A., STEENBOCK, H., BEESON, W. M. e RUPEL, I. W. — *J. Biol. Chem.*, 105:167, 1934.
DANIEL, e MUNSEL — cit. em UZAN, M. — *Vitamines des Aliments* — Paris, 1938.
GILLAM, HEILBRON, I. M., MORTON, R. A., BISHOP, e DRUMMOND — *Bioch. J.*, 27:878, 1933.
HATHAWAY, I. L. e DAVIS, H. P. — *Univ. Nebraska Agric. Exp. Stat. Bull.*, 149:14, 1947.
HVIDSTEN, H. — *Landbrukshösk. Förlingsforsök*, 53:55, 1943 (cit. em *Nut. Abst. Rev.*, 17:363, 1947).
KEMMERER, A. R. e FRAPS, G. S. — *Texas Agric. Exp. Stat. Bull.*, 629:12, 1943.
MAJUMDAR, B. N. — *Indian J. Vet. Sci.*, 11:329, 1941.
MANSO RIBEIRO, J. e JANZ, G. J. — *Rev. Med. Vet.*, 1946.
MORTON, R. A. — *The application of absorption spectra to the study of vitamins, hormones and coenzymes* — Londres, 1942.
MORTON, R. A., LORD e GOODWIN — *J. S. C. I.*, 60:310, 1941.
NEVES e CASTRO, A. V. e JANZ, G. J. — 4.º Congr. Ass. Port. Prog. Cienc., 10:216, 1944.
PETERSON, HUGUES, e FREEMAN — *Ind. Eng. Chem., Anal. Edit.*, 9:71, 1937.

Contribuição para o estudo da composição química das manteigas portuguesas

por

MARIA ERNESTINA DA SILVA GRAÇA

De 84 amostras de manteiga colhidas em duas épocas diferentes do ano, directamente, em 46 fábricas do país, analisámos 39 correspondentes ao fabrico dos meses de Janeiro a Maio de 1949.

Dado o fim que nos propomos — estudo da composição média das manteigas portuguesas, sob o ponto de vista alimentar — as determinações efectuadas foram as que nos permitiram calcular a composição centesimal, o valor energético e as percentagens de alguns elementos minerais, tais como cálcio e fósforo, de marcada importância em dietética.

Efectuámos ainda, para ajuizar do estado de conservação de cada amostra e da genuinidade da gordura, a acidez total e os índices de Reichert Meissl, de Polenske e refractométrico.

Técnicas de Análise

As técnicas analíticas seguidas foram, resumidamente, as seguintes :

Água, cloretos, acidez total — Segundo os Métodos Officiais para análise de Manteigas.

Índices de Reichert Meissl, Polenske e refractométrico Wollny Zeiss — Segundo os Métodos Officiais para Análise de Gorduras Alimentares (1942).

Gordura — Pelo método ponderal, extraindo a gordura no extractor de Soxhlet pelo éter anidro.

Proteína — Pelo método de Kjeldahl, empregando para a conversão do azote em proteína o factor 6,38 ⁽¹⁾.

Lactose — Pelo método volumétrico de Fehling.

Cálcio ⁽²⁾ — Foi determinado nas cinzas de 20 g. de manteiga, precipitando-o sob a forma de oxalato de cálcio, dissolvendo o precipitado em ácido azótico, adicionando um volume conhecido de permanganato de potássio $\frac{N}{100}$ e titulando o excesso de permanganato pelo método iodométrico.

Fósforo ⁽³⁾ — Pelo método gravimétrico, sob a forma de pirofosfato de magnésio, depois de prévia precipitação sob a forma de fosfomolibdato de amónio. Esta determinação foi efectuada sobre as cinzas obtidas a partir de 50 g. de manteiga adicionadas de uma solução de nitrato de magnésio.

O valor energético foi calculado a partir dos coeficientes práticos propostos por Atwater :

Proteína	4 calorias por grama
Hidratos de carbono	4 calorias por grama
Gordura	9 calorias por grama

Resultados

Os resultados obtidos estão resumidos no Quadro 1.

No Quadro 2 estão indicados os valores máximo, mínimo e médio obtidos para cada determinação.

⁽¹⁾ F. A. O — *Energy-Yielding components of Food and Computation of Calorie Values* — 1947.

⁽²⁾ HAWK AND BERGEIM — *Practical Physiological Chemistry* — 17 Ed. J. A. DE LOUREIRO and G. J. JANZ (1944) — *The Biochemical Journal* — Vol. 38 — N.º 1, pág. 16-19.

⁽³⁾ ANDREW L. WINTON and KATE BARBE WINTON — *The Analysis of Foods* — 1945.

Conclusões

É a gordura o constituente predominante da manteiga. A lei estabelece para a manteiga um mínimo de 80 g. % de gordura. Das manteigas analisadas só uma apresentou uma percentagem inferior (79,06 %).

O teor máximo em água legalmente permitido é de 15 g. %, encontrámos, porém, em três amostras uma percentagem superior. Deve no entanto notar-se que a maioria das manteigas analisadas não apresentavam a água bem incorporada, consequência de uma malaxagem deficiente, o que tornou muitas vezes difícil a obtenção de uma amostra, para análise, em boas condições.

O conteúdo da manteiga em proteínas e hidratos de carbono é muito baixo. Uma manteiga bem preparada não retém senão quantidades mínimas de caseína e de lactose. Os valores obtidos para estes componentes, nas amostras analisadas, estão de acordo com os valores indicados pelos diversos autores.

As substâncias minerais da manteiga são também muito diminutas. Observando o Quadro 2 verifica-se que as cinzas, isentas de sal, variaram entre 0,28 e 0,09 g. %, em média 0,15 g %.

O teor em cálcio e em fósforo da manteiga é muito baixo. Os valores médios obtidos foram, para as amostras analisadas, 13,4 e 16,9 mg. %, respectivamente para o cálcio e para o fósforo. Estes valores concordam perfeitamente com os que encontrámos citados por vários autores para manteigas estrangeiras ⁽¹⁾.

A lei estabelece para a manteiga um máximo de acidez livre expresso por 10 cm³ de soluto normal %. Os valores que encontrámos foram muito inferiores a este máximo admitido; para as 39 amostras analisadas o valor médio foi 2,73 cm³ de soluto normal %.

Os valores obtidos para os índices da gordura mostraram a sua genuidade.

⁽¹⁾ LUCIE RANDOIN, PIERRE LE GALLIC, JEAN CAUSERET — *Tables de Composition des Aliments* — 1947.

— CLARA MAC TAYLOR — *Food Values in Shares and Weights*.

— MC CANCE and WIDDOWSON — *Chemical Composition of Foods* — 1946.

QUADRO N.º 1

Número	Proveniência	Data do fabrico	Água (g %)	Princípios energéticos		
				Gordura (g %)	Proteína (g %)	Lactose (g %)
1	Estarreja	7-2-49	12,46	85,43	0,39	0,28
2	Estarreja	7-2-49	17,70	80,40	0,28	0,21
3	Feira	13-2-49	14,83	83,33	0,37	0,12
4	Salreu	7-2-49	13,73	84,55	0,45	0,19
5	Feira	12-2-49	11,33	86,80	0,34	0,18
6	Vale de Cambra	22-2-49	11,93	85,53	0,49	0,20
7	Vale de Cambra	22-2-49	12,40	85,40	0,34	Vestígios
8	Golegã	27-2-49	11,00	86,03	0,27	0,29
9	Oliveira de Azeméis	15-2-49	11,51	85,72	0,37	0,16
10	Ovar	7-2-49	14,87	82,96	0,27	0,36
11	Aveiro	21-2-49	13,54	83,10	0,37	0,22
12	Sever do Vouga	21-2-49	12,62	84,50	0,39	0,40
13	Sever do Vouga	21-2-49	11,64	86,02	0,37	0,23
14	Loures	29-4-49	13,16	85,02	0,34	0,25
15	Vila do Conde	24-1-49	15,00	82,41	0,29	0,26
16	Viseu	23-3-49	11,57	85,55	0,27	0,36
17	Lamego	24-3-49	11,52	83,95	0,37	0,34
18	Viseu	23-3-49	13,15	84,11	0,46	0,36
19	S. Pedro do Sul	21-3-49	11,72	85,94	0,27	0,17
20	Vale de Lima	8-3-49	14,82	82,56	0,55	0,28
21	Ancora	11-3-49	14,27	82,72	0,37	0,22
22	Paços de Sousa	11-3-49	13,58	84,50	0,29	0,21
23	Melgaço	11-3-49	9,39	88,86	0,30	0,19
24	Arcos de Valdevez	10-3-49	12,85	83,35	0,46	0,21
25	Viana do Castelo	9-3-49	11,72	85,00	0,30	0,20
26	Viana do Castelo	9-3-49	13,57	84,15	0,52	0,32
27	Ponte do Lima	10-3-49	14,41	84,20	0,39	0,16
28	Barcelos	12-3-49	13,16	85,20	0,27	0,16
29	Espozende	10-3-49	14,33	81,66	0,45	0,30
30	Penafiel	24-1-49	13,85	83,53	0,29	0,39
31	Lousada	25-1-49	16,73	79,06	0,41	0,18
32	Celorico de Basto	14-3-49	10,94	86,67	0,23	0,36
33	Paços de Ferreira	25-1-49	16,74	82,60	0,30	0,27
34	Paços de Ferreira	26-1-49	10,07	87,64	0,23	0,15
35	Matosinhos	24-1-49	9,24	87,91	0,18	0,12
36	Estarreja	15-2-49	13,13	85,82	0,37	0,27
37	Outeiro	10-3-49	10,97	86,09	0,46	0,16
38	Sátão	24-3-49	11,17	86,64	0,41	0,16
39	Valongo	24-1-49	11,11	87,00	0,20	Não acusa

Valor energético (calorias) %	Elementos minerais				Acidez total (em cm.3 do soluto N %)	Índices da gordura		
	Cinzas totais (g %)	Cloretos (em Cl Na) (g %)	Cálcio (mg %)	Fósforo (mg %)		Índice refracto- métrico Wolny a 40° C.	Índice Reichert Meissl	Índice Polenske
770	1,44	1,32	7,9	20,6	1,75	42,0	28,0	3,0
726	1,41	1,32	5,7	16,1	2,05	43,0	26,8	2,0
752	1,35	1,27	8,8	16,8	2,50	42,1	28,0	2,3
763	1,08	0,98	8,1	22,4	1,80	42,0	27,2	2,5
783	1,40	1,30	7,3	20,0	1,98	42,4	26,9	2,1
772	1,93	1,83	11,0	14,4	2,20	42,4	26,4	1,7
770	1,83	1,73	8,4	16,0	1,89	43,0	26,8	1,9
776	2,41	2,28	16,4	16,2	2,81	41,4	26,1	2,8
774	2,24	1,98	11,7	15,6	1,53	42,0	27,0	2,3
749	1,54	1,44	14,8	15,8	2,19	42,2	28,6	2,4
750	2,77	2,57	18,0	14,8	3,02	41,5	27,7	2,2
764	2,09	1,86	24,9	24,0	2,44	42,2	26,0	1,7
777	1,74	1,60	15,2	15,7	2,05	42,7	26,5	1,8
767	1,23	1,11	14,5	14,6	2,64	42,2	26,8	2,1
744	2,04	1,90	10,2	16,8	2,36	42,3	26,8	1,9
775	2,25	2,12	22,0	18,6	2,16	41,2	28,5	2,4
758	3,82	3,63	11,0	12,3	2,12	42,0	26,1	2,5
760	1,92	1,78	25,2	16,0	2,95	41,2	28,4	2,2
775	1,90	1,66	16,1	12,8	2,08	41,5	27,5	1,9
746	1,79	1,66	13,2	16,8	2,72	42,5	27,3	1,7
747	2,42	2,27	14,3	14,0	3,00	42,8	26,7	2,6
762	1,42	1,32	12,9	16,8	2,04	42,6	26,4	1,6
802	1,26	1,14	9,7	17,0	6,91	42,3	27,4	1,8
753	3,13	2,90	13,6	15,4	4,10	43,0	26,3	1,7
767	2,78	2,57	14,1	16,2	2,54	43,0	26,3	1,6
761	1,44	1,26	16,0	16,8	3,00	42,5	27,0	1,8
760	0,84	0,71	18,7	27,8	3,33	42,4	26,2	2,0
768	1,21	1,09	10,5	16,2	2,46	43,0	26,5	1,8
738	3,26	3,02	13,9	16,8	2,37	42,3	28,0	3,0
754	1,94	1,81	12,2	14,5	5,00	42,5	24,5	2,5
714	3,62	3,38	15,0	18,4	4,06	43,0	26,4	2,1
782	1,80	1,64	16,8	18,0	3,76	43,4	24,3	1,7
746	0,09	Vestígios	7,1	16,8	3,01	43,0	28,1	2,1
790	1,91	1,72	10,8	24,7	2,24	43,0	27,7	1,8
801	2,55	2,27	13,7	13,9	2,94	42,0	24,7	—
775	0,41	0,25	11,1	14,8	2,74	41,8	27,4	2,1
777	2,32	2,22	16,5	17,3	3,11	43,2	26,0	1,7
782	1,62	1,46	12,0	13,4	2,40	41,4	26,6	2,8
784	1,69	1,49	11,9	14,4	2,16	42,3	27,3	2,2

* * *

É a manteiga, pelo seu elevado teor em gordura, um alimento de alto valor energético. Em média, como se vê do Quadro 2, 100 g. de manteiga fornecem 764 calorias.

Sendo um derivado do leite é, pela técnica do seu fabrico, muito pobre em proteínas, em hidratos de carbono e em elementos minerais, nomeadamente cálcio e fósforo.

QUADRO N.º 2

Determinação	Máximo	Mínimo	Média
Água (g. %)	17,70	9,24	12,87
Gordura (g. %)	88,86	79,06	84,66
Proteína (g. %)	0,55	0,18	0,35
Lactose (g. %)	0,40	Não acusa	0,23
Valor energético (calorias %)	802	714	764
Cinzas totais (g. %)	3,82	0,09	1,89
Cinzas isentas de Cl Na (g. %)	0,28	0,09	0,15
Cloretos em Cl Na (g. %)	3,63	Vestígios	1,74
Cálcio (mg. %)	25,2	5,7	13,4
Fósforo (mg. %)	27,8	12,3	16,9
Acidez total (em cm ³ de soluto Normal %)	6,91	1,53	2,73
Índice refractométrico Wolny a 40° C.	43,4	41,2	42,3
Índice de Reichert-Meissl	28,6	24,5	26,8
Índice de Polenske	3,0	1,6	2,1

O leite alimentar como problema sanitário (¹)

pelo

DR. BERNARDINO DE PINHO

Preâmbulo

Ao leite se tem chamado, embora com excessiva boa vontade, um alimento perfeito.

Na verdade, o leite contém todos os princípios nutritivos necessários à alimentação humana, como sejam proteínas, gorduras e hidratos de carbono e as chamadas substâncias protectoras — vitaminas e sais minerais.

Mas, para o homem adulto, falta-lhe adequada relação entre o seu volume e o seu valor energético. Quere dizer, se o homem de trabalho tivesse de alimentar-se exclusivamente de leite, ver-se-ia forçado a ingerir um volume de líquido exagerado. Estima-se hoje que o homem adulto tome diàriamente 3 a 5 decilitros de leite. MC LESTER, categorizado médico-nutricionista americano, diz, ao mencionar a vigorosa constituição física dos habitantes da Suécia e da Noruega, que naqueles países há uma vaca leiteira por cada duas pessoas. Entre nós, a capitação é ridícula, não indo, nas cidades de Lisboa e Porto, a mais de meia dúzia de centilitros por pessoa e dia.

(¹) Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde.

Isto constitui um grave problema de higiene alimentar, pois se diz, com razão ou sem ela, que não temos pastagens nem clima favoráveis à exploração da vaca leiteira, excepção feita a algumas regiões limitadas, como a de Aveiro. Seja como for, é preciso resolver este problema agropecuário, pois o leite é alimento único para as crianças, indispensável na adolescência e excelente nos adultos.

Deveria constituir o alimento de fundo dos velhos, não só por ser fácil de digerir e não ser tóxico, como também por não ser necessária uma sólida dentadura.

Salvas algumas excepções, é o melhor alimento dietético

« Il latte puo essere considerato come il più importante alimento ospitaliero... (1) »

Nesta lição recordaremos sucintamente:

A composição e valor alimentar do leite, a microbiologia do leite e doenças por ele transmitidas.

Focaremos depois os aspectos higiénicos da sua produção e venda.

Composição e valor alimentar do leite

A composição do leite varia naturalmente com a espécie animal de onde provém. Assim, as percentagens de proteínas, gorduras e hidratos de carbone são, em média, as seguintes:

	P.	G.	H. C.
Leite de mulher	1,9	3,7	6,2
» » vaca	3,6	3,7	4,9
» » cabra	3,7	4,2	4,8

E, a dentro de cada espécie, ainda varia com a região, a alimentação do animal e a época do ano.

(1) *In Ricambio e alimentazione. Moderna Terapia alimentare e dietetica* — Torino, 1947, pag. 1459 — STEFANO MANCINI.

Como se vê, o leite de mulher é mais pobre em proteínas e mais rico em hidratos de carbone do que o leite de vaca. Porisso, quando se usa este leite na alimentação de crianças, se lhe ajunta água e açúcar. Pondo de lado o leite de mulher, na amamentação, o homem utiliza sobretudo o leite de vaca.

Os leites de ovelha e de cabra empregam-se principalmente em queijaria. Nesta nossa palestra, falar de leite, significará falar de leite de vaca.

Admitamos, segundo TAPERNOUX, in *Traité de Hygiene, de Rochaix*, e WINTER BLYTH, in *Milk, production and control, de W. Clunie Harvey and H. Hill*, a seguinte composição do leite de vaca:

		grs. por litro
Água		900 a 910
Lípidos	{ glicéridos	35 a 40
	{ butirina, caproína, caprilina, caprina, laurina, miristicina, palmitina, estearina, oleína; este último na relação 1,37%.	
	{ Contém ainda pequenas quantidades de ácido lino- lénico	
	{ fosfolípidos (lecitina)	0,25 a 0,75
	{ esteróis (colesterol)	0,1 a 0,17
Glúcidos — lactose		47 a 52
Prótidos	{ caseína	27 a 30
	{ lacto-albumina	4 a 5
	{ lacto-globulina	0,5
Azoto não proteico	{ ácidos aminados derivados da purina e da guanidina . . .	1 a 1,5
Substâncias minerais	{ sais de cálcio (CaO) — 1,78	9 a 9,5
	{ fosfatos (P ₂ O ₅) — 2	
	{ cloreto de sódio (Cl Na) — 1,5 a 2	

Contém ainda 100 micras de iodo. É pobre em ferro.

Gazes . .	{	CO ₂	60 cm. ³
		N ₂	30 »
		O	10 »

Enzimas ou fermentos: lipase, galatase, amilase, fosfatase, redutase, peroxidase, etc.

			micras (Y)
Vitaminas .	{	vitamina A	140
		provitamina A (caroteno) . .	140
		vitamina B ₁	530
		» B ₂	1340
		» C	2060
		» D	2,3
		» P. P.	2200

O teor em Vitamina A varia com a alimentação das vacas ; aumenta com a alimentação verde.

Lípidos

Os lípidos mais importantes são as gorduras neutras ou glicéridos, constituídos por esteres de ácidos gordos voláteis, de pequeno peso molecular, como os ácidos butírico, caproico, caprílico e cáprico, com, respectivamente, 4, 6, 8 e 10 átomos de carbono, e de peso molecular mais elevado, como os ácidos laurico, mirístico, palmítico, estearico e oleico, com, respectivamente, 12, 14, 16 e 18 átomos de carbono.

Estas gorduras encontram-se sob a forma de finíssima emulsão. As dimensões dos glóbulos de gordura emulsionada estão compreendidas entre 2 e 20 μ . As gorduras de pequeno peso molecular são as que têm baixo ponto de fusão e também as mais fáceis de digerir. É certo que o azeite, apesar de constituído por ácidos gordos de peso molecular elevado, só começa a turvar a 10°, mas isso é devido ao ácido oleico, que é um ácido gordo não saturado.

Entre os lípidos do leite, conta-se ainda a lecitina e os esteroides. A lecitina é um lipoide fosforado em que entra como elemento constitutivo a colina.

Ora a colina é tida hoje como um factor de significado igual ao das vitaminas; considera-se um factor *lipotrófico* indispensável no metabolismo das gorduras. Quanto ao colestrol, há hoje tendência para aceitar que é à custa dele que o organismo faz a síntese das suas hormonas sexuais. É a partir dele que se prepara a vitamina D₃.

Glúcidos

O glúcido lactose é o chamado açúcar de leite. É um dissacarido que reduz, ao contrário da sacarose, que também é um dissarido, o licor de *Fehling*.

É constituído pela união de uma molécula de galactose com outra de glucose. No intestino, pela acção da lactase, desdobra-se nestes dois monossacaridos. Ora o fermento — lactase — só existe em quantidade, no suco intestinal, quando o organismo está habituado a beber leite.

Se assim não sucede, é necessário que decorra um certo tempo até que sobrevenha a adaptação. Investigações recentes, parecem demonstrar que no leite de mulher há mais dois glúcidos — a ginolactose, levogira e a alolactose, menos dextrogira do que a lactose.

Proteínas

Temos em primeiro lugar a caseína. É um fosfoproteído, com ácido fosfórico por grupo prostético — os nucleoproteídos dão na sua retrogradação um grupo prostético e uma albumina. Encontra-se, sob a forma de caseinato de cálcio. No leite de mulher ela precipita muito difficilmente pelos ácidos e o lab-fermento, dando um precipitado muito fino e ténue, que se dissolve num excesso de água ou ácido.

No leite de vaca, o precipitado é mais volumoso, não se redissolvendo num excesso de água ou ácido. Esta noção faz compreender a maior digestibilidade do leite de mulher no estômago da criança.

A caseína é uma proteína completa, sob o ponto de vista alimentar, com alto valor biológico, o que significa ser quase

inteiramente aproveitada pelo organismo, e dando pela sua retrogradação os amino-ácidos essenciais. Denominam-se amino-ácidos essenciais ou indispensáveis aqueles que o organismo não pode sintetizar. Conforme mostrou OSBORNE e MENDEL, alimentando ratas com caseína, como único proteico, eles cresceram e mantiveram a sua saúde; com gliadina, o crescimento foi insignificante, embora se mantivesse o estado de saúde; com zeína, os ratos não cresceram, adoeceram e morreram. Ainda como proteínas de leite, temos a lacto-albumina e a lacto-globulina. A lacto-albumina é o prótido que fica em solução no soro do leite, quando se precipita a caseína pelo sulfato de magnésio.

A lacto globulina é o prótido que se obtém depois de separada a caseína pelo cloreto de sódio à saturação.

Substâncias minerais

Entre elas, toma particular importância o cálcio, combinado com a caseína, sob a forma de composto fosforado. A importância do leite, como alimento fornecedor de cálcio, ressalta bem se nos lembrarmos que apenas as hortaliças, à parte o leite, são consideradas como alimentos ricos em cálcio. É, em todo o caso, um alimento pobre em metais — ferro, cobre e manganésio.

Pigmentos

Há no leite dois pigmentos: o *caroteno* ou pigmento amarelo, dissolvido na gordura, que tem relação evidente com a vitamina A, e, por isso, se lhe chama provitamina A;

O *lactocromo*, solúvel na água, que se denomina lactoflavina ou provitamina B₂.

Vitaminas

Contém quase todas as vitaminas, como acima se viu, no quadro da sua composição.

Microbiologia do leite e doenças por ele transmitidas

Micróbios não patogénios

O leite normal contém sempre microorganismos que provêm ou dos canais excretores das glândulas mamárias, ou dos úberes, ou do meio exterior — solo, palhas, etc.

Toda esta microflora se desenvolve rapidamente, pois o leite é um excelente meio de cultura. É claro que o leite segregado no interior das glândulas mamárias é estéril.

Entre a flora banal, conta-se o *estreptococcus lactis* e os bacilos lácticos, uns e outros de acção sobre a lactose, transformando-a em ácido láctico. Em certas regiões do globo, provoca-se mesmo esta acidificação, semeando várias estirpes de bacilos lácticos e tomando diariamente o leite acidificado; é o *yogurt* (associação de bacilo bulgaro e *estreptococcus lactico*) nos balkans; é o *kumiss* em certas regiões da Rússia; é o *busa* no Turquestão; é o *kéfir* entre os cossacos; é o *leben* no Egipto.

Como se sabe, o leite abandonado a si próprio também se acidifica; acima de 7 grs. por litro, em ácido láctico, talha espontaneamente.

Este leite talhado deve rejeitar-se, pois nele se desenvolveram todos os microorganismos e não apenas a flora láctica.

Números já antigos, obtidos por NICOLLE e PETIT, mostram a pujança deste desenvolvimento.

	Número de colónias por cm ³	
	Na geleira -1- 6° a -1- 12° C	No meio ambiente a 20° C.
Imediatamente depois da ordenha .	6.250	6.250
Após 4 horas	5.000	25.000
» 8 »	12.500	310.000
» 24 »	87.700	11.000.000

A flora de bacilos lácticos tem bastante importância para a higiene dos intestinos, pois é uma flora acidófila e METCHNIKOFF pensava mesmo que o uso de leites fermentados pela adição de bacilos lácticos contribuía para a saúde e longevidade dos povos que fazem uso deles. Mas a verdade é que não foi ainda possível

implantar no intestino do homem o lacto-bacilo búlgaro. No conteúdo intestinal dos lactantes, existe principalmente o lacto-bacilo bifidus.

A seguir devem mencionar-se os bacilos que inquinam normalmente o leite, mas destituídos de poder patogénico. Temos o grupo coli-aerogénio, quer do género *Aerobacter*, provenientes do solo, quer do género *Escherichia*, provenientes em grande parte do intestino dos animais de sangue quente. Os *tests* coli-bacilares servir-nos-ão mais tarde para o estudo dos leites do mercado. É comum também o *bacilo subtilis*, bacilo esporulado que provém das palhas. Entre as espécies não patogénicas há algumas que, quando aparecem, provocam alterações do leite. Muitas vezes se denominam fermentos. São, por exemplo:

Os fermentos da caseína, que provocam a sua coagulação e depois a redissolução do coágulo.

Os fermentos do leite filante ou viscoso, que lhe aumenta a viscosidade, tornando-o comparável a uma mucilagem.

Os fermentos do leite saponacio, bactérias provenientes das palhas húmidas, que saponificam em parte as matérias gordas, dando um leite espumoso.

Os fermentos de leites corados, são espécies cromogénias, que provocam modificações da coloração normal do leite, podendo especificar-se:

Micrococcus prodigiosus, dando manchas vermelhas à superfície do leite.

Bacillus mycoides roseus, dando manchas róseas em toda a massa.

Bacterium synxanthum, que se desenvolve no leite privado de fermentos lácticos, pela ebulição, e dá leite amarelo.

Bacillus cyanógenus, que provoca manchas azuis à superfície do leite ácido.

Há ainda os fermentos do leite amargo e outros.

Microbios patogénicos

As doenças mais comuns transmitidas pelo leite são as infecções tíficas, a disenteria, a escarlatina, a faringite séptica, a difteria, a tuberculose e as bruceloses.

As *infecções tíficas* e a *disenteria*, quando transmitidas pelo leite, representam praticamente contaminações por portabacilos, pois o gado leiteiro não está sujeito a estas doenças. Não são vulgares entre nós estas epidemias, a partir do leite, pois temos o hábito de beber leite fervido. Mas CH. PÓRCHER pôde estabelecer uma lista universal de 1.500 epidemias tíficas de origem láctea. Só nos Estados Unidos da América, de 1908 a 1927, registaram-se 486 epidemias, com 15.402 doentes e 234 mortos.

Alem da luta contra os porta-bacilos, como problema de profilaxia geral, é indispensável ordenhar, envasilhar, transportar e vender o leite em condições higiénicas, assunto que será tratado a seguir. A contaminação do leite pelo *bacilo diftérico* deve dar-se também nas manipulações do leite; é provável que os úberes das vacas possam infectar-se com o bacilo diftérico, mas não existem provas claras de que isto seja uma causa importante de difteria. A *escarlatina* e a *faringite séptica* provêm algumas vezes das infecções mamárias. Como doenças do gado leiteiro, transmissíveis ao homem, tomam especial relevo a *tuberculose* e a *brucelose*.

Tuberculose

Durante muitos anos se discutiu se o bacilo bovino era o bacilo humano, e o próprio KOCK, com a autoridade do seu nome, se bateu pela dualidade. Mas os unicistas parece terem ganho a contenda e, pelo menos a partir do Congresso de Paris de 1905, admite-se que há um só bacilo tuberculoso, embora sem algumas características uniformes.

Assim, o coelho é animal muito sensível ao bacilo do tipo bovino, propriedade biológica que se utiliza no diagnóstico diferencial entre o bacilo humano e o bacilo de origem bovina. Para uma emulsão de bacilos do tipo bovino, a 1 mlgr. por cm.³, o Prof. PAUL HAUDUROY diz que os coelhos inoculados com 0,01 mlgr. morrem em geral antes de 60 dias (30 a 50 dias aproximadamente) e com 1 mlgr. morrem rapidamente por intoxicação geral.

Se a emulsão for de bacilos do tipo humano, os coelhos inoculados não morrem antes de 60 dias. Clinicamente verifica-se que a tuberculose de origem bovina, adquirida sobretudo pelas crianças, dá principalmente formas de tuberculose ganglionar e óssea. Resta ainda saber quando é que o leite de vaca contém bacilos da tuberculose; quando existem localizações mamárias, o leite é seguramente infectado; se a doença está generalizada, embora sem localização mamária, como nas granúlias, o leite pode conter bacilos tuberculosos. Mas o animal pode sofrer de tuberculose não evolutiva nem contagiosa. Sobre este ponto variam um pouco as opiniões quanto ao procedimento a tomar. São respeitáveis os interesses dos criadores, pois é considerável a proporção de vacas leiteiras que dão reacção positiva à tuberculina, sem que por isso o seu leite seja contagioso. Mas julgamos prudente a opinião dos que votam pela eliminação destes animais de reacção positiva à tuberculina. Evidentemente que esta reacção se deverá praticar com uma técnica rigorosa e afinada.

Bruceloses

Sob este nome se designam a *febre ondulante*, no homem, a *melitococcia*, nos ovinos e caprinos, e o *aborto epizoótico* nas vacas e porcas.

São seus agentes, a *Brucela melitenses*, a *Brucela abortus bovis* e a *Brucela abortus suis*. O nome brucela vem de Bruce, médico inglês que em 1887 descobriu o agente causal de febre ondulante, então conhecida por febre de Malta ou febre mediterrânea. É um micrococcus, primitivamente designados por *micrococcus melitensis*. Considerava-se então que o modo habitual, quase exclusivo, de contaminação do homem se dava por ingestão do leite cru de cabra ou do seu queijo. Mais tarde o veterinário dinamarquês Bang, em 1897, encontrou no aborto epizoótico das vacas um micro-organismo que denominou *Bacillus abortus bovis* ou bacilo de Bang. E em 1918, Alice Evans, encarregada nos Estados Unidos de estudar a flora microbiana do leite, encontrou o bacilo de Bang no leite de vaca, mostrando que o *micrococcus melitensis* e o bacilo de Bang tinham a mesma forma, cultivavam nos mesmos meios e tinham a mesma estrutura antigénica. Mais tarde, TRAUM demonstrou que marrãs sofrendo de aborto epizoótico eram portadores de *bacillus abortus*. A identificação destas

três espécies do género brucela faz-se hoje pelo método de Huddleson, que consiste em aproveitar a acção bacteriostática de matérias corantes. O quadro seguinte mostra as diferenças de desenvolvimento (+) e de inibição (—) das três espécies:

Espécies	Tionina a 1/25.000	Fucsina básica a 1/30.000
<i>B. melitensis</i> . . .	+ +	+ +
<i>B. abortus bovis</i> . . .	—	+ +
<i>B. » suis</i> . . .	+	—

Com este método, Huddleson mostrou, nos Estados Unidos, que a vaca podia ser infectada por qualquer das espécies. Quere dizer, não é só o leite de cabra, como a princípio se supunha, que transmite a febre ondulante. Ela pode ser transmitida também pelo leite de vaca. Isto mesmo foi provado pelo centro de pesquisas sobre a febre ondulante, de Montpellier, dirigido pelo Prof. LISBONNE. Até 1927, admitia-se que a febre ondulante não existia na Europa, acima de 45° de latitude norte, seja uma linha indo de Bordeus a Briançon. Hoje conhece-se bem a doença de Bang, provocada pela *Brucela abortus bovis*; é a que abunda nos Estados Unidos e na Dinamarca. Facto importante para o estudo da doença, o soro da febre ondulante aglutina tanto a suspensão da brucela abortus como o soro da doença de Bang a suspensão da brucela melitensis. A sua imunologia é recíproca. Na sero-reacção de Wright utilizam-se hoje as suspensões de brucela abortus.

Outras doenças

Nesta breve resenha, pomos de lado, sem lhe negar importância, a *febre aftosa*, pois o organismo humano apresenta uma fraca receptividade para o virus aftoso; o *carbunculo*, pois o perigo de transmissão pelo leite é quase nulo; e a *raiva*, dado que a transmissão pelo leite, embora possível, não é vulgar.

Em todo o caso, deve proibir-se a venda do leite de um animal suspeito de raiva, pelo menos a partir do 12.º dia da mordedura.

Aspectos higiênicos da produção e venda dos leites de abastecimento

Não focaremos aqui, como problema sanitário, a produção de leite em pequena escala, nas quintas, casais e herdades, para consumo ou dos seus proprietários ou do pessoal ocupado nessas propriedades, embora se saiba que o excesso da produção se vende nas vizinhanças. Trataremos apenas do leite de consumo, para abastecimento dos aglomerados populacionais de certa importância, tais como vilas e cidades. Para os centros urbanos, o problema mudou inteiramente, nas últimas dezenas de anos; desapareceram as vacas ambulantes, ordenhadas à porta do freguez, proibiram-se as vacarias nas zonas urbanizadas; e, para as grandes cidades, o leite proveniente dos arrabaldes tornou-se insuficiente para alimentar as dezenas de milhar de indivíduos que constituem a sua população.

Foi preciso recorrer às grandes empresas, com avultados capitais, que comprem leite a distância, em regiões propícias à criação de gado bovino e à exploração das vacas leiteiras, e o conduzem para cidades.

Fundamentalmente, consideram-se hoje três tipos de leite do mercado:

- 1) O LEITE COMUM
- 2) O LEITE PASTEURIZADO
- 3) O LEITE CERTIFICADO

Leite comum

Designaremos por leite comum o leite de abastecimento público, que se vende sem garantia de origem ou de tratamento especial. A sua qualidade varia com a educação sanitária do meio. A alimentação das vacas e mesmo a raça destas influem na composição do leite. O seu estado de saúde, a higiene dos estábulos e o asseio da ordenha e do envasilhamento contribuem naturalmente para obter um leite limpo. No 1.º Congresso Internacional para a Repressão de Fraudes Alimentares e Farmacêuticas, reunido em Genebra, no ano de 1909, se deu a seguinte definição:

« O leite é o produto integral da mungidura total e ininterrupta das fêmeas lactígenas em bom estado de saúde,

bem alimentadas e limpas, submetidas a um regime apropriado e não fatigadas. Deve ser colhido e conservado nas melhores condições de asseio e não conter colostro ».

O decreto-lei n.º 36.973, de 17 de Julho de 1948, no seu regulamento da mesma data, designa por leite comum :

Artigo 2.º :

Considera-se « leite comum » o que for produzido por animais saudáveis, bem alimentados, não fatigados, mantidos em bom estado de higiene, e que satisfaça aos requisitos seguintes :

a) Ser o produto integral da ordenha completa e ininterrupta ;

b) Não conter colostro, pelo que o produto da ordenha dos dez dias anteriores e posteriores ao parto não será considerado leite para o efeito deste regulamento ;

c) Ser isento de coloração, sabor e cheiro anormais ;

d) Não coagular pela ebulição ;

e) Não exceder em impurezas a 4º da escala portuguesa ;

f) Ser colhido, conservado e transportado com observância das prescrições deste regulamento ;

g) Não conter microorganismos patogénicos, pus, sangue, nem substâncias estranhas à sua composição química.

Artigo 3.º :

O leite comum deve ter as características seguintes :

a) Densidade a 15º C. (leite de mistura), 1,028 a 1,036 ;

b) Gordura (mínimo), 30 gramas por litro ;

c) Extracto seco (mínimo), 113 gramas por litro ;

d) Extracto seco isento de gordura (mínimo), 82 gramas por litro;

e) Acidez computada em ácido láctico, usando como indicador a fenolftaleína (máximo), 2 gramas por litro;

f) Índice de refração (mínimo), 38°;

g) Densidade do soro a 15° C (mínimo), 1,026.

§ 1.º Conceder-se-á a tolerância de 1 grama por litro para a gordura ou extracto seco isoladamente.

Nas vilas e pequenas cidades, em que seria pretensioso, neste momento, pensar em centrais leiteiras, com pasteurização ou outro tratamento de correcção bacteriológica, as Câmaras Municipais estão tornando obrigatória a passagem do leite por postos de fiscalização. O funcionamento destes postos é regulado por meio de posturas municipais, que carecem de aprovação do Ministério do Interior, pela Direcção Geral de Saúde, depois de ouvidas as Comissões Municipais de Higiene. Nestas comissões deve o Subdelegado de Saúde, por dever do cargo e por brio, tomar o seu lugar de técnico sanitário, pondo e orientando a solução dos problemas de higiene. Este, o do leite de consumo, é um dos mais importantes. As principais funções dos postos devem ser a de reprimir as fraudes e a de educar os vendedores de leite. Têm de ter, como base de trabalho, um pequeno laboratório de análises.

Além do exame organoléptico do leite, que levará a rejeitar os leites avermelhados, azuis ou amarelos, os de gosto amargo ou salgado, os coalhados, viscosos ou filamentosos, convém introduzir na prática corrente alguns ensaios muito simples, cujo conjunto constitue o exame higiénico do leite. São ensaios de resultados convincentes, que podem exercer larga acção educativa, se o pessoal do posto for dedicado e não tiver apenas em mente o seu papel repressivo, com menosprezo da sua função educativa. Podem mencionar-se os seguintes:

- 1) coeficiente de sujidade
- 2) prova da acidez
- 3) prova do álcool e da fervura
- 4) prova da redutase
- 5) exame microscópico

O coeficiente de sujidade determina-se por lacto-filtração, que consiste em fazer passar por discos de papel, num aparelho próprio, meio litro de leite; secam-se os discos e comparam-se com os de uma escala. A Direcção Geral dos Serviços Pecuários elaborou uma escala portuguesa de 8 discos ou graus (vêr a estampa junta); acima do disco 4 deve o leite rejeitar-se. É uma excelente prova para a educação do leiteiro. Na Suíça e noutros países, a prova vem descrita nos guias práticos dos vaqueiros.

Prova da acidez — Como se sabe, o leite, quando colhido e conservado com asseio, não se altera notavelmente durante um certo tempo, chamado período de incubação. Este período é de cerca de 20 horas, à temperatura de 15°, a contar da mungidura e caracteriza-se pela constância da acidez inicial. Passado este período, ou antes se o leite não for colhido com asseio nem resfriado, a acidez eleva-se.

Quando a acidez se coloca acima de 2 grs. por litro, expressa em ácido láctico, o leite coagula pelo álcool (prova do álcool) ou pela fervura (prova da fervura). O leite fresco deve ter uma acidez em ácido láctico de 1,5 grs. a 2 grs. por litro; quando atinge 2,5 grs. o leite talha pela ebulição, como acabamos de dizer; quando a acidez sobe a 7 grs., o leite talha, mesmo à temperatura ordinária.

Prova da redutase — O nosso método oficial para a análise do leite, descreve-a do seguinte modo:

20 cm.³ de leite são adicionados de 1 cm.³ duma dissolução de azul de metileno preparada com 5 cm.³ de um soluto alcoólico saturado de azul de metileno e 195 cm.³ de água. O leite assim corado é coberto por uma camada de óleo de parafina e o tubo é colocado num banho-maria 45-50° C.

Nesta prova, o azul de metileno não deve descorar antes de 3 horas.

Atribui-se a redução, com descoloração, a uma redutase de origem bacteriana, e não à redutase original e normal do leite.

Aquela redutase de origem bacteriana parece estar intimamente ligada à riqueza em bactérias do leite, mas o cálculo destas

bactérias, a partir da prova, dá resultados incertos. Em todo o caso, nos países escandinavos, usa-se a seguinte classificação:

Classe 1 — Descoloração em 5 1/2 horas ou mais . . .	— leite bom
(menos de 500.000 bactérias por cm ³ .)	
» 2 — Descoloração em 2 a 5 1/2 horas . . .	» regular
(500.000 a 4.000.000 de bactérias por cm ³ .)	
» 3 — Descoloração em 20 ^m a 2 horas . . .	« mau
(4 a 20 milhões de bactérias por cm ³ .)	
» 4 — Descoloração em menos de 20 minutos	» muito
(mais de 20 milhões de bactérias por cm ³ .)	mau

Exame microscópico — Este exame permite verificar se o leite tem leucocitos, hematias, células epiteliais e corpusculos de colostro.

Em campo de observação de 20 milímetros de diâmetro e 1/10 milímetro de profundidade, não deve observar-se

mais de 1 a 2 leucocitos por campo

» » 1 hematia por 2 campos

» » 1 corpusculo de colostro por 2 campos

» » 1 célula epitelial para 5 ou 10 campos

Um microscópio é, então, um instrumento a exigir em todos os laboratórios dos postos de fiscalização.

Não será possível, neles, ir mais além.

Analisado o leite, criou-se o hábito de baldeá-lo para cântaros ou canados municipais e, selados estes, o vendedor começa a sua venda. Uma hora depois, as indicadas na postura municipal, os canados voltam ao posto, verificando-se se não foram violados os selos. Esta prática traz consigo a necessidade de instalar um lavadouro de material, em casa própria, com água corrente e rede de esgotos; é indispensável, como anexo, uma pequena geradora de vapor, para esterilizar os canados, e um secadoiro. De modo que, laboratório, baldeação, lavagem e desinfecção exigem uma casa com quatro divisões pelo menos. É preciso ainda contar com instalações sanitárias — latrina e lavabo. Sempre temos contrariado a baldeação do leite, pois tem-se por hipocrisia o acto de meter em vasilhas limpas, com selo de garantia municipal, o que já se conspurcou no estábulo ou no vasilhame. Mais acertado nos parece que o posto forneça

Escala de lacto-filtração

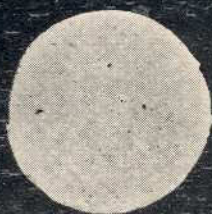
Leite aprovável



1



2



3



4

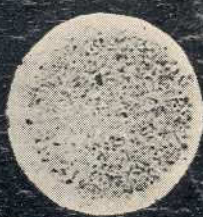
Leite reprovável



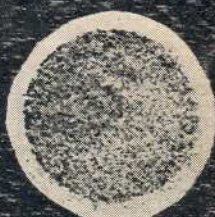
5



6



7



8

Escala portuguesa de lacto-filtração elaborada pela Direcção Geral dos Serviços Pecuários

FIG. 5

Ver página 111)

todos os dias, aos leiteiros, cântaros ou canados desinfectados, para a colheita e condução do leite; deles se tirariam as amostras para analisar e se os ensaios laboratoriais não dessem o leite como suspeito, nos mesmo canados, sem baldeação, se colocariam os selos. Vendido o leite, os canados voltariam ao posto, para lavagem e desinfecção. Uma modalidade seria obrigar os leiteiros a comprar as vasilhas de modelo aprovado, exigindo-se a sua lavagem e desinfecção diárias no posto. Mas, quanto a nós, há uma obra educativa a levar a cabo. É aconselhar ou obrigar mesmo os proprietários das vacas a sanear o estábulo; água canalizada, rede de esgotos, solos impermeáveis, com caleiras e ralos, lavagem dos úberes das vacas e das mãos do ordenhador, antes de cada mungidura, ferrados e cântaros bem lavados com solutos detergentes, como o de Soda Solvay, e depois bem enxagoados com água potável, são obras e práticas fundamentais para a higiene do leite.

Os métodos modernos de luta contra as môscas, por meio de D. D. T. ou gamexana, são utilíssimos para o socego do gado e para a sanidade dos estábulos

A mais rigorosa vigilância sanitária do pessoal das vacarias, assim como dos vendedores do leite, é função que o Subdelegado de Saúde deve tomar a capricho. Recordam-se as instruções da Direcção Geral de Saúde sobre atestados sanitários e registo de pessoal leiteiro (vêr documento anexo). Mesmo com estas práticas salutaras, o leite terá uma flora banal que por vezes atinge mais de 1 milhão de bactérias por cm.³.

Os bacilos do grupo coli não existem normalmente no úbere da vaca, posto que algumas vezes aí tenham sido encontrados. Mas existem constantemente nos excrementos e em utensílios sujos, mal lavados ou insuficientemente esterilizados. A sua pesquisa deve ser um complementô de outros métodos de exame do leite, para avaliar o seu conteúdo em bactérias. Seja qual for a sua origem, a presença desses organismos no leite indica sempre métodos de produção imperfeitos ou de execução pouco cuidada.

No exame de rotina do leite, o termo bacilo coliforme inclui aqueles membros do grupo que fermentam a lactose, com produção de ácido e gaz.

Para a sua pesquisa, usamos a seguinte técnica :

No caso do leite comum, semeiam-se tubos, em duplicado, com tubinhos invertidos, contendo cada um 5 cm³. de meio Mac-Conkey modificado. (1)

São inoculados 5 tubos, como se segue :

Tubo n.º 1	— 1 cm ³ . do leite				
»	» 2	— 1	»	da sua diluição a 1:10	
»	» 3	— 1	»	»	» a 1:100
»	» 4	— 1	»	»	» a 1:1000
»	» 5	— 1	»	»	» a 1:10000

Um tubo usado como «contrôle» é deixado por inocular, mas posto no termostato, como os outros. A incubação faz-se à temperatura de 37° C., por 48 horas, examinando-se no fim deste tempo, para se verificar se houve produção de gaz e ácido. Se houver bacilos coliformes, o meio tomará cor de cravo brilhante; o gaz de fermentação aparecerá no tubinho invertido.

(1) Meio líquido de Mac-Conkey utilizado nas análises de leite :

Taurocolato de sódio	5 gr.
Lactose	10 gr.
Peptona	20 gr.
Cloreto de sódio	5 gr.
Água destilada	1000 cm ³

A mistura é aquecida ao vapor de água por duas horas e depois transferida para um frigorífico até o dia seguinte. Filtra-se por papel CHARDIN e ajusta-se a reacção a pH-7,4, usando o vermelho de fenol como indicador. Ajunta-se então 10 cm³. dum soluto aquoso a 1 % de vermelho neutro e distribui-se o meio por tubos de ensaio com tubinhos de Durham, 5 cm³. em cada tubo

Depois de rolhados com algodão cardado, aquecem-se a vapor de água por 30 minutos, três dias seguidos.

Instruções sobre os exames médicos do pessoal leiteiro

Lisboa, 18 de Março de 1939.

Ex.^{mo} Sr.

Para cumprimento do Decreto-lei n.º 28.974, de 29 de Agosto de 1938, e da Portaria 9.161, de 2 de Fevereiro de 1939, são enviadas a V. Ex.^a as seguintes instruções :

- 1.^a — Os resultados dos exames médicos efectuados pelos funcionários de Saúde, aos mungidores, vendedores de lacticínios, pessoal ocupado no penso do gado, na colheita, tratamento e transporte do leite, etc., (art.º 26.º e § 2.º do referido Decreto-lei), serão passados em papel selado ;
- 2.^a — Os resultados positivos dos exames médicos, efectuados pelos funcionários de Saúde, aos vendedores e distribuidores de leite são passados nos Boletins de Sanidade (art.º 67.º § 2.º) conforme o modelo aprovado pela Portaria 9.161, e de que se junta um exemplar ;
- 3.^a Os referidos Boletins de Sanidade são exclusivo da Imprensa Nacional de Lisboa, onde se podem adquirir pela quantia de um escudo e cinquenta centavos (1\$50) cada ;
- 4.^a — Devem os interessados apresentarem-se, no acto do exame, munidos do aludido Boletim ;

- 5.^a — O resultado do exame inscrito no Boletim será assinado pelo funcionário de Saúde sobre o valor do imposto do selo de 2\$50 mais 1\$20 (Tabela Geral do Imposto do Selo aprovada pelo Decreto 21.916, art.^o 17.^o de 28 de Novembro de 1932);
- 6.^a — O emolumento a cobrar pelos exames referidos nas Instruções 1.^a, e 2.^a, é o estabelecido de 10\$00 e constitui receita do Estado;
- 7.^a — As assinaturas dos funcionários de Saúde serão autenticadas com o selo branco da Inspeção ou Delegação;
- 8.^a — Os exames médicos são válidos por um ano. Quando o seu resultado seja desfavorável não será passado o Boletim de Sanidade ficando, porém, arquivado nos registos da Inspeção ou Delegação;
- 9.^a — Devem todos os interessados que necessitem do Boletim de Sanidade estarem inscritos nos registos da Inspeção ou Delegação (art.^o 66.^o — *b*) adoptando V. Ex.^a para modelos as fichas que vão junto, sendo a branca destinada aos vendedores e distribuidores e a de cor aos mungidores, vendedores de lacticínios, pessoal ocupado no penso do gado, na colheita, tratamento e transporte do leite, etc.

A Bem da Nação.

O Director Geral,

(a) *José Alberto de Faria*

A sementeira em meio sólido, para a contagem de colónias, temo-la feito em gelose — leite ⁽¹⁾.

* * *

Nas condições actuais de produção, o leite comum só deve beber-se depois de sofrer adequada correcção bacteriológica por fervura, banho-maria ou pasteurização.

Fervura — Como processo doméstico, é o mais prático. Quando se aquece o leite a 80° C. forma-se à superfície uma película de carbonato de cálcio, com glóbulos de gordura, numa malha de caseína.

Continuando o aquecimento, a película quebra-se, forma-se espuma, empurrando a nata e criando a falsa sensação de ebulição. O leite ferve a 100–101° C. Basta manter a ebulição por cinco minutos.

Banho-maria — É o processo escolhido para lactários.

O método realiza-se no aparelho de Soxhlet; reparte-se o leite por pequenas garrafas de vidro, contendo cada uma a quantidade necessária para uma mamada. Estas garrafas são mergu-

(¹) Gelose para leites:

Peptona	5 gr.
Extracto de carne Difco	3 gr.
Gelose, cortada e lavada	15 gr.
Leite completo, fresco	10 cm ³ .
Água	1000 cm ³ .

A peptona e o extracto de carne dissolvem-se na água quente. Ajusta-se a reacção a pH = 7,4 usando o vermelho de fenol como indicador e fazendo a determinação à temperatura ambiente.

A gelose, depois de cortada, envolve-se em musselina e lava-se durante 15 minutos em água corrente. Escorrida a água, deita-se, com o leite agitado, na vasilha onde está o meio. Leva-se a mistura ao autoclave, durante 20 minutos, depois filtra-se ainda quente, através polpa de papel. A reacção do filtrado deve ser pH = 7.

O extracto de carne substitui o « yeastrel » dos ingleses.

lhadas em água, que se leva à ebulição por 40 minutos. O nível da água do banho-maria deve atingir o do leite das garrafas. Resfriam-se em seguida. O próprio resfriamento determina o encerramento hermético da garrafa, por um obturador de borracha, posto sobre um orifício do gargalo. A figura A mostra um obturador posto sobre o gargalo da garrafa e a figura B o corte do mesmo obturador deprimido.

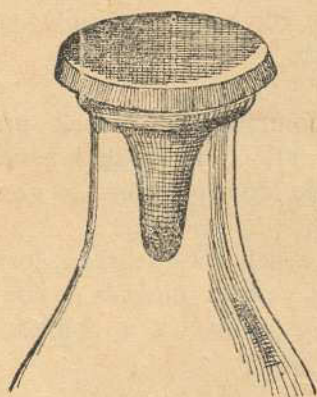


FIG. A

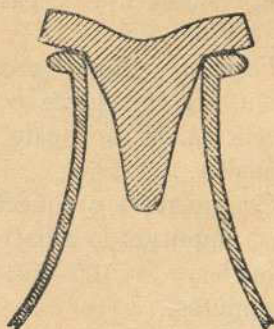


FIG. B

Quando se quer dar o leite à criança, mergulha-se a garrafa em água quente. Os bordos do obturador elevam-se, sendo fácil tirá-lo e substituí-lo por uma tetina.

Leite pasteurizado

Diz-se leite pasteurizado o leite sujeito à acção do calor, pelo método da pasteurização. Este método foi primitivamente usado por Pasteur, para a conservação dos vinhos.

Nos precisos termos legais, entende-se por pasteurização o emprego conveniente do calor, com o fim de destruir a totalidade da flora banal, sem alteração sensível da constituição física e do equilíbrio químico do leite e sem prejuízo dos seus elementos bioquímicos.

Distinguem-se três métodos:

a) — *Pasteurização alta*, na qual o leite é aquecido durante 2 a 5 minutos à temperatura de 85° . Imediatamente se resfia a $+4^{\circ}$.

b) — *Pasteurização baixa* que consiste no aquecimento a 63° durante 30 minutos. Igualmente refrigeração imediata.

c) — *Pasteurização em camada delgada* de 1 a alguns milímetros, por contacto com parede aquecida. Aquecimento a 76°, de modo que o leite fica a 75° durante 15 minutos, no interior dos tubos ou das placas, conforme o tipo do pasteurizador.

Na página seguinte se dá um exemplo de uma instalação de pasteurização alta, que se tira do belo livro *The Chemistry and Technology of Food and Food Products*, de MORRIS B. JACOBS e colaboradores, cuja leitura se aconselha.

As rúbricas de cada umas das fases da operação dispensam descrição em pormenor.

Em todo o caso, verifique-se que as peças da aparelhagem são todas acopladas, desde o tanque do leite cru (*raw storage*) até o enchedor automático de garrafas (*bottle filler*). Assim se assegura a higiene da operação. O *holding tube* é uma peça fundamental, pois tem o comprimento e o diâmetro estudados de modo que o leite leve 15 a 16 segundos a percorrê-lo, tempo que é controlado automaticamente, para garantir a pasteurização. Um sistema de tubos cruzados permite que o leite cru ganhe calor, antes do aquecimento, e o perca, antes do resfriamento.

Este sistema do aproveitamento do calor (*regenerate*) torna a operação mais económica.

O leite a pasteurizar deve começar por ser *seleccionado* à sua chegada à Central Leiteira, mediante ensaios analíticos; deverá depois ser desembaraçado das suas impurezas por *filtração* ou *centrifugação*. Só em seguida se sujeita à acção do calor.

A sua distribuição far-se-á sempre em garrafas esterilizadas e seladas.

Entre nós, falta marcar as características bacteriológicas dos vários tipos de leite.

A *lei suíça* de 26 de Maio de 1936, no seu artigo 73.º diz: «Le lait ordinaire pasteurisé ne doit pas contenir, par cm.³ plus de 50.000 et le lait spécial pasteurisé, plus de 10.000 bactéries banales, et aucune bactérie pathogène et aucune spore de bactérie pathogène».

A *lei inglesa* diz que o leite pasteurizado não deve conter mais de 100.000 bactérias por cm.³.

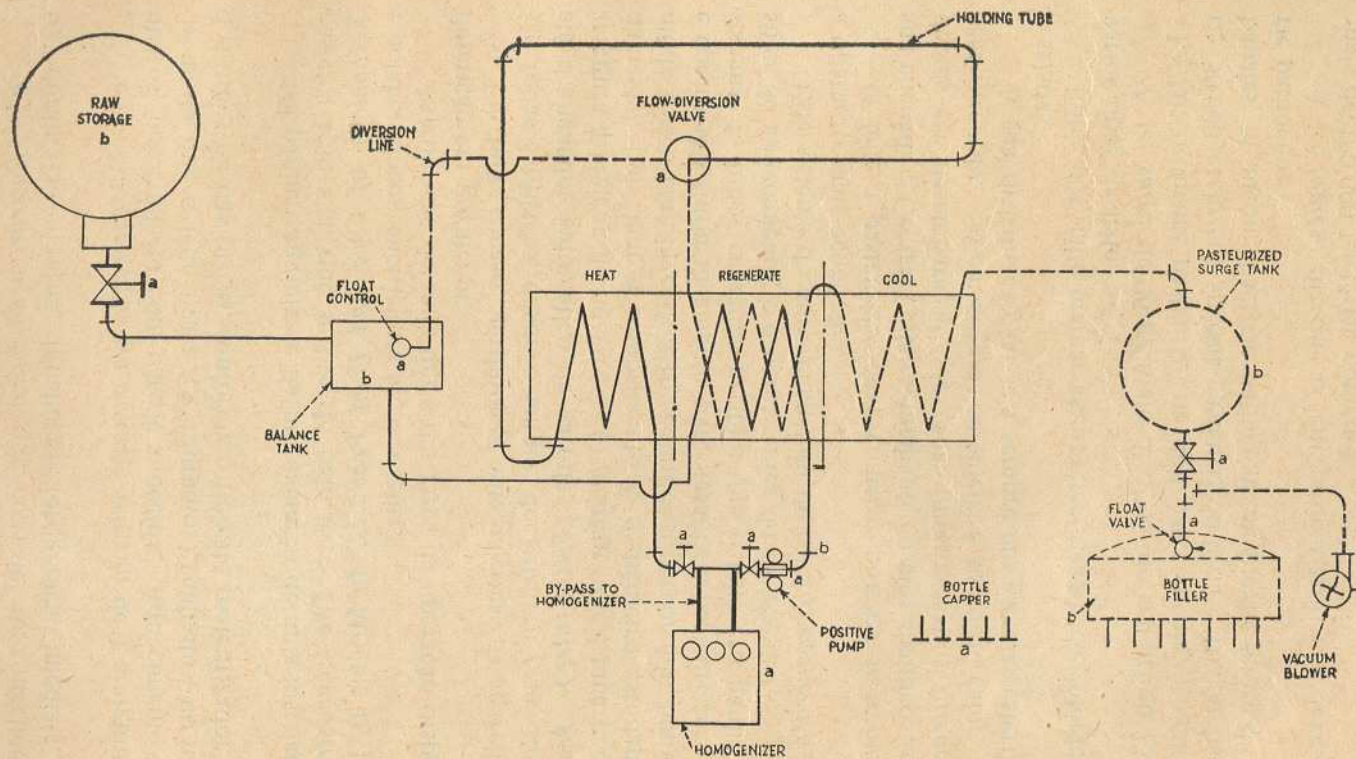


Diagrama da operação de pasteurização « *high — temperature — shorttime* »
In. The Chemistry and Technology of Food and Food Products. pg. 625. 944. by MORRIS B. JACOBS

A *lei francesa* de 26 de Abril de 1939, diz que o leite pasteurizado não deve conter mais de 100.000 germes por cm^3 , em amostras colhidas desde a pasteurização até à venda ao retalhista ou ao primeiro intermediário. Para o leite certificado pasteurizado limita a 30.000 o número de bactérias e exige que a pesquisa de colibacilos, no volume de 1 cm^3 , seja negativa.

Entre nós, na falta de determinação legal, temos estimado, para o leite pasteurizado, a ausência de bacilos coliformes em 1 cm^3 do leite semeado e incubado segundo a técnica que acima indicámos.

Quanto ao número de colónias banais, temos aceite, como limite, 100.000 por cm^3 .

Leite certificado

O leite certificado ou acreditado ou especial corresponde ao *leite cru especial* da lei portuguesa. É o *accredited milk* dos ingleses. As vacas destinadas à sua produção devem ser previamente aprovadas e ter assistência veterinária permanente, por conta dos respectivos proprietários, sob fiscalização dos intendentes de pecuária.

Esta fiscalização pode mesmo indicar qual deve ser a alimentação das vacas. A lei inglesa exige, para as vacas, os seguintes requisitos:

As vacas serão examinadas por veterinário de três em três meses.

Qualquer vaca que mostre sinais de doença capaz de afectar o leite, deverá ser afastada da manada.

Na manada não deve introduzir-se nenhum animal que antes tenha dado reacção positiva à tuberculina.

Os animais pertencentes à manada devem marcar-se, fazendo registo completo de cada uma das vacas.

O leite é resfriado logo após a ordenha. O engarrafamento faz-se na quinta ou herdade. Distribui-se e fornece-se ao consumidor em garrafa esterilizada, cheia e selada.

Nos rótulos das garrafas deverá indicar-se a procedência do leite e o dia da produção com a palavra « manhã » ou « tarde ».

conforme a hora da ordenha. Para este leite, a legislação suíça (artigo 72.º da *Ordonnance* de 26 de Maio de 1936) diz:

la teneur en bactéries d'un lait spécial destiné à être consommé cru ne doit pas dépasser 30.000 par cm³.

Cada vez se apertam mais as exigências para o leite cru, pois a moderna tendência da sanidade é substituir o leite higienizado por leite certificado. Mas, para atingir este *desideratum*, é preciso que o povo adquira um alto grau de educação higiénica.

Aspectos da Medicina do Trabalho ⁽¹⁾

A Medicina do Trabalho, em Portugal, é aquela « vigna di Renzo » a que FERRANNINI se refere no prefácio da sua *Medicina del Lavoro*, recordando que nela « tuta la gente del paese andava a far legna ». A Medicina do Trabalho é aquela ciência que estuda a acção do trabalho sobre o homem, com a finalidade de prevenir e de remediar os males que derivam dessa acção. Qualquer coisa que se enquadra nos planos da Medicina Social e da Medicina Sanitária; qualquer coisa que se não quer conhecer em Portugal mas que todos os médicos portugueses têm de praticar.

O primeiro aspecto a apresentar-vos, no desenvolvimento lógico desta lição, seria, pois, o da *invisibilidade* da Medicina do Trabalho em Portugal.

Mas isso não significa, nem muito menos, que a Medicina do Trabalho não exista e não constitua especialização oficial e universitária em outros países. E, porque esta lição concerne a realidades e não a preconceitos, passo o pormenor.

Para satisfazer o escopo de prevenir os males derivados do trabalho, a Medicina do Trabalho estuda as condições do ambiente (condições térmicas, higroscópicas, luminosas, báricas, electro-magnéticas, químicas e biológicas), as condições em que o trabalho é prestado (o esforço exigido em cada acto profissional, os tempos de trabalho e de descanso, a organização dos

(¹) Lição feita, em 6 de Maio de 1949, no Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde Concelhios, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

serviços) e as condições somáticas e psíquicas necessárias para o exercício profissional. O conjunto destes capítulos prefaz a higiene e a segurança do trabalho, de que se trata nos decretos n.ºs 4.351 e 8.364 e no decreto-lei n.º 35.108.

A Medicina do Trabalho despista ainda os malefícios da fadiga aguda ou crónica, das posições molestas ou incómodas, das faltas ou erros de iluminação, dos excessos de calor ou de frio, da falta de arejamento, das poeiras e dos tóxicos; numa palavra, despista as doenças do trabalho em geral e as doenças profissionais em particular.

Têm-se por doenças do trabalho as que se originam ou se desenvolvem pela acção geral do trabalho, tais como a artério-esclerose, as varizes, o reumatismo; têm-se por doenças profissionais as originadas no exercício da profissão, tais como as discinésias nas profissões em que se sujeitam certas partes do corpo a trepidações violentas e contínuas, o saturnismo nas profissões em que se manuseiam o mercúrio ou os seus compostos ou amálgamas, o hidrargirismo, o benzolismo; o arsenicismo, a silicose, nas profissões em que os trabalhadores estão em contacto com o mercúrio, o benzol, o arsénico ou a sílica.

Um outro mal do trabalhador tem tomado lugar especial ao lado das doenças do trabalho: o mal dos acidentes.

Acidente é acontecimento imprevisível passado em tempo curto facilmente identificável. Diz-se acidente do trabalho aquele que mantém relação de causalidade com a prestação do trabalho.

Vê-se que a diferença entre acidente do trabalho e doença profissional está na subitaneidade e na imprevisibilidade do acidente: o acidente de trabalho é sempre acontecimento imprevisível ocorrido em tempo bem demarcado; a doença profissional ou a doença do trabalho são previsíveis mas não evitáveis, e implantam-se lentamente em tempo mais ou menos longo. Pode ainda dizer-se que o acidente do trabalho é devido à acção de um só traumatismo, e que a doença profissional, como a doença do trabalho, são devidas a múltiplos traumatismos, a microtraumatismos, cada um dos quais é insuficiente para originar a doença, mas cujo conjunto é causa certa dela.

A evitação dos precalços accidentais, chamada prevenção dos acidentes do trabalho, só pode fazer-se eficientemente atacando as respectivas causas. Em Portugal não se tem feito prevenção

contra acidentes, a não ser umas vagas conferências da propaganda ou uns disticos mais ou menos sugestivos que, à força de serem vistos, se tornaram inoperantes; porque em Portugal não se tem ligado importância ao problema das causas dos acidentes do trabalho.

Nos documentos oficiais têm aparecido como causas de acidentes, picadas, queimaduras, quedas, pancadas, e outras circunstâncias que não são realmente causas mas simples indicações das maneiras como os sinistros se dão.

As verdadeiras causas, segundo o meu modo de ver, são as que apresentei no 1.º Congresso Espanhol de Medicina do Trabalho, reunido em Madrid, no ano de 1942: — 1.ª — A falta de protecção ao trabalhador (falta de aparelhos de protecção, falta de assistência a trabalhadores ocasionalmente doentes); 2.ª — A má organização do trabalho (número insuficiente de trabalhadores para os actos a efectuar, escassez de espaço para o número de trabalhadores ou para os actos a efectuar, mau ambiente da oficina); 3.ª — O mau estado do material; 4.ª — A falta de preparação do trabalhador ou de companheiros (falta de aprendizagem ou de prática); 5.ª — O descuido, a falta de atenção da vítima ou de companheiro; 6.ª — O acaso.

A prevenção útil consistirá, portanto, na escolha de trabalhadores com as aptidões essenciais e devidamente ensinados (problemas de orientação profissional e da aprendizagem), no cumprimento das normas da higiene, no uso regular dos necessários aparelhos de segurança, no regular estado dos maquinismos, e na saúde dos trabalhadores (problemas dos médicos das fábricas, cargos que até agora não existem em Portugal).

O conjunto de todas estas medidas constitui o **Aspecto Preventivo** da Medicina do Trabalho.

Não me parece que nestes tempos mais próximos o médico seja chamado a cumprir a missão que de direito lhe pertence nestas operações cujo valor para a produção nacional e para o seguro social foi posto por mim em evidência nas conferências efectuadas em 1947, na Sociedade de Geografia de Lisboa, perante o Subsecretário de Estado das Corporações, e em 1948 na Liga de Profilaxia Social, no Porto. Porque a sua obrigação e a sua regulamentação transcendem a acção pessoal do médico, como provei no Congresso da União Nacional, reunido em Lisboa, no ano de 1945.

Até agora nada se fez em tão importante problema. Existem apenas estabelecidas nos recentes decretos-leis n.ºs 27.244 e 27.245 umas vagas inspecções exercidas por funcionários estranhos à Medicina, inspecções contra acidentes do trabalho e doenças profissionais cuja prevenção não está regulada.

Não obstante essas faltas, é bom que o médico conheça desde já o assunto, para que no momento preciso esteja em condições de o desenvolver proficientemente.

Para ajuizar da importância do problema, basta saber-se que o número actual de sinistrados do trabalho é superior a 300.000 em cada ano.

No que respeita à divisão de sinistros pelas respectivas causas, obtive, na minha prática pessoal, os seguintes elementos estatísticos, num total de 1.082 casos; por falta de protecção ao trabalhador, 194; por má organização do trabalho, 192; por mau estado do material, 114; por falta de preparação do trabalhador, 105; por descuidos e faltas de atenção, 315; por acaso, 162. Note-se que em 1.082 casos apenas 162 foram devidos ao acaso!

Estes números são impressionantes. Tomo-os, por agora, com reserva porque receio que eu próprio tenha sido severo ou exigente na classificação dos casos.

Numa grande Companhia de Seguros em que se procurou, a meu pedido, fazer estatística com as causas indicadas nos boletins preenchidos pelos vários médicos de todo o país, atingiram-se os seguintes resultados em 33.095 casos: por descuido próprio, 5.078; por descuido de outros, 282; por falta de competência, 3; por falta de profilaxia, 1.440; por má organização dos serviços, 115; por mau estado do material, 79; e por acaso, 26.098.

Ao contrário do que se conclui da minha estatística pessoal, na estatística desta Companhia a maioria dos casos, 26.098 numa totalidade de 33.095, teve por causa apurada o acaso.

Há muitas maneiras de explicar a divergência. Sem entrar nessa tarefa, parece-me poder concluir, desde já, que, apesar das dificuldades postas ao conhecimento das verdadeiras causas dos sinistros e da tendência que existe em evitar a indicação das causas relacionadas com a inobservância das disposições legais sobre higiene e segurança do trabalho, inobservância que anula o seguro e dá aos próprios patrões, quer estejam segurados quer

não, responsabilidades graves por força do disposto no art.º 27.º da lei n.º 1.942 — um grande número de acidentes seria evitável com o estabelecimento de uma inspecção continua efectuada pelo médico da fábrica, à semelhança do que se faz nos outros países.

Recordo que os 500.000 acidentes do trabalho anuais originam mais de 2.500.000 dias de inlabor, portanto de falta de produção, em cada ano!

*
* * *

O **aspecto curativo** da Medicina do Trabalho é satisfeito pela traumatologia com os seus cambiantes médicos, cirúrgicos, neurológicos, oftalmológicos, etc. A traumatologia, como especialização dentro da Medicina, tem um lugar semelhante ao da pediatria: na sua autoctonia vale-se de todas as outras especialidades médicas, sem perder a individualidade.

Assinalam-se duas ordens dominantes na traumatologia: a da objectividade sintomática e a da finalidade funcional.

À feição proteica das nosologias médicas habituais, juntam-se, na traumatologia, feições simuladoras.

Por várias razões e para vários fins, os indivíduos que se apresentam como sinistrados, inventam sintomas e polarizam os sintomas que existem. O diagnóstico é, por vezes, delicadíssimo, mais ainda do que costuma ser o diagnóstico clínico em geral. Uma atenção particular, a busca pormenorizada com o auxílio do laboratório e dos raios X, são frequentemente necessários para confirmar ou infirmar o diagnóstico que o consulente impõe intencionalmente. As dúvidas do médico, os excessos de confiança ou de desconfiança no que o consulente diz, são prejuízos sempre graves.

As doenças crónicas, o reumatismo, a artérioesclose, a tuberculose e a sífilis, devem ser despistadas em todos os casos duvidosos; a dor, esse sintoma que não tem peso nem medida, deve ser aquilatada pelos elementos orgânicos com ela relacionados. As doenças profissionais só com o auxílio do laboratório podem ser diagnosticadas.

A finalidade dos tratamentos deve ser sempre a da cura rápida com o mínimo de distúrbios profissionais.

De uma maneira geral pode dizer-se que os acidentes do trabalho não originam lesões simples. Algumas lesões evolu-

cionam bem, sem complicações; mas nunca se pode garantir, numa primeira observação, que determinada lesão vai evoluciona com ou sem complicações.

Todos os cuidados são necessários na clínica do trabalho: limpeza e regularização cuidadosas das feridas, mesmo as mais pequenas (o primeiro tratamento é primacial para a evolução das lesões); sôro antitetânico em todas as feridas conspurcadas (enquanto se não promova a vacinação colectiva que propus no Primeiro Congresso Nacional dos Desastres do Trabalho, reunido em Lisboa, no ano de 1938); penicilina e sulfamidas e leucocitogêneo frequentes. Cuidado com as feridas perfurantes! Cuidado com os ferimentos nos dedos das mãos! As luxações devem ser sempre reduzidas; Leriche para as distensões musculares e ligamentosas! Exame radiográfico nas contusões sobre ossos! Atenção às equimoses tardias, mesmo nas pequenas contusões!

Fracturas, grandes luxações, feridas extensas com desgarrs músculo-tendinosos, sempre entregues a cirurgiões especializados, de preferência em Hospitais. Lesões oculares, sempre a oftalmologistas; lesões nervosas, a neurologistas. *Et sic de caeteris...*

Nunca o médico deve ter reboço em alegar a sua insuficiência para tratar certas lesões. Adiante mostrarei que isso não lhe diminui o mérito profissional, nem lhe tira os direitos de médico assistente.

Nos Tribunais do Trabalho desfila um verdadeiro cortejo de estropiados. Erradamente, segundo me parece, têm sido assacadas aos médicos as responsabilidades da desgraça

É verdade que aparecem nos tribunais casos horrorosos, dos que já se não vêem em outros países. As anquiloses, as rigidezes articulares, as parésias, as consolidações viciosas de fracturas, superabundam. Mas, repito, a meu ver, o médico não tem as responsabilidades que lhe imputam.

O médico português é dos mais bem dotados, ética e cientificamente. Sômente está desprevenido do que é essencial para actuar convenientemente. Já em outro lugar comparei os médicos portugueses, no exercício da sua profissão, aos melhores aviadores na profissão do voo. Estes não podem voar sem aviões; aqueles não podem tratar sem os meios científicos necessários. Até os hospitais estão falhos de aparelhagem.

O problema das fracturas, em Portugal assume aspectos de tragédia. Porquê? Porque os médicos portugueses não sabem tratar fracturas? Máxima injustiça representa esta interrogação! Não! A explicação é outra! O problema das fracturas assume aspectos de tragédia apenas porque os médicos portugueses não dispõem do material e das condições necessárias para o devido tratamento! Parafraseando um grande político inglês da actualidade, pode dizer-se que, neste particular, *nunca tanta coisa foi feita com tão pouco!*

Nos casos de prótese que é obrigatória por força do art.º 20.º da lei n.º 1.942, a acção do ortopedista é tão necessária como a do oftalmologista nos casos de lesões oculares. É preciso que a aparelhagem receitada seja realmente útil. Não ficará nada mal a um clínico geral, ou a um cirurgião, confessarem que não conhecem os aparelhos possíveis para escolherem o melhor.

Dentro ainda do aspecto curativo da Medicina do Trabalho está o tratamento chamado de readaptação e de reeducação, isto é, a recuperação funcional. A lei n.º 1.942 dedica-lhe um capítulo especial, o capítulo v. Mas este capítulo é tudo o que a tal respeito existe. Em Portugal há este paradoxo: existe a legislação mais completa do mundo sobre Desastres do Trabalho, para se não cumprir! Aos dirigentes da produção nacional se aplicam as palavras de David: *Oculos habent et non vident: aures habent et non audiunt!*

Com os 1.082 casos da minha prática pessoal organizei os quadros estatísticos que vos apresento.

No quadro n.º 1 — *Distribuição dos sinistros pelas regiões atingidas, segundo as profissões* — verifica-se que as mãos e os dedos das mãos são as partes mais frequentemente vulneradas. Vêm depois os pés e os dedos dos pés; e a pequena distância percentual, os olhos. Uma citação é de fazer ainda ao tórax, mais frequentemente atingido do que qualquer dos pés ou olho D. Estes elementos estatísticos podem ter valor no estudo da protecção corporal em cada profissão.

No quadro 2.º — *Natureza das lesões por accidentes de trabalho, segundo as profissões*, — verifica-se que as lesões por contusões ou choques mecânicos entram em mais de 50% dos casos. As lesões irritativas e infecciosas dos olhos vêm no segundo plano. Uma nota merece a frequência relativa do lum-

bago, perante a dificuldade em que o médico se encontra de fazer o diagnóstico diferencial entre lumbago traumático e lumbago infeccioso (reumatismal ou gripal) num país em que não há, oficialmente, trabalhadores com reumatismo.

* * *

O Aspecto Médico-Legal da Medicina do Trabalho é imposto pela lei vigente a todos os médicos. A Medicina do Trabalho é, de facto, a « vigna di Renzo » onde todos vão a buscar lenha, algumas vezes para se queimarem... O art.º 27.º do decreto n.º 27.649 é categórico: « nenhum médico pode negar-se prestar serviços clínicos a sinistrados do trabalho quando lhes sejam solicitados pelas entidades responsáveis ou pelos próprios sinistrados, nos casos em que lhes é permitida a escolha do médico assistente ».

É uma obrigação pesada. Por isso a lei procura aliviá-la com certas prerrogativas e vantagens: o médico que toma conta de um sinistrado por escolha do patrão (o médico chamado assistente pela lei) tem assegurada a obediência do doente a quem os seus serviços são impostos, e a exclusividade no seu tratamento. Os art.ºs 17.º e 21.º do decreto n.º 27.649 dizem respectivamente:

« O médico assistente do sinistrado será sempre o que for designado pela entidade responsável « e o juiz pode determinar que o sinistrado seja tratado em qualquer estabelecimento hospitalar ou aí seja internado, ou que os socorros clínicos de que necessita lhe sejam dispensados pelo delegado de saúde ou por outro qualquer médico ».

Portanto nenhum médico pode tratar um sinistrado sem a devida indicação da entidade patronal ou do juiz. Excepções são abertas nos casos em que a entidade responsável não faça a devida indicação do médico assistente, quando o médico assistente dê alta sem o doente estar curado, ou quando se trate de operação em que perigue a vida do doente. Estes preceitos são estabelecidos nos seguintes artigos do decreto n.º 27.649:

— « Art.º 17.º, § 1.º — « O sinistrado poderá escolher o médico que o deve operar somente nos casos de alta cirurgia ou naqueles em que, em consequência da operação, possa correr perigo a sua vida » ; — art.º 18.º — « O sinistrado poderá recorrer

a qualquer médico ou ao tratamento ou internamento hospitalares, nos seguintes casos: 1.º se a entidade responsável ou quem a represente se não encontrar no local do acidente ou houver urgência de socorros; ... 3.º, quando lhe for dada alta sem estar curado, mas neste caso deverá o sinistrado requerer exame nos termos do artigo seguinte ». E as cominações são estabelecidas no art.º 22.º do decreto n.º 27.649: — « Os sinistrados devem submeter-se ao tratamento que lhes for prescrito pelo médico assistente salvo caso de intervenção cirúrgica não urgente, em que podem requerer exame pelo perito do tribunal »; e no art.º 25.º da lei n.º 1.942: — « O sinistrado perde o direito a qualquer indemnização: 1.º se voluntariamente agravar as suas lesões ou, pelo manifesto desleixo, contribuir para o seu agravamento; 2.º, se deixar de observar as prescrições do médico assistente; 3.º, se fizer intervir no tratamento qualquer outra entidade que não seja o médico assistente que lhe tiver sido indicado pela entidade responsável ou pessoa por esta escolhida, salvo os casos em que lhe é permitida a escolha do médico; ...; 5.º, se não se apresentar ao médico assistente sempre que lhe for indicado, desde que possa deslocar-se ou lhe sejam facultados meios de o fazer ». Este último preceito é aplicável mesmo nos casos em que não tenha sido reconhecida incapacidade para o trabalho, como se vê na letra do art.º 25.º do decreto n.º 27.649: — « quando a lesão proveniente do acidente não produz incapacidade para o trabalho deverá o sinistrado apresentar-se para receber tratamento fora das horas do seu trabalho normal, salvo se outra coisa lhe for determinada pelo seu médico assistente ».

O conhecimento e o cumprimento destas disposições são fundamentais para a profissão e para a deontologia. Nada é mais deprimente para o médico do que ver-se desautorizado ou menosprezado por um colega.

O assistente pode mandar internar um sinistrado quando o julgue necessário (art.º 14.º do decreto n.º 2.764).

Tem havido um mal entendido, da parte de certos hospitais, acerca desta prerrogativa do médico assistente. Nesses hospitais os sinistrados têm sido internados apenas quando o médico interno de serviço o tem querido: se o não quer fazer, diz que não há lugar ou dá qualquer outra desculpa. Isto é manifestamente contrário ao espírito e à letra da lei. O citado art.º 14.º

diz textualmente: — « Os sinistrados serão internados em hospitais de preferência especializados, sempre o médico assistente o julgue necessário ». Ora o assistente pode mandar internar um sinistrado por motivos diferentes daqueles que normalmente implicam o internamento hospitalar. O médico assistente pode ter em vista despistar uma simulação ou um agravamento propositado, ou simplesmente isolar o sinistrado do ambiente familiar, que pode ser precário. Só o assistente é juiz do caso, como muito bem se estabelece na lei.

Enquanto dura o internamento, o assistente não trata o doente; o respectivo tratamento fica entregue ao médico hospitalar, de harmonia com os regulamentos internos do hospital. (§ 1.º do citado art.º 14.º, do decreto n.º 27.649). Mas pode visitar o sinistrado, pelo menos uma vez por semana, quando a direcção do hospital marcar, para o seguir medicamente e médico-legalmente. Porque o facto do doente ser tratado pelo médico hospitalar, não retira as responsabilidades e os direitos ao médico assistente. De aconselhar é, todavia, que, entre colegas, haja sempre aquelas relações de camaradagem que, de há muito, abriram as portas dos hospitais a todos os médicos, sem necessidade da direcção intervir. Regulava as visitas do médico assistente o art.º 10.º do decreto n.º 24.363: — « O médico indicado pelo patrão terá o direito de visitar o sinistrado pelo menos uma vez por semana, em dia que a administração hospitalar determinar ».

A alta do internamento é dada pelo médico hospitalar. O médico assistente pode pedir-lha, não impor-lha. No caso de diferença nos pareceres entre os dois médicos, pode ser requerido exame médico a fazer pelo perito do tribunal, de harmonia com o disposto no § 2.º do art.º 14.º do decreto n.º 27.649: — « Se o médico assistente pretender que o internamento cesse e a tal se opuser o médico hospitalar, proceder-se-á, se tal for requerido, ao exame do sinistrado pelo perito do tribunal, para verificar se deve ou não conceder-se a alta hospitalar ». Parece-me, aliás, sempre preferível evitar a aplicação deste artigo. A camaradagem resolve melhor as divergências do que o tribunal.

Repetindo: — o médico é obrigado a tratar os sinistrados que lhe sejam apresentados pela entidade patronal ou pelo seu segurador; nenhum médico pode tratar um sinistrado sem essa

apresentação, senão nos casos em que a entidade responsável não tenha indicado o médico assistente, ou em que este tenha dado alta sem que o sinistrado esteja curado (neste caso não se pode esquecer que o sinistrado tem de pedir exame ao tribunal) ou em que se trate de alta cirurgia; o médico assistente pode, sem perder a sua qualidade de assistente, entregar o tratamento do sinistrado a médico especialista ou mandar proceder a internamento hospitalar; mas não pode depois levantar o internamento, sem anuência do médico hospitalar que trata o doente; durante o internamento ou o tratamento com especialista, o médico assistente deve seguir o sinistrado, clínica e juridicamente, com o direito de recorrer ao tribunal quando não esteja de acordo com o que se passe; o médico assistente pode dar alta do seu tratamento quando o sinistrado não cumpre as suas determinações, quando agrave voluntariamente ou por manifesto desleixo as lesões do acidente, ou quando faça intervir no tratamento pessoa estranha (na alta deve então ficar consignado o estado do doente e o prognóstico clínico e médico-legal das lesões).

Muito isto é. Mas não é, ainda, toda a parte difícil da missão de que o médico é legalmente encarregado: cabe-lhe mais o papel de vigilante do seguro social e de árbitro das faculdades profissionais dos sinistrados.

No momento do primeiro exame tem de se preencher um boletim especial, a que o art.º 24.º do decreto n.º 27.649 chama Boletim de Exame: « No começo do tratamento do sinistrado o médico assistente passar-lhe-á Boletim de Exame em que descreverá as doenças ou lesões crónicas ou agudas que encontrar e a sintomatologia apresentada, e fará a descrição detalhada das lesões referidas pelo mesmo como relacionando-se com o acidente. « O art.º 26.º do mesmo decreto determina que « os boletins devem ser passados em duplicado »; e o § único desse artigo manda que « um dos exemplares será entregue ao sinistrado e o outro deverá ser remetido ao tribunal do trabalho, no prazo de três dias ». Determinações complementares muito importantes e geralmente desconhecidas dos médicos, são as expressas no art.º 80.º e seu § único, do mesmo decreto. Diz o art.º 80.º — « ... Os boletins de exame e de alta... serão preenchidos a tinta ou dactilografados e assinados a tinta nos modelos anexos a este regulamento »; o § único acrescenta: — « a remessa ao tribunal competente de documentos que não contenham os requi-

sitos exigidos por este artigo, equivale à sua falta para efeitos da aplicação da multa, devendo os juizes ordenar a sua substituição à entidade responsável ou aos médicos, sempre que isso se torne absolutamente indispensável». A multa a que este parágrafo se refere é a indicada no art.º 67.º do mesmo decreto: — «As infracções das disposições deste regulamento serão punidas com a multa de 50\$00 a 100\$00». O decreto-lei n.º 30.910 actualizou em 1940, pela letra do seu art.º 67.º, estes números, para 100\$00 e 1.000\$00 escudos.

No modelo official do Boletim de Exame há, entre outros, os seguintes quesitos: — «Causas do acidente» e «O observado foi vítima de acidente ou de doença profissional?».

O preenchimento dos boletins é importantíssimo. Até agora, mercê da bondade dos nossos costumes, e de outras circunstâncias, não se lhes tem dado a importância devida, — como tem sucedido com outros preceitos legais não menos importantes —, o que tem arrastado os maiores inconvenientes no ajuizamento de inúmeros pleitos.

Por todas as razões, o médico assistente deve ser cuidadoso nesse documento, de forma a que, a todo o tempo, possam ser conhecidas e verificadas a natureza, a sede e o tempo de evolução das lesões apresentadas no primeiro exame. Se o diagnóstico não é possível no momento, isso mesmo se consignará na rubrica Observações do boletim.

É de recomendar a uniformidade nas classificações das causas dos acidentes. Até que apareça classificação melhor, parece-me que deve de ser usada a que há pouco apresentei. Erro é responder, como tenho visto amiudadas vezes, como causas do acidente, o trabalho; ou estar a trabalhar; e coisas de igual jaez.

Quando a resposta ao quesito «O observado foi vítima de acidente do trabalho ou doença profissional» for negativa, deve dar-se a razão dessa negativa, preenchendo meticolosamente o quesito seguinte, que diz: — «Em caso negativo, quais as razões?». As razões que levam o médico assistente a responder negativamente ao quesito, são as provas da impossibilidade das lesões observadas terem sido originadas no momento referido ao acidente, tal como o próprio observando o descreve. E tudo deve ficar devidamente esclarecido.

Se, em vez de acidente, o observando se queixa de doença profissional, a resposta negativa ao quesito pode ser dada sob um

fundamento mais simples, como seja o de não estar devidamente comprovada a doença alegada. Porque, nos casos de doença profissional, a prova da sua existência pertence exclusivamente ao doente. O art.º 10.º da lei n.º 1.942 é claro: — « Para beneficiar das disposições da presente lei, relativamente às doenças profissionais, o trabalhador terá de provar: 1.º, que é portador de uma das doenças designadas no art.º 8.º... ».

Nos casos em que o sinistrado tenha doença ou lesão anteriores ao acidente, deve tudo ser devidamente consignado na rubrica « Observações ». As faltas a estes deveres são causas de graves prejuízos, e deixam sempre o médico assistente, e com ele a classe médica, em má posição.

Quando o doente se encontra curado, o médico assistente deve passar-lhe o Boletim de Alta com os cuidados e nas condições já expressas a propósito do Boletim de Exame.

Mas a doença pode ser crónica e o estado de cura pode não ser nunca atingido. E pode ainda suceder que as lesões ou doenças originadas no acidente, não estejam curadas por influência de doenças ou de lesões anteriores ao acidente.

Nas doenças crónicas, as altas devem ser passadas quando o estado do doente não seja mais alterável por meios médicos ou cirúrgicos; nos casos de agravamento das lesões ou doenças do acidente, ou da demora na sua respectiva cura, por via de doenças ou lesões anteriores ao acidente, a entidade patronal não é responsável por esse agravamento ou por essa demora.

Sobre estes particulares o médico assistente deve de ter sempre presente as seguintes disposições da lei n.º 1.942: — Art.º 4.º — « A predisposição patológica da vítima do acidente, não isenta as entidades patronais da respectiva responsabilidade, quando não contribua fundamentalmente para o aparecimento da lesão ou manifestação da doença »; § 1.º — « Se o acidente apenas agravar uma lesão ou doença anterior, já declarada, só a este agravamento se atenderá para o cálculo da indemnização, salvo se o salário da vítima já se achar reduzido em virtude da diminuição da sua capacidade de ganho »; § 2.º — « Se a lesão ou doença anterior agravar as consequências do acidente ou ocasionar a demora excessiva na cura do sinistrado, a entidade patronal não terá responsabilidade por esse agravamento ou essa demora »; § 3.º — No caso da doença se manifestar durante o tratamento de outra que provenha de um acidente do trabalho, a responsabili-

dade patronal, pelos encargos resultantes da nova doença, só existirá se esta derivar directa e exclusivamente desse tratamento ».

Estes princípios foram apresentados e defendidos por mim em 1935, no livro *Desastres do Trabalho*, publicado meses antes de ter sido apresentado sobre o assunto o trabalho italiano que ganhou o prémio de 6.000 francos suíços, desenvolvendo matéria no Congresso Internacional de Medicina do Trabalho reunido em Liège, e um ano antes de ser apresentada a lei n.º 1.942 no nosso parlamento.

O médico assistente deve estar em dia com as investigações recentes sobre determinadas lesões e doenças que durante largo tempo foram indevidamente assacadas a traumatismos, como é exemplo flagrante o caso das hérnias; e deve saber que não lhe compete tratar lesões ou doenças que não sejam de responsabilidade patronal.

Suponhamos o caso de uma exfoliação da córnea transparente de um doente sofrendo do saco lacrimal. O tratamento da dàcriocistite deve ser feito, para a cura da exfoliação; mas esse tratamento não é da responsabilidade da entidade patronal. O médico assistente não pode tratar lesões ou doenças sem relação com o acidente, pois é só para tratar as lesões da sua responsabilidade que essa entidade o indica. O papel do médico, neste caso, será o de levar o doente a dirigir-se à Caixa Sindical que o tem segurado na doença.

Já no delicado preenchimento dos boletins médicos há um verdadeiro arbitramento. Contudo ainda não é a esses actos que se chama perícia nos tribunais do trabalho.

Nos tribunais do trabalho chama-se arbitramento a avaliação das incapacidades funcionais: incapacidades temporárias e permanentes, absolutas e parciais; quer dizer, incapacidades não modificáveis ou modificáveis em lapsos de tempo mais ou menos curtos, atingindo toda ou só parte da fisiologia útil do trabalhador.

Durante o tratamento pode reconhecer-se —, e na prática reconhece-se sempre — incapacidade absoluta nos casos em que, apesar de não haver verdadeira impossibilidade para o trabalho, este prejudique a cura ou origine grande sofrimento.

As incapacidades permanentes são medidas por uma tabela oficial, a 6.ª edição da tabela francesa de MAIET & REY. O manu-

seamento desta tabela, como, aliás, o manuseamento de qualquer outra do género, não é muito fácil. Algumas vezes custa a encontrar a alínea que sirva a determinado caso, outras e muitas, não há na tabela alínea capaz. O arbitramento tem, então, de ser feito por comparação entre as alíneas mais próximas.

Um preceito geralmente desconhecido e inaplicado é o do art.º 5.º da lei n.º 1.942: — « No caso do sinistrado ter deformidade física ou incapacidade permanente anterior, a entidade patronal será responsável sómente pela diferença entre o grau de desvalorização anterior e o que definitivamente for calculado ». Quer dizer, no caso do sinistrado ter deformidade física ou incapacidade anterior, o perito médico tem de dar uma desvalorização global como se tudo tivesse sido originado no acidente e indicar, depois, a desvalorização que existia antes do acidente.

Este artigo 5.º com o artigo 4.º e seus parágrafos, constituem a parte inovadora da legislação portuguesa e têm sido imitados nas legislações mais recentes dos outros países.

O perito do tribunal é o árbitro nato, como determinam o art.º 77.º da lei n.º 1.942 e o § único do art.º 1.º do decreto n.º 36.772. Das suas decisões, como, de resto, das decisões de todos os médicos, pode haver recurso para Junta médica, de harmonia com o preceituado no § 2.º do art.º 14.º, no art.º 15.º e no art.º 19.º e seus parágrafos do decreto n.º 27.649.

Este papel de perito tem de ser desempenhado com consciência e com perfeito conhecimento científico.

Justo é confessar que só excepcionalmente algum perito terá atropelado a consciência na sua actuação. O princípio de ordem moral, *in dubio & pro miseris*, outorga uma certa elasticidade no arbitramento, quando devidamente frenado pela verdade de que o perito é obrigado a adjuvar a Justiça e não a fazer Caridade, e de que a Caridade, essa virtude que se pratica dando aquilo a que os outros não têm direito, se transforma em licenciosidade quando o que damos não é nosso.

Não se deve ocultar, porém, que em algumas perícias se têm registado faltas no conhecimento necessário. Um preconceito indesejável que, desde logo, revela falta, e que tem dado azo a pleitos donde a Medicina sai sempre ferida, é o preconceito da subjectividade excessiva. Erro é admitir como desvalorizantes no trabalho, elementos psicogenos mais ou menos intencionais; erro é impor uma nomenclatura anátomo-patológica pessoal.

A dor, as perturbações ditas funcionais que originam desvalorizações, têm sempre um *subtractum* orgânico. Não se deve desvalorizar um trabalhador só pelo que diz, mas sobretudo pelo que mostra.

Erro é ultrapassar a tabela oficial com pretensas razões pessoais. A nomenclatura e as nosologias desvalorizadoras são as indicadas naquele instrumento legal. Não se deve dizer, por exemplo, « para mim » há anquilose numa articulação móvel de alguns graus, sendo certo que a tabela oficial diz a p. xxxii « a anquilose é a perda completa dos movimentos de uma articulação. O termo de anquilose parcial é para desprezar » ou dizer que há anquilose do cotovêlo quando se mantenham amplos, posto que de alguma forma reduzidos, os movimentos de pronação e de supinação do antebraço, pois a mesma tabela identifica em duas rubricas distintas a anquilose do cotovêlo e a anquilose úmero-cubital.

Os pareceres periciais, para serem válidos, devem ser fundamentados, como determina o art.º 599.º do Código do Processo Civil. E na obtenção da verdade científica, não deve o perito restringir as suas pesquisas ou informações, e sim cumprir o disposto no art.º 597.º do mesmo Código, que diz : « Os peritos têm o direito de se socorrer de todos os meios necessários para o bom desempenho da sua função ».

Como acabo de mostrar o mais sucintamente possível, a Sociedade põe sobre os ombros do médico uma tarefa complexa, difícil e delicada. ¿ Como correspondem essa Sociedade em geral e os interessados em particular, a tão grande esforço e tamanhas responsabilidades ?

Passo em silêncio as malquerenças inerentes ao encargo de derimir interesses ; idem para os dissabores e os incómodos que tão árdua tarefa acarreta ; idem para a diminuição de prestígio que os trâmites judiciais e as controvérsias dos advogados trazem ; inconvenientes que nenhum preço pode compensar. Limito-me a falar apenas dos honorários médicos estabelecidos oficialmente.

Os boletins médicos são obrigatórios e gratuitos, como disse. Os serviços clínicos foram tabelados em 1913 pelo dec. n.º 204, à razão de \$40 por consulta e de \$50 por visita ; até hoje não

houve actualização destes números. As Companhias de Seguros alteraram-nos espontaneamente para 7\$50 e 15\$00.

Muitos médicos julgam que a falta de actualização basta para revogar a tabela oficial de honorários, e julgam também que com o laudo da Ordem dos Médicos podem efectuar a devida actualização por si próprios. Isto não é assim legalmente. A falta de actualização não basta para revogar qualquer tabela oficial. Outras tabelas estão em vigor apesar de não actualizadas, tais como as do imposto do selo nos atestados médicos, e a da limitação estabelecida nos salários pelos art.^{os} 18.º e 19.º da lei n.º 1.942. E todas se cumprem integralmente. O laudo da Ordem dos Médicos é ilegal nos casos de Desastres do Trabalho, porque os laudos são dados de harmonia com o disposto no n.º 10 do art.º 4.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo dec. n.º 29.171, que dá à Ordem competência para «promover a regulamentação dos honorários clínicos e intervir na sua fixação quando solicitada pelos interessados» como «peça fundamental para qualquer acção de honorários» por força do § único do art.º 17.º do mesmo Estatuto; e acontece que nos casos de Desastres de Trabalho, não se trata de fixação dos honorários e sim de cumprimento de uma tabela oficial a que os médicos devem obediência por virtude do disposto no corpo do mesmo art.º 17.º que determina perentoriamente: «na fixação dos honorários deverá o médico proceder de harmonia com as tabelas estabelecidas». A Ordem dos Médicos não pode dar laudo nestes casos, como os não pode dar nos casos das Caixas Sindicais de Previdência, das Associações de Socorros Mútuos, das Casas dos Pescadores, das Câmaras Municipais e de todos os serviços sujeitos a tabelamento. O que a Ordem pode e deve fazer é fiscalizar os serviços das instituições de Previdência, das entidades seguradoras e de outras que prestam normalmente assistência na doença, e regulamentar os honorários dos médicos que tenham esses serviços a seu cargo, como lhe faculta, se não impõe, o n.º 8.º da alínea b) do art.º 4.º do estatuto. E por esse caminho promoverá e orientará a actualização do decreto n.º 204.

Os serviços médico-legais nos tribunais são obrigatórios, como vimos também. Os honorários por cada exame são de 20\$00, marcados no art.º 26.º do decreto n.º 31.465.

Não sei qual será mais desactualizado, se 7\$50 por tratamento, se 20\$00 por cada Junta. O Grémio dos Seguradores

paga 40\$00 por cada Junta; mas considera como Junta só a sessão final, aquela em que os peritos dão laudo definitivo. Se para atingir essa finalidade são precisos dois ou três exames, está bem de ver que cada exame poderá ser pago a pouco mais de 13\$00.

Qualquer perito não médico, desde que seja diplomado com um curso superior, recebe nos tribunais do trabalho (como em qualquer outro), 150\$00 por exame, sejam 100\$00 por força do n.º 3.º do art.º 53.º do Código das Custas Judiciais e mais 50 % do complemento estipulado no decreto-lei n.º 37.115, disposição esta aplicável a todos os peritos menos aos médicos.

Ainda de harmonia com o art.º 56.º do mesmo Código, os processos em que há emolumentos de advocacia contribuem com 45 % desses emolumentos para a Ordem dos Advogados, cujos agentes só entram em determinados processos. Em nenhum processo se dá qualquer contribuição para a Ordem dos Médicos, cujos agentes têm papel fundamental, determinante, em todos os processos.

Luis GUERREIRO

Distribuição dos sinistros pelas regiões atingidas segundo as profissões

REGIÕES ATINGIDAS		NÚMERO DOS SINISTROS POR PROFISSÕES							
		Pedreiros	Serralheiros	Saboeiros	Cerâmicos	Construção civil	Officinas de automóveis	Domésticas	
Crânio		6	4	6	9	5	3	3	36
Olhos	D.	3	26	17	9	12	5	2	74
	E.	7	29	22	11	7	17	4	97
Orelhas	D.								
Faces	E.								
	lado D.	1	1	1	2	1	2		8
Nariz	lado E.			2	1				3
				1	2			1	4
Boca	Lábio S.			1	1		1		3
	Lábio I.				1	1			2
Dentes				2					2
				5			1		6
Pescoço									
Ombros	D.		1						1
	E.			1			1	1	3
Espáduas	D.	1		3					4
	E.	1		1					2
Tórax		12	11	28	13	11	7	4	86
Braços	D.	3	8	1	2		1		15
	E.		4			7		1	12
Cotovelos	D.	1					1	2	4
	E.	2	2	4			3	1	12
Antebraços	D.	1	8	5	3	1	2	4	24
	E.	1	4	3		2	1	3	14
Punhos	D.	2			1		4	2	9
	E.	2	2	2	3			2	11
Mãos	D.	1	8	6	15		3	8	41
	E.		10	9	9	6	1	8	43
Dedos das mãos.	D.	8	10	45	12	5	19	16	115
	E.	21	25	24	25	11	12	23	141
Ventre		1		2					3
Regiões lombares			4	5	4		1		14
Regiões glúteas	D.	1			1				2
	E.			2					2
Ancas	D.		2	1	3	2	4		12
	E.								
Côxas	D.			3				1	4
	E.	2		5	2				9
Joelhos	D.		1	2	1	3	1	1	9
	E.			4	2			2	8
Pernas	D.	6	6	16	7	4	3	3	45
	E.	2	3	6	3		3	4	21
Maléolos Inter.	D.		3	4	1		1		9
	E.	1			5		1		7
Maléolos Exter.	D.			1		1		2	4
	E.						1		1
Pés	D.	2	4	20	13	8	1	3	51
	E.	10	5	30	13	5	3	3	69
Dedos dos pés	D.			5	6				11
	E.	5		13	9	1		1	29
		103	+ 181	+ 308	+ 189	+ 93	+ 103	+ 105	= 1.082

Natureza das lesões por Acidentes de Trabalho, segundo as profissões

PROFISSÕES	Contu- sões	Escoria- ções	Feridas			Fracturas			Distensões		Queimaduras		Conjuntivites		Corpos estranhos		Dermi- tes	Lum- bago	SOMAS	
			por arranca- mento	cont.	inc.	perf.	ósseas	unhas	dentes	musc.	ligamen- tosos	term.	quim.	traum.	quim.	oculares				outros
Cerâmico	43	19	2	45	5	12	10	2	—	8	8	7	—	8	—	12	2	1	5	189
Saboaria.	77	23	3	81	11	25	2	2	1	23	2	14	3	16	13	4	2	1	5	308
Construção Civil. .	21	7	—	25	1	6	1	—	—	10	1	1	—	8	4	5	1	—	2	93
Of. de Automóveis.	20	3	1	34	4	6	3	—	—	5	3	2	—	9	3	8	—	1	1	103
Domésticos.	19	—	—	19	7	25	4	—	—	3	2	12	—	2	—	2	2	6	2	105
Pedreiros	29	3	1	34	2	2	12	—	—	7	2	—	—	2	—	8	1	—	—	103
Serralharia	27	19	—	34	6	4	3	1	—	6	2	21	—	16	1	35	1	1	4	181
	236	74	7	272	36	80	35	5	1	62	20	57	3	61	21	74	9	10	19	1082
	589													156						

Administering of aureomycin during the pre-exanthematic period of rickettsiosis

by

JOSÉ CUTILEIRO AND ARNALDO SAMPAIO

Human rickettsiosis accidentally contracted in laboratories has been a common accident. It is extremely frequent among those working on aerogen infection of experimental animals, but has also been observed among those carrying the usual intra-peritoneal inoculations in guinea pigs or rats, and even the simple infection of the yolk sac of the embryonated chicken's egg. The reason why we wish to call attention to this case of laboratory infection occurred in one of us, is not because of the rareness of the incident itself, but on account of the characteristics involved, resulting from the administering of aureomycin in certain circumstances, and which permitted us to study a certain number of problems.

The case is as follows:

J. C., aged 37, M. D., vaccinated against Typhus Fever (Cox vaccine) in 1941. From 1948, he had been working with various rickettsial strains at the laboratory of the «**Instituto Superior de Higiene**». Last January he started working almost exclusively with a strain of murine typhus obtained from a patient, whose infection he had treated with aureomycin.

The work consisted mainly in intra-peritoneal inoculations of experimental animals as well as in inoculating in the

yolk sac of the embryonated chicken's egg. At the time he felt ill, the strain he was working with had become highly virulent to guinea pigs: incubation period was shortened, scrotal reaction was intense, and Mooser cells were abundant in the smears of the vaginal.

The illness started on the 30th May 1949 and the patient was observed by his physician (Prof. Pulido Valente) approximately 36 hours later, on the morning of the 1st June 1949. From the very beginning the patient was under the instinctive impression he had caught murine typhus, and, as he was professionally interested in this problem, he took special care in observing the symptoms, and registered them as soon as he could. He was thus able to obtain, on ground of personal experience, rather detailed data concerning subjective symptomatology of the initial period of exanthematic typhus. Some of the facts he was able to write during the period of apyrexia may be of interest, and are as follows:

« First Day »

« My illness started on the 30th May about 5 30 p. m. with psychic irritability, the cause of which I was unable to determine. Two hours later, as I had repeated shivers, I took a hot bath: Once out of the bath I felt great fatigue, pains all over the body as well as drowsiness which forced me to get to bed immediately. Once in bed when I closed my eyes and thought I would fall asleep, I fell instead almost instantaneously into a state of great mental activity during which the course of thoughts was extremely rapid, revolving on two professional themes. Although I thought a great deal, these thoughts were completely sterile, always returning to the starting point. The two themes did not interlace, each starting a cycle which lasted approximately one hour. Although I felt sleepy, I could not sleep. I remember to feel rapid pulsations in the arteries and, at the end of two and a half hours, I was completely exhausted as well as irritated because I could not rid myself from such limited ideas. At the time I made this observation, I must certainly have been more lucid than before, as I recollect trying to

detect whether the cause of all this was not fever. I took my temperature and the thermometer showed 38 °C. During the night the fever increased but I was not delirious and the obsessive ideas left me. I slept very badly; in the morning I perspired a great deal but knew the fever was getting lower ».

« Second Day

« The next morning (31-V-49) I rose rather tired but without fever. I had to go out, but was afraid the temperature might go up again, so I took some « Saridon ». Besides fatigue the only abnormal symptom I felt was a slight retro-sternal pain whenever I breathed deeply or coughed. I went out and worked up to 1 p. m. Then, fatigue compelled me to return to bed. During the afternoon I slowly improved, and in the evening I was able to get up and read during a few hours. My mind was perfectly clear, I was afebrile, and felt well except for the retro-sternal pain which persisted. I went to bed at 1 a. m. but in spite of the large doses of hypnotics taken, I did not sleep until 4 a. m. Two hours later I awoke with hot and shaking chills. I took some more « Saridon » and soon after I felt feverish again ».

« Third Day

« In the morning, at 9 a. m., still had 38 °C. The headaches appeared then and the psychic disturbances re-started. The first had characteristics unknown to me: the head weighed as if it was lead, the pains were dull, continuous, with exacerbations during which seemed as if the skull would crack; they were sharper at the front and behind the eyes; they were severely increased by light, by coughing or any motion of the eyes or even by simply passing the fingers over the eyelids. « Saridon » relieved these pains a little but the effect was slight and fugacious. The psychic perturbations seemed different from what they had been

before: the thoughts were not of an obsessive character, they were numerous and confused, without any logical sequence. During the first night they consisted of cycles of ideas around themes from which my attention could not be drawn. Now it was different: the themes were numerous but it was impossible for me to develop and follow them to the end, and I was under the impression that those incomplete thoughts overlapped one another, they were mixed and interlaced. I remember that in order to express «how I thought» I joined my hands, interlacing my fingers and said: «I think this way».

The headaches, the pains in the body, nausea and vertigo affecting me that day, as well as the intense mental activity I went through, made me suffer immensely but it was not possible to express what I felt; it tired me to fix my attention and direct my thoughts; I started to notice that I could not pronounce words of a delicate articulation. Most of the things I was able to say — many of them disconnected with my laboratory work.

I felt very feverish, I remained many hours with my eyes closed, but I was not able to sleep in spite of my previous sleepless night.

At night, I had chills again although much less intense than the previous ones». (1).

The only suspicious factor revealed by clinical examination was a slight suffusion of the conjunctivae. On the night of the third day of the illness, at 10.30 p. m., it was

(1) This exuberant subjective symptomatology of the initial period contrasts with the poorness of data obtained in the books we were able to look over, although typhus fever has attacked several doctors. Perhaps one may be able to explain it thus: when the disease develops naturally, and is not interrupted, the patient gets to a confusional state, after which a retrograde amnesia takes place; this has not happened this time, because the administration of the aureomycin has interrupted the course of disease. The patient not only observed himself minutely, but also has not forgotten what he observed in his ownself.

decided to start treatment by aureomycin; 1 Gr. every six hours, decreasing the dose to 0.5 Gr. as soon as the temperature decreased to 37° C., this dose to be maintained during the following three days of apyrexia.

The effects of the drug are also referred in the patient's diary.

« I spent the whole night awake, in spite of the large doses of hypnotics taken. The following morning (4th day of the illness) I felt no change but, after midday, the headaches had not such an excruciating character and the thoughts were not so intermixed. My head was lighter, I was more lucid, but I still felt giddy and the nausea continued. I took more « Saridon » but somewhat less than the previous day. My highest temperature was 38° 5 C. (the previous day it had reached 39.7 C.)

During the night complete insomnia in spite of the hypnotics taken. Hardly did I close my eyes when the visual hallucinations started: they were always human bodies, small, deformed, grotesque, they moved in the distance and rushed at me until I saw their enormous faces in front of mine. Then they remained still, staring at me, as if they were characters in a painting. There was nothing terrifying in this but their presence annoyed me. On opening the eyes everything disappeared.

The following day (5th day) my temperature did not exceed 37.3° C.; I had only headaches (always retro-ocular) when coughing or moving the eyes; I was completely lucid; however, the nausea continued as well as the insomnia and the visual hallucinations.

The following days I continued to improve but the insomnia persisted over several nights. During this period, whenever I tried to sleep the visual hallucinations reappeared. »

Temperature was taken up to the 5th June (7th day of the illness). From then on, as fever disappeared, aureomycin was stopped and as the patient felt well, he decided to go out a while on the 8th and 9th day. On each occasion the patient felt slight shivers but did not pay much attention to them. On the 9th day moderate headaches started again. The following morning, when getting up

he was gradually overcome with fatigue and an increasing indisposition, pains in the extremities accompanied by retro-ocular frontal headaches, very similar (though considerably less intense) to those felt during the initial period. At 5 o'clock on that same day, seeing he had fever, he recurred to aureomycin, following the same initial procedure. As on the first occasion, the effects were rapid; the following day he felt subjectively better and the temperature did not exceed 37.3 C. On that day (13th day of the illness) the eruption finally appeared. It consisted in some dozens of patches on the shoulders and the neck but they never reached petechial transformation, and waned in a few days. On the 14th day the patient felt better again, the only abnormal sign being persistent nausea. The administering of aureomycin was continued, this time for 4 and a half days of apyrexia but was then interrupted due to the patient's repulsion which had become insuperable. The next day nausea disappeared and this time the patient began his recovery.

Laboratory results:

On the third day of the illness there was a white blood cells count and a differential count which gave the following results:

W. B. C. C.: 11.350. D. C.: Neutr. Seg., 76, bas. 9, Linf. 7.5. Mon. 6.5. Eos. 0.5 — Bas 0.5 (Dr. G. Janz)

Inoculations of the Guinea Pig: Intra-peritoneal inoculation of two male guinea pigs with 4 cc of blood taken on the morning of the illness, approximately 11 hours after having commenced the therapeutic by aureomycin, provoked in one of the animals, at the end of five days of incubation, a scrotal reaction, fever, and numerous Mooser cells. It was later discovered that there was absolute immunity between this strain and that with which the patient generally worked; against other strains also carried in the laboratory and belonging to the Spotted-fever group, with which the patient only accidentally came into contact, no immunity was observed.

R. of Weil-Felix: (Pr. OX19) 4th day of illness: neg; 11 th day: 1/100, 18 th day: 1/200.

R. of Complement-Fixation: 4th day of illness: neg. 11th day: T. Fever: 1/64; Murine: 1/64; 18th day: T. F.: 1/512; M. T.: 1/512; 31st day: T. F.: 1/256; M. T.: 1/256.

The most important of these details are summarized in Table I.

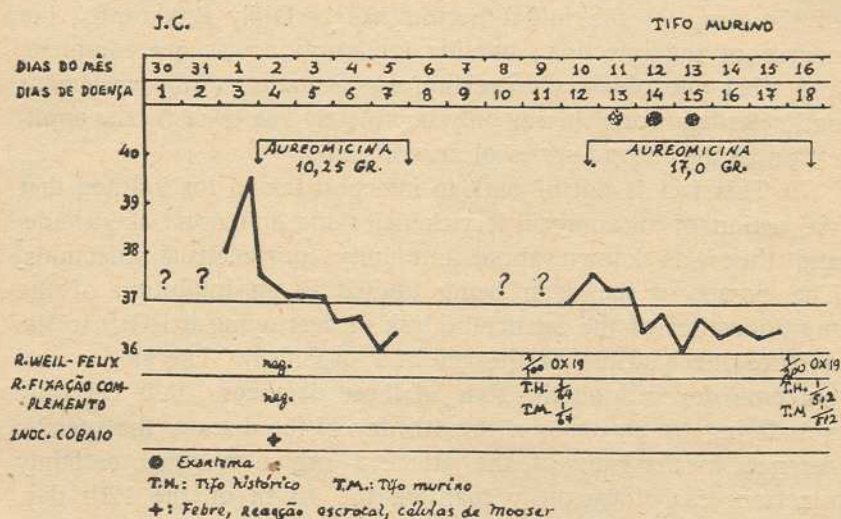


FIG. 8

Comment

If accidental laboratory infections are common among those who work with rickettsial, it is not frequent, however, to diagnose them at the pre-exanthematic period, at a moment in which serological tests are still negative. In the present case, diagnosis depended on an exact evaluation of the subjective symptomatology referred to by the patient and to the knowledge of his epidemiological condition, i. e. the nature of the infection to which he, for professional motives, was more frequently exposed.

The precocious diagnostic led to therapeutic by aureomycin at a moment when, as a rule, it is not used. This attitude upset the normal course of the disease, causing certain variations which offered us the opportunity to study a certain number of problems.

The first variation was a more rapid subjective improvement than that detected in patients treated up to the present, when the drug was administered at more advanced stages of the illness.

The second change was a surprise to us: a recurrence of the symptoms, showing signs of exanthema on the 13th day of the disease. When murine typhus follows its normal course, exanthema may appear, at times, at a later period, but we have never heard of it appearing after the 8th day. The administering of the drug at the initial period has certainly interrupted the course of the infection; but the interruption was not complete, and what one obtained in reality, was a mixture of improvement and retardation which was only completely removed by the application of the second series of aureomycin.

This fact is not difficult to interpret taking for granted that the action of aureomycin is rickettsiostatic and not rickettsicide, and the facts known about immunity in rickettsial infections. The power of the drug being limited to an inhibition of the multiplication of the agent, the task of destroying it is left to the defence mechanisms of the infected organism. Therefore, final outcome depends on the state of these defences. It is certainly not daring to say that on the 4th day of the disease, the specific defence mechanisms of the attacked organism must certainly function less efficaciously than on the 10th or the 12th day. This is suggested by the increase of the titer of the various antibodies (some of them may be of little or no interest whatsoever to the defence mechanism) usually studied in the course of the illness. Still more important is the appearance in the circulating blood, during the last days of illness, of neutralising antibodies to causal rickettsiae. This fact is of such importance that when making animal inoculation with blood drawn beyond the 7th day, it is wise to let the blood coagulate, injecting the clot, separated from serum, so as to avoid that immune-bodies contained in it may prevent the disease in the inoculated animal (Giraud, 1935). This precaution is not necessary when the inoculation is carried out during the first days of the infection. It therefore seems to us reasonable to affirm that during these days the specific processes of defence of the affected organism are less efficient than during latter periods. It is therefore logic to expect a less intense destruction of the rickettsiae than that observed during the following days.

On the other hand, the immunity which rickettsial infection leaves after the attack has something characteristic. The « destruction of rickettsiae » in the sense of a cure brought about by the very organic defences themselves, is far from being complete even during the natural course of the disease. Animal experiment and various epidemiologic facts — Brill's disease, for instance — shows us that the process of cure, at least in many cases of rickettsial diseases, is not accompanied by a total destruction of the causal agent, which remains latent in certain parts of the body, some times for a period of many years. This means that even if the disease should spontaneously develop with the defence mechanism in full growth, very often the total elimination of the infecting agent does not take place. The patient is not cured by expelling the enemy but by an increased power to resist it. This being so, it is easy to admit the existence of later relapses when, for some reason or another, the defence mechanisms break down with the causal rickettsia still present in the organism. Such might be the case in Brill's disease. In the same way we may conceive that when the inhibiting action of a drug ceases during the course of an acute rickettsiosis, the possibility for the agent of still causing clinical symptoms will depend ultimately upon the stage reached in the development of body defences.

This raises the question whether chemotherapy will impede or delay the development of the immunity which these diseases generally leave behind them. Wong and Cox (1948) infecting guinea pigs with large doses of rickettsiae and administering aureomycin *prior* to the appearance of the symptoms, noticed that the animals, in spite of not showing any symptomatologic signs whatsoever, produced antibodies in mensurable quantities and were refractory to new inoculations. This being so, it is presumable that the individual who starts to receive the drug AFTER the appearance of symptoms (even when limited to a very short period) finds himself, from an immunological point of view, in a more favourable position than the experimental animal to which aureomycin has been applied after the infection, but BEFORE any signs of disease had broken out. Our case confirms this foresight, as far as antibodies are concerned. Analysis of the R. F. C. curve shows us the following results: on the 4th day of the illness, the titer of antibodies for the various antigens employed (Typhus fever, Murine Typhus fever, Murine Typhus, Rickettsial

pox, Rocky-Mountains Fever) was « O »; a week later, on the 11th day, in spite of the course of the disease having been interrupted on the 4th day by the administration of aureomycin, it was 1/64 for the antigens of typhus fever and murine typhus; on the 18th day, it reached 1/512 with those antigens and on the 31st day it fell to 1/256 with both. A similar study we carried out on the patient out of which the strain which later gave origin to the present case was isolated, and which received the drug only on the 12th day, did not show any higher serum titers. It is of interest to note that the strain of *Rickettsia mooseri*, and the antigens and technic employed in the laboratory have been precisely the same in both cases.

The main difference between the two cases lies in the previous vaccination of patient J. C. against typhus fever with Cox vaccine. This fact has a bearing only on the R. F. C. The high figure of antibodies for antigens of typhus fever (as high as for murine) is usual in individuals under these circumstances (Platz & Wertman, 1945), but as regards the point which would be of importance in the present instance—whether a previous vaccination against typhus fever increases the reactive capacity in a case of murine infection—we have no data enabling us to make conjectures.

Conclusion

The object of this paper is not to discuss a theoretic aspect of the treatment of rickettsiosis by aureomycin, but rather to point out some practical aspects of the question.

The possibility for the private physician of diagnosing sporadic cases prior to the appearance of the exanthem will not occur frequently; but in the case of boutonneuse fever this is conceivable if he has the opportunity of observing the scar from the very beginning. On the other hand, the diagnosis of typhus in the pre-exanthematic period will become more likely in times of epidemics, when the existence of full developed cases will naturally lead all clinicians to think of this disease when faced with any undetermined severe condition, with high fever, specially if the value of exuberant subjective symptomatology is fully realized.

In these circumstances, having carried out the provisional diagnosis, it is only logic to act as rapidly as possible. What may we expect from the use of aureomycin during this period of illness? Up to what point does its use in this phase hinder an ulterior serologic diagnosis? Up to what point does the intervention of the drug prejudice the development of the immunological mechanisms which usually function during the infection without interruption and from which a lasting immunity results? What are the precautions to be taken during the administering of the drug?

Our observation permits us to give a partial answer to some of these questions.

From the point of view of the ulterior serological diagnostic, the use of aureomycin does not appear to cause any trouble: the antibodies appear and their titer rises in the apyretic convalescent at the same rhythm as in the feverish patient.

The same seems to apply to the development of the usual immunological mechanisms. Considering data obtained with experimental animals, and the suggestion offered by the increased titer of antibodies, previously referred to, it would appear to indicate that convalescents from rickettsiosis treated with aureomycin will remain as strongly immune as those having suffered the complete illness. This is a subject which, of course, only the course of time can definitely determine, but we have very strong reasons to believe that we are well on the way to the truth.

And, finally, the third question: What are the precautions to be taken when administering this drug? It is fair to believe that the precocious application of aureomycin, the action of which is predominantly rickettsiostatic, brings a more rapid improvement than that resulting from the drug being applied later, when the exanthematic period is fully developed, and when the multiplication of the rickettsiae has already attained a high level; on the other hand this quicker return to apparent good health will make it necessary to extend therapy over a longer period of apyrexia than is usual (3 days), so as to allow the specific defence mechanisms to reach their full growth. If this course is not followed relapses will probably be frequent as happened with the case under review.

Our point of view coincides with that expressed by Cox (1949) when referring to other rickettsiostatic drugs.

«... For this reason it is not surprising to see that the results of PABA therapy in human infections and methylene Blue in experimental infections suggest that the treatment may not terminated with safety until the specific immune mechanism of the host has begun to develop.»

We might then ask: Why not then wait for the complete development of the clinical picture before starting the therapeutic with aureomycin, especially as this drug (contrary to PABA) is efficacious also during later periods of the rickettsiosis? Would this not be a more logical attitude? No, for the simple reason that it is not permissible to regard the problem of the patient from a strictly immunological point of view. There are two important reasons advising to start the specific treatment as early as possible. The first is the existence of rapidly fatal cases of typhus, in which death occurs before the clinical features are fully developed. The second is the moral obligation of putting an end to the patient's sufferings, never forgetting the words of Murchison, inspired by his double experience both of physician and patient — «they who have passed through these mental sufferings can alone imagine their intensity.»

Resumo

Os AA. descrevem um caso de tifo murino, contraído acidentalmente por um deles no laboratório onde trabalhava. A doença foi diagnosticada muito precocemente, antes do aparecimento do exantema ou de quaisquer anti-corpos de importância para o diagnóstico etiológico, e administrou-se aureomicina (1 gr. de 6 em 6 horas) ao 3.º dia de doença. Isto provocou uma interrupção imediata do curso da afecção. A droga administrou-se durante 4 dias, e a doente pareceu entrar em convalescença. Ao 12.º dia, contudo, a febre reapareceu, acompanhada então dum exantema discreto mas típico, tornando a ceder perante nova administração da droga. A partir dessa altura o enfermo entrou em franca convalescença.

As circunstâncias especiais em que se deu o caso permitiram uma anotação minuciosa da exuberante sintomatologia subjectiva do período pre-exantemático do tifo, e o constatar que a administração de aureomicina no tratamento das Rickettsias não impede

a subida do título de anti-corpos (R. WEIL-FELIX, R. de Fix. *Complemento*) no decurso da convalescença, mesmo que a droga se administre muito precocemente. Nesta circunstância é de boa prudência prolongar a administração de aureomicina para além dos habituais « 3 dias de apirexia », a fim de dar tempo a que os mecanismos de defesa natural do enfermo atinjam o seu pleno rendimento; doutra forma corre-se o risco duma recaída, como a observada no caso presente.

REFERENCES

- FOX, J. P. — The Chemotherapy of rickettsial diseases — in *Evaluation of chemotherapeutic agents* — New York Acad. of Med. — Columbia University Press, 1949.
- GIRAUD, P. — C. R. Soc. Biol. 120: 1193, 1935 (Susted from Lépine, in *Les ultravirus des maladies Humaines*. — Maloine, Paris 1938.
- PLOTZ, H. & WERTMAN, K. — Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 59: 249, 1945 (Susted from Smadel, in *Diagnosis of viral and rickettsial infections*. — New York Acad. of Med. — Columbia University Press, 1949.
- WONG, S. M. & COX, H. R. — Action of aureomycin against experimental rickettsial and viral infections, in *Aureomycin — a new antibiotic* — Annals of the New York Acad. of Sciences. Vol. 51. Art. 2, 1948.

LUGARES SELECTOS

1926 - 1927

Alguns trechos de Ricardo Jorge

Estamos no tocante a hygiene pública, em considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional. Ao passo que Portugal estacionou e até certo ponto retrocedeu, os outros países desenvolveram e aperfeiçoaram à compita a sua sanidade.

(Do relatório que precede o Decreto n.º 12.477 de 12-x-926)

* * *

Serviços de saúde andam dispersos por diferentes Ministérios, dispersão a que outros países tratam de obviar, sobretudo ultimamente, em obediência ao princípio da concentração higiénica, hoje por toda a parte aceite. A união faz a força e a economia. Entre nós já o decreto de 17 de Outubro de 1920 mandou integrar o Conselho dos Melhoramentos Sanitários na Direcção Geral de Saúde, o que não chegou a realizar-se por obstáculos de ordem material, que serão agora removidos; o serviço de salubridade dos lugares e das habitações será uma das mais úteis empresas de reforma. A sanidade escolar, essa foi há pouco fundida pelo Governo na sanidade geral, como já fora mais de uma vez proposto. A sua finalidade agora acrescenta-se com o exercício da propaganda da hygiene no meio escolar — vulgarização que mais virá a contribuir para a compreensão dos deveres dos cidadãos para com a saúde pública.

(Id. id.).

* * *

Ciência aplicada e das mais complexas, a higiene tem de ser cultivada como tal e ministrada como ensino. Do ensino depende até na sua propaganda. Foi segundo esta ideia que a saúde pública se incorporou após o desmembramento do Ministério do Trabalho, no Ministério da Instrução Pública. Exige-se, mais do que nunca, que o médico sanitário faça tirocínio de cursos especiais; para os lugares de muita responsabilidade e continuidade cria agora este diploma cursos de aperfeiçoamento e estágios. Estão-se multiplicando lá fora as Escolas Superiores de Higiene do Estado, que dão na sua organização e fins a feição mais relevante do actual progresso sanitário. Da sua acção eficiente dependem a superioridade dos funcionários e das funções em sanidade pública. Ajunte-se o papel cada vez mais saliente da medicina preventiva na escolaridade. E note-se enfim que é na escola primária e secundária que há que pregar os sãos princípios da saúde individual e colectiva. Aos médicos escolares vai já consignada a tarefa da propaganda leccional à população escolar. Só assim se alcançará incutir a um povo, onde reinam, por longa tradição e vício educativo, maus hábitos e desmazelos, os mandamentos da lei higiénica, que são hoje nos povos exemplares uma crença arreigada e um culto acrisolado.

(Id. id.)

* * *

Declaração das moléstias inficiosas

Embora consignada na lei desde longos anos como princípio hoje basilar da sanidade pública, esta notificação raro se faz. O médico esquece uma obrigação profissional, que se tornou legal precisamente pela iniciativa e acção da sua classe.

A falta de cumprimento desse dever traz consigo o desconhecimento real do estado sanitário do País e a impossibilidade de fornecer o menor dado estatístico sobre a frequência das principais moléstias inficiosas. Ora hoje, graças à organização da higiene da Sociedade das Nações, publicam-se em Genova regularmente as informações epidemiológicas dos diversos países

— Portugal figura aí com a sua ausência. Há outros que o acompanham nesta ignara situação? Há — a Turquia e a Albânia...

Têm que lamentá-lo ao mesmo par a epidemiologia e o patriotismo. Sairemos enfim deste silêncio? Sim, se os médicos e sanitaristas assim o entenderem e assim o quiserem. Faça-o V. Ex.^a sentir e querer aos seus colegas do concelho, e diga-me o resultado dessa diligência.

A recente reorganização estipula que seja atribuído ao médico declarante o honorário de 2\$50. De nenhum modo se pretendeu afrontar a isenção dos práticos. Acima de tudo, trata-se de um dever moral, mas dever moral é também a assistência aos enfermos, que entretanto é remunerada.

Aqui a remuneração é um sinal apenas de quanto ao Estado interessa a satisfação do preceito. Em outros países o princípio da remuneração vigora, em Inglaterra, por exemplo, no país modelar da saúde pública. Não tem com que repugnar-se a dignidade do ofício e a cada um fica livre receber ou recusar este pequeno prémio.

(Da Circular enviada aos sub-inspectores de saúde
— actuais subdelegados de saúde — em 2-XII-1926).

* * *

Estatística e profilaxia das doenças inficiosas

A notificação das doenças inficiosas tem sido muito descuidada; é preciso que desapareça essa vergonhosa lacuna da nossa estatística sanitária, como já foi indicado na circular de 2 de Dezembro. Limitou-se a seis o número de doenças de declaração obrigatória: varíola, escarlatina, febre tifóide, tifo exantemático, difteria e meningite cérebro-espinhal (não contando as três pestilências clássicas). É dever dos sub-inspectores de saúde instruir os clínicos sobre a obrigatoriedade das declarações e penalidades a que estão sujeitos pelo seu desrespeito, e comunicar à Direcção Geral de Saúde as infracções que chegarem ao seu conhecimento (art.^o 11.^o, do decreto n.^o 12.477, art.^o 3.^o do decreto n.^o 13.166).

Os clínicos enviarão as participações, datadas e assinadas, ao sub-inspector de saúde, indicando para cada caso: nome e idade do doente e etiologia provável. Nos concelhos onde se

utilize a via postal para a remessa das declarações pelos clínicos, a sub-inspecção de saúde deve distribuir-lhes *enveloppes* com os seguintes dizeres:

S. R. — À sub-inspecção de saúde de... Participação obrigatória de doenças inficiosas (art.º 11.º do decreto n.º 12.477).

Em cada domingo o sub-inspector enviará à Direcção Geral o cartão impresso já distribuído, devidamente preenchido, com a estatística dos casos apurados na semana anterior, contada de domingo a sábado inclusos. Se não houver declarações de nenhum caso, o cartão envia-se com essa nota.

O sub-inspector conservará o registo de todos os cartões que tiverem chegado ao seu conhecimento, em mapas mensais; desse registo extrairá em cada mês uma relação dos clínicos declarantes e do número de casos que cada um participou, a qual será enviada à Direcção Geral para efeito do pagamento da indemnização devida pelo trabalho de remeter as declarações.

Quando se impõe o isolamento hospitalar, o sub-inspector deve providenciar para que ele se efectue sem demora. Para tal deve acordar-se com os hospitais existentes no concelho, o que comunicará à Direcção Geral de Saúde.

Não dispõem os sub-inspectores, na maioria dos concelhos, de instrumentos de desinfecção; nem por isso deixarão de cumprir esta operação sanitária com os meios ao seu alcance, sem quebra de eficácia. Com água, de preferência quente, sabão, potassa, leite de cal, cal clorada, creolina, estarão amplamente armados para desinfectar a preceito. A desinfecção terminal é uma parte pequena na defesa contra as infecções, comparada com os cuidados profiláticos durante a doença, pois mais do que nos artigos conspurcados, está no doente a fonte de contágios. Nas doenças transmitidas por parasitas, a desinfecção deve fazer-se sempre, para o que basta o enxôfre, o petróleo, a creolina, a terebentina, etc.

A profilaxia da varíola pela vacinação deve tornar-se efectiva, cumprindo-se a obrigatoriedade da vacinação e revacinação conforme está estipulado no regulamento de 23 de Agosto de 1911. Com o auxílio dos médicos municipais, o sub-inspector organizará esse serviço para o qual se pede todo o zelo. As linfas vacínicas requisitam-se à Direcção Geral de Saúde, que imediatamente ordenará a sua remessa. O registo dos indivíduos vacinados e revacinados e dos resultados das vacinações e reva-

cinações deve estar sempre em dia, para que se possam enviar à Direcção Geral os dados estatísticos respectivos, sempre que esta os solicite.

Perante um caso de varíola, o sub-inspector deve imediatamente proceder à vacinação ou revacinação de todos os indivíduos que residam no prédio habitado pelo doente e nos prédios das imediações.

(Da Circular enviada aos sub-inspectores de saúde em 22-III-1927)

* * *

«Fui o promotor da criação da disciplina história médica quando o conselho escolar se ocupou activamente da reforma que só depois se levou a cabo. Redigi então uma nota que decidiu da adopção da proposta. O objectivo do curso numa escola como a nossa, não era o percorrer obras e autores, numa bibliografia de somenos valia para o fim em vista. Era sim afeiçoar o espírito do tirocinante pelo exame das evoluções e contravoluções da medicina no transcurso dos tempos, pelo exemplo vivo da personalidade e obra dos seus fautores; era e deve ser o de uma aula educativa onde se aprenda pela experiência acumulada do passado a caminhar na estrada recta da verdade e a evitar as maranhas dos erros e das fantasias que a cada passo nos assaltam nas brenhas do ofício. Uma ministração de sabedoria medotológica e deontológica, conjugada à estética e à moral da profissão».

(*Um pseudo-historiador justificado* — 1932, pág. 30.)

I Reunião dos Delegados de Saúde

No Relatório referente às actividades do Instituto Ricardo Jorge durante o ano de 1948, inserido no n.º 16 do Boletim, anunciou-se a publicação do relato do que foi a I Reunião dos Delegados de Saúde, realizada no Instituto, por determinação do Sr. Director Geral de Saúde, do dia 4 ao dia 13 de Maio do mesmo ano.

Teve essa reunião uma importância transcendente na Administração Sanitária Nacional.

Na orgânica dos Serviços de Saúde Pública Portugueses, fixada pelo Decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, o Director Geral, Chefe dos mesmos serviços, tem como seus immediatos subordinados os Delegados de Saúde, um em cada distrito, superintendendo na acção dos Subdelegados de Saúde, um em cada concelho.

O cargo de Delegado de Saúde distrital foi criado pelo Decreto de 1837, de Passos Manuel, e mantido na lei de 1868, do Bispo de Viseu, e na de 1901, de Hintze Ribeiro, devida a Ricardo Jorge.

A pouca eficácia da sua acção, todavia, foi tal que em 1926 o Decreto n.º 13.166, devido também a Ricardo Jorge, extinguiu-o, passando algum tempo depois os Subdelegados a denominar-se Delegados de Saúde Concelhios e a corresponder-se directamente com a Direcção Geral.

Procurou o Decreto N.º 35.108 remover os obstáculos que haviam feito fracassar tal cargo durante um século.

Para isso instituiu-se aos delegados o regime de full-time, vedando-se-lhes o exercício da clínica. Os 18 Delegados receberam instruções orientadoras da sua acção, realizando estudos

sobre os respectivos distritos e dando conta periòdicamente da sua actividade ao Director Geral.

Quando o julgou oportuno, entendeu este convocá-los para uma reunião em que fossem versados alguns problemas julgados mais urgentes, ao mesmo tempo que os diferentes Delegados expusessem dúvidas e apresentassem alvitres, a bem do serviço.

A Reunião resultou fértil em ensinamentos de várias ordens para quantos a ela assistiram.

Vejamos em que consistiu.

* * *

A Circular e o Programa, enviados com a conveniente antecipação, transcrevem-se a seguir.

CIRCULAR

A Direcção Geral de Saúde, promove, na próxima primavera, a reunião em Lisboa, de todos os Delegados de Saúde, obedecendo ao seguinte programa :

I

Sessão inaugural, na qual usará da palavra o Director Geral de Saúde.

II

Cada Delegado de Saúde fará entrega de um relatório médico-sanitário sobre o seu distrito.

Neste relatório serão obrigatoriamente versados os seguintes elementos :

- A) Estatística das doenças de notificação obrigatória, no conjunto do Distrito e discriminada por concelhos, referida ao ano de 1947 :
- B) Estatística de mortalidade, em condições idênticas.
- C) Relação sobre doenças de notificação não obrigatória, que tenham merecido interesse pela sua predominância no Distrito, durante o mesmo ano.
- D) Estatística das vacinações efectuadas durante o ano de 1947.
 - a) discriminação por concelhos.
 - b) percentagem em relação à população de cada concelho.
 - c) apreciação sobre a colaboração prestada por médicos municipais, casas do povo e dos pescadores, médicos de clínica livre, etc.
 - d) apreciação sobre as principais dificuldades encontradas para a realização das vacinações.
- E) Condições de trabalho das subdelegações.

Os relatórios serão completados com outros elementos que se deixam ao critério dos seus autores,

Exposição aos Delegados de Saúde, pelos Inspectores Superiores e Directores de Serviços Técnicos, das directrizes de trabalho, relacionadas com os respectivos serviços.

IV

Sessões de estudo, sobre assuntos de interesse sanitário distrital, em relação com a actividade das Delegações de Saúde, sugeridos pelos Delegados de Saúde.

Cada Delegado de Saúde, indicará até 31 de Março do próximo ano, à Direcção Geral de Saúde, um resumo dos assuntos que irá tratar e que apresentará em Sessão, numa exposição que não excederá 30 minutos.

Será indicada uma ordem de trabalhos, de modo a evitar repetição de assuntos e permitir o seu agrupamento, quando necessário.

Intervirão nestes trabalhos os respectivos Directores de Serviços Técnicos.

Procura-se com estas Sessões de estudo, colher sugestões relacionadas com a observação local de necessidades ou dificuldades de trabalho e ainda harmonizar esforços dentro de uma directriz de conjunto.

V

Visitas a organismos de Saúde e Assistência e instalações de interesse sanitário.

Direcção Geral de Saúde, em 5 de Dezembro de 1947.

O Director Geral de Saúde

Augusto da Silva Travassos

Ordem de trabalhos das "Sessões de estudo,,

I (5 de Maio)

Profilaxia geral (Porto). ⁽¹⁾

Notificação obrigatória (Porto, Aveiro, Viseu, Guarda).

Relações interdistritais e interconcelhias (Setúbal)

II (6 de Maio)

Subdelegados de Saúde e Câmaras Municipais.

Condições de trabalho nas Subdelegações de Saúde (Évora — Castelo Branco — Aveiro — Guarda — Bragança — Viana do Castelo — Beja — Faro).

Zonas afastadas das sedes dos concelhos (Setúbal).

⁽¹⁾ São indicadas entre parêntesis as sedes de Delegações que sugeriram os respectivos assuntos.

III (7 de Maio)

Fiscalização dos géneros alimentícios (Porto).
Vícios da nutrição rural (Braga).
Insalubridade dos edifícios escolares (Vila Real)

IV (8 de Maio)

Delegações de Saúde:

— Fornecimento de vacinas (Aveiro — Guarda)

— pessoal

— gabinete de profilaxia e estatística (Setúbal).

Dificuldades para a realização das vacinações (Évora — Castelo Branco — Aveiro — Viseu e Guarda).

V (10 de Maio)

Colaboração, com as Delegações de Saúde, de médicos municipais, Casas do Povo, Casas de Pescadores — Caixas Sindicais de Previdência e Médicos de clínica livre (Évora — Beja — Faro).

Assistência médica às populações rurais (Guarda — Coimbra — Vila Real — Santarém — Viana do Castelo — Faro).

Mortalidade sem assistência médica (Viseu)

VI (11 de Maio)

Fiscalização anual (Porto — Aveiro — Beja).

A cegueira e os tiros de pólvora (Vila Real).

Profilaxia do Carbunculo (Bragança — Viseu).

Vacinação anti-rábica (Viseu).

VII (12 de Maio)

Higiene nas regiões rurais

Fases preparatórias à instituição dos «Centros de Saúde Rurais» } (Leiria).

Ficha sanitária (Portalegre)

Programa

Dia 4, às 15 horas — Sessão de abertura, em que usará da palavra o Director Geral de Saúde.

Dia 5, às 10 h. — Inspector Superior Dr. Arruda Furtado (Serviços Técnicos de Salubridade — Directrizes de Trabalho).

Às 10,30 h. — Inspector Superior Dr. Fausto Landeiro (Serviços Técnicos de Higiene Rural e Defesa Anti-Sezonática — Directrizes de trabalho)

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 6, às 10 h. — Inspector Superior Dr. Couto Nogueira (Serviços Técnicos de Higiene do Trabalho e das Indústrias — Directrizes de trabalho).

A's 11,30 h. — Inspector Superior Dr. Castro Soares (Serviços Técnicos de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais — Directrizes de trabalho).

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 7, às 9 h. — Visitas.

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 8, às 10 h. — Dr. Fernando Correia (Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — Directrizes de trabalho).

A's 11,30 h. — Director dos Serviços Técnicos Dr. Carvalho Dias (Serviços Técnicos de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiras e Transportes Colectivos — Directrizes de trabalho).

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 10, às 9 h. — Visitas.

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 11, às 10 h. — Engenheiro Sanitário Agnelo Prazeres (Engenharia Sanitária — Directrizes de trabalho).

A's 11,30 h. — Director de Serviços Técnicos Dr. Bernardino Pinho (Serviços Técnicos de Higiene da Alimentação e Bromatologia — Directrizes de trabalho).

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 12, às 9 h. — Visitas.

A's 15 h. — Sessão de estudo.

Dia 13, às 10 h. — Director dos Serviços Técnicos Dr. Souto Teixeira (Serviços Técnicos de Exercício de Farmácia e Comprovação de Medicamentos — Directrizes de trabalho).

Encerramento da REUNIÃO.

No dia 4, tal como estava anunciado, iniciou-se a Reunião no Instituto Superior de Higiene, numa sessão a que presidiu o Ministro do Interior, Sr. Engenheiro Augusto Cancela de Abreu, acompanhado do Subsecretário de Estado da Assistência Social, Sr. Dr. Joaquim Trigo de Negreiros.

Usou primeiro da palavra o Director Geral de Saúde, Sr. Dr. Augusto da Silva Travassos, que proferiu as seguintes palavras:

Discurso do Director Geral de Saúde

Ex.^{mo} Sr. Ministro do Interior:

Ex.^{mo} Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social:

Deram-me V. Ex.^{as} a honra da vossa comparência a esta sessão inaugural, da primeira reunião em Lisboa, de Delegados de Saúde dos 18 distritos do Continente, conferindo assim a este acto uma solenidade que põe em destaque a sua transcendência de Política Sanitária.

Introduziu a reforma da « Organização dos Serviços de Assistência Social », expressa no Decreto-lei n.º 35.108, na parte

referente à Direcção Geral de Saúde, uma modificação profunda na Organização Sanitária do País, criando as Delegações de Saúde distritais, que tinham sido extintas na Reforma de 1926, ao fim de 25 anos de vida atribulada e precária que as inutilizou.

A sua existência impõe-se, com efeito, para o funcionamento da máquina sanitária, por ser praticamente impossível o contacto eficaz, por acção directa, do organismo central com os 271 sub-delegados de saúde, que outros tantos são os concelhos existentes na nossa organização administrativa. Introduziu ainda a nova reforma o princípio salutar da «ocupação exclusiva» para esses funcionários, condição primária de rendimento de trabalho da maior importância.

Foi de alcance feliz a visão do legislador ao fazer reviver estes importantes organismos e muito especialmente com esta última condição.

A organização é a base da Administração Sanitária e de ambas depende a aplicação prática da respectiva Técnica. De outra forma todos os problemas de sanidade ficariam insuficientemente resolvidos, como obra esparsa, sem concatenação.

Quis o destino que caísse sobre os nossos ombros a tarefa de promover a execução da Reforma através da Direcção Geral de Saúde. É justo que digamos que não fomos pretendentes ao encargo, pois não nos sentiríamos com envergadura para o solicitar, mas apesar disso o nosso acordo em o desempenhar colocou-nos em pé semelhante de responsabilidade. Já vão passados 2 anos que nos foram cometidas as funções provisórias de Direcção e se melhor não fizemos, não foi porque nos faltasse o ânimo, vontade de trabalhar ou espírito de sacrifício.

Temos procurado cumprir o espírito da lei, dentro das directrizes superiores, emanadas muito especialmente de S. Ex.^a o Subsecretário da Assistência, com quem trabalhamos directamente. Mas, se hoje, podemos considerar as Delegações de Saúde como em condições aceitáveis de produção de trabalho, não podemos deixar de pôr ainda em destaque a importante contribuição dos funcionários técnicos e administrativos da Direcção Geral de Saúde.

É todavia de justiça realçar a actuação dos novos Delegados de Saúde, cujo entusiasmo, espírito de servir e competência, permitiram um impulso inicial notável e promissor das melhores esperanças de desenvolvimento, em trabalho verdadeiramente útil e eficiente.

Compete-nos pois, em primeiro lugar agradecer a V. Ex.^{as}, Sr. Ministro do Interior e Sr. Subsecretário da Assistência, a honra da vossa comparência a esta reunião e a benevolente confiança que me têm dispensado.

A todos os funcionários da Direcção Geral e a vós Srs. Delegados de Saúde, não posso deixar de lhes afirmar o prazer sincero de continuar a trabalhar em conjunto com tão leais e dedicados colaboradores nesta cruzada de renovação dos Serviços Sanitários portugueses em que o nosso Governo está empenhado.

* * *

Estamos reunidos para trabalhar, em retoque de afinação da actividade das Delegações de Saúde, no seu relacionamento com os vários Serviços Técnicos centrais; para vos ouvir sobre conceitos que a vossa experiência lhes tenham sugerido e por último para troca mútua de impressões da qual só resultará melhor conhecimento, estímulo e uniformidade de trabalho.

Parece-nos de interesse neste momento, relatar rápida e sucintamente, este primeiro período de organização das Delegações de Saúde e as bases de trabalho que pouco a pouco se foram estabelecendo.

É facto fundamental e merecedor de especial relevo, que com a publicação da nova Reforma, o nosso Governo, desejando dar novo rumo aos Serviços de Saúde modificou substancialmente o quantitativo das previsões orçamentais, com dotações progressivamente crescentes, que, se não atingem aquelas percentagens relativas ao orçamento total, comparáveis com as de países mais adiantados, representam já um notável progresso. Assim, comparando os últimos 8 anos, teremos:

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE

1941	.	.	.	.	.	.	.	8.129.866\$88
1942	.	.	.	.	.	.	.	8.463.098\$78
1943	.	.	.	.	.	.	.	9.215.756\$78
1944	.	.	.	.	.	.	.	10.197.956\$78
1945	.	.	.	.	.	.	.	9.188.821\$88
1946	.	.	.	.	.	.	.	16.530.892\$28
1947	.	.	.	.	.	.	.	27.949.787\$28
1948	.	.	.	.	.	.	.	28.980.287\$28

Esta melhoria orçamental, embora modesta, permitiu no entanto refazer e aumentar o apetrechamento em material, dar um pouco mais de desafogo a alguns serviços que quase se asfixiavam e lançar as bases de outros, considerados mais urgentes e viáveis por não demandarem despesas de grande vulto.

Bem sabemos, e a prática mostra-o bem, que os saltos orçamentais demasiado bruscos, sem corresponderem a detalhado estudo prévio e exame consciencioso das possibilidades reais de acção, são improdutivos, seja porque a ideia inicial se deforma e deturpa afogada em grandeza, seja porque a sua impraticabilidade os transforma em grandes saldos de gerência. Esta última hipótese também se pode verificar quando uma previsão desequilibrada venha criar embaraços à administração.

A justa medida está, segundo nos parece, em acompanhar o desenvolvimento progressivo dos serviços, permitir sucessivamente lançar as bases seguras de outros mais urgentes e não esquecer que tal como em qualquer ser vivo, o crescimento e desenvolvimento normal, dá origem a despesas de ritmo ascendente.

Por outra forma cai-se no depauperamento, na hipotrofia, na inviabilidade, com o desprestígio de uma existência inútil, que mais valia não ter começado.

Perdoe-se-nos o desabafo, tanto mais que não é o problema geral que hoje aqui nos ocupa, mas tão somente o das Delegações de Saúde.

Para estas pode dizer-se que mal se inicia a previsão orçamental em rubrica própria, no ano de 1946. Assim temos comparativamente:

1942		1.921.019\$00
1943		1.922.519\$00
1944		1.924.969\$00
1945		1.928.019\$00
1946		3.463.275\$00
1947		7.883.200\$00
1948		7.960.120\$00

Até 1946, previa-se apenas as despesas com as Inspecções de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra e as verbas consignadas eram quase que totalmente absorvidas pelos vencimentos do seu pessoal e dos Subdelegados de Saúde. Só o complemento de vencimentos dos Subdelegados de Saúde absorvia 1.296.000\$00.

A partir de 1946, estas Inspeções são transformadas em Delegações de Saúde e são criadas mais 15, de modo que o aumento orçamental prevê praticamente ainda só despesas com o pessoal. No ano de 1947 e com o aumento orçamental de 4.419.925\$00, tornou-se possível a instalação provisória das Delegações, mas então a discriminação do orçamento criou rubricas que modificaram a posição anterior. As verbas para pessoal tornaram-se insuficientes em relação às exigências, e por outro lado as verbas relacionadas com o funcionamento, depois do inevitável rateio, revelaram-se demasiado parcas para o permitir em boas condições. Este desequilíbrio acusa ligeiras melhoras em 1948, como se deduz do seguinte quadro comparativo dos resultados do rateio.

(Excluiremos as Delegações de Saúde de Lisboa e Porto, que pela sua especial organização se afastam do problema geral).

Distribuição das dotações consignadas no Orçamento para Delegações e Subdelegações de Saúde (Duodécimo utilizável)

	1.ª CLASSE		2.ª CLASSE	
	1947	1948	1947	1948
Pessoal contratado não pertencente aos quadros	1.302\$50	4.783\$33	1.041\$50	3.415\$38
Suplemento	260\$00	956\$66	208\$33	683\$07
Pessoal assalariado	625\$00	925\$00	500\$00	925\$00
Suplemento	125\$00	185\$00	100\$00	185\$00
Remunerações por horas extraordinárias ao pessoal menor	93\$33	112\$50	75\$00	75\$00
Ajudas de custo	468\$75	416\$62	375\$00	416\$62
Despesas de deslocação, subsídios de viagem e de marcha	281\$25	312\$45	225\$00	312\$45
Fardamentos, resguardos e calçado	1.250\$00	1.500\$00	1.000\$00	1.400\$00
Móveis	81.200\$00	33.000\$00	77.800\$00	23.300\$00
Despesas de conservação e aproveitamento de material:				
— prédios urbanos	520\$83	500\$00	414\$66	333\$33
— veículos com motor	468\$75	1.171\$87	375\$00	1.171\$87
— móveis	234\$75	360\$00	187\$50	273\$75
Impressos	156\$66	300\$00	83\$33	200\$00
Artigos de expediente	165\$00	1.125\$00	112\$50	862\$50
Luz, aquecimento, água, lavagem e limpeza	312\$50	500\$00	250\$00	333\$33
Correios e Telégrafos	56\$25	49\$87	45\$00	49\$87
Telefones	28\$50	82\$50	22\$50	82\$50
Transportes	281\$25	330\$00	225\$00	330\$00
Rendas de casa	2.083\$33	2.083\$33	1.250\$00	1.250\$00
Pagamento de serviços e encargos não especificados	93\$75	90\$00	75\$00	75\$00

As exigências progressivas dum serviço em período de desenvolvimento, que pela sua importância é imprescindível estimular, criam condições de vida que se não compadecem com as actuais verbas destinadas a pessoal e dum modo geral a funcionamento. Lembremo-nos que a actividade de cada Delegação se relaciona com as necessidades sanitárias de todo um distrito administrativo e que as subdelegações não têm verbas próprias.

* * *

Tomámos posse do nosso cargo em 29 de Abril de 1946 e ao proceder-se à integração dos vários ramos dos serviços na nova organização, logo nos preocupou altamente o problema das Delegações de Saúde, ao qual hoje nos referimos exclusivamente.

Era necessário lançar as bases de uma organização, com sólidas possibilidades de vida e condições de prestígio.

O prestígio de um Serviço é a sua « força moral »; é um elemento psicológico poderoso e o mais sólido garante na conquista de condições sérias de vida.

Durante o resto do ano de 1946, foram sucessivamente nomeados os Delegados de Saúde, o último dos quais em Janeiro de 1947 e de resto, como já vimos, só neste ano seria possível pensar na instalação das Delegações de harmonia com a previsão orçamental.

Urgia conceber um plano de Organização, encarando com largueza de vistas o âmbito de acção desses organismos. Receávamos acima de tudo, um mal principal que a todo o transe procurámos desde o início combater — a burocratização excessiva —. O abuso do « ofício » marcha muitas vezes a par com o desinteresse na execução do serviço.

E, assim escrevíamos em relatório de 9 de Agosto de 1946: « O Decreto-lei n.º 35.108, que reorganizou os serviços de assistência social, criou as Delegações de Saúde, funcionando como verdadeiras unidades orgânicas sanitárias distritais que, directamente subordinadas ao Director Geral de Saúde, superintendem em todos os aspectos médico-sanitários do distrito. Funcionam em nosso entender de uma maneira genérica, como elementos de observação, educação e execução.

Concebemos o *delegado de saúde* distrital, como um chefe sanitário do seu distrito, activo e dinâmico, e a respectiva *dele-*

gação como um verdadeiro *centro sanitário*, receptor e impulsor, trabalhando em permanente e apertado contacto com as subdelegações de saúde concelhias, médicos municipais, casas do povo e outros organismos. Só assim se poderá tornar eficaz aquela acção educativa, fiscalizadora e de apoio moral e material, que a enorme multiplicidade de tais serviços periféricos exige e que praticamente é impossível conseguir pela acção única do serviço central.

Prevemos assim uma profícua acção descentralizadora, na observação e na execução, embora subordinada a orientações e directrizes comuns por visão central de conjunto, que se desdobra em cada distrito nos seus aspectos particulares e específicos, que bem são de considerar no capítulo de Medicina Preventiva e Assistência.

Devemos portanto encarar estes «órgãos sanitários», *não como uma mera estação burocrática intercalar entre os serviços centrais e os periféricos* (concelhios), mas sim como «órgãos activos» de actuação rápida e independência disciplinada, dentro de uma ideia de conjunto emanada dos serviços centrais.

Este novo sistema orgânico, ora decretado, traz indiscutíveis vantagens para o funcionamento dos serviços sanitários, *mas também impõe obrigações*, para se não ter de assistir a uma estrondosa falência do sistema previsto, com graves reflexos sobre o prestígio dos Serviços de Saúde. Queremos dizer que além da regulamentação que definirá esferas e âmbito de actividades, consideramos como *necessidade imperiosa* dotar as Delegações de Saúde distritais com aqueles «*meios de acção*» que lhes permitam um funcionamento profíquo».

Expusemos ainda, o que em nosso conceito se afigurava necessário no que dizia respeito a: *Pessoal, Instalações, Apetrechamento e Transportes*. Apresentou-se ao mesmo tempo, um programa para servir de base a um projecto de construção de edifícios próprios para as Delegações de Saúde.

Dentro deste critério, às Delegações de Saúde cabem, em síntese final, funções de direcção, orientação e coordenação de todas as actividades sanitárias distritais. Subordinadas à orientação da Direcção Geral e às instruções e directrizes emanadas de cada um dos seus Serviços Técnicos, compete-lhes fazer cumprir as indicações superiores. São por outro lado observadores periféricos com funções de estudo e investigação dos problemas

sanitários de cada distrito. Neste aspecto são auxiliares preciosos, pondo sob os nossos olhos aspectos regionais verdadeiramente específicos, dos grandes problemas sanitários, na sua subordinação às condições mesológicas, demográficas, económicas e sociológicas diferentes.

Se por um lado interpretam e desdobram directrizes gerais, adaptando-as às necessidades e possibilidades regionais, por outro lado colhem dados preciosos para a elaboração de conjunto.

Esteve contudo sempre no nosso espírito, que a necessária subordinação central dos Delegados não prejudicasse o seu espírito de iniciativa, o qual sempre observámos com interesse.

Não lhes pedimos serviço automático, antes apreciamos aquela « liberdade de acção » compreensiva e disciplinada, que conduz à autoridade e prestígio. E diremos com satisfação, que nos não tem sido necessário corrigir abusos de autoridade, e que observámos, aqui e ali, sinais nítidos de um crescente prestígio que é necessário estimular e cimentar em bases sólidas.

* * *

Não nos esqueçamos porém, que o verdadeiro órgão executivo, em volta do qual gira efectivamente toda a sanidade do País, é a Subdelegação de Saúde. É este o grande problema que merece atento estudo e ponderação. Muito se tem dito e escrito sobre subdelegados de saúde e se é certo que alguns não cumprem totalmente a sua missão, também não é menos verdade que não possuem elementos para a cumprir.

Do inquérito realizado em vários distritos conclue-se que, na sua grande maioria, as subdelegações de saúde não possuem instalações, pessoal, apetrechamento mínimo, auxílio financeiro camarário, etc.

Fique apenas este ligeiro apontamento, porque o tempo de que hoje dispomos não nos permite alongar em assunto de tal magnitude.

* * *

Procurou-se logo que foi possível a instalação provisória das Delegações, em condições de necessária independência e com possibilidades de funcionamento. O arrendamento de casas aproveitáveis para estes serviços decorreu durante o ano de 1947,

com maior ou menor dificuldade, mercê das condições locais, em época como esta de grande crise de habitação nas cidades. O ritmo desse arrendamento foi o seguinte:

- Aveiro, Évora e Viana do Castelo — no mês de Janeiro.
- Santarém, Guarda e Faro — no mês de Fevereiro.
- Leiria e Setúbal — no mês de Abril.
- Braga — no mês de Junho.
- Bragança e Castelo Branco — no mês de Julho.

Só foi possível conseguir casa em Portalegre, no mês de Janeiro de 1948 e estão ainda em curso os arrendamentos em Vila Real e Viseu.

As instalações conseguidas são de qualidade variável, nem sempre satisfatórias, pelo que muito seria para desejar a construção de edifícios próprios, tendo como anexos o Posto de desinfectção e Lavandaria, Balneário e Posto de despiolhamento, Garage e Armazém de material sanitário.

Obteríamos assim um conjunto independente, que permitiria uma acção sanitária profíqua, por agrupamento de serviços administrativos e propriamente técnicos.

Isto, não falando no Dispensário de Higiene Social, complemento lógico da Delegação de Saúde e ao qual nos referiremos mais adiante.

A aquisição de mobiliário para as várias dependências, incluindo um gabinete de observação e vacinação, também decorreu com lentidão, em consequência de dificuldades várias, acabando por se efectuar pela ordem que a seguir se indica:

- Aveiro, em Setembro.
- Bragança, Faro, Guarda, Leiria, Portalegre, Viana do Castelo e Vila Real — em Outubro.
- Castelo Branco, Évora, Viseu — em Novembro.
- Beja, Braga, Coimbra, Santarém e Setúbal — em Dezembro.

Foi possível apetrechar com aparelhagem de radioscopia as Delegações de Lisboa, Porto, Setúbal, Portalegre, Évora e Bragança.

Distribuiu-se a todas as Delegações, material móvel de desinfectção devidamente acondicionado em caixas apropriadas.

A partir de Setembro, cada Delegação de Saúde recebeu um automóvel de tipo considerado como de melhor aproveitamento para as suas necessidades de trabalho.

No mês de Março de 1947, distribuíram-se as Instruções aos Delegados de Saúde, marcando as normas da sua actividade

em relação com os diferentes Serviços Técnicos da Direcção Geral. Foram em primeiro lugar as referentes à Orientação Geral, aos Serviços Técnicos de Profilaxia das doenças infecciosas e sociais e de Salubridade, por mais urgentes, e logo depois as referentes aos Serviços Técnicos de Higiene da Alimentação e Bromatologia, Higiene do Trabalho e das Indústrias e Exercício de Farmácia e comprovação de medicamentos.

Como corolário destas instruções surgiu a necessidade de estudar impressos apropriados para cumprir muitas das suas exigências.

Desse trabalho se encarregou o Sr. Delegado de Saúde de Setúbal, que em colaboração com os vários Serviços Técnicos e mercê da sua inteligente e competente actividade, dele se houve de forma a merecer louvor, estudando 25 modelos de impressos.

Lentamente e dentro das fracas disponibilidades orçamentais foi sendo admitido algum pessoal para as Delegações, mas neste ponto, devemos confessá-lo com sinceridade, a deficiência era manifesta no fim do ano de 1947.

O quadro comum para as Delegações e Subdelegações de Saúde, previsto por lei, revelou-se absolutamente insuficiente, pelo que se impunha a admissão de pessoal contratado além do quadro.

A este respeito, pensou-se desde o início em as dotar com o necessário pessoal administrativo e técnico auxiliar.

Um chefe de secretaria, categorizado, conhecedor não só da indispensável actividade burocrática de rotina, das pesadas exigências da contabilidade e ainda da execução de mapas técnicos e outros elementos periodicamente exigidos pelos diferentes Serviços Centrais, liberta o Delegado de preocupações absorventes, permitindo-lhe dedicar-se mais às suas obrigações de actividade exterior, como sejam estudos sanitários, inquéritos, colheita e concatenação de elementos estatísticos etc. O pessoal auxiliar de secretaria seria o complemento indispensável. O pessoal técnico auxiliar é, quanto a nós, a colaboração mais preciosa para um Médico-Sanitário, tanto para a colheita de dados elementares como para execução da prática sanitária.

Reconhecem-se entre nós, por agora, 3 categorias desses auxiliares:

Visitadora sanitária — agente sanitário — fiscal sanitário, correspondendo a três géneros diferentes de actividade sanitária.

Estes funcionários recrutados entre indivíduos com a necessária cultura elementar, de preferência de cursos técnicos, e sujeitos a cursos de preparação especializada, podem desempenhar papel importantíssimo, em missões próprias, a que os médicos com dificuldade se adaptam. É o verdadeiro « pessoal de campo », o executor da prática sanitária, em contacto directo com a população.

Seria para desejar que remunerações mais compensadoras permitissem recrutamento mais exigente e que a previsão de novas categorias em escala ascendente de exigência técnica, constituísse um estímulo de promoção, com melhor garantia do futuro. Nestes casos ficaria fora de causa a promoção por antiguidade.

O ano de 1947, não foi contudo apenas um período de instalação para as Delegações de Saúde, porque foi também um período de iniciação e adaptação a novas condições de trabalho e podemos desde já afirmar que se trabalhou de um modo consolador.

Procurou-se a ligação progressiva com o âmbito de actividade dos vários Serviços Técnicos e hoje já pode dizer-se afoitamente que não há Serviço Central que não solicite a informação ou a execução de actividades necessárias, aos Delegados de Saúde. Além dos Serviços Técnicos, também a eles têm recorrido o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social e a Junta Sanitária de Águas, para informação de processos. Verifica-se com a maior satisfação, e é de justiça consigná-lo, a melhoria de condições de trabalho que para os Serviços Centrais tem resultado desta informação, por observação local, que de um modo geral tem decorrido com rapidez, interesse e por vezes com uma precisão e competência técnica que, para que não dizê-lo, para um serviço em início tem muitas vezes excedido a expectativa. Assim nesse ano colaboraram em 23 processos do Conselho Superior de Higiene e em 16 da Junta Sanitária de Águas.

A informação de rotina exigida pelas Instruções dos vários Serviços vai-se regularizando e há que citar ainda a Informação de livre critério e observação que vem chegando, agitando problemas e fornecendo elementos de estudo que, se nem sempre podem ter solução imediata, não são menos úteis para a elaboração de soluções futuras.

Algumas iniciativas surgiram e que pelo seu interesse se tem procurado ajudar e acarinhar, de acordo com o critério e auxílio do Ex.^{mo} Sr. Subsecretário da Assistência. Desejamos referir a iniciativa da criação do Serviço de Transfusão de Sangue no Distrito de Castelo Branco e a iniciativa das Reuniões Médicas Distritais começada no Distrito de Portalegre e seguida pelo de Leiria.

Como complemento lógico e indispensável da acção das Delegações de Saúde, pensou-se logo de início na necessidade de lhes anexar o dispensário de Higiene Social, como elemento activo de luta profiláctica. As suas funções de investigação, prolongada até ao ambiente familiar, de propaganda e educação profiláctica, de terapêutica quando necessária e de actividade geral em Medicina Preventiva, fornecem à Delegação uma nova arma que só pode gerar eficiência, confiança e prestígio.

Pouco se pôde fazer nesse capítulo em 1947. O orçamento era magro. No entanto desenvolveu-se bastante o Dispensário do Porto, organizou-se em novos moldes e condições de maior eficiência o Dispensário de Setúbal, cujos serviços apesar dos seus poucos recursos, se impunham pela dedicação do respectivo subdelegado de saúde.

Criou-se o Dispensário anexo à Delegação de Saúde de Castelo Branco que foi possível dotar com um aparelho de micro-radiografia.

Está no plano de 1948 e já em estudo a criação de mais Dispensários anexos a Delegações de Saúde, dentro das possibilidades de melhoria das condições orçamentais. Tem-se procurado sempre, como ideia de organização, conferir-lhes, além da sua acção básica, de luta profiláctica geral das doenças infecciosas e de luta anti-venérea, o mais possível uma acção polivalente dentro das reais possibilidades e necessidades locais. Assim a luta anti-tracomatosa, já em execução nos distritos de Lisboa, Setúbal, Faro, Leiria, Guarda, Castelo Branco, Porto, está englobada nos Dispensários existentes e ingressará nos futuros dispensários a criar. O trabalho de colaboração com o Serviço anti-sezonático está também previsto. Alguns já englobam o serviço anti-rábico. Tentativas cautelosas de profilaxia estomatológica e oto-rino-larín-gológica estão em começo de estudo, para generalização futura, após conveniente período de observação.

* * *

Por mais urgente, mercê do nosso atraso em matéria de Saúde Pública, houve que intensificar a luta profilática contra as doenças infecciosas evitáveis.

Apresentamos apenas alguns números que servirão de índice do trabalho realizado :

A) — INQUÉRITOS EPIDEMIOLÓGICOS EM 1947 :

a) — *Sobre febre tifóide :*

— total 17, assim discriminados por distritos :

Braga	2
Viseu	6
Guarda	3
Castelo Branco	1
Lisboa	3
Beja	1
Leiria	1
	17

b) — *Sobre Variola :*

— total 29, assim discriminados, por distritos :

Bragança	1
Aveiro	1
Leiria	6
Santarém	10
Setúbal	2
Évora	9
	29

c) — *Sobre Poliomielite :*

— total 39, assim discriminados, por distritos :

Viana do Castelo	7
Porto	21
Aveiro	2
Viseu	3
Santarém	6
	39

d) — *Sobre Brucelose:*

Santarém 1

Total do número de inquéritos epidemiológicos: 86.

B) — HOSPITALIZAÇÕES DE EMERGÊNCIA:

— realizaram-se as seguintes, em relação com surtos epidémicos de maior importância:

a) — *tifo exantemático:*

— por intermédio da Delegação de Saúde de Lisboa. Despiolhamento e isolamento, em pavilhões cedidos pelo Hospital Júlio de Matos, de 345 contactos (ciganos acampados na cidade e arrabaldes).

b) — *Variola:*

1 — por intermédio da Delegação de Saúde de Leiria. Instalação de hospitalização de emergência em Peniche aproveitando-se o edifício da escola primária. Trataram-se 57 doentes. Não houve óbitos.

2 — por intermédio da Delegação de Saúde da Guarda. Enviaram-se camas para alargamento da capacidade do Hospital de Nossa Senhora da Piedade, em Gouveia.

Dum total de 61 doentes, foram internados 42, ficando os restantes 19 isolados no seu domicílio.

Houve apenas 2 óbitos, entre o segundo grupo.

c) — *Febre tifóide:*

1 — por intermédio da Delegação de Saúde da Guarda. Instalação de hospitalização de emergência em Passarela aproveitando-se uma casa particular, gentilmente cedida para esse efeito.

Dum total de 47 doentes, foram internados 37.

Houve no total 2 óbitos.

2 — por intermédio do Serviço Central de Profilaxia, interveio-se ainda num surto de febre tifóide em Cabanas do Chão (concelho de Alenquer), que deu origem a 117 casos de doença. Verificaram-se 6 óbitos.

Não foi possível a hospitalização local, pelo que se transportaram 43 doentes para o Hospital Curry Cabral, em Lisboa.

C) — VACINAÇÃO PREVENTIVA :

Apuraram-se os seguintes resultados, em relação aos anos de 1946 e 1947. Estão apontados apenas os números de imunizações verificadas pelos respectivos mapas. Depreende-se portanto que o número total, real, de imunizações deve ser superior.

VACINAS	1946	1947	TOTAL DOS 2 ANOS	REINOCULAÇÕES
Anti-variólica . . .	626.502	732.617	1.359.119	
Anti-tífica	71.399	128.410	199.809	15.774 (Total geral — 215.583)
Anti-diftérica . .	962	17.950	18.912	
Anti-pertussis . . .	463	41.00	1.503	

Para não alongarmos demasiadamente esta nossa fala, deixaremos de fazer considerações, aliás de grande oportunidade e interesse, sobre Notificação de doenças infecciosas, sobre dificuldades que se apresentam para uma eficaz e generalizada vacinação, sobre dificuldades em isolamento etc. Desejamos apenas indicar que, sem ser possível ainda apresentar números seguros, é impressão do Serviço de Profilaxia que a Notificação acusa melhoria geral, que está de certeza relacionada com a acção das Delegações de Saúde. É necessário contudo simplificá-la, libertando-a de exigências que a dificultam e constituem argumento, aliás merecedor de ponderação, para que não decorra como é para desejar.

Dum modo geral, a « acção profilática » precisa de liberdade de movimentos, sem peias que a imperrem e desalentem ; é serviço irregular por natureza, demandando por vezes intervenções rápidas e urgentes que nem sempre se coadunam com os formalismos das situações de rotina normal.



A luta contra o perigo infeccioso, dispõe actualmente de meios que exprimem uma das mais brilhantes conquistas da medicina moderna. Já se não assiste ao terror da disseminação das chamadas doenças pestilenciais que outrora dizimaram populações, e o valor dos actuais meios de ataque e defesa contra elas, acaba de ter uma exemplificação brilhante na recente epidemia de Cólera no Egipto que foi possível circunscrever e debelar com rapidez.

Esta luta tem contudo dois aspectos a considerar, qual deles o mais importante. A organização dos serviços em moldes de acção sistemática, metódica e persistente e a sua aceitação pelo meio, em atitude colaborante.

Devemos confessar que entre nós o meio é, senão hostil, pelo menos refractário a uma franca colaboração, com raras excepções que principalmente se evidenciam quando o perigo é claro e manifesto. Uns porque não sabem, outros porque julgam que sabem, rejeitam todos para segundo plano a «noção preventiva» e é difícil estabelecer a medida de culpa entre os dois extremos — a ignorância e a onisciência —.

E, se em certos casos, sirva de exemplo a Varíola, se pede ao meio a simples contribuição passiva de permitir e facilitar a vacinação que só por si resolve o problema e a resposta é insuficiente e precária, pense-se o que se pode observar quando se torna necessária uma contribuição activa. É o caso típico da endemia tífica que grassa de modo alarmante por todo o país, ceifando vidas, reduzindo em grande escala os dias de trabalho, com larga quebra no valor económico da nação.

A estratégia deste combate é bem mais difícil de pôr em execução. Aqui tem valor incomparável a colaboração activa do meio. Está em causa a Salubridade urbana e rural, ruim palavra, no conceito de muitos, que se inventou para prejudicar interesses materiais e obrigar a gastar tempo e dinheiro com actividades obscuras, que não excitam aplausos imediatos, por se não prestarem a efeitos espectaculosos e por os seus resultados serem de apreciação tardia. Assim, se uns reagem por incompreensão ou desinteresse, outros lutam loucamente por interesse de utilização dos produtos maléficos, cuja diabólica riqueza se habituaram a explorar.

Tenhamos presente que para grande parte do público o funcionário sanitário é um indivíduo antipático e incómodo. Procura combater hábitos rotineiros e ancestrais, chamando as pessoas às realidades de conceitos modernos, em relação com as regras de defesa da saúde, esse bem que só se aprecia quando não existe. Na sua faina, luta constantemente com o interesse pessoal, quando não tem de se defender de ser utilizado encapotadamente pelo mesmo.

É o pequeno lavrador que se habituou a aproveitar os esgotos de uma vala para adubar a sua horta que viceja; indigna-se e vocifera se o sanitarista trata de o impedir de tal prática, cujas consequências se recusa a compreender. É uma Câmara Municipal, para a qual nem mesmo um surto grave de febre tifóide constitui estímulo suficiente para remodelar um abastecimento de águas de uma aldeia, apesar da participação do Estado.

Poderíamos citar muitos outros exemplos de frequente interferência do interesse pessoal com os Serviços de Saúde.

Saibamos contudo, também reconhecer e aproveitar as boas vontades onde elas se manifestam, neste povo cuja maioria é bastante sã e ávida de se sentir auxiliada. Alguns casos temos constatado de boa e franca colaboração que é justo não deixar no esquecimento.

Urge lançar uma grande campanha de Salubridade, com larga propaganda educativa e exemplificação de métodos de saneamento de pequenos meios rurais. É necessário excitar a acção conjugada das autarquias com as entidades de influência local, dando-se-lhes assistência técnica competente. O auxílio financeiro será, em muitos casos, justo.

A propaganda e educação, são a nosso ver os dois elementos vivificadores que permitem preparar o meio no sentido de conseguir aquilo a que se pode chamar a « consciência higiénica ». É um trabalho lento, precisado de acção metódica, sistemática e persistente, cuja eficácia está dependente de uma técnica própria que exige um serviço especificamente diferenciado. É nosso anseio consegui-lo, convencidos como estamos de que só por seu intermédio se poderão colher benefícios reais. Enquanto se não der este primeiro passo educativo em matéria de Medicina Preventiva anti-infecciosa, como abordar problemas bem mais complexos, mas já na ordem do dia, em meios mais avançados, como

sejam a Medicina Preventiva das doenças crónicas e a Medicina Recuperativa da invalidez !

Com caminhar tão lento, não lobrigamos exito seguro para um esforço de conjunto, único do qual se poderão esperar resultados úteis. Haverá, sim, tentativas localizadas, de interesse especulativo, mas sem reflexo no balanço geral da nação.

Supomos não errar, considerando como alicerces básicos do grande sistema a construir e desenvolver, quatro elementos interdependentes e em igualdade de circunstâncias: Técnica — Organização — Educação — Dinheiro. Não se nos afigura que qualquer deles possa dispensar os restantes e também se nos antolha que só uma direcção única os pode bem conjugar, na sua aparente simplicidade inicial e na complexidade do seu sucessivo desdobramento. A Legislação será apenas o elo de ligação destes factores, conferindo-lhes realidade na medida do seu desenvolvimento recíproco.

A Conferência Internacional de Saúde de 1946, que promoveu a Constituição da Organização Mundial de Saúde, à qual o nosso Governo deu a sua ratificação, adoptou os seguintes princípios considerados como « basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança » :

« A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Gosar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça de religião, de opinião política, de condição económica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e protecção da saúde são de valor para todos.

A desigualdade dos diversos países no que diz respeito à promoção de saúde e à luta contra as doenças, particularmente no que se refere às doenças transmissíveis, é um perigo para todos.

O desenvolvimento da criança em boas condições de saúde é duma importância basilar; a aptidão para viver de

harmonia com um meio em plena transformação é essencial a este desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins, é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação activa da parte do público são duma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os governos têm a responsabilidade da saúde dos seus povos, a qual só pode ser cumprida pondo em prática as medidas sanitárias e sociais adequadas ».

Na confusão e nervosismo da época atribulada que vivemos, neste laboratório imenso de interesses e aspirações sociais, ergue-se uma afirmação clara e lúcida que se torna em solene compromisso internacional — reparaí na saúde que todos tendes o dever de defender, não já como bem individual ou mesmo nacional, mas dentro dum conceito superior de bem universal. Este compromisso envolve para cada país pesadas responsabilidades de consciência, pela imposição moral de uma Organização eficaz, envolvendo em conjugação harmónica a Higiene, Medicina Preventiva, Previdência, Recuperação e Assistência Sociais, como elementos de acção convergente para uma elevada finalidade comum.

Saúde do corpo e Saúde do espírito, constituem a noção limite do bem estar social, verdade que sôa a utopia, neste momento neurótico em que os espíritos se afiguram mais doentes do que os corpos! Mas, no emaranhado inextrincável e incógnito da sua interdependência, o objectivo da saúde corpórea será talvez um primeiro passo, para um melhor equilíbrio dos espíritos, por visão mais saudável da vida!

* * *

Srs. Delegados de Saúde, pesa sobre vós uma grave responsabilidade. Sereis os principais obreiros dum verdadeiro ressurgimento sanitário do País. É preciso arrotear o bom terreno e desbravar muita terra agreste, saber conservar a vegetação útil, colher os bons frutos e exterminar a erva daninha. A vossa

missão não é simples ; exige trabalho, persistência, decisão e, não tenhamos ilusões, também espírito de sacrifício.

Contamos convosco e dizemos neste momento, com desvanecimento, que o balanço do primeiro ano de trabalho é favorável e prometedor das melhores esperanças para o futuro.

* * *

Sr. Ministro da Interior :

Sr. Subsecretário de Estado da Assistência :

Para V.^{as} Ex.^{as} vão muito justamente as honras de, com visão clara e espírito decidido terem lançado bases sólidas para a Organização Sanitária do País. Deu-se um passo em frente e neste momento há que amparar, ordenar e estimular a sua marcha progressiva.

Estamos crentes que, com a lúcida e valiosa direcção e auxílio de V.^{as} Ex.^{as}, este organismo depauperado, que vai cobrando alento, se tornará forte e saudável, para bem da saúde de todos.

E, será uma obra bendita ! »

* * *

A seguir usou da palavra o Senhor Ministro do Interior.

Disse que não lhe cabe a honra de ter sido quem traçou o plano sanitário agora em execução, que se deve principalmente ao Senhor Subsecretário de Estado da Assistência, Dr. Trigo de Negreiros. Os problemas de política sanitária são dos que actualmente mais preocupam o Governo, e, assim, o aumento das dotações concelhias aos Serviços de Saúde, como aos de Assistência, são o melhor índice desse desejo e plano do Governo. Muito já tem feito indirectamente o Governo, no campo do aperfeiçoamento sanitário das habitações, como a construção de inúmeros edifícios de escolas, bem como a captação de águas, canalizações de esgotos, todos eles da maior importância para a saúde da população. Muito há ainda para fazer, executando o que está exposto na lei. Nem sempre é possível executar imediatamente todo o plano idealizado, que tem de subordinar-se às circunstâncias. O plano, porém, irá sendo executado em fases suces-

sivas. As instalações das sedes das Delegações de Saúde vão ser feitas a pouco e pouco. Mas há um valor mais alto que os meios materiais, é o dos funcionários técnicos. Tem a certeza, como o Senhor Subsecretário de Estado e o Senhor Director Geral, de que os funcionários são dedicados e competentes. Com tais colaboradores, cujo labor está evidente, resultará, por certo, um alto benefício para o País. Valor a um tempo humano e económico — valor que evita a doença pela medicina preventiva, cuja grande importância é manifesta e que os Delegados de Saúde estão a praticar com competência e zelo.

A reunião certamente será fértil em beneficiamentos da técnica e em estímulos de trabalho.

Na próxima Exposição de Obras Públicas vai ser apresentada uma demonstração do esforço do Governo do Estado Novo nesse campo.

Termina desejando que os trabalhos da reunião agora iniciada sejam coroados do maior êxito.

Directrizes de trabalhos expostas pelos directores de serviços técnicos

1.^a Sessão

Em 5 de Maio realizou-se às 10 horas a primeira sessão de trabalhos, a que presidiu o Director Geral de Saúde, secretariado pelos Inspectores Superiores, Drs. Aníbal do Couto Nogueira e Castro Soares. Não tendo podido comparecer por motivo de doença o Dr. Arruda Furtado e estando para partir para a América o Dr. Fausto Landeiro, (1) foi o programa alterado, fazendo este a seguinte exposição das Directrizes de Trabalhos em matéria de

Higiene rural e serviços anti-sezonáticos

« Srs. Delegados de Saúde :

O programa desta primeira reunião marca o ditado de normas de trabalho que o Serviço Técnico de Higiene Rural e Defesa Anti-Sezonática estabelece e a ligação que haverá entre os Serviços e as Delegações de Saúde.

Dado que temos de indicar normas, julgamos mais próprio servirmo-nos da leitura, que confiar à memória o desfiar das considerações, que não podemos deixar de fazer, para melhor compreensão do que desejamos.

É do conhecimento de V. Ex.^{as} a história dos Serviços Anti-Sezonáticos em Portugal; todavia, para uma melhor correlação de factos não deixaremos de avivar alguns dos que mais interessa avultar.

(1) Foi nessa viagem que, devido a ter sido vítima dum atropelamento por automóvel, numa cidade americana, encontrou a morte o malogrado organizador dos Serviços Anti-Sezonáticos, ao qual estes ficaram a dever tão assinalados esforços.

O antigo Director Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria, numa justa compreensão de enfrentar o magno problema do sezonismo no nosso país, começou por enviar em 1930 ao curso estabelecido sob o patrocínio da Sociedade das Nações, os bolseiros que, em 1931 montaram a primeira Estação de combate ao sezonismo em Benavente. A luta foi montada adentro dos princípios estatuídos como melhores, tanto nos processos como nos eficientes resultados, e tem sido até à data mantida sempre, mais ou menos, dentro dessas normas. Ao mesmo tempo que se seguia o combate, continuavam-se a preparar os técnicos para a ampliação da luta e a investigar a extensão do mal no continente. Para completar esse reconhecimento, que se ia progressivamente executando, foi feito em colaboração com a Fundação Rockefeller um Inquérito completo, o mais perfeito que se tem posto em prática entre nós.

Passou-se isto em 1933 e, apesar de bem se conhecer o morbo desde então, só em 1938, pelo Decreto-lei n.º 28.493 de 19 de Fevereiro, foi organizado o Serviço Anti-Sezonático. Essa organização ainda perdura.

O conhecimento que se ia tendo, em inquirição directa no país, das necessidades assistenciais, especialmente da Saúde Pública, e bem assim, o entusiasmo despertado pela obra do Dr. Muleford na América do Norte — obra dada a conhecer à lusa gente pelo livro *Exemplo de Sanidade* que os Drs. José Alberto de Faria e Rolla Hill traduziram — a um dos nossos colaboradores, levou à experiência da Campanha Sanitária de Ponte de Sôr, mais tarde seguida pela da Azambuja. Estas campanhas foram as precursoras dos Centros de Assistência Social do nosso País.

O interesse despertado e os resultados obtidos marcaram as possibilidades dos Serviços Anti-Sezonáticos no meio rural.

Foram de certo estes factos, aliados ao prestígio que os Serviços possuem em todo o país, as causas da sua ampliação com a incumbência da Higiene Rural.

O facto do Decreto-lei n.º 35.108, que reformou a Saúde Pública, ser omisso nos fundamentos da criação do Serviço Técnico de Higiene Rural e Defesa Anti-Sezonática, complicou um pouco o problema da sua actuação.

Se é certo que se esperava da organização dos Serviços, prevista sob a forma de regulamento, uma melhor justificação,

verdade é também que essa ausência de orgânica muita falta tem feito.

Um Serviço de Higiene Rural individualizado só pode compreender-se como necessidade de concatenar, para objectivação prática, os preceitos que afinal todos os outros serviços lhe podem fornecer, mórmente os de Salubridade e Profilaxia.

Assim o entendemos e nessas bases elaboramos a sua organização já de há muito apresentada mas que aguarda, como as restantes, a luz da publicidade oficial.

Trata-se dum Serviço Técnico único, embora na sua designação pareça englobar dois. Higiene Rural e Defesa Anti-Sezonática constituem um Serviço Técnico que tem a assegurar-lhe a contextura, a organização existente dos Serviços Anti-Sezonáticos, com estrutura própria e, o que é mais, obra realizada.

Apenas estas referências se destinam a justificar as normas que foram adoptadas para o futuro na organização proposta. Partidos destas bases, a delineação do novo serviço não deixará de contar com a existência das Estações, Postos e Dispensários que serão aproveitados com finalidade mais vasta, pela polivalência que se pretende; todavia essa transformação tem de operar-se lenta e gradualmente e dentro daquelas modalidades que mais interessar pôr em prática.

Não se teve, nem se tem, a preocupação de ampliar desmedidamente os Serviços, dando-lhes proporções duma nova organização de Saúde, como a muitos se poderá afigurar. Seria irrisório o intento e até ilógico. Irrisório pela falaz consistência do amparo financeiro e ilógico porque do embate entre duas organizações similares, adviria, não o desaparecimento duma, mas o descrédito de ambas.

Estes considerandos servem apenas para acentuar o desejo de obter o resultado mais prático e benéfico para a grei, a conjugação de todos os esforços.

Temos de viver numa cooperação estreita, numa colaboração íntima. E bom será acentuar que colaboração nunca significa subordinação, como tão erradamente se tem generalizado e significado.

Não é tarefa fácil, como se pode afigurar, a adaptação dos Serviços às normas da nova ordem; todavia, esperamos da boa vontade de todos o esteio indispensável.

Grande é o âmbito da Higiene Rural, um pouco mais restrito, comparativamente ao do sezonismo, que continuará a ser pertença dos técnicos especializados, como é do senso unânime das gentes da Sanidade Mundial.

Através da direcção dos respectivos serviços se fará a ligação de forma a evitar todo e qualquer mal entendido que possa surgir, nas dúvidas acerca da execução das medidas estatuídas.

Dentro dos capítulos da Higiene Rural aqueles que primeiramente ensaiaremos nos locais escolhidos serão os respeitantes a combate às moscas, piolhos, mosquitos, construção de retretes rurais, estrumeiras higiénicas, beneficiação de fontes, poços e cooperação na profilaxia das doenças transmissíveis.

Muito, no que respeita a estudos, inquéritos e trabalhos laboratoriais, se pode conceder às Estações — designação em que englobamos na nova orgânica as Estações e Postos actuais — porque os meios que escasseiam dum lado se encontram talvez com mais facilidade do outro.

Por outro lado, a preparação inicial de técnicos para a aplicação prática das medidas a adoptar, será uma outra finalidade dos Serviços — bem útil e proveitosa, estamos convencidos — como parece ter sido a inspiração de quem sugeriu a ideia dum Serviço de Higiene Rural.

Devem V. Ex.^{as} achar, talvez, demasiadamente vagas as prescrições; mas enquanto não assentarmos na letra expressa da legislação, temos de ensaiar métodos de aproximação. Daí o desejo de tratarmos directamente com V. Ex.^{as} os assuntos, antes de os submetermos à aplicação conjunta dos Serviços.

Elementos dum todo, eles têm de funcionar em concordância perfeita: esse o nosso único fim neste ensaio.

Temos os nossos Dispensários espalhados por todo o País e o seu estabelecimento obedeceu ao desejo de actuar eficientemente e oferecer aos Subdelegados Concelhios um elemento de trabalho que, por vezes, não tem sido devidamente bem aproveitado. As nossas funcionárias podem, livres da sua actuação na especialidade, dar precioso auxílio nos outros sectores de actividade da Saúde Pública.

Para este facto chamamos a especial atenção de todos, solicitando a sua interferência no sentido do melhor aproveitamento dos elementos que oferecemos. Serão elementos de tanto mais

útil aproveitamento quanto mais estreita e comprehensiva for a cooperação entre os Serviços e V. Ex.^{as}.

É dessa especial cooperação que esperamos o successo da nossa comum actuação. E tão certo estamos dela que, cremos, começará nesta data uma nova época para a Saúde Pública do nosso Portugal.

Assim contribuiremos útil e eficazmente para a grande obra de ressurgimento nacional tão nobremente empreendida pelo Governo do Estado Novo».

* * *

A seguir à troca de impressões sobre o assunto, em que intervieram vários Delegados de Saúde, o Dr. Bernardino de Pinho fez a sua exposição sobre

Serviços técnicos de Higiene da alimentação e Bromatologia

O Dr. Bernardino de Pinho fez detalhada exposição sobre a maneira como se iria desenvolver o Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia.

Lembrou que a sua criação se deu pelo decreto-lei n.º 35 108, que reorganizou os serviços de saúde e assistência social. Serviço novo, embora a higiene da alimentação e a bromatologia da água e dos outros alimentos já fosse do fôro da Direcção Geral de Saúde, houve que definir-lhe o campo de acção. Assim se fez, em instruções aprovadas por despacho ministerial de 23 de Julho de 1946. Segundo essas instruções, são da sua competência os problemas sanitários respeitantes às águas de abastecimento, às aguas minero-medicinaes, aos géneros alimentícios e ainda os estudos sobre nutrição da população. Em resumo e discriminadamente, as suas funções são as seguintes:

A — ÁGUAS DE ABASTECIMENTO.

- 1) Fiscalização das estações de tratamento de águas; correcção bacteriológica por cloragem, filtração e outras.
- 2) Fiscalização das estações de correcção química.
- 3) Colheita e análise de amostras de água de abastecimento publico.

- 4) Em caso de epidemia, suspeita de origem hídrica:
 - a) esclarecer a origem da epidemia; poço, mina, etc.
 - b) abastecer a população de água potável;
ou purificando-a em estação fixa ou móvel de cloragem;
ou transportando água potável em carros-tanques.
- 5) Estudos e informações para a Junta Sanitária de Águas sobre projectos de novos abastecimentos de água ou de melhoria dos existentes.

B — ÁGUAS MINERO-MEDICINAIS.

I — Inspecção médica especializada:

- 1) Tomar conhecimento das formas de aplicação da água medicinal — *per os*, em banhos, duches, inalações, enteroclises e outras.
- 2) Verificar se essa aplicação se faz correctamente e de harmonia com a prescrição médica.
- 3) Verificar como funcionam balneários, instalações fisio-terápicas e laboratórios anexos à estância.
- 4) Colher dos arquivos clínicos da estância e dos médicos todos os elementos úteis para o melhor conhecimento das águas.

II — Higiene geral das estâncias:

- 1) Fiscalização da higiene das zonas captivas, dos hotéis e pensões, das piscinas, etc.
- 2) Colheitas de amostras de alimentos empregados na estância, bem como das águas comuns, de mesa e termais, para análise.

III — Estudos e informações sobre águas minero-medicinais e de mesa.

C — GÊNEROS ALIMENTÍCIOS.

- 1) Colheita e análise de amostras de géneros alimentícios.
- 2) Inspecção de fabrico e venda de alimentos especializados e de regime.
- 3) Aplicação aos estabelecimentos de fabrico, preparação e fornecimento de alimentos, das medidas de higiene especialmente adequadas a esses estabelecimentos, como

sejam: conservação dos alimentos; protecção contra moscas, poeiras etc. Também se deverão considerar alguns preceitos higiénicos fundamentais para os mercados.

- 4) Fiscalização da preparação de alimentos nas cozinhas de hotéis, pensões, refeitórios, cantinas, colónias de férias, creches etc.
- 5) Fichas sanitárias do pessoal que trabalha com alimentos: cozinheiros e pessoal da copa; padeiros e leiteiros, etc.

D — ESTUDOS SOBRE NUTRIÇÃO.

- 1) Inquéritos alimentares nos meios escolares, operários, piscatórios, rurais etc.
- 2) Estudos sobre o valor nutritivo dos alimentos.
- 3) Estudos de rações alimentares, em relação com a nossa produção agro-pecuária e a nossa indústria piscatória, respeitando os costumes tradicionais do povo português.
- 4) Educação de visitadoras, dietistas, cozinheiros, etc.

Esclareceu-se que para exercer a sua acção o Serviço precisa naturalmente do pessoal técnico, de material e de laboratórios.

Quanto a laboratórios, o mencionado decreto-lei n.º 35.108, confia-lhe a direcção do laboratório de higiene da alimentação e bromatologia, do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, e um despacho do Ex.^{mo} Director Geral de Saúde entregou-lhe a direcção do laboratório da Junta Sanitária de Águas.

Nestes dois laboratórios, portanto, se estudam os problemas postos ao *Serviço* e se fazem as análises necessárias à fiscalização.

Entre os estudos, figuram à cabeça os relativos ao valor nutritivo dos alimentos; está pronto, a entrar na imprensa, o estudo da composição dos queijos portugueses; está em curso o estudo da riqueza em vitamina A das gorduras; procura-se em breve levar a efeito a determinação da vitamina C em sumos e conservas de frutos.

A fiscalização está agora incidindo sobre açúcares e sobre refrigerantes. Mas prefere-se, atendendo a que há um serviço especial de fiscalização de géneros alimentícios, a acção sobre as fábricas de produtos, com o fim de aperfeiçoar o seu fabrico. Quanto a inquéritos alimentares, está em curso um largo inquérito

familiar com exames médicos, na fábrica de loiça de Sacavem. Seguir-se-ão depois os inquéritos entre trabalhadores rurais, de modo a conhecer-se o panorama alimentar português.

Serão feitos inquéritos especiais sobre a pelagra e o bócio endémico em todo o país.

Acerca desta exposição falaram alguns Delegados de Saúde, pedindo esclarecimentos particulares sobre a sua acção.

Assim se recordou a posição dos serviços de saúde no capítulo da fiscalização de géneros alimentícios, que terá de ser conduzida nos termos dos regulamentos sanitários, segundo a doutrina do artigo 78.º do decreto 20.282, de 5 de Setembro de 1931, que diz « A competência da Direcção Geral de Saúde nos serviços de fiscalização de géneros alimentícios será facultativa, segundo as necessidades de ordem sanitária, e mantida nos termos da legislação sanitária actual, para o efeito da execução de todas as diligências necessárias à formação do processo, cujo seguimento e apreciação deverão decorrer, segundo as disposições do presente decreto-lei ».

Ventilou-se ainda o modo de assegurar a higiene das casas de venda e preparação de géneros alimentícios, estabelecendo-se destriça entre os estabelecimentos licenciados por alvará do Estado (decreto n.º 8.364) ou alvará municipal (portaria n.º 6.065) e os que têm simples licença policial ou de porta aberta.

Sobre inquéritos alimentares tomou-se conhecimento de alguns trabalhos já realizados pelas Delegações de Saúde, assentando-se em que conviria levar a efeito, pelo Serviço de Higiene da Alimentação, os mencionados inquéritos do tipo rural, em cada província.

Também foram focadas as relações entre as Delegações e o Serviço, no que diz respeito às inspecções médico-sanitárias das estâncias termas.

Na troca de impressões e esclarecimentos que se seguiram intervieram os Delegados de Saúde da Guarda, Lisboa, Vila Real e Faro.

2.ª Sessão

Em 6 de Maio realizou-se a 2.ª sessão, que começou pela leitura pelo Dr. Couto Nogueira, das palavras com que o Dr. Arruda Furtado iniciaria a sua exposição se a doença o não houvesse impedido.

Serviço de Salubridade

« Nesta primeira « exposição » de « directrizes de trabalho » da nossa reunião, apraz-me em primeiro lugar felicitar o Sr. Director Geral pela sua valiosa e corajosa iniciativa e testemunhar-lhe o meu reconhecimento, a minha admiração e a minha amizade.

De V.^{as} Ex.^{as}, Srs. Delegados de Saúde distritais, só um retomou o lugar que com prestígio e brilho desempenhou ainda antes da reforma de 26; é o Sr. Delegado de Saúde de Beja; cumprimento-o e ser-lhe-á grato que com a minha amizade eu relembre a amizade e a altíssima consideração que por ele teve sempre o meu raro amigo Dr. José Alberto de Faria.

Alguns de V.^{as} Ex.^{as}, os Srs. Delegados de Saúde de Aveiro, de Bragança, de Viana do Castelo e de Viseu, foi o meu serviço recente que me deu a honra e a satisfação de os conhecer e de os estimar, e afectuosamente os cumprimento também.

Um conhecimento mais antigo, uma simpatia mais velha, me prende a V.^{as} Ex.^{as}, Srs. Delegados de Saúde de Braga, da Guarda, de Leiria, de Portalegre e de Vila Real, em tempo que vai de alguns anos a algumas dezenas. Mais velho do que todos, apresento-lhes os meus cumprimentos de velho amigo.

Alguns de V.^{as} Ex.^{as}, exactamente os Srs. Delegados de Saúde de Coimbra, de Santarém e de Setúbal, foram daquele grupo de colegas que em 1931 se sujeitou às provas duras de um concurso que marcou nos serviços de saúde. O presidente desse concurso recorda com saudade, com certo orgulho, com muita honra, essas semanas remotas. Saudade de uma competição respeitosa, orgulho de uma pleiade de médicos distintos, honra pela circunstância grata de neles contar amigos e companheiros que sempre tiveram a bondade de o prezar. São V.^{as} Ex.^{as} três

dêsses médicos. Vejo-os aqui com desvanecimento, até pelo indiscutível mérito da sua acção.

Uma amizade mais íntima prende-me há muito a V.^{as} Ex.^{as}, Srs. Delegados de Saúde de Castelo Branco, de Évora e de Faro. A própria circunstância dessa amizade faz com que os meus cumprimentos a V.^{as} Ex.^{as} se limitem a lembrá-la e a abraçá-los.

O Sr. Delegado de Saúde de Lisboa esteve comigo nesse concurso de 1911, realizado em época de grandes lutas. Já então e depois cada vez mais a nossa estima, a nossa intimidade, se afinaram, em termos de serem há muito perfeitas. E lembrando-o, nada mais tenho para lhe dizer. E só quero pedir-lhe licença para recordar com esses tempos que se contam por perto de quatro dezenas de anos, os nossos companheiros que a morte levou e os outros que a vida separou dos nossos trabalhos.

« Os ultimos serão os primeiros ». Dentro de curtos meses os seus 70 anos moços, da mocidade do seu espírito jovem e de sã alegria, afastarão da Delegação de Saúde do Porto o Dr. Eduardo Torres. Todos os que, como eu, o conhecem o relembram sempre como raro modelo de bom senso e de critério prudente, como exemplo de chefe equilibrado e capaz de levar os serviços sem atritos, às realizações possíveis naquele meio da capital do norte que por tradição, por justo orgulho, por invulgar cultura, e por inexcusável bairrismo, tão difícil é. A sua vaga é das que se não preenchem sem atenção e a sua sucessão é das que ninguém encarará sem especial cuidado. Não me despeço de si, meu velho, meu bom amigo, mas não me foi possível ao cumprimentá-lo deixar perder esta oportunidade de lhe dizer o que disse.

Pois penso que V. Ex.^a, Sr. Director Geral, terá ouvido com agrado as minhas palavras, e por uma razão: por que são ditas por quem não tem, nem por sombras, tradição de louvaminheiro, por quem não quer, por falsa modéstia, excusar-se a reconhecer que conhece os serviços de saúde e as suas dificuldades. E por isso gostaria, parece-me, V. Ex.^a de me ouvir reconhecer o préstimo e as qualidades daqueles colegas nossos sobre quem impende uma das maiores responsabilidades dos serviços de saúde, de cujo trabalho V. Ex.^a espera maior prestígio e maior eficiência dos serviços e que V. Ex.^a quis dignificar e justamente valorizar reunindo-os aqui consigo e connosco, directores de serviços técnicos seus subordinados directos e seus amigos.

* * *

Conhecem V.^{as} Ex.^{as} todos, as Instruções que lhes foram determinadas com data de 5 de Dezembro de 1947.

Para a fixação de « directrizes de trabalho », como se diz na circular que orienta esta nossa reunião, o Serviço Técnico de Salubridade encontra especiais dificuldades. Por isso nos parece que antes de tudo convém procurar estabelecer normas orientadoras do seu trabalho e disposições precisas que definam as suas possibilidades de acção.

Sem normas orientadoras o serviço dependerá totalmente do critério individual. Não convém.

Sem a publicação oficial, em diploma bastante, de disposições regulamentares, o serviço não possuirá meios de acção e figurará como responsável por tudo o que se entende, e bem, pertencer-lhe, mas a que não lhe é possível satisfazer.

— Entre as normas orientadoras indispensáveis figuram as que definam posturas municipais e também os regulamentos municipais que à salubridade digam respeito, pois das posturas tal não é quase preciso dizer, de tal modo tantas lhe interessam.

Há que partir do Código Administrativo, uma vez que sem a integração de tais problemas no que dispõe o seu articulado, tudo é totalmente desprovido de valor e, reconheça-se, justamente desprovido, uma vez que a organização municipal é a base da administração pública.

Temos elaborado quase completamente um paradigma orientador de posturas e de disposições regulamentares de ordem municipal.

Em tal matéria incluímos o que diz respeito a enterramentos e óbitos, a cemitérios.

Conhecem V.^{as} Ex.^{as} as nossas conferências, « Aspectos da salubridade » e « Sobre cemitérios ».

Temos no arquivo, muito extenso e muito rico de elementos, do nosso Serviço, muito que aproveitar e fácil de utilizar até pela circunstância de ser um arquivo bem arrumado, com excelentes índices e bons ficheiros.

Assim cumpre-me dar conhecimento a V.^{as} Ex.^{as} de que o Serviço Técnico de Salubridade vai entrar em certa actividade de consultas, de pedidos de informação, de questionários, para ajustar e precisar o que tenciona propor superiormente.

— De igual modo temos em avançada elaboração proposta de regulamentação que solucione e defina o mais possível, em matéria de salubridade, a competência e as possibilidades executivas dos serviços de saúde, designadamente, como tem necessariamente de ser, as das Subdelegações de Saúde, primeiro, e as das Delegações.

Têm V.^{as} Ex.^{as} bem presentes as disposições do Decreto n.º 13.166, Nele, diga-se de passagem, se cuida de posturas. Mas desejamos agora referir-mo-nos às disposições do Art.º 12.º daquele decreto e dos que com ele se prendem. E do mesmo modo se recordam da limitação executiva que figura no Art.º 20.º do Decreto n.º 12.477.

Mesmo em Lisboa e no Porto tudo aquilo se tem mostrado escandalosamente insuficiente. E se naquelas duas grandes cidades é assim, a verdade é que em todo o país é manifesta e inextinguível a insuficiência dos meios executivos dos serviços de saúde.

E a verdade é que sem poderem acudir às correcções e beneficiações que se imponham de modo imediato, o seu desprestígio é evidente.

Pois cumpre-nos também dar conhecimento a V.^{as} Ex.^{as} de que o nosso Serviço os vai ouvir, antes de apresentar superiormente a proposta regulamentar que elabora e que, seja essa ou outra, se não dispensa, sob pena de em largo campo nada se poder muita vez realizar. »

* * *

A seguir o Inspector Superior, Dr. Couto Nogueira, apresentou as directrizes do

Serviço Técnico da Higiene do Trabalho e das Indústrias

desenvolvendo e esclarecendo a circular referente ao assunto, enviada a todos os delegados em Maio de 1947.

Fez ver que se existem dificuldades da parte dos que têm de executar as determinações dos Serviços, também elas subsistem para aqueles que os têm de orientar e dirigir.

Pondere-se que sem a indispensável uniformidade e harmonia de procedimentos, se prejudica a eficiência a atingir.

A importância que o « social » assumiu na evolução política dos últimos tempos, não só entre nós, como em toda a parte, obriga todos os que desempenham funções sanitárias a proceder com a maior prudência, de acordo com a orientação superiormente determinada.

A colaboração com o Instituto Nacional do Trabalho, a que taxativamente se refere o Decreto-lei n.º 35.108, que reformou os Serviços de Saúde, demonstra o valor que se lhe atribue.

A assistência médica garantida através das caixas de previdência não é todavia a medicina preventiva que nos incumbe executar.

Não existe, actualmente, obrigatoriedade da existência de médicos nas fábricas, visto pelo Decreto-lei n.º 24.402, de 24 de Agosto de 1934, terem sido revogados, no seu art.º 40.º, os decretos n.ºs 14.498 e 14.535 que regulavam os antigos Serviços de Inspecção da Higiene do Trabalho e das Indústrias.

Para que possam cumprir-se determinações sanitárias, por vezes complexas (evidentemente que não me refiro àquelas que toda a gente deve entender pela sua simplicidade), é necessário que exista uma coadjuvação médica encarregada de constantemente velar pela sua execução e à qual se possa exigir o seu entendimento.

A falta de coordenação, cuja responsabilidade não é nossa, entre os diferentes Serviços públicos, é um ponto essencial a considerar.

Ainda recentemente ela foi posta em destaque na Assembleia Nacional ao relatarem-se as contas públicas e ao propor-se a criação de um Ministério da Saúde Pública.

Exige-se da parte do que desempenha funções sanitárias, a maior prudência e bom senso nas determinações a fazer, para não prejudicar a sua exequibilidade.

À ignorância dos operários junta-se, na grande maioria dos casos, a dos patrões que não compreendem que exista acção médica terapêutica sem botica.

Em uma conferência recentemente proferida, por um dos seus membros, na Ordem dos Engenheiros, acerca da « Orientação técnica da indústria » se disse como, à parte honrosíssimas excepções, é rudimentar a nossa indústria, desprovida, em número impressionante, de técnicos responsáveis pelo seu exercício.

Tudo isto cria grande embaraço à nossa actuação e a uma indústria rudimentar não pode corresponder uma higiene do trabalho com o desenvolvimento para desejar, que será uma realidade, no futuro, quando a sua orgânica, se aperfeiçoar.

São muitas as dificuldades a vencer, mas com o esforço persistente de todos, espera-se conseguir resultados práticos a que as gerações vindouras, já aplanado o caminho, terão de render justiça.

O rendimento de qualquer realização depende inteiramente da coordenação dos seus diferentes elementos e por isso torna-se indispensável a colaboração estreita de todos, para que resulte eficiente, e com ela se conta para levar a cabo a árdua tarefa que nos incumbe.

Para terminar parece-nos interessante apresentar uma colecção da legislação sobre Higiene do Trabalho e das Indústrias.

Reformas dos serviços de saúde e outra legislação fundamental sobre higiene do trabalho e das indústrias

- *Regulamento de Saúde Pública de 3 de Janeiro de 1837 (Reforma de Passos Manuel).*
- *Regulamento dos estabelecimentos insalubres, incómodos ou perigosos, de 21 de Outubro de 1863 (Lei de Anselmo Braamcamp).*
- *Organização dos Serviços de Saúde Pública de 3 de Dezembro de 1868 (Decreto do Bispo de Viseu).*
- *Organização Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 28 de Dezembro de 1899.*
Contém disposições sobre polícia sanitária dos estabelecimentos industriais insalubres, incómodos ou perigosos, e higiene dos respectivos operários.
Cria os Serviços de Higiene da Indústria e Trabalho (art.º 2.º n.º 3).
- *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901.*
Contém disposições sobre licenciamento de estabelecimentos industriais e condições sanitárias dos operários (art.º 76.º n.º 10.º e 11.º).
- *Lei n.º 83, de 24 de Julho de 1913.*
Sobre acidentes de trabalho.
- *Decreto n.º 2.241, de 29 de Fevereiro de 1916.*
Regulamento sobre substâncias explosivas.

- *Lei n.º 494, de 16 de Março de 1916.*
Criação do Ministério do Trabalho.
- *Decreto n.º 2.354, de 21 de Abril de 1916.*
Organização dos Serviços do Ministério do Trabalho. Criação da Inspeção do Trabalho.
- *Decreto n.º 4.191, de 13 de Abril de 1918.*
Mudança de nome para Inspeção Sanitária do Trabalho.
- *Decreto n.º 4.351, de 29 de Maio de 1918.*
É o decreto base de toda a nossa legislação sobre estabelecimentos insalubres, em que a higiene industrial passou a ser uma realidade.
- *Decreto n.º 4.641, de 13 de Julho de 1918.*
Passagem da Inspeção Sanitária do Trabalho para a Direcção Geral de Saúde.
- *Decreto n.º 8.364, de 25 de Agosto de 1922.*
Regulamento do decreto n.º 4.351. — Classifica as indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas em 3 classes, segundo o grau de insalubridade, incomodidade ou toxicidade. Contém o Regulamento da Higiene, Salubridade e Segurança nos estabelecimentos industriais, com as respectivas instruções gerais.
- *Lei n.º 1.453, de 26 de Julho de 1923.*
- *Decreto n.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926.*
Nova organização dos Serviços de Saúde. Cria a Inspeção de Higiene do Trabalho e das Indústrias.
- *Decreto n.º 13.166, de 28 de Janeiro de 1927.*
- *Decreto n.º 14.497, de 29 de Outubro de 1927.*
Regulamenta os Serviços da Inspeção de Higiene do Trabalho e das Indústrias.
- *Decreto n.º 14.498, de 29 de Outubro de 1927.*
Regula o trabalho das mulheres e dos menores.
- *Decreto n.º 14.535, de 31 de Outubro de 1927.*
Aprova o Regulamento do trabalho das mulheres e dos menores.
- *Decreto n.º 24.402, de 24 de Agosto de 1934.*
Regulamenta o horário do trabalho. Revoga os decretos n.ºs 14.498 e 14.535, acima.
- *Decreto n.º 23.048, de 23 de Setembro de 1933.*
Estatuto do Trabalho Nacional. O seu art.º 25.º estabelece que « As condições do trabalho devem ser dispostas por forma

que fiquem atendidas as necessidades de higiene física e moral e a segurança do trabalhador.»

Contém disposições relativas ao trabalho das mulheres e dos menores.

- *Lei n.º 1.942, de 27 de Julho de 1936.*
Sobre accidentes de trabalho e doenças profissionais.
- *Decreto n.º 27.649, de 12 de Abril de 1937.*
Regulamento da Lei n.º 1.942, acima.
- *Decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.*
Reorganiza os Serviços de Assistência Social.
Cria os Serviços Técnicos de Higiene do Trabalho e das Indústrias.
- *Decreto-lei n.º 35.427, de 31 de Dezembro de 1945 e*
Decreto-lei n.º 35.975, de 23 de Novembro de 1946.
Institue o Socorro Social e contém disposições relativas à
assistência materno-infantil nos estabelecimentos industriais.

* * *

Nos Serviços de Saúde apenas existem actualmente dois funcionários médicos especializados em higiene industrial e encarregados de velar pela saúde dos operários.

Prestam colaboração aos Serviços Centrais, os Delegados e Subdelegados de Saúde.

* * *

A seguir, depois de terem usado da palavra vários Delegados de Saúde para exporem as suas dúvidas, que foram esclarecidas pelo Dr. Couto Nogueira, usou da palavra o Inspector Superior Dr. Castro Soares sobre:

Serviço Técnico de Profilaxia das Doenças Infecciosas e Sociais

Antes de dirigir algumas e breves palavras a V. Ex.^{as}, eu quero regosijar-me pela realização desta primeira reunião dos Delegados de Saúde e endereçar meus cumprimentos de saudação aos participantes, convocados pela iniciativa frutuosa do Ex.^{mo} Director Geral de Saúde, cuja intenção deverá ser coroada do melhor e mais seguro êxito.

Pareceu-me deslocado tomar o tempo de V. Ex.^{as} com exposição que excedesse as linhas gerais de umas considerações simples ácerca do problema de educação sanitária, de tão íntima correlação com o nosso trabalho cotidiano, rodeado de redobradas canseiras e de parcimónia de resultados práticos, por virtude de notória deficiência da sua vulgarização.

Após a promulgação de leis e de regulamentos de saúde pública, que sempre teve, entre nós, foros de perfeição, notada por nacionais e estrangeiros, os primeiros passos na senda da salubrisação do país foram dados, com indiscutível lentidão, mercê de factores variados.

Ao insuficiente cumprimento das primeiras, aliou-se a rudimentaríssima educação sanitária das populações, seu baixo nível de vida, deficiente habitação e alimentação, ausência de higiene e notória falta de trabalhos de salubridade pública, como abastecimentos de água potável, estabelecimento de bons esgotos, e seguros meios de inutilização ou tratamento de dejectos.

É indubitável o progressivo e constante aperfeiçoamento da legislação sanitária portuguesa e é visível o enriquecimento de meios profiláticos e curativos de que dispomos.

O Estado, pelos Governos da Nação, têm realizado insano esforço, no sentido de dotar o País de modelares instalações hospitalares, dos diversos ramos, e criou instituições especializadas, cuja acção se estende desde a assistência materno-infantil, à anti-leprosa, psiquiátrica, anti-cancerosa e anti-tuberculosa, etc.

A recente inauguração de sanatórios para tuberculosos, de hospitais psiquiátricos, do Hospital Colónia de Rovisco Pais, para leprosos, etc., é a demonstração evidente do acelerado ritmo imprimido à realização de tais benefícios sociais.

Par e passo se ramifica e adensa a rede de estabelecimentos de medicina preventiva, constituindo já uma notável armadura de defesa e de luta contra a doença. Temos de reconhecê-lo, com justa imparcialidade e franco aplauso.

Mas, e sempre um mas se interpõe, todo o trabalho, toda a boa vontade dos Governos, dos médicos e dos sanitaristas esbarram perante a incompreensão e cepticismo do meio, que não aproveita o ensejo e facilidade de melhorar e conservar a saúde, por ignorância, por descuido, ou por fatalismo atávico, tão lamentáveis entre nós.

Presentemente, em muitos países adiantados radicou-se a ideia de que a protecção e melhoria da saúde pública é uma responsabilidade social.

O conceito, admitido entre nós, permitiu e animou muitos e inumeráveis melhoramentos de salubridade pública, sem exigência da participação individual, e apenas mercê do influxo e auxílio central, com consequente interesse e compreensão das autarquias locais.

No entanto, a participação individual e familiar não é dispensável, para preservação e melhoria da saúde, e temos de solicitá-la, por todos os meios, inculcando o alcance da missão, que nos propomos, junto dos influentes, digamos até, da elite das pequenas comunidades populacionais.

São elas, ou é ela, que precisamos captar, catequizar, apaixonar pelo interesse dos problemas sanitários, insinuando-lhes a parte moral do seu precioso concurso e o quinhão material das vantagens e conquistas colectivas, provenientes de uma acção persistente e sãbiamente conduzida, entre a população local, cuja higidez poderá contribuir para melhoramento da saúde da comunidade portuguesa.

*
* * *

A missão das autoridades sanitárias e a regular concorrência aos serviços de saúde dependem da convicção arreigada no espírito do público, sobre as vantagens mediatas e imediatas de determinadas práticas higiénicas e profiláticas.

A par de serviços médicos preventivos e curativos, o nosso programa de saúde pública inclui campanhas persistentes de imunisação individual e colectiva, de resultados práticos claramente demonstrados por números estatísticos, que são francamente animadores.

A concorrência pronta e oportuna de cada um, para diagnóstico precoce e tratamento proveitoso, subordina-se a um grau de educação sanitária, cada vez mais indispensável, e só possível pela colaboração íntima entre o sanitarista, o professor, o padre, e os elementos mais instruídos e preponderantes de cada pequeno núcleo populacional.

Encarecer a utilidade de um diagnóstico precoce de tuberculose, de cancro, de sífilis, de lepra, ou a classificação pronta de

uma psicopatia e seu imediato tratamento, seria ocioso, mas é necessário que a população o compreenda, o aceite e não esqueça, como felizmente já acontece em certos meios, onde as consultas materno-infantis, de dermato-sifilografia, de higiene mental, anti-tuberculosas, etc., são procuradas espontaneamente, numa compreensão inteligente e aceitação simpática da restricta propaganda realizada.

Parece que o conceito de saúde individual começou a adquirir posição entre as necessidades fundamentais de abrigo, de alimento, de vestuário, como complemento da felicidade e do futuro.

A resistência de cada um, e de muitos, pode filiar-se, quase sempre, na incompreensão, ou na ignorância, e todos nós conhecemos — V. Ex.^{as} o sabem — casos de excepcional gratidão, perante rudimentares serviços clínicos, que restituíram ou preservaram a saúde de pobres seres humanos.

Pouco a pouco, por natural aumento do ritmo atingido, melhorarão as condições locais de salubridade.

Mas, precisamos de actuar com persistência, na propaganda de tudo o que depende do indivíduo e da família, furtando-se à influência do Estado ou das autarquias.

A divulgação de preceitos higiênicos, tem de ser intensiva e clara, para criar espírito colectivo, exigente e cuidadoso, que estabeleça ambiente ou crie terreno propício para mais e melhores realizações sanitárias.

Do mesmo modo, se desenvolverá a fiscalização de géneros alimentícios, a observância de preceitos higiênicos, e a limitação da existência de agentes vectores, de insectos, de parasitas, ou de outras fontes de transmissão e de contágio, cuja permanência pode filiar-se na incuria mais censurável.

A Direcção Geral de Saúde tenciona desenvolver e facultar a propaganda sanitária, pelo jornal, pelo folheto, pela exposição, pelo cartaz, pela palestra, pela radiodifusão, e pelo cinematógrafo, para conseguir a maior informação das populações, educando-as e atraindo-as.

Despertar-lhes o interesse, antes de mais nada, pois sem ele, tudo será em vão, e só a crença nas vantagens que poderá auferir levará o público a proceder melhor em seu próprio benefício.

Enquanto não atingirmos certo nível educativo, até ao dia em que possamos contar com perfeitas instalações de salubridade,

e ainda depois, teremos de lutar pela profilaxia das doenças infecto-contagiosas, para reduzirmos as taxas de morbilidade e de mortalidade, que tornam sombrias as nossas estatísticas e traduzem o depauperamento físico da raça, como prejuízo irreparável da riqueza nacional.

As campanhas de imunização serão objecto de um plano cada vez mais vasto e não poderão dispensar a colaboração activa de leigos prestáveis, de membros escolhidos dos aglomerados populacionais, que sintam o prazer e o proveito da cooperação, em benefício da saúde pública.

Com assistência técnica e sábio conselho, podem operar-se prodígios, nos meios que parecem mais relapsos e menos atreitos ao bom acolhimento da nossa intervenção.

* * *

Se nos lembrarmos dos benéficos meios profiláticos que a ciência descobriu nos últimos 40 anos, se os usarmos com regularidade e perseverança, poderemos atenuar muitos males e realizar uma proveitosa obra de protecção colectiva.

Lutaremos com armas bastante seguras, de suficiente precisão para atingirmos o alvo, que nos propomos, pois podemos dominar as infecções tifo-paratíficas, a difteria, o tétano, a raiva, a varíola, o tifo exantemático, a tosse convulsa, e mesmo a tuberculose

A imunização extensa e sistemática deverá libertar-nos do pesadelo constante e só lograremos resultados apreciáveis se interessarmos nela as nossas populações ricas, remediadas e pobres, cultas e incultas.

Limitar-me-ei a insistir nas quatro ou cinco grandes modalidades de vacinação, mais vulgarizadas, — a anti-variolica, anti-tifoparatífica, anti-diftérica, anti-tetânica, anti-coqueluchosa e anti-tuberculosa, que tende para a generalização, ansiada há tanto tempo, embora rodeada dos máximos cuidados.

Seria, sem dúvida, interessante versar o problema puramente imunológico das vacinações preventivas. O tempo não o permite e eu verifico a necessidade e vantagem de vulgarizarmos os benefícios e vantagens reais que oferecem as vacinações e revacinações correctas.

Quanto à primeira, vemo-nos isentos de perigo, de accidentes, e a vacinação jeneriana deverá entrar na rotina, sem permitirmos que se aguarde a eclosão epidémica, tantas vezes indispensável ao nosso povo para que o alarme e o terror o levem a procurar imunisar-se.

A vacina generalizada e a encefalite post-vacinal são felizmente excepcionais.

A regra deve ser a de vacinar precocemente e revacinar com oportunidade. Assim libertaremos o País da mancha negra que o tem coberto, exteriorizando um desleixo imperdoável, alheio à vontade dos poderes públicos e das autoridades sanitárias, que lutam tenazmente contra a incompreensão.

A vacinação anti-tifoparatífica, em meio como o nosso, e principalmente naqueles de maior densidade populacional, tem muita oportunidade e a sua eficácia impõe o alargamento do seu uso, nas zonas endémicas, bem conhecidas de todos nós. Seus resultados estão patentes, na evidência do domínio de surtos epidémicos de vulto.

A imunisação completa, com observância de exame prévio e de contraindicações formais, apresenta notável inocuidade e eficácia comprovada, pela segurança e duração da imunidade adquirida que confere, e mesmo perante cálculos moderados e prudentes.

Lembremo-nos do asserto de Vincent, de que, « graças à vacinação, a febre tifoide é, como a varíola, a mais evitável das doenças ». Sejam cépticos, mas aproveitemos integralmente os seus benefícios, enquanto não contarmos com salubridade perfeita, higiene modelar e recearmos os porta-bacilos, de tão nefasta influência.

Embora não desejemos alongar-nos, aludiremos ainda à vacinação anti-diftérica, cuja prática vai criando raízes no nosso país e que a Direcção Geral de Saúde faculta, sob forma de anti-toxina e de toxoid-alumen diftérico.

Ambas as vacinas oferecem características de inocuidade, de estabilidade, de irreversibilidade e de poder imunisante seguro.

De manejo fácil, permitiram já restringir a incidência diftérica, em certos pontos do País, e o contróle estatístico e clínico demonstram que os resultados são muito animadores, até no plano social, pois a sua acção se repercute na morbilidade e mortalidade pela difteria.

A generalização da vacinação, nas primeiras idades, impõe-se, mas para que a eficácia se vá reflectir socialmente teremos de ampliar a sua prática, vacinando na proporção do mais elevado número de indivíduos, a fim de obtermos a desejada imunidade colectiva.

A vacinação anti-tetânica, deveria ser utilizada em meios especiais, de forma a isentar as nossas clínicas da aparição contínua de infectados, infelizmente, nem sempre vítimas da sua imprevidência, mas ainda assim, levados ali, em grande número, pelo persistente uso e abuso do pé descalço.

Finalmente direi a V. Ex.^{as} que as facilidades concedidas pela Direcção Geral de Saúde para mais larga aplicação da vacina anti-pertussis proporciona a colheita de elementos muito animadores e tudo faz prever que assistamos ao progressivo interesse pela sua utilização.

A vacinação anti-tuberculosa, será objecto de próximo incremento, e apesar de contarmos com um Instituto especializado, os nossos Serviços não deixarão de lhe dedicar toda a atenção que merece, seguindo e colaborando nos trabalhos que visem aplicar no nosso país a conquista tão esperançosa do B. C. G.

* * *

Uma permanente preocupação do homem consciente e culto consiste em tornar menos precária e instável a existência e em diminuir o risco iminente de doença.

Todos os esforços, todas as pesquisas, todas as descobertas, tendem para aumentar a segurança individual e colectiva, como dever social, indeclinável.

As gerações, que nos antecederam, pensaram, sobretudo nas garantias de ordem económica, e, assim, nasceu o seguro, a assistência e a mutualidade. Ultimamente, desenvolveram-se os seguros sociais e ampliou-se a assistência preventiva, no intuito de diminuir as probabilidades de risco pessoal e colectivo.

Ao corpo médico foi conferido o encargo de velar pela saúde social e de praticar activamente a medicina preventiva.

As imunisações assumiram papel primacial e constituem um exemplo típico da evolução sofrida pela arte médica. Elas são

um exemplo frisante da transformação sofrida pelo papel do médico nas sociedades modernas.

Mas, a imunização individual deve ampliar-se, atingindo a imunização colectiva, pelo concurso de todo o corpo clínico, em íntima e leal colaboração com as autoridades sanitárias.

Só um esforço de conjunto permitirá uma propaganda esclarecida, proveitosa, revestida de autoridade moral, que mostre a sua utilidade inegável e a sua extraordinária eficácia.

Esta missão não é isenta de responsabilidade, não só pela sua prática corrente, mas pelo apuro e julgamento dos resultados, perante a vigilância da opinião pública.

O espírito de iniciativa e de dedicação da classe médica, entre a qual está reservado lugar distinto, neste combate, às autoridades sanitárias, é segura garantia de êxito da nossa missão.

Porém, é indispensável, como já disse, e repito, que se procure prosseguir numa paciente campanha de educação sanitária, ainda que tenhamos de adotar processos postos em prática em certas regiões rurais dos E. U. A. onde se criou uma classe de educadores sanitários, competentes e industriados no sentido de exercerem a sua missão junto das populações.

A missão do médico, do técnico, é facilitada por eles, pois estabelecem uma ponte de passagem e de cooperação entre os serviços sanitários e as populações.

Concluindo direi apenas que não espero ver tardar o dia em que o povo das nossas cidades, vilas e aldeias conheça sumariamente elementares noções de higiene e de profilaxia, saiba proteger-se melhor e viver melhor, aproveitando bem os recursos da comunidade, para melhoramento da saúde e prolongamento da vida.

Educar é sempre obra meritória. Educar, sob o ponto de vista sanitário, constitui um verdadeiro sacerdócio, pelos males que evita, pelos perigos que combate, pelo bem que conquista.

Saibamos, pois, cumprir bem a nossa missão... »

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

No dia 8 realizou-se a 3.^a sessão, dedicada a expor as directrizes do trabalho, usando da palavra o Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Dr. Fernando da Silva Correia, que disse:

Determinou o Senhor Director Geral de Saúde, ao honrar o Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, escolhendo-o para aqui se realizar a 1.^a Reunião dos Delegados de Saúde, que o seu director expuzesse sucintamente quais os recursos que este Estabelecimento, dependente da sua Direcção Geral, oferece actualmente aos Delegados de Saúde e aos demais sanitaristas portugueses.

Vai procurar em breves palavras dizer:

- 1.^o — Quando, como e em que moldes foi criado o Instituto.
- 2.^o — Quais as suas funções desde sempre e a sua evolução.
- 3.^o — Quais os recursos que actualmente oferece, nomeadamente os que resultaram da execução do Decreto-lei N.^o 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

O Instituto Central de Higiene foi criado pelo Decreto de 28 de Dezembro de 1899, como dependência da Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública, que fazia parte do Ministério do Reino.

Antes dele apenas tinham sido fundados o de Monaco da Baviera, em 1866, por iniciativa de Pettenkoffer, o de Budapest (1875), devido a Fodor, o de Viena de Austria (1875), o de Munich (1879) devido a Pettenkoffer, o de Goëtinge (1883), a Flügge, o de Roma (1883) a Tommasi-Crudeli, o Instituto Pasteur, de Paris (1885), o de Berlim (1885) devido a Koch, o de Moscow (1890) a Erisman e o de Madrid (1899) da iniciativa de José Maria Cortezo e dirigido por Ramon y Cajal.

Além destes 10 Institutos havia sido criado em Berlim, no mesmo ano em que Pettenkoffer criara o de Monaco, em 1866, um Laboratório de Higiene, dirigido por Voit.

Por outro lado o ensino regular da Higiene, particularmente da Higiene Pública, iniciado por João Pedro Frank, em Pavia,

em 1776, foi logo seguido em Paris por Halle (1794), por Duncan, em Edimburgo (1795), no Rio de Janeiro (1813), na Baía (1816), em Caracas (1827), em Montpellier (1838), Madrid (1854, regida por Monlau) México (1854), Londres, por Greenhow (1855), Quito (1857), Munich (1865) regida por Pettenkoffer, Berlim (1866) por Voit, Budapest (1874) por Fodor, Goettingen (1881) por Flügge, Moscow (1882) por Erisman, e Berlim (1884) por Koch. Em Portugal a cadeira de Higiene, há muito ensinada junta à Medicina Legal, à Patologia Geral, à Fisiologia ou à Clínica, só se tornou independente em 1900. Quanto a laboratórios de interesse para a higiene havia sido fundado em Lisboa, em 1881, por iniciativa de Silva Amado, um Laboratório Municipal, destinado especialmente a análises bromatológicas, seguindo-se-lhe em 1884 outro, no Porto, devido ao químico Ferreira da Silva. Em Coimbra foi criado em 1887 um Gabinete de Microbiologia, devido a Augusto Rocha. Em Lisboa foi criado em 1892 o Instituto Bacteriológico, devido a Câmara Pestana, e, também em 1892, no Porto, o Laboratório Municipal de Bacteriologia, devido a Ricardo Jorge.

Qual o modelo seguido por este ao fundar o Instituto Central de Higiene de Lisboa?

Di-lo ele próprio no relatório que precede o Regulamento Geral de Saude de 1901: — Foram os Institutos da Inglaterra e da Alemanha. Silva Amado trabalhara com Flügge e na Alemanha se formara o químico Holtreman do Rego que sob a sua direcção foi trabalhar no Laboratório Municipal de Lisboa.

O Instituto Central de Higiene absorvia este Laboratório, criando concomitantemente uma secção de Bacteriologia, um Museu e uma Biblioteca. Além disso instituiu pela primeira vez em Portugal o ensino prático da Higiene Publica.

Alguns dos Institutos já existentes no estrangeiro pertenciam às Faculdades de Medicina. Outros não, entre eles o de Koch. Ricardo Jorge, professor duma Escola de Medicina e pioneiro do ensino prático laboratorial em Portugal (Ver o seu Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução — 1884) dava-lhe independência da Escola Médica, como fizera Silva Amado, também professor da Escola Médica, ao ser criado o Laboratório Municipal.

Ficou o Instituto Central de Higiene instalado num grande edifício na Rua da Cruz de Santa Apolónia.

As suas funções eram a do ensino da Higiene Pública, a da realização de análises Bromatológicas e Bacteriológicas de interesse sanitário e a fiscalização de géneros alimentícios.

Desde 1901 a 1929 os seus serviços, sempre dirigidos por Ricardo Jorge, mantiveram a sua organização primitiva, modelar ainda hoje na maior parte dos seus aspectos.

A sua sede foi transferida em virtude das disposições do Decreto de 16 de Março de 1912, para o actual edificio, tendo o seu fundador tido como colaboradores, desde 1901 a 1928, Silva Amado, Miguel Bombarda, Holtreman do Rego, Henrique Schindler, Carlos França, Guilherme Enes, Morais Sarmiento, Benjamim Arrobas, Aníbal Bettencourt, Lopes Martins, Sobral Cid, Matos Chaves, Cassiano Neves, Gonçalves Marques, Gonçalves Braga, Firmino Santana, Manuel de Vasconcelos e Pina Júnior, médicos; Reis Martins, médico veterinário; o Conde de S. Lourenço e Barros Gomes, engenheiros, que sucessivamente com ele regeram cadeiras do Curso de Medicina Sanitária.

Durante esses 27 anos poucos benefícios alcançou Ricardo Jorge para o Instituto Central de Higiene, dos inúmeros governos que sucederam ao de Hintze Ribeiro, seu fundador.

Em 1912 foi-lhe confiada a elaboração da Estatística Demográfica, trabalho valioso, infelizmente conhecido de pouca gente, e que executou de 1913 a 1925.

Os serviços de fiscalização de géneros alimentícios foram-lhe tirados em 1929.

* * *

Aposentado Ricardo Jorge em 1928 não foi o Instituto mais feliz desde 1928 a 1945, apesar dos esforços do seu sucessor na Direcção Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria, e da dedicação do Dr. Arruda Furtado, a quem este confiou a Direcção do Instituto. A insuficiência de verbas e de estímulos não permitiu fazer progredir os laboratórios e muito menos criar quaisquer serviços novos. O excesso de condescendência com abusos tornara o Curso de Medicina Sanitária numa simples formalidade illusória, apesar do que o Dr. Arruda Furtado se esforçou para o conseguir tornar eficaz.

Logo que foi publicado, em 15 de Maio de 1944 o Estatuto da Assistência Social, devido ao Dr. Diniz da Fonseca, ou antes

desde que saiu o Decreto-lei n.º 35.108 que o regulamentou foi possível dar-se vida nova a este Instituto.

Nem têm faltado verbas nem estímulos, devido à dedicação que sempre por ele demonstraram o Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Trigo de Negreiros, e o Director Geral de Saúde, o Dr. Augusto Travassos, e à competência e zelo dos que trabalham no Instituto, quer nos laboratórios, quer na Biblioteca, quer na Secretaria.

Esse conjunto de dedicações, se tem tornado possível a acção de quem o dirige, tem-lhe tirado quaisquer possíveis veleidades de glória, pelo que o seu papel se tornou mínimo no concerto geral dos esforços.

É sempre com satisfação que agradeço públicamente a quem tanto tem facilitado a minha tarefa.

Limpeza geral e pinturas, reparações e adaptações no prédio, nos quais a sua Proprietária colaborou de boa vontade; apetrechamento dos laboratórios de Bromatologia e de Bacteriologia, melhorando as suas instalações, saneando-as, adquirindo material moderno e suficiente para se criarem secções novas, permitindo novos estudos, como os de Vitaminas e Virus; instalação de material necessário e estudos sobre Nutrição, aquisição de livros e revistas, de modo a actualizar a sua Biblioteca, tornando-a útil, não só aos que trabalham no Instituto ou nele tiram Cursos, mas a estranhos, médicos e não médicos; reparação de móveis e substituição dos inutilizados; reorganização dos Cursos de Medicina Sanitária e de Visitadoras e realização de Cursos de aperfeiçoamento, iniciados em 1939 e que não se haviam repetido; preenchimento dos quadros do pessoal por pessoas competentes, que se juntaram às que durante os anos de crise haviam mantido o prestígio do Instituto, promoção de visitas de estudo a Paris, Madrid, etc., e da realização dum Curso na Universidade John Hopkins de Baltimore, frequentado pelo director do Laboratório de Bacteriologia Sanitária; realização de conferências por individualidades categorizadas; publicação do Boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge; eis, entre outros, a traços largos e sem pormenores, o que já foi possível realizar desde 1946 até hoje.

Posto isto, fácil e rápido é dizer agora os recursos que o Instituto Ricardo Jorge oferece aos Delegados de Saúde e a quantos em Portugal se interessam pelos problemas ligados com a defesa da Saúde Pública.

Fá-lo-emos num simples esquema :

I — Livros, revistas, mapas estatísticos, cartas topográficas, esquemas, indicações bibliográficas e outros elementos para a realização de quaisquer estudos sobre bacteriologia, epidemiologia, salubridade, nutrição, bromatologia, puericultura, serviço social, medicina do trabalho, medicina social, de tudo enfim o que interessa à Higiene nos seus diversos ramos, sem esquecer o histórico, referente particularmente a Portugal.

II — *Um Laboratório Químico* em que se realizam análises bromatológicas e outras de interesse sanitário, predominando as requisições das dos leites, águas, azeites, manteigas, banhas, conservas alimentares, refrigerantes, corantes, farinhas, açúcares, óleos de fígados de bacalhau, queijos, vinhos, vinagres, etc., mas realizando-se também análises de sangue, urinas, líquidos céfalo-raquidianos, entre outras, e algumas de medicamentos.

O material novo adquirido permite, como vimos, fazer alguns estudos sobre vitaminas, entre outros.

Nos relatórios publicados nos n.ºs 4 e 10 do Boletim do Instituto e no que será publicado no n.º 16 (1) encontram-se pormenores a esse respeito.

III — *Um Laboratório de Bacteriologia Sanitária*, em completa remodelação e apetrechamento, com material moderno, que permitirá fazer estudos sobre vírus e os demais que as técnicas mais recentes tornam possíveis, devendo regressar dentro de alguns meses o seu director depois de tirar o Curso de Master of Public Health, em Baltimore. As análises mais requisitadas têm sido as reacções de Wassermann, Kahn, Widal, Wright, Huddleson, Weil-Felix e Weinberg, hemoculturas de Kaiser, as análises de expectoração e outros produtos para pesquisa de bacilos de Koch, de Hansen, de Löffler, de hematozoários de Laveran, Leishmanias, treponema pálido, etc. Nos mesmos números do Boletim se podem encontrar os pormenores correspondentes.

IV — *O Laboratório da Junta Sanitária de Águas e o Serviço de Nutrição*, dependentes da Direcção dos Serviços Técnicos de Higiene da Alimentação e Bromatologia, que funcionam também no Instituto.

(1) Ver este número do Boletim.

V — *Cursos de Medicina Sanitária e de Visitadoras Sanitárias*, onde se preparam os técnicos que terão de dar a sua colaboração aos Delegados de Saúde. Durante os Cursos os alunos elaboram topografias médicas, quadros estatísticos de mortalidade e outros estudos que podem contribuir para melhor conhecimento dos serviços sanitários concelhios e distritais.

Em sessões de estudo, quer nesses cursos, quer nos de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, versam-se assuntos de interesse prático tendentes a melhor conhecer certos aspectos dos problemas sanitários.

Poderão aqui realizar-se cursos para agentes sanitários.

VI — *Boletim do Instituto*, em que se publicam trabalhos dos seus laboratórios, conferências e lições nele realizadas, com a preocupação de actualização de conhecimentos, de investigação, coordenação e esclarecimento de problemas de interesse sanitário e de o tornar como que um prolongamento da sua acção pedagógica e estímulo para estudiosos, procurando as vocações sanitárias, sempre no mais completo acôrdo com as directrizes traçadas pelo Sr. Director Geral de Saúde.

Engenharia Sanitária

A seguir e depois de esclarecidas dúvidas e ouvidos alvitre de alguns delegados de Saúde, foi concedida a palavra ao Engenheiro Sanitário Agnelo Prazeres que se ocupou das *Directrizes de trabalho da Engenharia Sanitária*, tendo as suas palavras sido publicadas no n.º 17 deste Boletim, págs. 47 a 54.

4.ª Sessão

No dia 11 realizou-se a última, das sessões destinadas a exposição de Directrizes dos Serviços Técnicos.

Serviço Técnico do Exercício de Farmácia e Comprovação de Medicamentos

Começou por usar da palavra o Dr. Souto Teixeira, Director do *Serviço Técnico do Exercício de Farmácia e Comprovação de Medicamentos*, que começou por indicar as modalidades do Serviço que corre sob sua responsabilidade — Exercício da pro-

fissão farmacêutica, Comprovação de medicamentos e Serviço Central de Estupefacientes — funções que, embora intimamente ligadas, estão burocraticamente mais ou menos diferenciadas, e mostrou qual a competência do Serviço em face da lei N.º 1.998 e decreto-lei N.º 35.108, cujas instruções foram aprovadas por despacho ministerial de 10 de Dezembro de 1946 e que seguidamente se transcrevem:

1.º) Orientar a execução do decreto n.º 17.636, que estabelece as regras para o exercício da arte de farmácia, competindo-lhe assim:

- a) — Orientar e fiscalizar a venda ao público de medicamentos, nomeadamente a fiscalização criada pelo decreto n.º 30.428 de 9 de Maio de 1940;
- b) — Propor e promover a elaboração e revisão das especialidades farmacêuticas, produtos químicos medicinais, nomeadamente os tóxicos, antigenéticos e abortivos que tenham de ser submetidos a regimen especial de venda ao público;
- c) — Exercer a fiscalização sanitária sobre anúncios e outras formas de propaganda dos medicamentos, de modo a que as informações postas em público não tendam ao charlatanismo, bem como fiscalizar a proibição do anúncio de substâncias empregadas como antigenéticas ou abortivas tendo em vista o que dispõe o art.º 16.º e seu parágrafo do decreto-lei n.º 32.171, de 29 de Julho de 1942, que regula o exercício da profissão médica;
- d) — Colher amostras de medicamentos, bem como de produtos medicinais, para verificação oficial da sua pureza ou como inquérito para efeito de orientação a seguir;
- e) — Propor a instalação da Comissão para efectuar a revisão e actualização da Farmacopeia Portuguesa e propor o respectivo orçamento para o seu regular funcionamento;
- f) — Elaborar e submeter à apreciação superior a revisão do Regimento dos Preços dos Medicamentos por intermédio da Comissão Permanente nomeada para esse fim;
- g) — Prestar informações e dar pareceres respeitantes à instalação de novas farmácias, laboratórios farmacêuticos e depósitos de drogas;

- h)* — Inspeccionar os estabelecimentos de preparação e venda de medicamentos e proceder de modo a garantir o asseio e higiene dos mesmos estabelecimentos, bem como a sua assistência técnica;
- i)* — Informar e dar parecer quanto ao funcionamento de farmácias que funcionam em regimen especial quanto à sua direcção técnica;
- j)* — Promover a destruição ou impedir a venda ao público dos medicamentos e substâncias medicinais que não ofereçam condições de garantia ou sejam impróprios para uso terapêutico;
- k)* — Promover junto das autoridades administrativas e policiais o cumprimento de disposições que digam respeito ao exercício da profissão farmacêutica;
- l)* — Proceder aos registos dos diplomas dos farmacêuticos e sequentes averbamentos, bem como aos registos anuais de prática farmacêutica.

2.º) Orientar a execução do decreto n.º 19.331, de 6 de Fevereiro de 1931 que regulamenta a importação e venda de medicamentos especializados de origem estrangeira, competindo-lhe assim:

- a)* — Inscrever e comunicar à Direcção Geral das Alfândegas as firmas que estão autorizadas a importar medicamentos especializados;
- b)* — Fiscalizar a composição dos medicamentos especializados de origem estrangeira no que diz respeito à sua composição qualitativa e quantitativa e actividade;
- c)* — Propor a aferição desses medicamentos em laboratórios oficiais, bem como a dispensa de análise quando não seja conhecido método analítico para se avaliar da sua composição;
- d)* — Informar e propor autorizações para importação de medicamentos para os serviços de Saúde e de Assistência do Estado, bem como para ensaio clínico;
- e)* — Promover a distribuição ou a destruição de medicamentos especializados estrangeiros fora dos preceitos legais;
- f)* — Informar as entidades competentes sobre convênios a estabelecer no comércio internacional de medicamentos.

3.º) Orientar a execução do decreto-lei n.º 23.422, de 29 de Dezembro de 1933, que diz respeito à propriedade de farmácias, competindo-lhe, assim:

- a) — Fiscalizar o funcionamento das farmácias em relação com os proprietários;
- b) — Propor as determinações e instruções atinentes ao funcionamento de farmácias que não são propriedade de farmacêuticos.

4.º) Orientar a execução do decreto n.º 12.210 de 24 de Agosto de 1926 que regulamenta a importação e comércio das drogas estupefacientes e dos decretos ministeriais subsequentes, competindo-lhe, assim:

- a) — Dar informação sobre todas as importações e exportações de drogas estupefacientes;
- b) — Passar certificados de importação destinados aos países de origem;
- c) — Fiscalizar o comércio, no país, das drogas estupefacientes;
- d) — Elaborar os formulários a enviar pelo Governo Português ao Organismo Internacional Competente.
- e) — Propor a aplicação de disposições especiais a toda e qualquer droga que venha a reconhecer-se que pode dar origem a efeitos nocivos pelo seu emprego abusivo;
- f) — Elaborar o relatório anual do Governo Português, para ser enviado à Comissão Nacional do Tráfico do Ópio;

5.º) Orientar a execução do decreto-lei n.º 29.537 que regulamenta a indústria farmacêutica, competindo-lhe assim:

- a) — Organizar e informar os processos respeitantes à instalação e condicionamento de novos laboratórios de produtos farmacêuticos;
- b) — Exercer a inspecção e fiscalização higiénica e técnica desses laboratórios;
- c) — Dar parecer no que diz respeito ao fabrico no país de medicamentos especializados de marca estrangeira.

6.º) Cooperar na parte que lhe compete com a Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos nomeadamente na execução do decreto n.º 30.270 e do Regulamento do Comércio dos Medicamentos Especializados aprovado por despacho ministerial de 15 de Abril de 1941.

7.º) Propor as disposições necessárias no que diz respeito ao condicionamento de novas farmácias e a distribuição de medicamentos pelas populações rurais nos termos da base XVI da lei n.º 1998 que regula os Serviços de Assistência Social.

8.º) Propor as medidas necessárias referentes à fiscalização e comprovação dos medicamentos, manter relações com laboratórios oficiais estrangeiros produtores de medicamentos padrões internacionais e conservar e distribuir esses padrões no país.

Fez várias considerações no sentido de esclarecer a competência, a colaboração e o modo de proceder dos Delegados de Saúde nas diversas modalidades que dizem respeito ao Serviço e que fundamentalmente constam da circular que em devido tempo lhes foi dirigida. Analisou resumidamente a legislação referente ao exercício da profissão farmacêutica a partir do princípio do século passado até à presente data, em confronto com a evolução da terapêutica, mostrando que tais disposições legais tinham sempre como finalidade elevar o moral profissional dos preparadores de medicamentos, além de defender a saúde pública e levar ao melhor aproveitamento das descobertas tendentes a remediar os males e os sofrimentos humanos. Mostrou os resultados obtidos nos últimos anos referentes à comprovação de medicamentos e, embora estes sejam presentes ao consumo público, principalmente sob responsabilidade profissional de quem os manipula ou de quem os analisa, fez considerações sobre o modo como as entidades oficiais deveriam proceder em diversos casos no sentido de se garantir a sua pureza e actividade, dado que sem bons medicamentos não pode haver boa medicina preventiva ou curativa. Referiu-se ao papel do Delegado de Saúde quando seja chamado a intervir em certos problemas de ordem local, nomeadamente no que se refere à interferência que possa surgir no exercício das diversas profissões da arte de curar.

* * *

Esclareceu a seguir o Dr. Souto Teixeira múltiplas dúvidas apresentadas pelos Delegados de Saúde a respeito da prática do exercício farmacêutico nos respectivos distritos, depois do que usou da palavra o Dr. António Augusto de Carvalho Dias, director do *Serviço Técnico de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiras e Transportes Colectivos*.

Serviço Técnico de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiras e Transportes Colectivos

Disse o Dr. Carvalho Dias :

São de duas ordens as actividades deste Serviço Técnico ; uma de maior vulto, assegura a defesa sanitária externa contra a invasão das doenças epidémicas, especialmente as doenças visadas pelas Convenções Sanitárias.

A outra, cuida da sanidade dos transportes colectivos, assunto em que a hygiene geral e a epidemiologia constantemente se associam.

Nos actuais meios de transporte mecânico têm de considerar-se as circunstâncias derivadas da vida em comum, das modificações do meio exterior em relação com a velocidade dos deslocamentos, as aglomerações e deslocações de grande número de pessoas e, por fim, a segurança na condução de maquinismos muito rápidos.

A questão dos transportes colectivos tem assim pontos de contacto com os locais habitados e o conjunto formado pelos passageiros e empregados, assemelha-se às colectividades. O médico sanitário tem de ocupar-se destes dois tipos de indivíduos, os que viajam e os que asseguram o seu transporte.

Os primeiros, deslocando-se a grandes distâncias, estiveram por vezes em contacto com fontes de infecção e ocupam durante a viagem espaços de volume e superficie limitados ; daí a série de problemas relacionados com a hygiene geral e a profilaxia das doenças. Quanto aos segundos, a selecção tem interesse fundamental, no intuito de assegurar aos primeiros, a maior garantia na utilização dos transportes.

De todas as questões a que tem de atender a sanidade dos transportes colectivos, umas não foram ainda consideradas pelos nossos serviços por falta de secção própria que deles pudesse ocupar-se, e outras, pela mesma razão, têm corrido dispersas por vários serviços.

Julgamos no entanto que a sua organização deve seguir-se à da sanidade marítima e internacional, por ser esta a de maior urgência, e aquela que, por virtude do prodigioso desenvolvimento da navegação aérea, mais carece na primeira fase dos

nossos trabalhos da atenção e cuidado dos serviços de defesa sanitária.

Portugal que se fez sempre representar e acompanhou os trabalhos das Conferências Sanitárias Internacionais, e que firmou com a França e a Sardenha a primeira Convenção Sanitária em 1851, tem largas tradições em profilaxia internacional.

Primitivamente as doenças visadas pelas Convenções foram as duas grandes pestilências exóticas, a peste e o cólera; mais tarde juntou-se-lhes a febre amarela e depois a varíola e o tifo exantemático. Mas os serviços de defesa sanitária têm de providenciar também sobre outras epidemias transmissíveis, embora não especificadas nas Convenções.

Como a própria designação destes Serviços Técnicos o indica, e nem doutra forma poderia compreender-se, incumbem-lhes actuar em todas as fronteiras, terrestres, marítimas e aéreas.

Nas fronteiras terrestres as autoridades sanitárias, só intervêm, quando haja ameaça de invasão por essa via de doenças transmissíveis graves, limitando os pontos de acesso e regulando as restrições à circulação de pessoas e bagagens.

São, portanto, as comunicações marítimas e aéreas, aquelas que estabelecendo a ligação do país com as zonas mais distantes, alguns focos tradicionais de endemias extensas, as que obrigam a manter vigilância aturada.

Os regulamentos portugueses definem precisamente as funções do serviço de sanidade nos portos, e por extensão, o serviço nos aeroportos.

Evitar a importação de pestilências exóticas, prevenir a sua exportação desde que inficionem algum porto ou território nacional, providenciar sobre outras doenças transmissíveis, exercer a polícia sanitária dos portos e embarcações.

A sanidade marítima comporta as actividades seguintes:

- a) — Medidas sanitárias à chegada dos navios: visitas de saúde, inspecções, rádio-prática.
- b) — Fiscalização sanitária no embarque: inspecções eventuais.
- c) — Impedimentos, revisões e vacinações.
- d) — Vistorias, desratações e desinfecções dos navios.
- e) — Vigilância sanitária e profilática do pessoal das docas e cais.

f) — Tratamento das doenças venéreas entre os marítimos dos navios de comércio.

g) — Sanidade dos portos e embarcações.

As estações de saúde por intermédio das quais é exercida a defesa sanitária do país agrupam-se em duas Circunscrições, da Zona Norte e Zona Sul, e os portos providos dessas estações estão classificados pela forma seguinte:

a) — *Portos abertos aos navios infectados ou suspeitos:* Lisboa e Leixões.

São dotados de estações de saúde de 1.^a classe, providos de médicos sanitários privativos, de pessoal auxiliar e de material para a desinfecção e desinfestação de navios.

b) — *Portos abertos aos navios indemnes procedentes de portos contaminados:* Setúbal e Vila Real de Santo António.

Possuem estações de saúde de 2.^a classe, com um guarda-mór e pessoal auxiliar reduzido.

c) — *Portos abertos a navios procedentes de circunscrições territoriais não contaminadas:* Caminha, Viana do Castelo, Aveiro, Figueira da Foz, Sines, Lagos, Portimão, Albufeira, Faro, Olhão e Tavira.

Estes portos têm estações de saúde de 3.^a classe, onde as funções médicas são exercidas pelos subdelegados de saúde.

A propósito destes portos dotados de estações de saúde de 3.^a classe, referimo-nos a circunscrições territoriais.

A definição de circunscrição territorial foi adoptada na Conferência Sanitária Internacional de 1893 e visa a limitar a aplicação de medidas quarentenárias somente às procedências duma área determinada, onde se declararam casos ou focos de doenças visadas nas Convenções, evitando-se a sua imposição a todas as outras procedências do país de que faz parte a referida área.

A circunscrição, tal como é definida na Convenção de 1926, designa uma parte de território bem determinada, como uma província, um distrito, um concelho, uma cidade, um porto, etc., qualquer que seja a sua extensão e a população destas extensões de território.

Mas para que as prevenções sanitárias sejam exclusivamente aplicadas às circunscrições contaminadas é preciso que o Governo do país do qual faz parte tome certas medidas necessárias.

Os aeroportos são classificados em *autorizados*, *sanitários* e *anti-amarílicos*. A Convenção Sanitária para a navegação aérea de 1944, suprimiu os aeroportos anti-amarílicos, mas indica as condições a que devem obedecer os aeroportos sanitários nas zonas endémicas de febre amarela ou naquelas onde a doença pode desenvolver-se.

O aeródromo autorizado é o território aduaneiro no qual uma aeronave pode aterrar depois de passar a fronteira dum país, e do qual pode partir quando sai desse mesmo país.

O aeródromo sanitário, é um aeródromo autorizado, provido de fiscalização e material sanitários.

A acção dos serviços de saúde nos aeroportos segue habitualmente o esquema seguinte :

- a) — Medidas sanitárias à chegada : visitas de saúde.
- b) — Fiscalização sanitária no embarque : inspecções eventuais.
- c) — Isolamentos, revisões e vacinações.
- d) — Desinsectação de aeronaves.
- e) — Sanidade dos aeroportos.

Quer por determinação legal, quer pelas necessidades da profilaxia, os serviços intervêm ainda em certas questões ligadas com a emigração. Além dos exames prévios dos que desejam emigrar e da sua vacinação contra várias doenças evitáveis, compete ao Serviço Técnico representar a Direcção Geral de Saúde nas sessões da Junta de Emigração, e auxiliar este organismo em assuntos que se ligam à protecção dos emigrantes, como sejam as enfermarias e farmácias de bordo e o alojamento e alimentação nos navios que os transportam.

Sobre os repatriados, por vezes portadores de doenças graves, incide igualmente a fiscalização sanitária.

Deste resumido apontamento, naturalmente incompleto, deve salientar-se que, fora parte as actividades exercidas nos portos e aeroportos pelos médicos e auxiliares deste Serviço Técnico, vários aspectos da defesa sanitária envolvem a cooperação dos serviços terrestres; assim acontece com as vacinações, as revisões, os inquéritos, sobretudo os referentes a migrações agrícolas para além das fronteiras, e de grande interesse, as informações epidemiológicas que digam respeito às zonas do país onde ficam situados os portos e aeroportos de maior movimento, e onde chegam ou transitam os indivíduos que se deslocam para o território nacional.

Sessões de estudo

Nos dias 5, 6, 7, 8, 10, 11 e 12 realizaram-se, independentemente das sessões em que os Inspectores Superiores e Directores de Serviços Técnicos da Direcção Geral de Saúde expuseram aos Delegados de Saúde reunidos, as directrizes dos respectivos serviços, *sessões de estudo*, em que estes, com método, ordem, calor e entusiasmo mesmo, sob a direcção igualmente do Director Geral, apresentaram dúvidas, alvitre e críticas de ordem sanitária e administrativa, tendentes a aperfeiçoar a sua função.

Estas sessões, em que os pontos de vista expostos foram discutidos largamente, de maneira construtiva, despertaram o maior interesse, demonstrando as especiais qualidades profissionais e conhecimentos de cada um.

Entre os numerosos alvitre apresentados e discutidos, de harmonia com o programa distribuído a todos e resultante das sugestões previamente apresentadas pelos Delegados de Saúde, reunimos os que se seguem.

Publicam-se tal como foram apresentados, pelos respectivos Delegados de Saúde, embora constituam apenas elementos-base de estudo, para ulteriores apreciações de conjunto. Revelam apenas o interesse de melhorar e acertar os serviços, apenas como tal devendo ser encarados (¹).

I — Sobre Profilaxia geral

A tradição em Portugal tem sido a de ser um médico municipal quem tem a seu cargo a profilaxia geral, dependendo também da vontade e das possibilidades das Câmaras o realizá-la (Viana do Castelo). (²)

— Conseguiu o Subdelegado concelhio (embora indirectamente) através da Câmara, realizar a sua finalidade? Não. A sua acção pouco efeito surtiu, se é que surtiu algum. (idem).

(¹) Muitas das sugestões apresentadas correspondem a realizações posteriormente já efectivadas.

(²) Os nomes de cidades que vão no fim das diversas sugestões correspondem aos das sedes das delegações de saúde que as apresentaram.

— Não basta construir, fazer obras destinadas à defesa da saúde. É indispensável ter quem vigie a manutenção da saúde e dê garantias de o fazer convenientemente. Enquanto a população não estiver devidamente preparada para por si própria se saber defender é preciso que fique debaixo da tutela dos serviços de saúde, cada área dirigida por um médico, que teria a seu cargo a defesa da saúde dos que a habitassem, tal como sucede com as escolas, postos da G. N. R. e Guarda Fiscal. (idem).

— O actual subdelegado, que acumula o cargo com o de médico municipal, é obrigado a concentrar a sua atenção na clínica e nos pormenores que interessam ao diagnóstico e terapêutica, relegando para plano secundário o serviço de defesa sanitária pelos meios preventivos, não podendo dispersar-se em trabalhos em que se requiere perda de tempo, afastamento demorado do local da residência e certo desprendimento para consecução do fim desejado. A técnica profiláctica de resto exige mais, e mentalidade diferente. (idem).

— Aos clínicos bastaria que se pedisse a declaração das doenças contagiosas e que colhessem os produtos destinados ao laboratório e auxiliassem a campanha preventiva na medida do contacto que fossem tendô com os doentes. (Idem).

— Facilitariam e coadjuvariam o trabalho do médico que tivesse a seu cargo em cada concelho os serviços de profilaxia.

Este não deveria fazer clínica remunerada, limitando-se a colaborar com os clínicos nas doenças evitáveis. Não entraria em concorrência com os clínicos. A acção do sanitarista passaria a facilitar a dos clínicos, dando-lhes material esterilizado para colheita de produtos destinados ao laboratório, análises gratuitas aos pobres e a preços reduzidos aos remediados, facilidades de hospitalização dos doentes que eles indicassem ou dos que o quisessem, fornecimento de certos medicamentos, encargo de transportes para exames ou tratamentos por especialistas, etc. (Id.).

— O Sanitarista seria um coordenador de actividades dispersas pelos diversos médicos, pedindo-lhes a colaboração para o diagnóstico precoce, terapêutica e profilaxia oportunas, dando-lhes em troca facilidades e colaboração de ordem administrativa, material ou clínica, toda enfim, a que interessa à defesa geral da *saúde pública*. (Idem).

— Nas subdelegações de saúde deve haver material para *desinfecção* e *desinfestação* de transportes colectivos. (Évora).

— Deve ser distribuída a todos os médicos uma cartilha com indicações das *suas obrigações* legais em matéria de profilaxia (Viseu).

— Devem multiplicar-se os centros de saúde, tendo a seu cargo a protecção às mães, às crianças, na idade pré-escolar e escolar, a educação sanitária da população, a instalação de balneários, a iniciativa e orientação do saneamento e, ao mesmo tempo, a prestação de primeiros socorros em casos urgentes. (Leiria).

— O pessoal dos centros de saúde não pode limitar-se aos subdelegados de saúde. (Idem).

— O centro de saúde rural deve ter a seu cargo o combate às doenças infecto-contagiosas pelos meios profiláticos, a colheita correcta dos casos de notificação obrigatória e os elementos da demografia das respectivas áreas. (Idem).

— Deve haver postos de profilaxia, quer concelhios, quer rurais, nas sedes das freguesias mais populosas. (Idem).

— Os serviços médico-sociais de combate à sífilis e à tuberculose, de protecção á maternidade e à infância, devem instalar-se junto de cada subdelegação de saúde. (Idem).

— Alguns médicos municipais deram colaboração dedicada, digna de elogio, em matéria de profilaxia, embora pouca dêem em geral em matéria de salubridade e fiscalização sanitária, o que é devido a trazer esta prejuízo à clínica. (Castelo Branco)

— É indispensável, para uma acção profilática eficaz, pessoal técnico auxiliar dos subdelegados (visitadoras, enfermeiros, fiscais e agentes sanitários) em particular na luta contra a febre tifóide, varíola, difteria e tosse convulsa. O auxílio que eles podem dar na realização das vacinações é enorme, pois não é preciso ser o subdelegado pessoalmente a fazê-los, embora os deva sempre dirigir e orientar. (Idem).

— A profilaxia não pode fazer-se sem a desinfecção, pelo que é indispensável aos subdelegados serem dados os meios de a praticar, quer em aparelhagem, quer em desinfectantes. (Idem).

— São magníficos os resultados colhidos pelas brigadas móveis de vacinação em matéria de profilaxia, pois fazem mais numa tarde que as delegações e subdelegações nos seus gabinetes num ano. (Idem).

— Foi explanada a vantagem da sua existência e utilização sistemática, atendendo às tendências relapsas da nossa população, aos pequenos aglomerados populacionais dispersos, à visita indis-

pensável a núcleos industriais e aos ranchos migratórios agrícolas. A sua benéfica acção também se verificou nas maiores Cidades e reputa-se indispensável em outras como por exemplo em Vila Nova de Gaia, Matozinhos, Covilhã, etc.

Embora, alguns Subdelegados e Delegados possam socorrer-se de Visitadoras e outro pessoal, de diferentes Serviços, de Saúde e de Assistência, outros reputam indispensável poderem dispor de pessoal *idóneo*. (Aveiro, Castelo Branco, Guarda).

— Sem se pôr à disposição do subdelegado um funcionário auxiliar e se montarem convenientemente as subdelegações, a sanidade dos pequenos meios nunca chegará ao nível desejado. (Portalegre).

— Um elemento da maior utilidade à eficiência e à prática racional da profilaxia, tanto como da terapêutica, é a ficha sanitária, onde se averbem (e datem) todas as vacinações feitas, doenças de que sofrem, etc. O cliente podia poupar muito dinheiro em certas análises e radiografias para apurar doenças anteriores. (Idem).

— As delegações precisam de ter ficheiros das vacinações. (Guarda).

— É indispensável haver particular vigilância sobre as crianças estrangeiras vindas para Portugal a passar alguns meses. Exerceu sobre elas a maior vigilância no seu distrito. (Idem).

— São dignas de louvor as brigadas móveis (Guarda).

— Os projectos de obras que segundo a portaria n.º 7454, de 2-XI-1932 têm de ser aprovados pela Comissão Municipal de Higiene e Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, devem todos ser informados pelos delegados de saúde. É o modo de os subtrair o mais possível aos interesses e paixões locais. (Id.)

— A regulamentação da higiene rural não deveria ser efectuada sem o respectivo projecto ser visto pelos delegados de saúde (Coimbra).

— Os médicos municipais em geral prestam bons serviços aos subdelegados em ocasiões de epidemias. Isso porém não basta. É indispensável que colaborem de maneira mais assídua, na profilaxia. Para isso é preciso que eles passem a depender dos serviços de saúde sob o ponto de vista técnico e disciplinar. (Coimbra).

— É indispensável garantir-se o transporte dos subdelegados para haver conveniente profilaxia. (Idem).

— A excessiva extensão das áreas dos médicos municipais é um obstáculo sério à sua acção no campo da profilaxia. O critério seguido no Código Administrativo (n.º de habitantes e montante de contribuições) não é aceitável sanitariamente, visto haver concelhos economicamente de pouca importância, mas com grande importância sanitária. (Santarém).

— É prejudicial a disposição do art.º 145.º do Código Administrativo que permite a supressão dos partidos médicos nos concelhos onde há já suficiente número de clínicos livres. No fundo as Câmaras Municipais exploram estes. De resto eles não reconhecem a hierarquia dos Serviços de Saúde Pública. (Idem).

— Segundo o mesmo art.º do Código Administrativo as Câmaras podem suprimir os partidos nas localidades onde haja Casas do Povo e Misericórdias. Outro erro. As Misericórdias não dão assistência domiciliária. E as Casas do Povo dão-na apenas aos seus sócios (Santarém).

— Deve manter-se, prestigiar-se e aperfeiçoar-se, a instituição dos médicos municipais, pois «nenhum outro serviço assistencial tem as possibilidades de levar a bom termo nos meios rurais a campanha da Medicina Preventiva que é necessário efectuar», sendo indispensável para isso «torná-los independentes das respectivas Câmaras Municipais.» (Idem).

— Os médicos das Casas do Povo devem ter as mesmas obrigações sanitárias que os médicos municipais. (Idem).

HOSPITAIS. INTERNAMENTO E ISOLAMENTO

Foi versada a dificuldade das autoridades sanitárias promover internamentos urgentes de doentes infecto-contagiosos nos Hospitais concelhios das Misericórdias, atendendo à resistência e posição das Direcções ou Mesas, cujas recusa e mesmo represálias incompreensíveis já se têm feito sentir. (Guarda, etc.).

Foi preconizada a absoluta conveniência de que a Direcção Clínica dos Hospitais de Doenças Infecciosas, ou das Enfermarias, ou Serviços de doenças infecto-contagiosas, seja confiada aos Delegados e Subdelegados de Saúde, sem prejuízo da assistência poder ser confiada aos seus médicos habituais e respeitando-se os interesses materiais, morais e espirituais dos doentes.

Também foi abordado o problema da supressão de enfermarias de isolamento, ultimamente realizado em certos Hospitais

concelhios por ser conveniente manter tais serviços, mesmo defeituosos, enquanto não forem construídos novos edifícios.

Ainda foi requerida a Direcção Técnica dos Serviços de infecto-contagiosos dos Hospitais Regionais, e sub-regionais, pelos Delegados e Subdelegados de Saúde.

II — Notificação Obrigatória

Dada a função essencialmente clínica dos médicos municipais e as condições em que se vêem obrigados a trabalhar, os Serviços de Saúde já deviam ficar satisfeitos se a colaboração sanitária dos mesmos garantisse a notificação dos casos de doença contagiosa e a colheita de produtos suspeitos para análise. (Viana do Castelo).

— A notificação dos casos de doença contagiosa hospitalizados não pode ser feita pela Administração dos hospitais, visto ser irregular e tardia. É indispensável que por ela sejam responsabilizados, não só os directores clínicos, mas, visto que nem sempre os há, todos os médicos que diagnostiquem as doenças nas enfermarias. Sobre esses médicos tem acção disciplinar a Direcção Geral de Assistência. Essa participação médica não deve dispensar a administrativa pois serve de controle àquela, tal como o Registo Civil no que respeita à mortalidade. (Evora).

— A isenção de franquia nas declarações e a garantia do sigilo são elementos fundamentais da sua prática (Viseu e outros Delegados).

— A notificação é deficientíssima no Distrito da Guarda, o que torna a Profilaxia Geral precária. (Guarda).

— «Dum modo geral reina a impressão da sua melhoria, embora seja ainda muito insuficiente». (D. G. S.).

— Preconisa a isenção de franquia ⁽¹⁾ e dispensa do preenchimento de guias de correspondência oficial; pedir a colaboração da Ordem dos Médicos para o cumprimento do art.º 4.º, n.º 1 do Decreto-lei n.º 32.171. (Aveiro).

— Ventilou-se a proposta de notificação obrigatória pelos laboratórios de análises clínicas, oficiais ou não, referentes a análises positivas em relação às doenças de declaração obrigatória (Coimbra).

(1) A isenção de franquia foi posteriormente aprovada pela Base IX, n.º 3, da Lei n.º 2.036. — Ver o n.º 21 deste Boletim — pág. 391.

— Houve alguns partidários de sanções rigorosas para as faltas de notificação, mas predominou a ideia de que este mal é em parte consequência de falta de educação sanitária e de falta de confiança nos serviços. Optou-se por :

— propaganda junto dos médicos

— melhoria de acção profilática no sentido da imposição da noção da vantagem da notificação, pela rápida resposta do serviço de profilaxia.

— mais perfeito contacto com os médicos, inclusivamente pelo envio de boletins epidemiológicos periódicos demonstrativos da actividade do serviço e da vantagem da notificação.

— a acção persuasiva tem mais valor do que a sanção penal porque, além de mais, se tornará muitas vezes difícil estabelecer com nitidez a prova suficiente para a determinar.

— falou-se na inclusão da tosse convulsa entre as doenças de notificação obrigatória.

III — Relações interdistritais e interconcelhias

— « Para melhor e mais rápida acção profilática foi lembrada a conveniência de que as *Delegações de Saúde* comuniquem às vizinhas os casos ou surtos infecciosos ocorridos em concelhos limítrofes. » (Setúbal).

— O mesmo devia fazer *cada subdelegado* quando tivesse conhecimento de qualquer surto epidémico ou foco endémico, *participando-o evidentemente logo também* ao respectivo Delegado de Saúde. (Idem).

IV — Subdelegados de Saúde e Câmaras Municipais

— As Câmaras devem cumprir mais zelosamente o art.º 49.º do Código Administrativo, fornecendo « os meios de defesa sanitária dos seus municípios », beneficiando os serviços de abastecimento de águas, de remoção de lixos, eliminação de excreta, regulamentação de estabelecimentos, publicação de posturas, etc. (Viana do Castelo).

— Na escolha dos médicos municipais (entre os quais será escolhido o subdelegado de saúde) as Câmaras devem ter em

vista a sua competência e interesse pelos problemas sanitários, nunca devendo esquecer-se, uns e outros, da medicina preventiva. (Idem).

— Na execução de obras de interesse sanitário nos meios rurais há necessidade de simplificação, evitando-se peias resultantes da obrigatoriedade de apresentação de certas plantas « vistosas » mas inúteis em grande parte dos casos. Para esse efeito convinha que para esclarecer certas dúvidas interviesse a *Direcção Geral de Saúde*. (Idem).

— O funcionário de saúde encarregado em cada concelho da defesa da saúde pública, direcção de hospital ou enfermaria de isolamento, etc., deve ser independente da Câmara. (Idem).

— « Estabelecer em bases mais firmes a obrigação das Câmaras Municipais sobre a instalação das subdelegações, actualmente dependente da boa disposição de quem dirige aquelas autarquias ». (Faro).

— A subdelegação de saúde concelhia, é a primeira circunscrição administrativa, sanitária e deve saber-se que elas são os « elementos bases da estrutura ». (Leiria).

— A « repartição sanitária concelhia é por excelência o *órgão executivo da sanidade pública*. Infelizmente não goza de suficiente individualidade ou independência; por um lado sujeita nas suas instalações, expediente, arquivo e funcionários de secretaria, à respectiva Câmara Municipal; por outro lado, é tècnica-mente dependente da D. G. Saúde. O subdelegado de saúde, com ordenado exíguo, tem uma importante tarefa a desempenhar ». (Castelo Branco).

— As Câmaras podem auxiliar muito as repartições sanitárias. (Idem).

— Pela falta de colaboração das Câmaras, acrescida de, por vezes, pouco interesse dos subdelegados em obter essa colaboração, impõe-se que estes sejam apenas funcionários da Direcção Geral de Saúde (Guarda).

— Os cargos de facultativos municipais só deveriam ser preenchidos nas sedes dos concelhos (quer por concurso quer por transferência) se os candidatos tivessem informação favorável da D. G. S., visto havê-los que ignoram ou têm aversão à sanidade, sendo péssimos sanitaristas, embora bons clínicos, e daí resulta que virão a ser medíocres subdelegados de saúde. (Beja).

V — Condições de trabalho nas subdelegações de saúde

— Inconveniente do subdelegado ser dependente da Câmara. Os assuntos sanitários em cada concelho têm de ser resolvidos por ele, sendo-lhes exigido isso mesmo... por quem por lei os tem de resolver (Câmaras, Misericórdias, etc.). É o caso de *água* inquinada, *curral* ou *retrete*, em más condições, *géneros alimentícios avariados* nos mercados, *internamento hospitalar*, etc. (Viana do Castelo).

— Falta de instalação para a subdelegação, ou suas más condições higiénicas, sem verbas próprias, à mercê das Câmaras, com deficiente limpeza, sem condições para se fazerem exames, o que obriga a utilizar o consultório individual sujeitando o subdelegado a suspeições caluniosas; modo defeituoso de passagem de atestados, muitos dos quais não podem ser confirmados, acarretando a animadversão dos médicos que os passaram. (Viana do Castelo).

— « Todos os subdelegados deviam ser privativos, ficando a cargo do Estado as respectivas instalações ». (Faro).

— Para evitar os inconvenientes resultantes do funcionamento defeituoso das subdelegações, certos serviços, como os de vistorias requisitadas pelas Circunscrições Industriais e outras semelhantes do Estado, só aos delegados devem incumbir, dada a sua independência. (Évora).

— Os exames de candidatos a condutores de automóveis só devem ser feitos nas delegações, pois só estas possuem o material de exame indispensável. (Évora).

— Devem ser indicados índices de robustez para serem seguidos na passagem de atestados, igualmente devendo haver material para « tests psico-técnicos de rotina ». (Id.).

— Não basta material. E a preparação dos Delegados para os utilizar? (Idem).

— Está-se fazendo um inquérito para apurar quais as subdelegações que dispõem de sede própria, mobiliário, pessoal e material de desinfecção; a Direcção Geral de Saúde poderá chamar a atenção das Câmaras para o disposto no n.º 21 do Decreto n.º 12.477; os subdelegados devem ser independentes das Câmaras. (Aveiro).

— Deve atender-se ao que foi reconhecido no I Congresso de Higiene Rural, de 1928, sobre Centros de Saúde Rurais, estudo prévio das regiões rurais a cargo de cada sanitarista, etc. (Leiria).

— As subdelegações, em especial nos concelhos de mais de 25.000 habitantes, necessitam, para já, de pessoal técnico auxiliar, visitadoras, enfermeiras, fiscais sanitários, sem o que não será possível levar a efeito campanhas de profilaxia da varíola, febre tifóide, difteria e tosse convulsa. (Castelo Branco).

— Concordando com as considerações feitas pelos colegas doutros distritos, informa que as subdelegações no distrito da Guarda duma maneira geral funcionam mal, sem instalações nem pessoal (Guarda).

— Deve ser pago o transporte aos subdelegados de saúde quando tenham de deslocar-se em serviço, duma forma não excepcional, mas regular, pois são grandes as dificuldades com que eles lutam para as suas deslocações. (Coimbra).

— A subdelegação de saúde, sendo o órgão executivo por excelência em matéria de sanidade pública, não tem a suficiente individualidade e independência.

— É uma dependência da Câmara Municipal, mas que em grande número de casos, senão na maioria, não fornece instalação, material, pessoal, orçamentos etc. Algumas nem fornecem o álcool e algodão para vacinações.

— Ausência de pessoal técnico nas subdelegações.

— Ausência de material de desinfecção na maioria das subdelegações. A este respeito foi informado que a Direcção Geral de Saúde está adquirindo pouco a pouco esse material para distribuir pelas subdelegações.

— Preconizou-se a intensificação da influência pessoal dos Delegados sobre os Presidentes de Câmaras, o que em muitos casos já tem sido coroado de êxito, lembrando-se que a deficiente instalação não é a causa exclusiva da insuficiência da actividade. Em todo o caso reconhece-se a sua necessidade, e até a falta de prestígio que se criou no espírito público pelo facto de ela não existir e inversamente o prestígio que advém da sua existência em moldes de boa apresentação.

— *Subdelegações de Saúde fronteiriças* — A má instalação, ou a ausência de instalação, destas Delegações, permitindo um contraste deprimente, em relação às repartições sanitárias espanholas, recomenda medidas imediatas, no sentido da instalação

conveniente e de um apetrechamento com material de desinfecção, de desinfestação, e outro, capaz de permitir actuação rápida e eficiente, em caso de necessidade, sempre de prever. (Castelo Branco).

— *Parteiras Municipais* — Quase unânimemente foi reconhecido o alto inconveniente do exercício indiscriminado desta profissão, solicitando-se medidas rigorosas e diploma legislativo que a permitam, para se fazer frente à onda de intervenções criminosas, de abortos provocados e de consequentes perdas de vidas.

Recebimento de emolumentos, destinados ao Estado — Foi observada a conveniência de que tais emolumentos sejam substituídos por pagamento em selos, porquanto é desagradável e inconveniente que o público suponha ser o subdelegado quem se locupleta com tais importâncias.

Esta suposição existe e filia-se no facto de verem o subdelegado receber e guardar o dinheiro, por falta de pessoal e de cofre.

VI — Zonas afastadas das sedes dos concelhos

— Devem ser pagos os transportes aos subdelegados com carácter de regularidade. (Coimbra).

— As Câmaras, auxiliadas pela Repartição dos Melhoramentos Rurais, deviam auxiliar a realização de obras de interesse sanitário nas diversas freguesias. (Viana do Castelo).

— Deve propor-se o transporte dos médicos municipais dentro das suas áreas, para efeitos sanitários, em especial de vacinação, pagando-se também desinfectantes. (Idem).

— As sessões de vacinação anti-variolica devem ser feitas mensalmente nas freguesias mais afastadas, cumprindo-se as instruções do Serviço de Profilaxia. (Leiria).

— É prático fazê-lo se não se pagar transporte? (id.)

VII — Fiscalização dos géneros alimentícios

— Devem ser os delegados de saúde e não os subdelegados quem deve fazer inspecções requeridas pelos serviços que substituem a Inspeção Geral das Indústrias e Comércio Agrícolas. (Évora).

— No distrito da Guarda tem sido utilíssima a colaboração prestada pelo Serviço de Higiene da Alimentação em material de análises de águas. (Guarda).

VIII — Insalubridade dos edificios escolares

— A dependência dos subdelegados em relação à clínica e às Câmaras Municipais prejudica também a função médico-escolar, pois dificulta certa liberdade de acção, tal como a de afastar alunos contagiosos e as de exigir das Câmaras, edificios salubres, garantia de água potável, de retretes em condições, carteiras convenientes, limpeza capaz do edificio, e a sua sempre delicada posição em relação à Saúde Escolar também dificulta a sua intervenção junto dos professores sobre a vigilância da limpeza pessoal dos alunos, a existência de hipovisuais e hipoacúsicos, etc., bem como a da própria vigilância da saúde dos professores, de modo a evitar que se tornem portadores e disseminadores de doenças. (Viana do Castelo).

— É indispensável que os médicos escolares vacinem contra a febre tifóide. (Évora).

— Para começar a pôr cobro a hábitos ancestrais anti-higiénicos é indispensável fazer criar hábitos higiénicos, justificando-os, nas escolas primárias. É indispensável sempre construir edificios escolares higiénicos. No distrito de Vila Real verifica-se « a insuficiência das condições sanitárias de quase todos os edificios escolares ». (edifícios com adaptações acanhadas, mal expostos). (Vila Real).

De tudo isto resultam os maiores inconvenientes para a saúde e para a moral ». (Idem).

— A escola primária deve servir para aprender a ler e a escrever, mas antes de mais nada, deve ser uma escola de higiene e de moral ». (Idem).

IX — Delegações de Saúde — Fornecimento de vacinas

Trocaram-se impressões sobre a melhor modalidade a empregar no fornecimento de vacinas às Delegações e por estas às Subdelegações, no intuito de generalizar o mais possível as vacinações.

— Preconiza-se a instalação de laboratórios nas Delegações de Saúde, capazes de facilitar o diagnóstico rápido e exacto das doenças contagiosas (Castelo Branco).

— Mostrou-se a necessidade de construção de edificios próprios destinados às Delegações de Saúde (Guarda).

X — Gabinete de Profilaxia e Estatística

— Sugestão ao Inspector Superior de Profilaxia para que seja elaborado um plano de estatística demografo-sanitária, de modo que todos os distritos trabalhem uniformemente, « única forma dos serviços periféricos enviarem dados de valor aos serviços centrais ». (Évora)

XI — Dificuldades para a realização de vacinação

— Da parte dos médicos municipais : a distância a que ficam algumas das freguesias das suas áreas, não lhes permitindo suportar as despesas em transportes, acrescida da despesa com material para desinfectar os vacino-estilos e a pele. (Viana do Castelo).

— Nos meios rurais, se houvesse postos médicos com funções sanitárias, evitar-se-iam muitas dificuldades, pois neles os médicos vacinariam periodicamente em dias fixos. (Idem).

— O transporte a cargo dos médicos, para irem vacinar é prejudicial. (Viseu).

— A falta de visitadoras tem tornado difícil a verificação dos resultados das vacinas. (Guarda).

— Falta de noção das responsabilidades e de zelo da maior parte dos médicos municipais, a não ser em ocasiões de epidemias, aliados a dificuldades do preço de transportes. (Coimbra).

— Volta a citar-se com geral elogio o sistema das Brigadas móveis de vacinação.

XII — Colaboração com as Delegações de Saúde, de médicos municipais, Casas do Povo, Casas de Pescadores, Caixas Sindicais de Previdência e médicos de clínica livre

— A rotina opõe-se a essas colaborações (Viana do Castelo).

— Os organismos corporativos têm dado boa colaboração no Algarve « através as suas respectivas hierarquias » (Faro).

— Os médicos municipais devem ser subsidiados pelas Casas do Povo, em vez de, como sucede, as Câmaras subsidiarem os médicos das Casas do Povo. (Faro).

— O Delegado de Saúde de Évora ocupou-se das colaborações a que se refere o n.º 15.º nas páginas 17, 18 e 19 do seu Relatório anual.

— Foi digna de elogio a colaboração de alguns médicos municipais na campanha de vacinação, que permitiu fazer imunizações a 70.000 pessoas contra a varfola, e 40.000 anti-tíficas. (Castelo Branco).

— Grande parte dos médicos municipais não dão com regularidade os elementos da vacinação aos subdelegados. (Guarda).

— Os hospitais dão fraca colaboração ao Delegado de Saúde (recusam-se a isolar doentes, não fazem notificações). (Guarda).

— Os médicos municipais fraca colaboração sanitária dão em regra, a não ser em ocasiões de epidemias (Coimbra).

— A colaboração das Casas do Povo tem sido deficiente.

XIII — Assistência médica às populações rurais

É ao município que incumbe garantir a assistência médica aos indigentes e pobres «permitindo-lhes a fixação de clínicos no seu concelho» (Viana do Castelo).

— As condições de preferência actualmente exigidas no Código Administrativo não permitem às Câmaras a livre escolha dos médicos municipais (Idem).

— Considera os «postos clínicos» elemento indispensável à prática da clínica municipal. (Idem).

— O serviço dos médicos municipais devia ser integrado, técnica e disciplinarmente, nos Serviços de Saúde Pública. (Faro).

— Deve evitar-se a criação de *Postos de Farmácia* onde não existirem médicos municipais ou de organismos corporativos, para evitar uma nova modalidade de curandeirismo. (Faro).

— A remodelação das áreas dos partidos rurais deve ser feita por comissões distritais, das quais façam parte com voto deliberativo os Delegados de Saúde. (Faro).

— Os serviços prestados pelos médicos municipais e o seu tempo de serviço devem ser levados em conta para o efeito de concursos aos diversos partidos médicos. (Aveiro).

— Como subsídio de interesse para o estudo deste problema, transcrevem-se em Anexo os trabalhos apresentados pelos Delegados de Saúde de Leiria, Coimbra, Santarém e Vila Real.

XIV — Mortalidade sem assistência médica

— Chama-se a cada passo « assistência médica » a uma simples visita, sem seguimento do doente, « sem grande proveito » muitas vezes quando o diagnóstico não se podia fazer, ou quando o doente está na agonia, « para tapar as bocas do mundo ». (Vila Real).

— A falta de assistência médica rural é uma das maiores causas do elevado número de óbitos de causa ignorada. (Idem).

— Há falta de meios de transporte e de vias de comunicação em muitos pontos do País. (vários).

XV — Fiscalização anual

— « Não devia fazer-se a cobrança dos emolumentos em dinheiro.

A colagem de selos sanitários nos respectivos documentos equivaleria ao mesmo e simplificaria o serviço consideravelmente, além de que desapareceria a impressão pública, aliás aborrecida, de que o dinheiro é receita dos funcionários ». (Viseu).

XVI — A cegueira e os tiros de pedreira

— Dado o moderno conceito de Saúde e de Medicina Social impõem-se todas as medidas possíveis de profilaxia da cegueira e entre elas a dos acidentes devidos a tiros de pedreira ainda tão frequentes em Portugal, nomeadamente no distrito de Vila Real. (Vila Real).

XVII — Profilaxia do carbúnculo

— Foi pedido que as Delegações e Subdelegações de Saúde sejam esclarecidas sobre as conclusões a que se chegou sobre a terapêutica do carbúnculo pelo iodo. (Évora).

— Chamou-se a atenção para o aproveitamento das peles de animais mortos por carbúnculo, assim tornados em focos de infecção. (Idem.)

— Impõe-se a vacinação obrigatória do gado nas regiões onde o carbúnculo é endémico, « o que ainda não está decretado ». (Viseu.)

XVIII — A Higiene nas regiões rurais

— É às Câmaras que mais incumbe fornecer os meios de defesa sanitária dos seus municípios (abastecimento de águas, remoção de lixos, eliminação de excreta, regulamentação de estabelecimentos, publicação de posturas, etc.), nos termos do art.º 49 do Código Administrativo. (Viana do Castelo).

— É indispensável lutar contra os hábitos anti-higiénicos, anacrónicos e insensatos. (Viseu.)

— As Câmaras só por si não têm recursos para sanear convenientemente os meios rurais. (Viana do Castelo).

— Há peias burocráticas que impedem o beneficiamento sanitário rural, entre as quais a exigência de plantas dispendiosas para obras municipais que as dispensavam. (Viseu).

— Não nos devemos esquecer de que « o nosso povo não dá grande atenção senão àquilo que lhe traz utilidade imediata, palpável » e que a observação lhe permite compreender ». (Viana do Castelo).

— Impõe-se uma acção sanitária particularmente activa nos lugares de reunião, como mercados, feiras e romarias, dado o perigo de disseminação a que se expõem os que os frequentam. (Idem).

— O estudo da topografia médica de cada concelho é um elemento indispensável para qualquer acção sanitária racional.

— A acção sanitária do subdelegado de saúde não pode ter intensidade e assiduidade indispensável se não se garantir o seu transporte. (Coimbra.)

— A falta de participação dos casos de doenças contagiosas hospitalizadas pode dar lugar a focos ignorados de disseminação de germes nos meios rurais, dos doentes que vão tendo alta. (Évora.)

— Os « postos de profilaxia », os « dispensários de higiene » e os centros de saúde são os órgãos essenciais do saneamento dos meios rurais. (Leiria).

— Os subdelegados de saúde levaram a efeito uma vacinação anti-variolica e anti-tífica em massa em meio rural, apesar das distâncias e da falta de meios de comunicação, pois existem 1250 lugares povoados com falta de vias de comunicação duns para outros. (Castelo Branco.)

— Os resultados da campanha de vacinação nos meios rurais é animadora, sendo manifesta a vantagem das brigadas de vacinação. (Guarda.)

— *Dispensários e Postos de Higiene Social, ou Centros de Saúde:*

Foi elogiada a sua instalação e pedida a progressiva criação de outros, em locais escolhidos, e, de preferência, em aglomerados populacionais onde se saiba grassarem determinadas doenças endêmicas e sociais. Aludiu-se à vantagem dos Dispensários Anti-Tracomatosos e dos futuros Dispensários e Postos Anti-Leprosos.

— *Melhoramentos Rurais de natureza sanitária:*

Não só foi observada a conveniência da subordinação da vigilância técnica de tais melhoramentos às Autoridades Sanitárias, como a vantagem de estas poderem requerer prioridade para a realização dos que julgarem mais urgentes, a bem da Saúde Pública.

XIX — Educação Sanitária

— A educação sanitária da população é nula. (Viana do Castelo.)

— A educação sanitária será eficaz se for feita pelo exemplo. Realizando-se nos centros de reuniões (mercados, feiras, romarias, etc.) instalações modelares, acessíveis às condições económicas e às possibilidades locais, o povo, vendo-as, imitá-las-á, o mesmo se dando com os hábitos pessoais. (Idem).

— Ao fazer-se a educação sanitária da população não podemos esquecer-nos de que, a par de ignorante, ele é negligente, sendo refractário à prática dos meios preventivos para que ainda não está preparado. (Idem).

— A educação sanitária tem de ser constante, firme e insistente, o que exige muito tempo a ela dedicado, sob pena de falhar. Os sanitaristas fazendo clínica não a podem realizar. (Idem).

— Preconizou-se a realização de cursos, pequenos, de conhecimentos sanitários, ou conferências para os subdelegados de saúde nas sedes dos distritos, aos quais prestariam valiosa colaboração os Serviços Técnicos da Direcção Geral de Saúde, isto

independentemente dos Cursos de Aperfeiçoamento feitos em Lisboa. (Guarda.)

— Os médicos municipais deviam desempenhar um papel constante e insistente nas áreas respectivas, não só em matéria de profilaxia mas de educação sanitária das populações. (Coimbra).

XX — Farmácias

— Os armazenistas das drogas por grosso devem ser obrigados à verificação dos medicamentos. (Faro).

— Não devem ser criados postos de Farmácia onde não existam médicos partidistas ou de organismos corporativos, para não criarem mais uma modalidade de curandeirismo. (Faro).

— Preconiza-se a criação de postos farmacêuticos rurais dependentes das farmácias das sedes dos concelhos. (Évora).

— Chama-se a atenção para « a situação imoral e ilegal resultante de os directores técnicos de muitas farmácias residirem em outras localidades e até em distritos diferentes ». (Évora).

(Termina no próximo número)

I Reunião dos Delegados de Saúde

(CONTINUAÇÃO DO NÚMERO ANTERIOR)

O Delegado de Saúde do Distrito de Leiria, sr. Dr. Gorrão Henriques, enviou a seguinte comunicação:

I — “Sobre os métodos de melhor efectividade para assegurar os serviços de Higiene nas nações rurais,,
— Serviços iniciais e preparatórios à instituição dos “Centros de Saúde,,

1.º — Os « postos de profilaxia ».

2.º — Os « dispensários de higiene ».

1) — Os serviços de periferia representam na orgânica da saúde pública de um país, a base de toda a arquitectura sanitária.

2) — Na sistematização da nossa organização sanitária, a subdelegação concelhia é a primeira circunscrição de administração sanitária; mas não está explícito oficialmente que as subdelegações de saúde sejam os elementos bases da estrutura dos serviços sanitários.

3) — A subdelegação de saúde corresponde, na administração sanitária, ao que na administração da política civil, representa a administração do concelho.

Preside à circunscrição concelhia sanitária o subdelegado de saúde. (¹)

(¹) A justaposição da administração sanitária à administração política, encontra-se figurada na «repartição de saúde concelhia», a subdelegação, que a legislação administrativa (Código Administrativo) manda colocar junto das Repartições Camarárias.

a) — As funções dos subdelegados de saúde são equivalentes às funções dos administradores dos concelhos; estes exercem funções de administração policial e de fiscalização dos costumes; aqueles exercem funções cuja natureza sanitária ou de higiene, se reconheceu que deveriam recair sobre um médico. ⁽¹⁾

b) — Com o advento da profilaxia, foi agregada à função de administração sanitária, a fiscalização da imunização anti-varfólica. A notificação das doenças de declaração obrigatória, a colheita estatística do obituário, ficaram-lhe também pertencendo. ⁽²⁾

II — Reorganização da administração sanitária com a intervenção dos Serviços de Higiene e Medicina Social

1) — Data de 1928, a realização do primeiro Congresso de Higiene Rural, mas, somente em 1930 na 2.^a Reunião Internacional de Higiene Rural, foram determinados os preceitos de organização dos serviços sanitários, consubstanciados nas propostas dos técnicos ao 2.^o ponto do protocolo dessa reunião:

« Sobre os métodos de melhor efectividade para assegurar os serviços de higiene nas regiões rurais ».

2) — Preconizaram os técnicos, a instituição dos « centros de saúde rurais », por representarem no armamento geral de higiene dum país, o último escalão, isto é, o elemento mais reduzido e adaptado às necessidades higiénicas da região rural mais restrita. (Base xvii)

3) — O programa destas instituições deverá ser delineado sobre a base dum estudo prévio, versando: (Base xvii)

a) — « A geografia humana da região: densidade de população, repartição e dispersão dos habitantes e meios de comunicação.

Estas informações permitirão precisar o número de centros e seus anexos a criar e a sua localização »;

b) — As condições higiénicas e epidemiológicas da população que representam directivas para determinar o programa dos trabalhos do centro.

(1) Na legislação anterior a 1901, a administração do concelho e as autoridades de política civil, exerciam atribuições sanitárias.

(2) Até 1926 a notificação era também atributo dos regedores e demais autoridades administrativas.

Quanto ao papel mínimo do centro de saúde rural, foi fixado na base XVIII o seguinte programa:

O «centro» deverá em primeiro lugar organizar a luta contra as doenças depois do estudo prévio acima referido e terá um mínimo de funções, assim determinadas:

- a) — protecção da mãe;
- b) — a protecção da infância, compreendendo a idade pré-escolar e escolar;
- c) — a educação popular em matéria de higiene, da qual pode vantajosamente ser dado um exemplo prático pela instalação de banhos-duches;
- d) — o saneamento, visto que, de uma maneira geral, o centro deverá ocupar-se de todas as condições sanitárias da população;
- e) — finalmente os primeiros socorros em caso de urgência.

4) — Entre nós, a regulamentação esquemática dos centros de Saúde, data de 1934. ⁽¹⁾

A eclosão da segunda conflagração Mundial, veio por certo obstar à realização sanitária que desde há muito tem sido indicada, tanto mais que a montagem de um equipamento sanitário moderno constitui transcendente equação financeira e didáctica que requiere tempo e principalmente investimento de grandes capitais do Estado. ⁽²⁾

5) — Reconhecem aqueles que têm ensaiado a aplicação dos preceitos que regulam a intervenção sanitária dos «centros de saúde», certa desproporção entre o grau e nível sanitário elevado desses serviços, e o baixo nível de cultura, de educação higiénica, e dos meios de assistência médica, que em geral caracteriza o meio rural.

(1) A revisão dos assuntos que dizem respeito à administração sanitária foi elaborada pelo Dr. Alberto Faria no seu trabalho «Administração Sanitária», e apresentada ao Governo da Nação em 1934.

Por despacho do Ministro do Interior de 6 de Outubro de 1934 (Diário do Governo n.º 238, de 10 de Outubro de 1934) foi aprovado o parecer da Direcção Geral de Saúde sobre «centros de saúde».

(2) Seja como for, o que é um facto é que não possuímos as peças essenciais e elementares que constituem os «serviços sanitários periféricos», que são no mais perfeito grau, os «centros de saúde» e continuamos a dispor apenas das «subdelegações de saúde», que são e devem continuar a ser «circunscrições de administração sanitária» com funções próprias e portanto imprescindíveis.

6 — Determinar qual deve ser o tipo de intervenção sanitária a efectuar em determinada região rural, caracterizada por particulares condições culturais, psicológicas, e antropogeográficas, eis a parte essencial do problema do equipamento dos serviços sanitários periféricos.

7) — A unidade mais elementar dos serviços sanitários deverá ter por missão: realizar o combate às doenças infecto-contagiosas pelos meios profiláticos, recolher na área sanitária a notificação epidemiológica e os elementos da sua demografia.

8) — Na legislação sanitária encontram-se preceituados os meios de luta contra uma doença infecto-contagiosa — a varíola, mas não está ainda legislada a profilaxia de outras doenças evitáveis pela aplicação de outras espécies de vacina.

9) — Os postos de profilaxia infecto-contagiosa junto ou anexos às subdelegações e montados nas sedes das freguesias mais populosas deverão ser considerados o equipamento mais rudimentar dos serviços sanitários periféricos. ⁽¹⁾

10) — Os serviços médico-sociais de combate à sífilis, tuberculose, de protecção à maternidade e à infância, deveriam constituir em cada circunscrição sanitária (subdelegação concelhia) modalidades de intervenção sanitária subsequentes instituídas

(¹) Para dar uniformidade aos princípios que devem guiar o médico sanitário no serviço de profilaxia anti-variolica ficam assentes as seguintes disposições:

1.^a A vacinação será executada em sessões semanais na sede do concelho e na das freguesias mais populosas;

2.^a O local da vacinação será em casa que para esse serviço a câmara fornecerá e preparará convenientemente;

3.^a O delegado de saúde velará por que essa casa seja de fácil acesso e limpeza e por que contenha o mobiliário estritamente necessário;

4.^a Nas freguesias mais afastadas serão praticadas mensalmente sessões de vacinação;

5.^a Tanto para as sessões semanais como para as mensais serão marcadas horas e dias certos, e sempre os mesmos;

6.^a Se as casas destinadas ao serviço de vacinação forem também utilizadas para o serviço de consulta, evitar-se-á escrupulosamente que os indivíduos a vacinar estejam em contacto com os doentes que venham à consulta;

7.^a As casas terão pelo menos duas divisões, uma para gabinete de vacinação e outra para espera. (*Das Instruções elaboradas pela Inspeção de Epidemias da Direcção Geral de Saúde.*)

progressivamente ou no conjunto pela instituição e equipamento dos « dispensários de higiene ».

11) — Assegurada a assistência médica eficaz de uma zona rural, que já dispuzesse de um dispensário de higiene, cuja intervenção no meio se confirmasse útil e influente sobre o aumento de nível de educação higiénica da população, deveria ser estudada a possibilidade de montagem de um centro de saúde, desde que a participação local garantisse o seu funcionamento e a administração sanitária pudesse dispor de técnicos sanitários e dos meios indispensáveis à garantia da sua continuidade e eficiência.

O sr. Dr. Braga da Cruz, Delegado de saúde do Distrito de Coimbra, disse:

Sobre médicos municipais

Ao passar em revista alguns dos assuntos que, pelo seu interesse particular, se nos afiguravam merecedores de ser tratados nestas sessões de estudo, incluídas em muito boa hora, pelo nosso Ex.^{mo} Director Geral no programa desta reunião, saltou-me ao espírito o que se passa presentemente com os médicos municipais no tão importante campo da profilaxia.

Adiante referirei como os serviços, nesta particular actividade da sua função, vêm decorrendo nos concelhos do meu distrito, em especial no concelho de Coimbra, o que bem revela o deficiente rendimento obtido com a colaboração dos médicos municipais.

Não pretendo, de modo algum, fazer a história dos partidos médicos. Não resistirei, todavia, a referir alguns importantes escritos e diplomas legais que aos médicos municipais se referem.

Na nota apresentada à Conferência de Higiene Rural, reunida em 1931, da Organização de Higiene da extinta Sociedade das Nações pelo grande Mestre Ricardo Jorge, podia ler-se — «os concelhos contratam e nomeiam médicos para assegurar o tratamento dos doentes — médicos municipais, médicos de partido —; é uma verdadeira instituição nacional, tão antiga que remonta à Idade-Média. Espalhou-se tão largamente, foi reconhecida tão útil e necessária, que se tornou uma obrigação legal para todos os municípios — O médico concelhio é, além disso, a vértebra da

nossa organização sanitária; a ele incumbe velar pela hygiene da circunscrição que lhe está confiada ».

Referências mais ou menos extensas aos facultativos municipais, para só nos reportarmos a diplomas contemporâneos, vamos encontrá-las no Código Administrativo de 1878, artigos 152 e 153, e Código de 2 de Março de 1895, cujo artigo 131, diz: « As Câmaras Municipais terão os facultativos de partido que exigirem as necessidades dos povos e as do serviço municipal... não podendo deixar de haver pelo menos, um em cada concelho de 3.^a ordem ».

O Código Administrativo de 1896, que vigorou, pelo menos em parte das suas disposições, durante cerca de 40 anos, além de novamente reproduzir a obrigatoriedade, para as Câmaras, de terem, pelo menos, um médico municipal, já define as atribuições destes, e até, quanto à matéria de saúde pública, lhes impõe « vacinar e revacinar, sem distinção de classes, e extrair, recolher e conservar a linfa vacínica » (artigo 125.^o — n.^o 2), inspecionar as meretrizes, n.^o 3. O n.^o 4 do mesmo artigo refere-se ao « desempenho das atribuições que, pelas leis e regulamentos, pertencem aos subdelegados de saúde ».

Poucos anos depois, publica-se o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde Pública de 24 de Dezembro de 1901: no relatório que o precede, podem ler-se estas referências aos médicos municipais, bem dignas do seu consagrado autor — « No facultativo municipal, sobre os encargos da assistência médico-cirúrgica concelhia, cabem funções sanitárias imediatamente ligadas ao exercício e à área da clínica comunal. Estipulam-se essas atribuições, e ao mesmo tempo refazem-se os preceitos reguladores desta instituição secular e provida dos partidos médicos, tão nossa e de tamanho bem comum ».

O referido Regulamento, no seu artigo 68.^o desenvolvidamente discrimina quais as funções dos médicos municipais; e que são:

- 1.^o — desempenhar as funções de subdelegados;
- 2.^o — Substituí-los, ou aos outros facultativos municipais;
- 3.^o — Auxiliar o subdelegado;
- 4.^o — Verificações de óbitos;
- 5.^o — Inspeção de toleradas;
- 6.^o — Proceder às vacinações e revacinações;
- 7.^o — Fiscalização da hygiene escolar;

- 8.º — Exames das amas e higiene da infância desvalida;
- 9.º — Inspeção de géneros alimentícios;
- 10.º — Revisões médicas;
- 11.º — Tomar parte em exames, visitas e diligências sanitárias em que o seu concurso seja necessário ou imposto pelos regulamentos.

Este simples enunciado, dá bem nítida ideia da função que o elevado espírito do reformador de 1901 pretendeu atribuir aos médicos municipais em matéria de saúde pública.

As disposições legais que posteriormente são publicadas em nada limitam aquelas funções.

Os médicos municipais voltam novamente a merecer interesse aos poderes públicos, e, em 25 de Maio de 1911 é instituída, no Ministério do Interior, a Junta dos Partidos Municipais, com funções de regular a criação, provimento e funcionamento dos partidos médicos.

Vem depois a lei administrativa n.º 88, de 7 de Agosto de 1913, a qual igualmente consagra a existência de partidos para facultativos — artigo 94, n.º 7.

Em 1926, o novo diploma reformador dos Serviços de Saúde Pública, o decreto-lei n.º 12.477, de 12 de Outubro, ocupa-se também largamente dos médicos municipais, podendo até ler-se no brilhante relatório que o precede, e cujo autor facilmente se adivinha; «a entidade prestadia do partido municipal é objecto de melhorias de há muito reclamadas». Além de outras disposições existentes no texto deste decreto, o seu art. 22.º diz «os médicos municipais continuam incumbidos das obrigações sanitárias consignadas nos regulamentos».

Os decretos n.º 23.624, de 3-3-34, e 23.826, de 7-5-34, fixam em 5, 4 e 3, o número máximo de partidos respectivamente para os concelhos de 1.ª, 2.ª e 3.ª ordem, e mandam remodelar as áreas por forma a que só um deles tenha sede na cabeça do concelho, estabelecendo ainda a residência obrigatória e permanente nas sedes para que, de futuro venham a ser nomeados.

O actual Código Administrativo, de 31 de Dezembro de 1940, contém, em vários dos seus artigos, disposições sobre médicos municipais, discriminando o artigo 150.º as suas obrigações, sensivelmente as que atrás citei quando me referi ao Regulamento de 1901, mencionando apenas a mais, e só quanto às funções de natureza assistencial, a obrigação de curar gratuitamente os

pobres, de visitar semanalmente as povoações da área dos seus partidos e de auxiliar as intervenções cirúrgicas em doentes pobres.

Finalmente, o decreto-lei n.º 35.108, que reorganizou os Serviços de Assistência Social, introduz a inovação da dependência dos médicos municipais da Direcção Geral de Saúde (§ 3.º do n.º 32 do artigo 15.º) e também, mas apenas com vista a assegurar a assistência médica rural, estabelece que os delegados de saúde superintenderão na orientação e inspecção dos serviços a cargo dos médicos municipais e das Casas do Povo (artigo 68.º).

São estas as disposições legais que mais importa relembrar.

Vejamos agora algumas referências e comentários sobre facultativos municipais que me parecem dignos de citação.

Numa crítica à assistência rural diz o Dr. Pereira Marques (*Ação Médica*, fasc. VI, VII e IX) « sem deixar de reconhecer quanto úteis poderiam ser os partidos médicos... apesar das suas barbas brancas, ainda hoje não se sabe bem a que se destinam esses partidos... e, noutro período « o partido médico pode, realmente, prestar serviços admiráveis... o que precisa é ser bem aproveitado: há que definir, com clareza, a sua função ».

O Dr. José Saavedra escreveu (*Corporativismo e Assistência Social* — 1939) « o médico municipal é nomeado pela Câmara, depende teòricamente dela, mas na realidade não tem direcção técnica de ninguém e não é raro que a « política » local seja causa de graves incidentes entre médicos e Câmara Municipal ».

A função de colaborador na profilaxia aparece-nos bem nitidamente marcada no relatório que o Dr. José Alberto de Faria, então nosso muito dedicado Director Geral, apresentou ao Congresso Nacional de Ciências da População, reunido na cidade do Porto em Setembro de 1940, e do qual se pode extrair esta parte « até agora, pois, aparecem a pedir resolução 3 aspectos: tratar o doente no domicílio; vigiar a grávida e a criança; fazer tratamento e despiste de doentes com a profilaxia e vacinação que aos sãos seja devida. Nesses três aspectos se integra, de facto, a assistência médica e a medicina preventiva dos rurais ».

Finalmente o Ministro do Interior ao tempo da publicação do último Código Administrativo, perfilhando o critério do Dr. José Alberto de Faria, disse (*Diário de Notícias*, número de 18 de Janeiro de 1941) — « é preciso que... se entre no caminho

de uma assistência efectiva, não só clínica mas também higiénica e profilática à gente das aldeias ».

Em face do que resumidamente referi, são assim de duas ordens as funções dos médicos municipais: assistenciais e de medicina preventiva.

Quanto às primeiras, que continuem as Câmaras a velar pelo seu cumprimento.

Outro tanto, porém, não poderá continuar a verificar-se a respeito de profilaxia, visto que, a manterem-se as actuais condições, quase sempre assistimos, salvo raras e muito honrosas excepções, ao alheamento dos médicos municipais em face daqueles problemas.

No distrito de Coimbra, com 17 concelhos, só em três se pode considerar perfeita a colaboração dos médicos municipais em matéria de profilaxia.

O concelho da sede do distrito serve, porém, melhor ainda, para demonstração da minha tese.

E assim é que, exceptuando o subdelegado, todos os restantes seis médicos municipais, em conjunto, quer no ano de 1946, quer no ano de 1947, têm pequeníssimo movimento vacinal, muito inferior, de resto, ao apresentado por um simples médico de clínica livre, mas cheio de boa vontade, que tem sido um colaborador dedicado na acção profilática que temos procurado desenvolver.

Os seis colegas médicos municipais são todos colegas delicados, gentis, até, mas que consideram quase uma impertinência nossa os sucessivos pedidos de intensificação e activa colaboração no trabalho profilático das imunizações: respondem tarde e a más horas, esquecem e extraviam os elementos de registo do serviço, e por vezes até se desculpam dizendo que a vacina enviada pela Delegação de Saúde não foi por eles recebida.

Em muitos concelhos do meu distrito os subdelegados informam que os médicos municipais lhes prestam boa ou regular colaboração. Não devo contestá-lo, mas penso que esta colaboração se refere apenas a emergências epidémicas, e o meu ponto de vista é bem diferente: a colaboração deve ser constante, levando assim às povoações mais afastadas, com regularidade, e continuamente, a prática das imunizações das doenças evitáveis. Não é quando o mal alastra e medidas de excepção têm de ser tomadas, que a intervenção dos médicos municipais será mais

de apreciar : para tais emergências, e sem dispensar a sua preciosa colaboração, possuem já hoje os Serviços de Saúde meios de actuação quase suficientes. Precisamente para o trabalho porfiado de profilaxia e educação das populações é que a sua colaboração nos é mais necessária e nos pode ser mais proveitosa.

Para se conseguir este objectivo julgo que bastará estabelecer a dependência dos médicos municipais, em matéria de orientação técnica e disciplinar, dos Serviços de Saúde, medida que, como veremos, não constitui inovação. Com efeito, já em 25 de Maio de 1911, o artigo 20.º do decreto que instituiu a Junta dos Partidos Municipais, a que atrás fiz referência, estabelecida : « A Câmara Municipal tem competência para aplicar as penas disciplinares até à suspensão por três dias, e igual competência cabe à Direcção Geral de Saúde no que respeita às faltas cometidas no exercício sanitário ».

Há, pois, que levar mais além a disposição do § 3.º do número 32 do artigo 15.º do decreto-lei n.º 35.108, regulamentando-a no sentido de fixar normas quanto às condições de dependência dos médicos municipais em relação aos Serviços de Saúde Pública.

De resto, segundo pensamos, esta regulamentação não envolve a necessidade de alterar as disposições do Código Administrativo, cujo artigo 622.º, § 2.º, prevê que se estabeleçam normas disciplinares para os funcionários administrativos dos serviços especiais que estejam subordinados à direcção técnica dos serviços do Estado.

Dadas as dificuldades com que lutam muitos médicos municipais, com residência em lugares afastados, com escassa clínica e muito limitada remuneração camarária, os Serviços de Saúde devem assumir o encargo das despesas de deslocação, sempre que estas se realizem em virtude do desempenho de serviço sanitário. Num programa geral para cada distrito se poderia até calcular previamente qual o encargo com a modalidade proposta.

As Câmaras manteriam o pagamento dos vencimentos, e os Serviços de Saúde tomariam a seu cargo não só o fornecimento de vacinas, como presentemente, e já vem desde 1927, como também, quando em serviço de profilaxia, dos respectivos transportes.

A medida indicada não representava mais do que estender à « vértebra da nossa organização sanitária » como lhe chamou

Ricardo Jorge, uma providência de carácter especial tomada em Novembro do ano findo, por proposta do nosso Director Geral e despacho de S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social, relativa ao pagamento, em certos casos, dos transportes para os subdelegados. Impõe-se até, para já, a nosso ver, que esta medida de carácter excepcional se transforme em regular norma de serviço, dadas as dificuldades com que lutam os subdelegados para as suas deslocações.

A nota do professor Ricardo Jorge, já por nós referida, apresentada à Conferência de Higiene Rural em 1931, menciona um total de 683 médicos municipais existentes naquela data nos 18 distritos do Continente, dos quais 48 no distrito de Coimbra (em 3.º lugar, cabendo o 1.º e 2.º lugares respectivamente aos distritos de Santarém e Viseu).

No distrito de Coimbra existem presentemente 53 médicos municipais, e se tiver havido proporcional elevação do número de partidos nos demais distritos, o número actual de médicos municipais em todo o Continente elevar-se-á a 754.

Deduzindo os que são subdelegados de saúde, restam-nos ainda, distribuídos por todo o País, cerca de 500 técnicos auxiliares, cuja actuação em matéria de saúde pública, especialmente no vasto campo da profilaxia, quando bem orientada, e integrada numa hierarquia disciplinar, poderia prestar aos serviços da Direcção Geral de Saúde uma prestante, utilíssima e eficiente colaboração.

Delegação de Saúde de Coimbra, 20 de Março de 1948.

Do Delegado de Saúde do Distrito de Santarém, sr. Dr. Sanches da Gama:

Assistência médico-sanitária nos meios rurais

Nas atribuições da Direcção Geral de Saúde, determinadas pelo artigo 14.º do Decreto-lei n.º 35.108, legisla-se:

« Compete à Direcção Geral de Saúde adoptar as medidas profiláticas e terapêuticas indispensáveis à defesa e protecção da saúde, à melhoria das condições fisiológicas da população e, bem assim, à prevenção e ao combate das doenças endémicas e epidémicas. »

Nas atribuições dos Delegados de Saúde, determina o mesmo decreto-lei no seu art.º 68.º :

« Aos Delegados de Saúde compete superintender em todos os serviços da Delegação e orientar e inspeccionar os serviços a cargo dos Subdelegados de Saúde, dos Médicos Municipais e das Casas do Povo, com o fim de assegurar a assistência médica rural. »

As incumbências de assistência médico-sanitária dos facultativos municipais, foram precisa e detalhadamente discriminadas no art.º 68.º do Regulamento Geral de Saúde, de 24 de Dezembro de 1901.

Esse regulamento tem sido o paradigma de todas as reformas administrativas e sanitárias ulteriores, no que respeita à matéria nele contida.

Então, como agora, para que a assistência e a medicina preventiva sejam o que é necessário serem, não é preciso mais do que dar cumprimento a esse Evangelho sanitário.

As primeiras linhas dos Serviços de Saúde têm de ser preenchidas por médicos que exerçam clínica, porque é exercendo-a que esses clínicos tomam pleno conhecimento das condições de sanidade da área dos seus partidos. Em caso de perigo de sanidade, devem dar o alarme aos Serviços de Saúde e tomar as primeiras medidas que os casos imponham.

Para se poder avaliar das clareiras da assistência médica nos meios rurais, é preciso vivê-los.

Tenho a prática vivida de 23 anos de médico municipal, em meio rural, catorze dos quais como único clínico num concelho de 8.000 habitantes. E é dessa longa prática e dos ensinamentos que dela tirei que, na minha maneira de ver, julgo as clareiras legais da assistência médico-sanitária nesses meios, e a forma de as poder suprir.

PRIMEIRA CLAREIRA

A primeira causa da deficiência da assistência médico-sanitária nos meios rurais, é devida ao facto de muitos partidos médicos terem uma área tão extensa que o respectivo médico municipal não pode fazer uma assistência médico-sanitária satisfatória.

O artigo 144.º do Código Administrativo determina a existência de, pelo menos, um partido em todos os concelhos do

País, com excepção de Lisboa e Porto onde não existem esses partidos. Era o que já se encontrava legislado no n.º 14.º do artigo 55.º do Regulamento Geral de Saúde, de 1901.

O § 1.º do artigo 144.º do Código Administrativo, atrás citado, marca o limite máximo dos partidos: cinco nos concelhos de 1.ª ordem; 4 nos de segunda; e 3 nos de terceira. E no § 2.º legisla-se que, em casos de imperiosa exigência do bem público, devidamente justificada, poderá o Conselho Municipal ultrapassar os máximos fixados no parágrafo antecedente, mas essa deliberação carece, para se tornar executória, de aprovação do Ex.^{mo} Ministro do Interior.

As condições de inclusão dos concelhos na respectiva classificação são de duas ordens: a primeira o montante das contribuições pagas ao Estado; a segunda o quantitativo dos seus habitantes.

Portanto, os concelhos incluídos na primeira condição, são ordinariamente concelhos com possibilidades financeiras para terem os médicos municipais suficientes o que, aliás, frequentemente não se verifica. Mas entre os concelhos cuja classificação é devida ao seu expoente populacional, muitos há que, em virtude da pobreza do seu solo e da carência de outros factores de riqueza, têm a sua razão de ser concelhia na extensão da sua área, para assim suprirem, com a quantidade, a má qualidade do seu solo. Fácil é reconhecer que, em concelhos com essas características, os habitantes são, na generalidade, pobres.

Com áreas extensas, nem por isso esses concelhos atingem o máximo dos partidos médicos previstos pela lei, em virtude da falta de recursos dos respectivos municípios, mesmo que estes tivessem o bom desejo de melhorar a assistência clínica das suas populações. E, portanto, nesses concelhos pobres, concorrem para uma assistência deficiente dois factores convergentes:

- 1.º — O grande afastamento da sede dos partidos e, portanto, com povoações muito distanciadas das suas sedes, do que resulta o percurso de grandes distâncias para chamar o médico municipal, nas povoações desprovidas de telefone;
- 2.º — A pobreza da maioria dos doentes dessas povoações distantes, não lhes permite pagar o transporte ao facultativo municipal, embora sejam gratuitos os seus

serviços clínicos. E, se os facultativos tomarem sobre si esse encargo, os seus vencimentos não bastam para o satisfazer.

Destes dois factores concordantes, resulta :

- 1.º — uma assistência deficiente — verdadeira clareira assistencial ;
- 2.º — o congestionamento dos hospitais por doentes que, na sua maioria, desejavam e poderiam ser assistidos nos seus domicílios.

Mais uma vez o dedo do Mestre, com visão clara e pleno conhecimento dos factos, indicou a maneira de o remediar no § 1.º do artigo 22.º do decreto n.º 12.477 :

« Serão progressivamente criados os partidos municipais necessários para garantia da assistência médica e sanitária de toda a população do territorio da Republica. Nos encargos resultantes cooperarão, conforme as circunstâncias regionais e populacionais, as municipalidades e o Estado ». Infelizmente, esse artigo não foi regulamentado no decreto n.º 13.166.

SEGUNDA CLAREIRA

A segunda causa da deficiência da assistênncia médico-sanitária nos meios rurais, está na disposição do artigo 145.º do Código Administrativo que faculta aos municípios a supressão dos partidos médicos nas zonas onde a assistência esteja assegurada por médicos de pulso livre.

Deve entender-se por assistência médica, sobretudo nos meios rurais, a que é fundamentalmente devida aos pobres e a certos remediados que pouco se diferenciam destes.

Ora, aos médicos de pulso livre—salvo honrosas excepções—embora assistam a bastantes doentes pobres, falta-lhes o espírito de equipe dos médicos municipais, e os próprios pobres acaham-se de solicitar os seus serviços.

Por outro lado, nada os obriga a prestá-los, e muito menos a cumprirem as incumbências tão magistralmente discriminadas no artigo 68.º do Regulamento dos Serviços de Saúde de 24 de Dezembro de 1901.

Quer isto dizer, que nem o Subdelegado de Saúde do respectivo concelho nem o Delegado de Saúde do Distrito, por intermédio desses clínicos, têm acção nessas zonas, em vigilância

sanitária e medicina preventiva, salvo o que está legislado no artigo 59.º do Regulamento Geral de Saúde de 1901; no decreto n.º 13.166, e no decreto n.º 32.171, de 29 de Julho de 1942 que pouco alteram o Regulamento Geral de Saúde de 1901. E assim essas zonas são também clareiras onde não é exercida uma assistência médico-sanitária e uma assistência preventiva que possa ser satisfatoriamente vigiada e controlada pelos Serviços de Saúde.

Para dar um exemplo frizante da diferença que existe entre a assistência pela clínica livre e a assistência efectuada pelos facultativos municipais, vou citar o verificado neste Distrito em dois concelhos contíguos com uma população quase igual:

Tomar, com 43.172 habitantes, e **Abrantes** com 44.288, sendo em ambos, a sua sede uma cidade com população idêntica.

Tomar tem apenas dois médicos municipais e ambos residindo na cidade o que, praticamente, equivale apenas a um.

Abrantes tem quatro partidos médicos municipais, sendo um na cidade e os outros três localizados nas sedes mais convenientes.

Além disso, qualquer dos dois concelhos, têm mais de uma vintena de médicos de pulso livre.

O obituário do concelho de Tomar no ano de 1947, acusou 537 óbitos, dos quais morreram de senilidade e de causas não especificadas ou mal definidas 195 indivíduos, do que resulta uma percentagem de 36,3 dessas causas.

No concelho de Abrantes verificaram-se, no ano de 1947, 487 óbitos, dos quais morreram com senilidade e causas não especificadas ou mal definidas 70, do que resulta uma taxa de mortalidade por essas causas de 14,5 %.

E nós sabemos que o aumento da taxa de mortalidade, por senilidade e causas não especificadas ou mal definidas, traduz na sua essência a deficiência da assistência médica.

TERCEIRA CLAREIRA

A terceira clareira da assistência médica e sanitária nos meios rurais é originada pelo mesmo artigo 145.º do Código Administrativo, quando legisla que pode deixar de haver partidos médicos nas zonas onde existirem Misericórdias e Casas do Povo.

As Misericórdias prestam os seus relevantíssimos serviços assistenciais, adentro dos seus muros, salvo raríssimas excepções, e os seus compromissos não obrigam os seus clínicos a prestarem

assistência domiciliária aos pobres nas suas zonas de influência. Portanto, dois graves inconvenientes resultariam da aplicação do que está legislado.

1.º — O internamento de todos os doentes da zona de influência no Hospital da Misericórdia, o que traduziria um acréscimo de despesa à respectiva Mesa, incomportável para a maioria dessas Santas Casas;

2.º — A generalização da tendência mórbida de o doente ir para o hospital e a família para o cinema, o que é a contradição absoluta do verdadeiro amor de família do lar cristão, que também se cimenta no sofrimento e na dor.

As obrigações sanitárias e de medicina preventiva, a existirem essas zonas, seriam também clareiras para o efeito do contróle dos Serviços de Saúde.

QUARTA CLAREIRA

No que respeita à supressão dos partidos médicos nas áreas servidas por Casas do Povo, conforme o legislado no mesmo artigo 145.º do Código Administrativo, merece um exame mais detalhado.

As finalidades das Casas do Povo são essencialmente de previdência e assistência aos seus sócios.

Sem irmos mais longe verificamos que a sua assistência se restringe a um limitado número de pessoas, e a vigilância sanitária e a assistência, assim como a medicina preventiva, interessam a toda a população, mesmo que as Casas do Povo dessem cumprimento exacto ao que está legislado no artigo 6.º do decreto n.º 23.051, que diz entrar na esfera da acção dessas Casas, a criação de dispensários, creches e asilos para crianças e velhos o que, aliás, não tem acontecido. Mesmo assim, essas regalias são apanágio apenas dos sócios.

Na exposição efectuada por S. Ex.^a o Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social, em 23 de Dezembro de 1946, no n.º 30.º lê-se:

c) — « Igualmente se lhe atribue a concessão da assistência médica, na área das Casas do Povo e em relação aos trabalhadores rurais nela filiados, pelo que se refere a clínica geral. »

d) — « A acção preventiva e curativa nos restantes domínios na medida em que não seja garantida por instituições particulares de assistência, compete à função supletiva do Estado. »

Portanto, as Casas do Povo nessa esfera de acção são insuficientes, e transfere-se para a acção supletiva do Estado que, neste caso, são os serviços de assistência e de saúde, a parte que francamente declara não poder cumprir.

Por outro lado — e aqui está o paradoxo — o corpo do artigo 145.º do Código Administrativo permite pura e simplesmente a supressão dos partidos médicos nas zonas onde a assistência médica é exercida por Casas do Povo, que legislativamente se declaram impotentes para a exercer totalmente.

Mesmo que a Câmara Municipal, ao abrigo do § 3.º desse mesmo artigo faça acordos com as Casas do Povo para que, mediante subsídio, assumam o encargo da assistência clínica à população de determinadas zonas, o paradoxo continua; pois que o artigo 149.º do Código Administrativo, legisla que os médicos municipais terão domicílio necessário e residência obrigatória permanente na povoação onde for fixado o centro do seu partido.

Parece lógico que a Câmara Municipal ao fazer o acordo com a Casa do Povo, para assistência médica a determinada zona, o médico que a serve tenha as mesmas obrigações residenciais do médico municipal; mas isso não acontece.

O regulamento do Fundo de Previdência das Casas do Povo, no seu artigo 15.º, diz:

« Conforme as condições locais poderá a Casa do Povo, designar um médico privativo ou ajustar com vários, entre os quais será lícito aos doentes optar... »

O § 1.º do artigo 17.º do mesmo regulamento, diz:

« *Sempre que for possível* consignar-se-á a obrigação da residência do médico na localidade onde a Casa do Povo tiver a sua sede ou, pelo menos, dentro da respectiva área. »

Ora, o que se encontra estabelecido neste regulamento é a antítese do que se encontra legislado no artigo 149.º do Código Administrativo, atrás citada, porque a Casa do Povo é servida por um ou mais médicos, e a este ou a estes não é obrigatória a residência no local da sede da Casa do Povo, o que é obrigatório para os facultativos municipais.

Por outro lado, se as condições do contrato efectuado entre a Câmara Municipal e o médico ou médicos da Casa do Povo podem satisfazer as necessidades assistenciais que a Câmara julga suficientes na área a assistir, não satisfazem todas as outras obrigações que os médicos municipais devem aos Serviços de Saúde,

nos termos do Regulamento Geral de Saúde de 1901. Nestas circunstâncias, as áreas rurais servidas deste modo abrem novas clareiras no que respeita a sanidade e medicina preventiva, pois que as obrigações desses médicos para com os Serviços de Saúde são iguais às dos médicos de pulso livre.

SOLUÇÕES PARA ESTAS DEFICIÊNCIAS

A assistência médico-sanitária nos meios rurais, deve ser hoje mais do que nunca baseada nos médicos municipais.

Essa assistência será o que for o respectivo médico municipal, pois que as suas incumbências já criaram raízes no âmago das populações que servem. E, portanto, nenhum outro serviço assistencial tem as possibilidades de levar a bom termo nos meios rurais a campanha de medicina preventiva que é necessário efectuar. Mas para que os médicos municipais desempenhem com eficiência as suas atribuições, necessário se torna, primeiro que tudo prestigiá-los, e para isso é primordial torná-los independentes das respectivas Câmaras Municipais, porque quase sempre essa dependência é origem das "questiunculas" locais que tanto prejudicam os Serviços de Saúde.

Além disso, essa subordinação é a causa primordial das sedes dos partidos nem sempre serem as mais convenientes, em virtude das influências locais.

Portanto, os médicos municipais deviam ser integrados nos Serviços de Saúde, dos quais dependeriam, pelo menos do seu aspecto médico-sanitário.

Seriam então fixadas as suas sedes, de harmonia com as condições do meio a servir, tendo sempre em vista a assistência domiciliária totalmente gratuita aos pobres e aos que, pelos seus poucos meios, pouco se diferenciam destes.

O excesso de despesa que daí resultaria, seria largamente compensado pela diminuição de baixas aos hospitais, de doentes pobres e possuidores de poucos meios, que desejem e possam ser assistidos nas suas casas.

Com uma rede de médicos rurais bem distribuída e eficiente, inteiramente dependente dos Serviços de Saúde e obedecendo a um regulamento actualizado, em que fossem discriminadas ao lado das suas regalias as suas obrigações, poder-se-ia trilhar um caminho seguro na resolução da assistência médico-sanitária nos meios rurais.

Cada médico municipal no seu partido, seria responsável pela aplicação da medicina preventiva e vigilância da salubridade, cuja acção relataria, trimestralmente, ao respectivo Subdelegado, com os elementos que interessassem para a organização da topografia médica da sua área.

Quanto aos vencimentos desses médicos rurais, o primeiro factor a ter em conta seria a noção de partido.

Por partido médico rural deve entender-se a compensação paga ao respectivo facultativo pelos serviços assistenciais prestados aos pobres.

Portanto, quanto maior for a percentagem de pobres na sua área, maiores deveriam ser os respectivos vencimentos.

O Código Administrativo já deu o primeiro passo nesse desiderato, fixando os vencimentos dos médicos municipais em dois escalões, mas referenciando apenas o mais vantajoso aos partidos que tenham a sua sede a mais de 15 quilómetros da sede do concelho a que pertençam.

Para que os serviços assistenciais nos meios rurais não quebrem a sua continuidade, deveriam os médicos municipais ser substituídos durante os seus impedimentos ou licenças por médicos estagiários, com o respectivo curso de medicina sanitária, o que teria a dupla vantagem da continuidade da assistência e da adaptação desses médicos ao meio rural, dentre os quais seriam providas as vagas dos partidos médicos rurais.

CASAS DO POVO

As Casas do Povo tem condições para preencher muitas das malhas da rede médico-sanitária que é preciso tecer no País, mas para isso é necessário:

- 1.º — Que os médicos que as servem tenham, perante toda a população da sua área, as mesmas obrigações dos médicos municipais.

Verifica-se que as Casas do Povo servidas por médicos municipais valorizam a sua acção e valorizam a acção destes.

- 2.º — Terem perante os Serviços de Saúde as mesmas obrigações dos médicos municipais.

MÉDICOS DE PULSO LIVRE

No respeitante à supressão dos partidos médicos municipais, nas áreas onde a assistência está assegurada por médicos de pulso livre, como está legislado no artigo 145.º do Código Administrativo, não merece a mais ligeira referência.

MÉDICOS MUNICIPAIS NO DISTRITO DE SANTARÉM

Embora o limite máximo dos médicos municipais fixados pelo Código Administrativo seja insuficiente para a maioria dos concelhos, esse limite está longe de ser atingido no Distrito de Santarém.

À actual classificação concelhia deste Distrito, competiriam 76 médicos municipais e, no ano de 1947, estiveram providos apenas 55 dos 61 partidos existentes.

Ao passo que a população aumenta os partidos médicos municipais diminuem.

PARTIDOS MÉDICOS MUNICIPAIS DO DISTRITO DE SANTARÉM, NO ANO DE 1947, SUA ÁREA E NÚMERO DE HABITANTES DE CADA PARTIDO, DISCRIMINADOS POR CONCELHOS:

CONCELHOS	População (Censo de 1940)	Partidos médicos providos	Partidos médicos vagos	Total dos partidos	N.º de habitantes por partido médico provido	Área do concelho	Área dos partidos providos em 1947
Abrantes.	44.288	4	—	4	10.072	713	178
Alcanena.	12.794	3	—	3	4.264	115,04	38,3
Almeirim	14.989	2	—	2	7.494	241,68	120,84
Alpiarça	7.239	2	—	2	3.619	43,40	21,7
Benavente	10.236	3	—	3	3.412	488,64	162,88
Cartaxo	18.364	3	1	4	6.121	158,28	52,76
Chamusca	14.993	2	—	2	7.496	747,56	373,78
Constância	3.423	1	1	2	3.423	86,76	86,76
Coruche	23.183	1	2	3	23.183	1093,76	1093,76
Entroncamento	6.620	1	—	1	6.620	—	—
Ferreira do Zêzere	16.573	3	—	3	5.524	184,92	61,64
Golegã	6.891	2	—	2	3.445	70,80	35,40
Mação	20.073	4	—	4	5.018	405,24	101,31
Rio Maior	16.375	2	—	2	8.187	277,40	138,70
Salvaterra de Magos	13.535	3	—	3	4.512	267,84	89,28
Santarém	59.371	6	—	6	9.895	690,56	101,59
Sardoal	6.902	2	—	2	3.452	77,72	38,86
Tomar	43.172	2	1	3	21.586	352	176,
Torres Novas	36.751	3	1	4	12.250	278,92	92,97
V. N. da Barquinha	6.154	2	—	2	3.077	—	—
V. N. de Ourém.	40.066	4	—	4	10.016	421,72	105,43
Totais.	421.996	55	6	61	—	—	—

Em 1931, existiam neste Distrito 67 médicos municipais que serviam uma população de 378.517 habitantes, competindo, portanto, 5.649 habitantes a cada médico municipal.

Em 1947, o Distrito de Santarém com a população de 450.000 almas, foi servido por 55 médicos municipais, ou sejam 8.181 habitantes por cada médico municipal.

No mapa da página anterior, em que é discriminada a população e a área de cada concelho, assim como o número de médicos municipais que a servem e a respectiva área que compete a cada um, baseada no censo da população de 1940, verifica-se que foi muito desigual a distribuição dos habitantes pelos respectivos partidos.

Desde o máximo de 23.183 habitantes no concelho de Coruche que foi apenas servido por um médico municipal; 21.586 no concelho de Tomar que foi apenas servido por dois médicos municipais, até ao mínimo de 3.077 habitantes no concelho de Vila Nova da Barquinha.

No referente a áreas servidas, a disparidade é ainda mais flagrante, pois que o concelho de Coruche, servido apenas por um médico municipal em 1947, tem uma área de 1.093,076 quilómetros quadrados com povoações que distam mais de 50 quilómetros da sede do concelho.

A área mínima servida por médico municipal, foi no concelho de Alpiarça com 21,07 quilómetros quadrados, por médico municipal, em virtude de não figurar no mapa a área do concelho do Entroncamento, concelho este com uma área inferior a 20 quilómetros quadrados.

Delegação de Saúde do Distrito de Santarém, aos 9 de Março de 1948.

Do sr. Dr. Montalvão Machado, Delegado de Saúde de Vila Real:

A assistência médica às populações rurais

No exercício das minhas funções oficiais, dia a dia deparo com dificuldades e lacunas que provêm da deficiência com que se presta a assistência médica às populações rurais.

A primeira e mais funesta consequência dessa insuficiente assistência médica consiste no elevado número de pessoas que

dia a dia vão morrendo sem qualquer socorro médico-cirúrgico. Por vezes faz-se ao enfermo uma única visita, mas quase sempre sem grande proveito, ou porque a doença ainda estava no começo e não podia por isso firmar-se um diagnóstico e menos ainda estabelecer-se uma terapêutica, ou porque o doente estava já na agonia e a sua família outra coisa não deseja do que «tapar as bocas do mundo».

Em segundo lugar, dessa insuficiente assistência médica às populações rurais resulta a falta de notificação nos casos de comunicação obrigatória e resultam também inconvenientes para a estatística obituária. Assim, percorrendo os mapas de estatística obituária do presente decénio, pude averiguar que no distrito de Vila Real, em cada centena de óbitos, há oito de causas ignoradas, embora esta percentagem vá ainda mais longe noutros distritos.

Mas, pelo que diz respeito ao meu Distrito, e possivelmente a outros mais, há ainda um outro inconveniente que ofende a nossa dignidade nacional. É que as nossas populações fronteiriças vêem-se compelidas a procurar os serviços dos médicos espanhóis e estes, dia a dia, atravessam a fronteira para vir visitar e medicar doentes portugueses. Isto acontece porque, ao longo da fronteira, há médicos espanhóis mas não há médicos portugueses.

Para obviar a estes males, estipulou o Código Administrativo, decalcando o Decreto de Maio de 1934, que em cada concelho de 3.^a, 2.^a e 1.^a classe, podendo haver respectivamente até 3, 4 e 5 médicos municipais, um só poderia residir na sede do concelho, todos os outros devendo residir nas sedes dos partidos médicos rurais.

Acontece porém que em certas regiões, como em Trás-os-Montes por exemplo, onde as aldeias nos oferecem menos condições de conforto, não tem sido possível preencher inteiramente e verdadeiramente esses partidos médicos rurais.

Umas vezes as Câmaras põem a concurso o preenchimento dessas vagas, mas os concursos ficam desertos e os lugares continuam vagos; outras vezes, os lugares são preenchidos, mas os médicos abandonam os seus partidos ao fim de dois meses; outras vezes finalmente, para os partidos não ficarem eternamente vagos, as Câmaras condescendem em permitir que alguns desses médicos municipais residam na sede do concelho.

De toda a forma, resulta que a população de muitas freguesias, tendo apenas médico a 20 e 25 quilómetros de distância,

não pode receber aquela assistência médica que seria para desejar. Até aqui, um aspecto do problema. Agora, vamos a outro.

Os médicos municipais são funcionários das Câmaras mas vivem bastante alheados das funções sanitárias, que aliás lhe são impostas pelo artigo 150.º do Código Administrativo. Não se consideram funcionários de saúde e nem sempre, por isso e por outras razões, dão aos Subdelegados de Saúde aquela colaboração tão necessária para serviços de vacinações, inspecções de edifícios escolares, verificação de óbitos, vistorias, etc.

Esta é também uma importante razão de os nossos serviços de vacinações não serem perfeitos e de as notificações de doenças não se fazerem a tempo e horas.

Estamos pois em face de dois problemas, a falta de assistência médica às populações rurais e o incompleto desempenho das funções sanitárias por parte dos médicos municipais.

Parece-me que poderemos aplicar aos dois problemas uma solução simultânea.

Actualmente concedem-se aos Subdelegados de Saúde dois vencimentos: um, pela Câmara, na sua qualidade de clínico ou médico municipal da sede do concelho; outro, pela Direcção Geral de Saúde, na sua qualidade de médico sanitarista. Parece-me que a questão não muda muito de aspecto quando se passa da pessoa do Subdelegado de Saúde para a do médico municipal do partido rural, porque a verdade é que ambos têm as obrigações inerentes à sua qualidade de médicos municipais e ambos têm obrigações sanitárias.

Sendo assim, parece-me de inteira justiça e de maior conveniência dar ao médico municipal um suplemento de vencimento pela Direcção Geral de Saúde e colocá-lo sob a alçada desta mesma Direcção Geral.

Desta forma, atingir-se-iam dois fins: dando-se ao médico municipal do partido rural um maior vencimento, já se iria obtendo maior facilidade em ver preenchidos todos os lugares de médicos municipais, que até agora não tem sido possível fazer ocupar; estando todos os partidos ocupados e estando os seus facultativos sob a alçada dos demais funcionários de saúde é de crer que os serviços de vacinações, notificações, vistorias, etc. passasse a fazer-se com maior perfeição.

Porém o problema da assistência médica às populações rurais é tão importante, olhado pelos mais diversos prismas, que

nós não nos contentaríamos com a solução proposta e acrescentar-lhe-famos mais algumas, que passamos a expôr.

Em muitas regiões, como em Trás-os-Montes e na Beira, as aldeias mostram-se por vezes tão inhóspitas, que difficil será por lá prender um médico, se lhe não oferecerem as necessárias garantias e regalias. À garantia que atrás mencionei outras haveria a acrescentar. Até agora temos ouvido entoar muitos hinos de glória em honra do médico rural, mas não temos verificado que a tais honras correspondam quaisquer proveitos.

Ao médico municipal, que se sujeita a ir residir em povoação sertaneja, devia dar-se a garantia de transferência ou promoção para povoações melhores, vilas e cidades, desde que ano a ano fôsse prestando bons serviços, sempre fáceis de averiguar pelos seus superiores hierárquicos.

Quando um jovem jurista ingresa na Magistratura do Ministério Público, começa geralmente por prestar serviço em comarca longínqua e pouco apetecível. Contudo vai trabalhar nessa comarca, na esperança bem fundada de ser transferido e promovido para terras com melhores condições.

A mim parece-me que, para bem de todos, do público, dos serviços de saúde e dos médicos, conviria fazer um quadro dos funcionários de saúde, onde a cada um, pelos seus trabalhos, se concedessem as promoções compatíveis com os seus méritos.

Apresento ainda uma última sugestão. Quando a um funcionário de saúde conviesse, por quaisquer circunstâncias, continuar a residir numa mesma localidade, poderia desistir das promoções que lhe competissem, mas teria direito a outras tantas diuturnidades.

Quando estas diuturnidades são ainda concedidas a alguns funcionários públicos, mal se comprehende que um médico municipal ou um Subdelegado de Saúde o sejam durante 30 e 40 anos, sempre com o mesmo e imutável vencimento.

Até agora sempre se têm procurado rebater estas considerações e outras idênticas, dizendo que estes funcionários de saúde «ficam com o pulso livre». A verdade porém manda que se diga que, entre essas populações serranas, o «pulso livre» expõe a tão parcos rendimentos que se não pode contar com ele. Por isso os médicos fogem dos campos e só os poderemos fixar e prender a essas freguesias rurais adoptando as medidas que acabamos de preconizar ou outras semelhantes.

Em certas regiões têm-se criado bastantes Casas do Povo, que por sua vez têm os seus médicos e prestam assistência. Infelizmente essas Casas do Povo não brotam ordinariamente nas regiões mais pobres, onde mais se faz sentir a falta de médicos e de assistência médica.

No distrito de Vila Real, por exemplo, as Casas do Povo têm surgido principalmente no Sul e nomeadamente nos concelhos de Penaguião e Régua, em localidades onde já havia médicos. Pelo contrário, nos concelhos onde mais se estimaria a assistência médica através das Casas do Povo, como em Montalegre, Boticas e Vila Pouca de Aguiar, não se fundou nenhuma Casa do Povo.

Isto leva-nos à convicção de que a assistência médica às populações rurais deve continuar a ser exercida principalmente pelo clássico facultativo municipal.

É a altura de dizer que, na maior parte dos casos, as Câmaras ainda não cumpriram a disposição do Código Administrativo que manda estabelecer um posto de socorros, com os indispensáveis medicamentos e material, em cada sede de partido rural. É preciso estabelecer esses postos de socorros, para consultas e tratamentos, e dotá-los com visitadoras sanitárias, que pudessem auxiliar o médico, sobretudo em todos os problemas que se prendem com a higiene materno-infantil.

Resta dizer que temos necessidade de secundar a assistência médica com a assistência farmacêutica, se realmente quisermos ser úteis às pobres populações serranas, que vivem, coitadas, desprovidas de amparo e recursos.

É preciso montar o Centro de Inquérito Assistencial, por todo o País, conforme o estipulam os Art.ºs 92 e seguinte do Decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945. Só assim poderemos saber quem são os indigentes e os pobres que podem reclamar qualquer espécie de assistência.

Depois devia conseguir-se que a Comissão Municipal de Assistência fornecesse medicamentos gratuitos aos doentes indigentes e medicamentos por meio preço aos doentes pobres.

Resumindo as considerações que acabo de fazer, direi:

- 1.º — Em certas regiões é ainda muito precária a assistência médica às populações rurais;
- 2.º — Continuam vagos muitos partidos médicos, porque os clínicos não querem ocupá-los, já pelos fracos proventos que

neles podem auferir, já pelas mediócras condições de habitabilidade que oferecem as povoações sedes desses partidos rurais ;

- 3.º — Os médicos municipais nem sempre dão ao Subdelegado de Saúde a necessária colaboração em trabalhos sanitários, como sejam vacinações, visitas às escolas e outros estabelecimentos, vistorias, etc. ;
- 4.º — Para atrair e fixar os médicos em todos os partidos rurais, dando-lhes também uma melhor noção das responsabilidades oficiais, conviria que também aos médicos municipais a Direcção Geral de Saúde concedesse um vencimento como funcionários de saúde que são ;
- 5.º — Ainda com o mesmo fim convinha criar um quadro dos médicos funcionários de saúde, concedendo-se-lhes transferências e promoções conforme os méritos e serviços que fossem revelando ;
- 6.º — Aos médicos funcionários de saúde que, por motivos particulares, desistam de transferências e promoções, deve ser concedido o regime das diuturnidades, de que ainda hoje gosam os funcionários do Ministério da Educação Nacional, que não estão sujeitos a promoções ;
- 7.º — As Comissões Municipais de Assistência devem ser colocadas em condições de poderem realizar a assistência farmacêutica aos indigentes pobres.

Delegação de Saúde de Vila Real, 10 de Maio de 1948.

Visitas realizadas

Serviços de abastecimento de água a Lisboa :

No dia 7 os Delegados de Saúde deslocaram-se, em *camionette*, acompanhados pelo Director dos Serviços de Higiene da Alimentação. Dr. Bernardino de Pinho, para visitarem em Alenquer a estação de cloragem da água do aqueduto do Alviela, onde os recebeu o Engenheiro Ramiro Guedes de Campos, da Companhia das Águas. A seguir visitaram os poços de captação do Carregado, cuja água é transportada pelo Aqueduto do Tejo, terminando pela estação dos Olivais onde acaba este aqueduto.

Estações de tratamento de águas residuais do Bairro da Boa Vista e Sintra:

No dia 9, acompanhados do Engenheiro Sanitário Agnelo Prazeres, foram ao Bairro da Boa Vista e a Sintra visitar as estações de tratamento de águas residuais construídas pela Direcção Geral de Saúde.

Dispensário de Alcântara e Centro de Saúde de Lisboa:

No dia 10, acompanhados do Director do Instituto Ricardo Jorge, Dr. Fernando Correia, visitaram o Dispensário de Alcântara, onde os receberam o respectivo Director, Dr. D. Fernando de Lancastre e os seus colaboradores, Drs. Brito e Abreu, Casanova Alves e Fernando Moreira. A seguir foram ao *Centro de Saúde de Lisboa*, sendo ali recebidos pelo seu Director, Prof. João Maia de Loureiro e Subdirector, Dr. José Cutileiro.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge:

Foram mostradas a todos os Delegados as diversas instalações do Instituto, apontando-se-lhes os beneficiamentos realizados depois de 1945, em virtude do Decreto-lei n.º 35.108, nos laboratórios de Bacteriologia Sanitária, de Bromatologia e Higiene da Alimentação, na Biblioteca, em que foram adquiridos inúmeros livros e revistas, Secretaria, Laboratório da Junta Sanitária de Águas e Serviço de Nutrição e demais dependências.

Exposição de Material Sanitário

No dia 12 foi inaugurada no Parque Sanitário, na Rua João das Regras, pelo sr. Ministro do Interior, Engenheiro Cancela de Abreu, e Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Trigo de Negreiros, uma Exposição do Material Sanitário ultimamente adquirido, destinado a ser transportado rapidamente para qualquer localidade do País em caso de epidemia.

Desse material fazem parte camions, para transporte de todos os objectos necessários, automóveis para transporte de médicos, enfermeiros, analistas e restante pessoal técnico e auxiliar, auto-macas para doentes, carro-laboratório para análises de águas,

carros para serviço de desinfecção, estufa Geneste-Herschler móvel, auto-tanque com aparelhagem para colheita de água e cloro-depuração desta, estando armadas barracas de vários tipos, uma destinada a material de desinfecção e outras a balneário com 12 chuveiros e Posto de desparasitação, a enfermaria com 25 camas e todo o material necessário correspondente, de modo a poder instalar-se um hospital de isolamento, com o número de camas correspondente às necessidades, onde quer que surja uma epidemia.

Durante a visita o Dr. Bernardino Pinho fez uma demonstração do modo de realizar em qualquer local, com material volante, o tratamento pelo cloro das águas contaminadas ou suspeitas de inquinação. Além do material referido, foi visitado o depósito de material sanitário, como camas, roupas, aparelhos de desinfecção, medicamentos, vacinas, etc. e demais dependências do Parque.

Todos os Delegados de Saúde assistiram à inauguração, com os alunos do Curso de Medicina Sanitária e alunas do Curso de Visitadoras Sanitárias, bem como quase todo o pessoal técnico dos serviços da Direcção Geral de Saúde e muitos médicos estranhos aos serviços.

Jantar de confraternização

Na noite de 12 reuniram-se os Delegados de Saúde num hotel de Lisboa, em jantar de confraternização, a que assistiram também os que tomaram parte nos trabalhos da I Reunião.

Durante o jantar a que presidiu o Director Geral, Dr. Augusto da Silva Travassos, foram feitos alguns brindes, em que foi posta bem em foco a importância excepcional que tinha tido a Reunião e a vantagem de a repetir com a frequência que as circunstâncias permitam; todos se congratularam com a crescente atenção que os poderes públicos estão a dedicar aos serviços de Saúde, onde ainda tanto há a fazer; foi posto em destaque o interesse igualmente crescente que os funcionários de saúde estão a dar aos serviços; foi feita justiça aos esforços dos Drs. Ricardo Jorge e José Alberto de Faria; todos manifestaram ao Dr. Augusto Travassos a sua confiança na orientação que está a imprimir aos serviços de harmonia com as possibilidades que lhes deu o Decreto-lei n.º 35.108; todos igualmente manifestaram

a sua mágoa pela doença do Dr. Arruda Furtado, fazendo votos pelas suas melhoras, terminando, no meio da mais franca camaradagem, por ser enviados telegramas de saudação aos Senhores Presidente da República e do Conselho, Ministro do Interior, Subsecretário de Estado da Assistência Social e Drs. José Alberto de Faria e Arruda Furtado.

Sessão de encerramento

No dia 13 de Maio, o Subsecretário de Estado da Assistência, Sr. Dr. Trigo de Negreiros, presidiu, pelas 15 horas, no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, à sessão de encerramento da I Reunião dos Delegados de Saúde Distritais.

Ao lado do Sr. Dr. Trigo de Negreiros, tomaram lugar os Srs. Director Geral de Saúde, Dr. Augusto Travassos; Inspector Superior de Epidemias, Dr. Castro Soares; Delegado de Saúde do Porto, Dr. Eduardo Torres, e Director do Instituto Dr. Fernando da Silva Correia.

Em primeiro lugar, usou da palavra o Director Geral de Saúde, cujo discurso, reproduzimos na íntegra:

Palavras do Director Geral de Saúde:

« A reunião de Delegados de Saúde que hoje encerra o seu ciclo de trabalhos marcou uma jornada notável na história do Serviço de Saúde Pública em Portugal, como já tivemos ocasião de pôr em destaque na nossa palestra inaugural.

A história, com todos os seus artifícios e interpretações especiosas, tal como em imagens kaleidoscópicas, assenta todavia numa cadeia de factos fundamentais cuja realidade se impõe e em volta da qual surgem as interpretações. E, neste momento, consideramos de justiça lembrar dois nomes que marcam momentos a destacar na evolução dos Serviços de Saúde Pública em Portugal. Digo momentos porque na realidade em presença da noção superior e sagrada da Pátria e no encadeamento sucessivo de gerações que são a sua razão de ser, cada elo dessa cadeia não representa mais do que um momento de transição entre o passado e o futuro.

Queremos lembrar os nomes de Ricardo Jorge e José Alberto de Faria. O primeiro foi um grande doutrinador, de

forte envergadura mental e tão intensa que se projecta até aos nossos dias. Os Serviços de Saúde portugueses vivem ainda em grande parte de regulamentação e de legislação suas. O fulgor da sua inteligência comunicou-lhes foros de precursor, que há mais de 40 anos teve a intuição de novos problemas de higiene que estão hoje na actualidade. Não nos cançamos de ler Ricardo Jorge e sempre o fazemos com proveito e colhemos dessa leitura os mais úteis ensinamentos.

José Alberto de Faria, discípulo dilecto do mestre, pôs toda a sua inteligência e todas as suas possibilidades ao serviço da mesma causa. Foi continuador brilhante em luta contra um meio hostil. Para um observador imparcial, com método puramente objectivo, dentro dos moldes verdadeiros da investigação biológica experimental, a acção do homem deve ser considerada dentro do âmbito dos resultados do seu choque com o meio em que trabalha. A realização não depende nunca só do poder do homem, antes é grande parte fruto do «clima especial» que no meio se cria, gerando possibilidades de acção. A sabedoria está apenas em saber aproveitá-las e direi mesmo que esta mesma sabedoria é em grande parte também condicionada pelo meio. Não há obras de um homem só, mas sim sempre de um grupo homogéneo em trabalho harmónico e convergente.

São imponderáveis que criam o meio propício e é este que tem tendência, como índice de mais fácil expressão, a personalizar aquilo que em verdadeira razão é antes fruto de um trabalho de grupo. É sem dúvida necessária a despersonalização de cada um, sem excepção, para melhor evidência do trabalho de conjunto.

No nosso país não tem havido «consciência sanitária»...; doutrinou-se, insistiu-se, lutou-se contra a indiferença. Vislumbra-se actualmente, por evolução natural, o despertar dessa «consciência sanitária» e essa mesma sábia evolução mostra tendência para a criação do tal grupo harmónico, de inteligências e actividades convergentes, no sentido de a aproveitar e dirigir. Não são os homens que geram os acontecimentos, mas sim estes que exigem dos homens a sua capacidade de acção e, chegado este momento, mal dos que não mostrem compreendê-lo. O trabalho do grupo exige lealdade, convergência de esforços, visão superior e despersonalizada de um fim útil a alcançar e, dentro deste forte ambiente psicológico, as tendências individualistas serão eliminadas naturalmente.

É esta a grande lição que ao nosso espírito se impôs no decurso das sessões desta notável Reunião de Trabalhos.

Esse genial fundador da Higiene moderna que se chamou Pasteur disse um dia: «Onde estão as verdadeiras origens da dignidade humana, da liberdade e da democracia moderna, senão na noção de infinito, perante a qual todos os homens são iguais?»

* * *

Decorreram as sessões da primeira Reunião dos Delegados de Saúde no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Não foi só movidos pela facilidade de aproveitamento das suas instalações que assim procedemos e não posso deixar de, neste ensejo, pôr em evidência a maneira afável e cheia de espírito de colaboração com que o seu ilustre Director recebeu os Delegados de Saúde. Quis-se também pôr bem em evidência esta casa, como centro de estudo, de ensino e de investigação, a qual consideramos como complemento natural da Direcção Geral de Saúde, na qualidade de peça delicada e fundamental do maquinismo do conjunto dos Serviços de Saúde.

Diremos em primeiro lugar que o programa previamente delineado se cumpriu integralmente, na letra e no espírito.

Realizaram-se em cada dia 2 sessões de trabalho. A manhã foi dedicada à exposição pelos Inspectores Superiores, Directores de Serviços Técnicos, Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e Engenheiro Sanitário, de normas de actividade de cada um desses Serviços com as Delegações de Saúde. Afinaram-se assim directrizes de trabalho, desfizeram-se dúvidas apresentadas pelos Srs. Delegados e tudo contribuiu para uma mais perfeita harmonia e mais íntima ligação dos Serviços. Resultou ainda destas sessões, a evidência desconhecida para alguns, do âmbito de actividade dos Serviços Técnicos, em trabalho vasto e ignorado, como é característica dos nossos Serviços.

Não podemos deixar neste momento e nisto estamos certos que interpretamos o sentir de todos, de lamentar a forçada ausência por motivo de doença, do Inspector Superior Dr. Arruda Furtado. Sanitarista distinto, cuja superior competência o impõe à nossa consideração, funcionário dedicado pelo serviço que conhece nos seus mais pequenos pormenores, a sua colaboração teria sido para nós preciosa.

Fazemos votos, sinceros, para que brevemente possamos voltar a contar com o prazer da sua presença amiga e os ensinamentos da sua longa experiência e da vivacidade da sua inteligência.

As sessões da tarde foram dedicadas à troca de impressões sobre assuntos indicados pelos Srs. Delegados de Saúde. Passaram-se assim em revista assuntos de Organização e Execução do Serviço, aspectos de colaboração ou ligação com outros importantes sectores da administração e ainda alguns problemas de técnica sanitária.

O programa completou-se com algumas visitas de estudo, a estações depuradoras de águas de abastecimento e de águas residuais, ao Dispensário de Alcântara e Centro de Saúde de Lisboa, que terminaram ontem com a exposição de material sanitário de combate a epidemias, na sua maioria recentemente adquirido. As reuniões foram assinaladas por um interessante espírito construtivo a que não faltou o aspecto analítico das dificuldades ou deficiências constatadas, mas análise essa limitada à necessidade de criar elementos bastantes para o estudo de soluções a propor ou aspirações a conseguir, a prazo mais ou menos largo. Não houve a este propósito notas discordantes.

Sessões houve que decorreram com bastante elevação e de um modo geral o ambiente foi de compreensão, de bom e franco entendimento, em que não faltaram todavia manifestações de vitalidade, de personalidade, como é próprio de pessoas conscientes, mas cuja linha de conduta é delimitada por primores de educação.

Encerramos esta reunião com a consciência plena da sua utilidade. O trabalho em comum, harmonisa esforços, estimula, incute confiança, acalma por vezes a insatisfação, por tendência a um equilíbrio psicológico por nivelamento com um padrão médio. O isolamento, a visão introspectiva sem termo de comparação, gera a hipercritica e quantas vezes um autêntico desequilíbrio ideativo, perante as solicitações desregradadas do meio ambiente.

Senhores Delegados de Saúde, ao mesmo tempo que lhes apresentamos os nossos sinceros agradecimentos pelo vosso interesse e espírito de colaboração, é o momento de sintetizar directivas de trabalho futuro. Não somos partidários de entusiasmos excessivos e o bom senso aconselha-nos prudência. Aquela liber-

Algum material do Parque Sanitário



FIG. 9 Viaturas para transporte do pessoal técnico (Jeeps)



FIG. 10 - Viaturas para transporte do pessoal auxiliar



FIG. 11 — Auto-maca para 4 doentes

Algum material do Parque Sanitário



FIG. 12 — Auto-maca

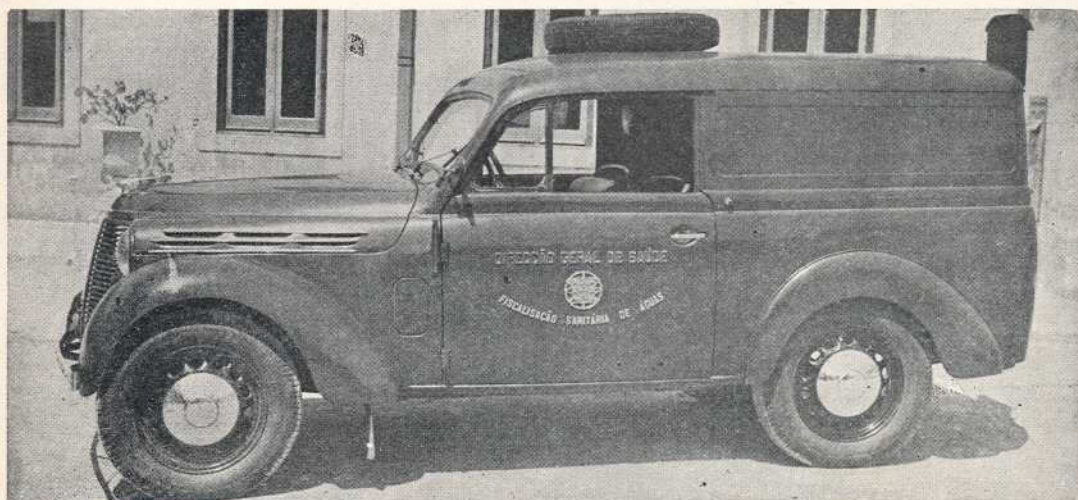


FIG. 13 — Viatura laboratório da Fiscalização de águas



FIG. 14 — Viaturas do serviço de desinfecção

Algum material do Parque Sanitário

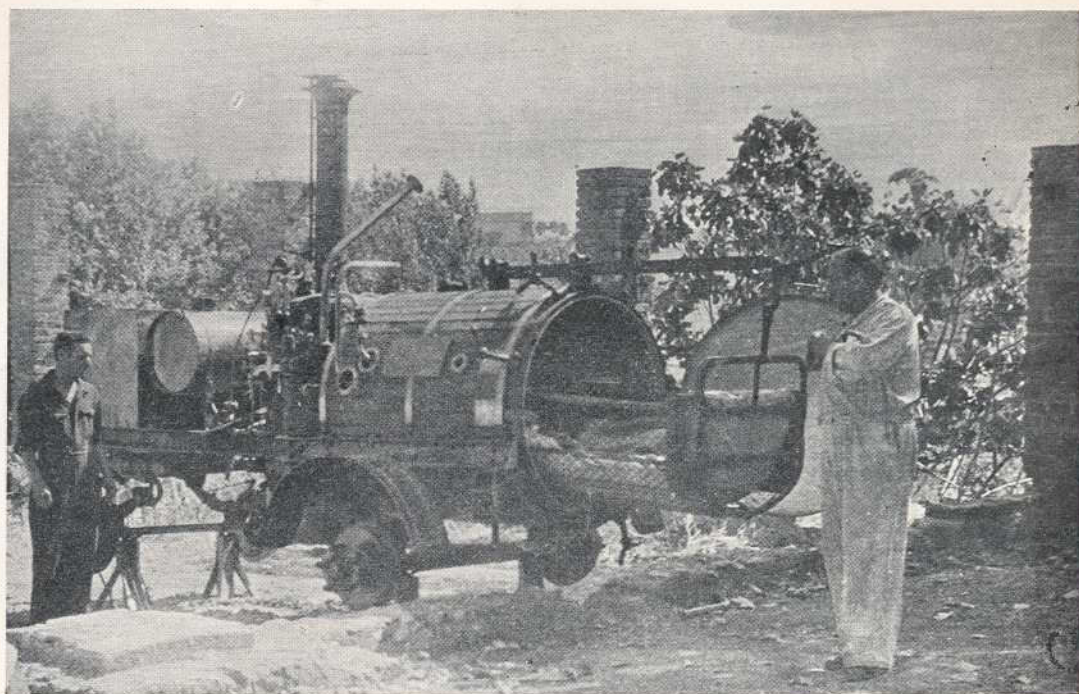


FIG. 15 — Estufa de Geneste — Herscher móvel



FIG. 16 — Aparelhagem móvel de desinfecção

Algum material do Parque Sanitário

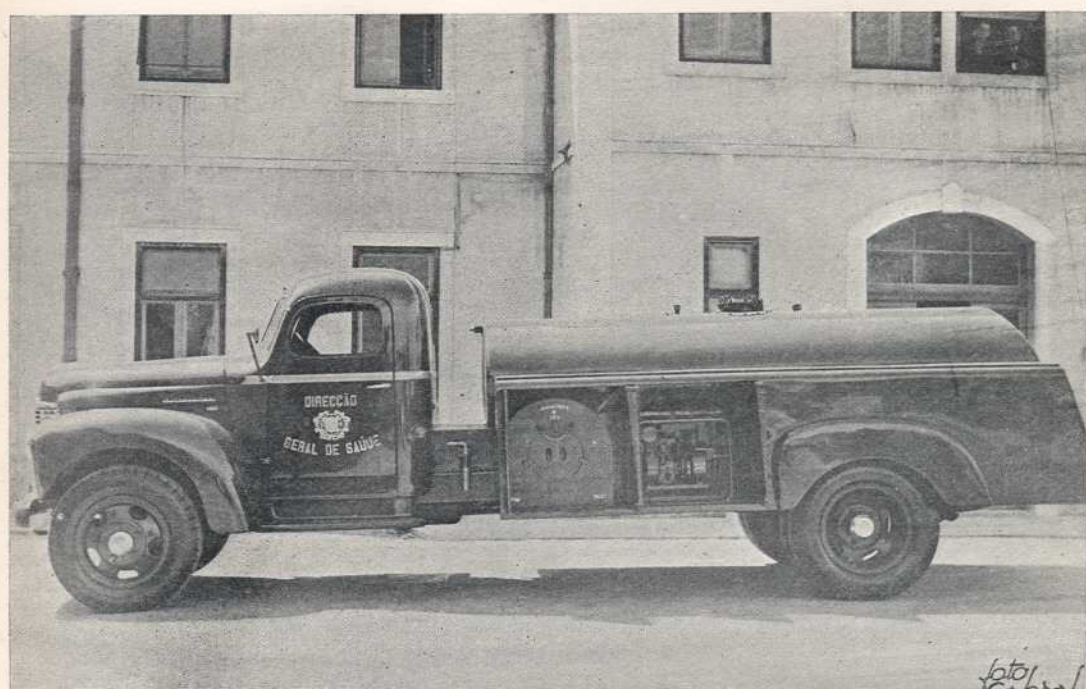


FIG. 17 — Auto-tanque com aparelhagem de colheita e cloro-depuração de águas

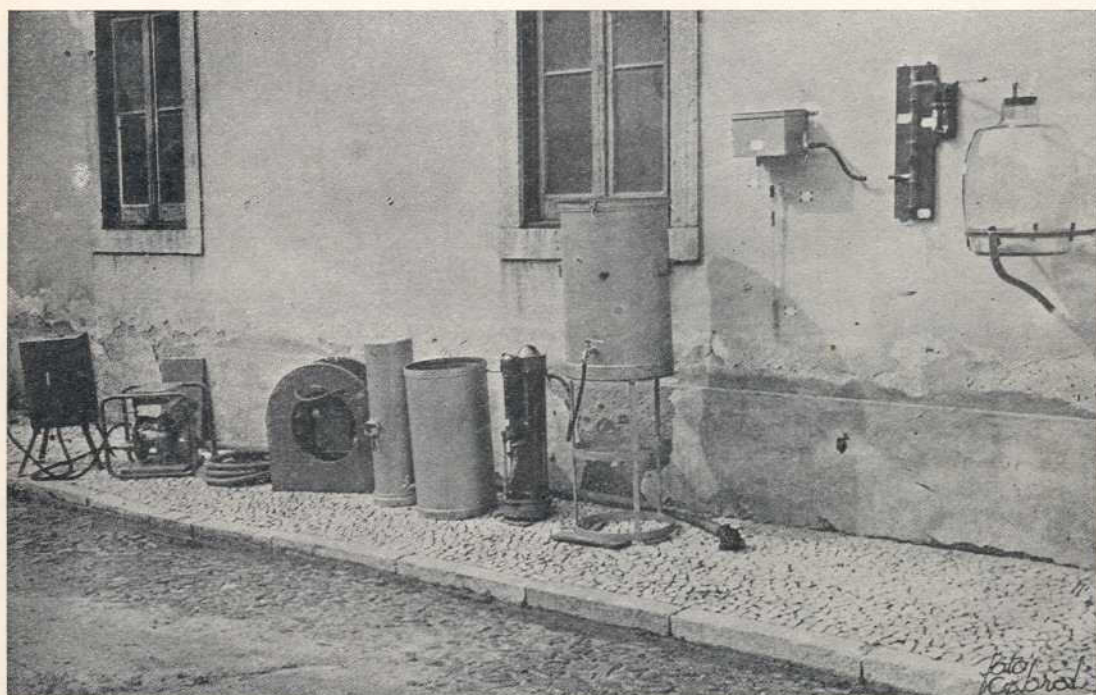


FIG. 18 — Aparelhagem de cloro-depuração de águas

Algum material do Parque Sanitário

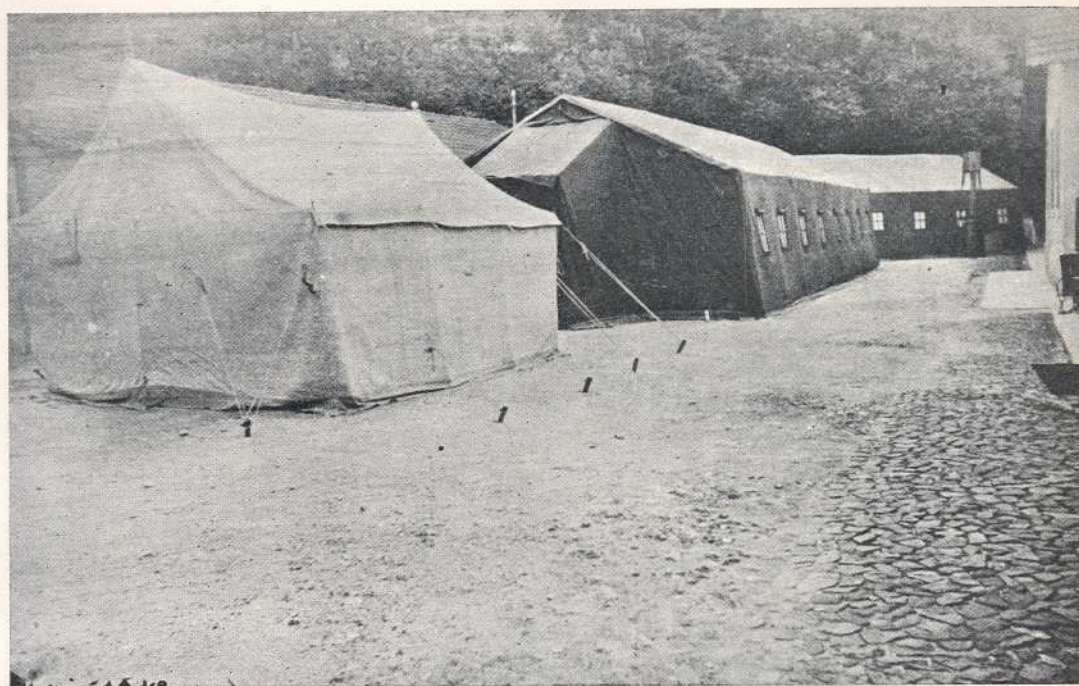


FIG. 19 — Posto de consulta — Enfermaria e Balneário com posto de despiolhamento



FIG. 20 — Tenda para material de desinfecção

Algum material do Parque Sanitário

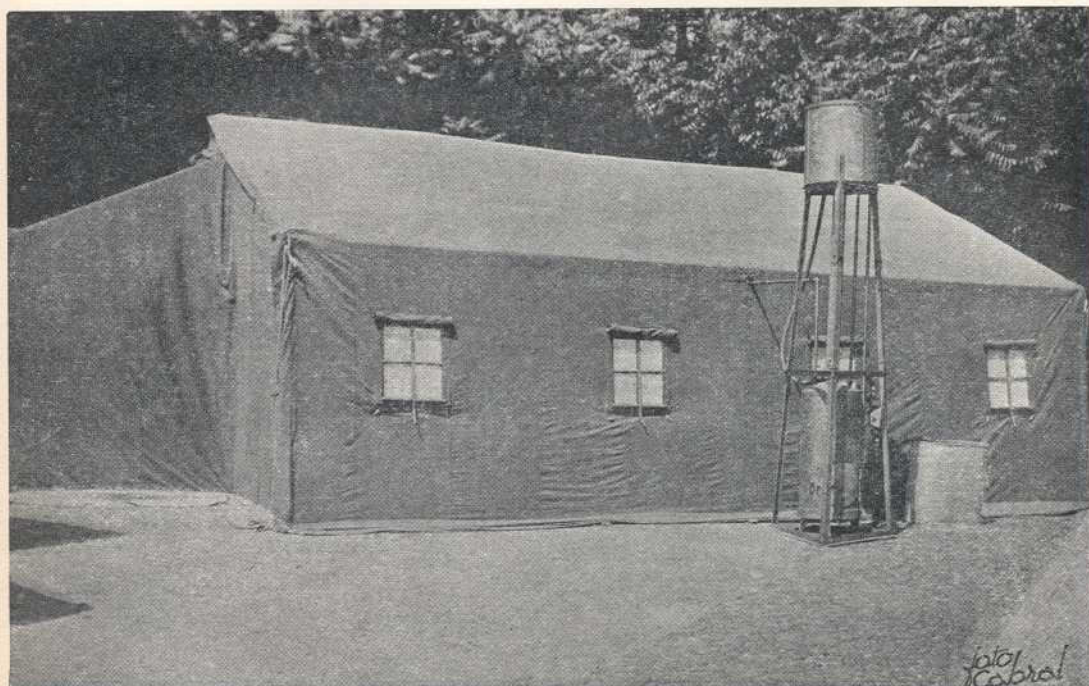


FIG. 21 — Balneário com 12 chuveiros (desmontável)



FIG. 22—Interior duma Barraca-Enfermaria

dade de acção que preconizamos não se compadece com excessos. Não se deve avançar sem a consciência de se pizar terreno firme. Caminhemos de vagar porque temos pressa e não nos esqueçamos que um trabalho que tem como base a educação, tem de ser lento, embora progressivo. Cada engrenagem tem que se ajustar sincronicamente às restantes e só quem tem a visão do conjunto da máquina pode regular o seu ritmo de funcionamento, em função das necessidades e das possibilidades.

Senhores Inspectores Superiores e Directores de Serviços, Senhor Director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e Engenheiro Sanitário, para V.^{as} Ex.^{as} vão também os nossos agradecimentos, pela vossa excelente e amiga colaboração, que ao mesmo tempo permitiu patentear a vossa competência e interesse pelos sectores sanitários que vos estão confiados.

Senhor Subsecretário de Estado da Assistência: deve V. Ex.^a estar satisfeito pela brilhante manifestação de vitalidade de Serviços em que superintende. Creio que as superiores directrizes de V. Ex.^a vão sendo cumpridas e que o interesse pelos mesmos Serviços que manifesta o Governo que V. Ex.^a aqui representa, não foi iludido, o que nos anima a pedir mais, para realizações de maior monta e de aspirar a conseguir aqueles meios de acção, que permitam um trabalho útil, dentro dum conceito superior de Política Sanitária considerada como um desdobramento elementar das sábias directrizes desse homem de génio que se chama Salazar.»

A seguir, o Dr. Lopes Dias, Delegado de Saúde de Castelo Branco, em nome dos delegados reunidos, disse:

Senhor Subsecretário do Estado:

« Por não haver regra sem excepção é que os Delegados de Saúde, aqui presentes, me declinaram a imerecida honra de, em seu nome, proferir algumas palavras nesta sessão de encerramento.

Será porventura a única nota discordante destas jornadas de um elevado nível mental e de um interesse sucessivo e crescente.

Muito tempo levaria o enunciado das múltiplas e profundas impressões com que os Delegados de Saúde chegaram até este momento, até ao fim destas primeiras côrtes sanitárias, côrtes

ordeiras, de política nobre e construtiva, dentro do País, de política de êxito seguro e de crédito internacional, além das suas fronteiras.

Serei breve, portanto.

O que se passou, posto que muito esperássemos, excedeu a nossa expectativa.

Com os princípios mais robustecidos, uma fé sanitária mais calorosa, uma técnica mais afinada, e uma excelente disposição de servir e realizar, levamos connosco o sentido exacto de que dispomos de um comando abalisado e consciente, sem exhibicionismo, mas firme e discreto, mas capaz de guiar e conduzir a nossa máquina sanitária aos mais prestimosos serviços.

E com os meios que V. Ex.^a não deixará certamente de pôr à nossa disposição, poderemos alargar a medicina preventiva, sem dúvida a melhor medicina dos povos, às massas populacionais que sempre foram e hão-de ser o primeiro manancial da eternidade e da grandeza do nosso grande Portugal.

O Senhor Subsecretário de Estado tem sido um dos grandes obreiros desta revolução construtiva que vai dignificando o culto pela saúde e pela vida dos portugueses; V. Ex.^a nos dá em todas as circunstâncias, mercê da sua clarividência e agilidade mental, da sua ânsia de conhecer em todos os pormenores o âmago dos problemas da Saúde e da Assistência Públicas, a par de um estudo constante e uma alta noção de justiça social, V. Ex.^a nos dá o exemplo constante do trabalho operoso e diligente, por vezes, com sacrifício das comodidades e da saúde, como eu próprio tive ocasião por mais de uma vez, de verificar; V. Ex.^a constitui enfim, o exemplo e a síntese da harmonia dos três aspectos essenciais da política do homem e da população, a saúde, a assistência e a educação.

Aos actuais Delegados de Saúde anima-os a sincera intenção de fazer triunfar a política sanitária em que V. Ex.^a se encontra tão manifestamente empenhado, de forma a adquirirmos os índices de cidadania que nos acreditem entre os melhores povos da Europa e da América.

O Senhor Director Geral de Saúde falou por ele e por todos nós, e nem mais uma palavra direi senão a de que tenho a honra de apresentar a V. Ex.^a os nossos respeitosos cumprimentos de despedida ».

Discurso do Subsecretário de Estado da Assistência

O Sr. Dr. Trigo de Negreiros encerrou a sessão, com o seguinte discurso:

1 — Decorridos dois anos sobre a publicação do Decreto-lei n.º 35,108, que criou as delegações de saúde distritais, e um após a sua instalação, entendeu a Direcção Geral de Saúde que devia promover a reunião em Lisboa dos delegados, a fim de os ouvir acerca dos respectivos serviços, das dificuldades da sua execução e dos meios de as remover.

E porque me era agradável conhecer o espírito com que os Delegados de Saúde executam as ideias que estão na base da reorganização dos serviços de saúde — «As Leis, verdadeiramente, — disse Salazar — fazem-nas os homens que as executam» não só dei a minha concordância à iniciativa do Director Geral, como acedi ao seu desejo de assistir ao encerramento dos trabalhos desta primeira reunião, o que me permite agradecer a vossa colaboração e tomar imediato conhecimento dos assuntos versados e das soluções preconizadas. Confinados no horizonte do vosso distrito e preocupados especialmente com os problemas que directamente lhe dizem respeito, nem sempre vos tereis apercebido da obra realizada nos diferentes sectores da assistência social.

Porque lhe falta a perspectiva que só a distância dos acontecimentos dá, cada geração avalia com relativa justiça os actos das que a precederam, mas é, as mais das vezes, injusta na apreciação dos actos e realizações que lhe respeitam.

Por isso, à guisa de despretensioso comentário às sugestões feitas, bordarei algumas considerações sobre o estado actual da sanidade em Portugal e das suas perspectivas no futuro.

Para melhor compreensão do que vou dizer — um pouco de história:

2 — A sanidade pública, pelo menos no conceito actual, não conta ainda um século, e são relativamente recentes alguns dos meios postos pela ciência e pela técnica à sua disposição.

Os trabalhos e descobertas de Pasteur, Eberth, Hansen, Koch, Laveran e tantos outros abriram novos horizontes à sanidade pública e tornaram imperiosa a necessidade de dar estrutura legal à sua organização.

Entre nós, depois da publicação duma série de diplomas parcelares, relativos aos serviços de saúde e de higiene, entre os

quais avultam os decretos de 3 de Dezembro de 1868, completado pelo de 22 de Junho de 1898, o decreto de 28 de Dezembro de 1899 e as instruções provisórias de 22 de Dezembro de 1900, foi publicado o regulamento geral dos serviços de saúde e de beneficência pública, de 24 de Dezembro de 1901.

Não há dúvida de que, em relação à legislação antiga, o referido regulamento marca um acentuado progresso na organização dos serviços sanitários do País.

No entanto os resultados práticos não foram apreciáveis.

No relatório do Decreto n.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926, que reorganizou os serviços de saúde, escreveu-se o seguinte: « estamos, no tocante a higiene pública em considerável atraso, lesivo para a existência da saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional. Ao passo que Portugal estacionou, e até certo ponto retrocedeu, os outros países desenvolveram e aperfeiçoaram à compita a sua sanidade. Faltou à reforma de 1901, tão bem auspiciada que ao tempo nos colocava acima de muitos países, o apoio da força e do dinheiro — a força porque toda a sorte de peias embaraçaram a sua acção, reduzindo-a quase à impotência — o dinheiro, porque as somas ínfimas consignadas no orçamento foram ainda ao depois ratinhadas ».

A REFORMA DE 1926

Da reforma de 1926 resultaram, é certo, para os serviços de saúde alguns benefícios. Não foram, porém, tantos que correspondessem à confiança do Governo ao lançar o que designou por « bases de uma restauração sanitária » e à esperança de que « a este passo avançado sucedesse a aplicação progressiva da reforma sem tergiversações nem empecilhos, como importava à execução da que foi chamada a lei suprema dos povos », como se escreveu no seu preambulo. Não.

A reforma de 1926 trazia dentro de si o germe que devia reduzir a pouco os nobres intuitos de quem a delineou.

Refiro-me à supressão das delegações de saúde distritais, criadas junto dos Governos Cívís pelo regulamento de 1901.

A experiência veio mostrar que a Direcção Geral de Saúde não podia acompanhar, vigiar, orientar e fiscalizar os serviços de 273 subdelegações de saúde, que tantos são os concelhos em que as mesmas funcionam.

Entregues a si próprios, os subdelegados de saúde relegaram para um segundo plano a acção sanitária, limitando a sua actividade a preencher os mapas que, com esse fim, lhes eram remetidos pela Direcção Geral.

A reforma de 1926 engendrou burocratas e, de um modo geral, maus burocratas, quando eram necessários sanitaristas.

É evidente que esta situação não podia continuar.

Por isso, o Decreto-lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, que reajustou a orgânica dos serviços aos princípios consignados no Estatuto da Assistência Social, não só ressuscitou as delegações de saúde distritais, como lhes deu condições de vida independente.

Aos Delegados de Saúde, directamente subordinados ao Director Geral, compete, dentro da área do respectivo distrito, superintender em todos os serviços sanitários e ainda orientar e inspecionar os serviços a cargo dos Subdelegados de Saúde, Médicos Municipais e das Casas do Povo.

Soldado na luta contra as epidemias, o Delegado de Saúde não pode exercer outra função pública ou particular, ter horário de trabalho e horas certas para descanso, pois, deflagrado um surto epidémico, serão sempre poucas as horas gastas para o jugular.

Responsável pelo estado sanitário do respectivo distrito, ele responderá pela negligência porventura havida na adopção das medidas profiláticas necessárias para evitar ou restringir as doenças transmissíveis ou na realização dos inquéritos epidemiológicos, considerados indispensáveis.

A UM DELEGADO DE SAÚDE NÃO BASTAM AS QUALIDADES REQUERIDAS DO COMUM DOS FUNCIONÁRIOS

Para desempenhar cabalmente as suas funções não bastam as qualidades requeridas para o comum dos funcionários: aptidão técnica, zelo e dedicação pelo serviço, integridade moral. O Delegado de Saúde necessita ainda de conhecer o meio físico, económico e social do respectivo distrito, a densidade e a composição da população por sexos, idades e profissões, a natalidade, a mortalidade e as causas desta, o clima, a habitação, os abastecimentos de águas potáveis e a rede de esgotos, as vias de comunicação e os meios de transporte, os hospitais, as prisões, os

asilos e até as casas de toleradas, os médicos, enfermeiros e visitadoras — tudo, enfim, que lhe possa fornecer elementos para combater a doença ou conservar a saúde da colectividade.

E porque o bom ou mau estado sanitário de um distrito se reflete necessariamente nos outros, o Delegado de Saúde deverá estabelecer frequentes contactos com os seus colegas, a fim de trocarem informações, ensaiarem métodos de luta, adoptarem soluções já experimentadas, compararem resultados obtidos.

Só assim se conseguirá recuperar o tempo perdido no domínio da sanidade pública, tão pouco prestigiada que o patrono desta casa, ao tempo Director Geral de Saúde, ainda em 1923, escrevia: « Entrei na carreira a invectivar a mesquinhez, a invalidade e até a inépcia da hygiene oficial. Quatro decénios vão ultimar-se e vêm encontrar-me na mesma postura e na mesma voz clamante ».

A voz de Ricardo Jorge foi, efectivamente, durante anos e anos, a voz que clamou no deserto da indiferença pelos problemas sanitários.

3 — Dada a categoria do pregador, higienista de renome universal, como se explica a surdez dos Governos e do público?

A explicação é simples. A política sanitária não é mais do que um capítulo da política geral, reflectindo aquela, como um espelho, os êxitos e os reveses desta.

A leitura das estatísticas não só demonstra o asserto, como é deveras elucidativa.

Assim, quanto à mortalidade geral, a evolução das respectivas taxas é dada pelos seguintes números:

Nos decénios de 1890 a 1899, 21,727; de 1900 a 1909, 20,089, de 1910 a 1919, 23,228; de 1920 a 1929, 20,096; de 1930 a 1939, 16,441; nos anos de 1940 a 1946, 15,442.

No período de 1910 a 1926, caracterizado pela agitação política, a taxa de mortalidade, em Portugal, não diminuiu e antes pelo contrário aumentou, sendo de 19,21, em 1910, e 19,76, em 1926.

No mesmo período passou em Espanha de 23 para 19; na Bélgica, de 15,2 para 13,3; na Alemanha, de 16,2 para 11,7; na Inglaterra, de 13,5 para 11,6; nos Estados Unidos da América, de 15 para 12,3; na Itália, de 19,9 para 17,2; na Roménia, de 24,8 para 22,9; na Suíça, de 15,1 para 11,8; na França, de 17,8 para 17,4.

Quer dizer: No referido período, a taxa da mortalidade, na Europa, só aumentou em Portugal.

Em relação à morte pela varíola, os números são ainda mais expressivos.

1.745 MORTES ANUAIS PELA VARÍOLA, DE 1918 A 1927, E APENAS 104 EM CADA ANO, DE 1938 A 1947. O TIFO E O PALUDISMO TENDEM A DESAPARECER DO PAÍS.

No decénio de 1918 a 1927, houve 17.451 óbitos, causados pela varíola — o que corresponde a 1.745 óbitos por ano.

No decénio de 1928 a 1937, o número de óbitos causados pela mesma doença foi de 2.996, ou sejam 299 por ano.

Finalmente, no último decénio — 1938 a 1947 — a varíola motivou apenas 1.043 óbitos — o que corresponde a 104 por ano.

No último ano, não obstante o alarme da população, a varíola causou apenas 46 óbitos.

A baixa da taxa da mortalidade geral resultou de causas múltiplas: Melhoria do nível económico e social da população, extensão da previdência aos trabalhadores economicamente débeis, construção de casas salubres e higiénicas, abastecimento de águas potáveis, alargamento da rede dos esgotos, assistência à maternidade e à infância, a acção profiláctica, assistência médica e hospitalização dos doentes.

Na verdade, a actuação sanitária quedará inoperante se não for acompanhada da melhoria das condições da habitação, trabalho e alimentação.

Por sua vez, a melhoria daquelas condições depende da actuação política.

A diminuição da mortalidade tem compensado, em grande parte, a baixa da natalidade, fenómeno comum a todos os países da Europa.

A taxa do nosso saldo fisiológico que foi de 10,34, em 1946, é superior às da Espanha, Bélgica, Inglaterra, Itália, Roménia, e Suíça, que são respectivamente de 9,6, 0,7, 3,6, 4,7, 7,2, 4,9, e 7,2.

O saldo fisiológico da França nos anos de 1935 a 1945, foi negativo.

No ano de 1947 verificaram-se em Portugal 218.111 nascimentos e 120.596 óbitos — o que corresponde às taxas, por mil habitantes, de 26,23 e 14,50, respectivamente. Estamos assim longe do estancamento da população portuguesa e bem assim

daquilo a que os técnicos chamam o « envelhecimento da população ».

Mais um êxito na nossa revolução na paz.

4 — As verbas consignadas no Orçamento do Estado aos serviços de saúde aumentam de ano para ano: 9.188 contos, em 1945, 16.530 contos em 1946, 27.949 contos em 1947, e 28.988 contos no ano corrente.

Pròpriamente, no que respeita às verbas destinadas às delegações e subdelegações de saúde, a diferença é ainda maior: 1.928 contos em 1945, 3.463 contos em 1946, 7.883 contos em 1947, e, finalmente, 7.960 contos em 1948.

Graças ao aumento das verbas, foi possível empreender a luta antitracomatosa nos distritos em que a endemia grassava com mais intensidade — Lisboa, Porto, Setúbal, Faro, Leiria, Guarda e Castelo Branco.

Através dos dispensários de higiene social intensificou-se a luta contra as doenças venéreas e sociais.

Se é certo que na profilaxia destas doenças estamos muito longe ainda do ponto óptimo, a verdade é que a considerável diminuição do número de óbitos causado pela sífilis — 1.066, em 1935; 465, em 1946 — mostra que estamos no bom caminho.

O mesmo podemos dizer da luta anti-sezonática.

Criada a direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos pelo Decreto-lei n.º 28.493, de 19 de Fevereiro de 1938, desde logo foram instaladas estações e postos anti-sezonáticos nas localidades mais atingidas pela endemia.

Os resultados estão à vista: não só diminuiu a pernilagem dos óbitos por paludismo, que passou de 0,03 por mil, em 1935, para 0,02 por mil em 1946, como o número de dias perdidos por doente, que era em média de 20, passou para 5.

O aumento de verbas permitiu ainda a intensificação da vacinação preventiva.

Dos mapas respectivos constam, em relação à vacinação anti-varfólica, 1.359.119 imunizações relativas aos anos de 1946 e 1947. O seu número real foi muito superior.

O número de imunizações antitíficas atingiu 128.410 em 1947.

Quanto à vacinação antidiftérica, acusa uma percentagem de 1.800 de aumento sobre a efectuada no ano anterior.

Em 1935 a difteria causou 842 óbitos, sendo responsável em 1946 por 518.

O tifo exantemático tende a desaparecer. Em 1946 causou 9 óbitos e 12 em 1935.

Devido à melhoria do abastecimento de águas e à vacinação antitífica, o número de óbitos causados pela febre tifóide diminui de ano para ano.

Pelo decreto n.º 9.333, publicado em 29 de Dezembro de 1923, foi criado o Instituto Português para o Estudo do Cancro, competindo-lhe organizar a luta contra o cancro em Portugal, manter e desenvolver um centro de luta contra o cancro em Lisboa e promover e auxiliar a criação de outros centros regionais, além das funções de estudo, investigação científica e divulgação.

Os serviços prestados ao País pelo Instituto de Oncologia, cujas magníficas instalações em breve serão ampliadas, são de valor inestimável.

Simplesmente, dada a importância do diagnóstico precoce no tratamento do cancro, impõe-se a criação de delegações do Instituto de Oncologia ou de centros regionais, aliás previstos no seu diploma orgânico.

A taxa de mortalidade pelo cancro passou, de 0,49, em 1935, para 0,45, em 1946, com 3.546 e 3.697 óbitos, respectivamente.

O PROBLEMA DA TUBERCULOSE

Das doenças contagiosas há uma que mantém estacionária a taxa de mortalidade. Refiro-me à tuberculose.

A referida taxa, por mil habitantes, foi de 1.696, no quinquénio de 1931 a 1935, de 1.519, no de 1936 a 1940 e, finalmente, de 1.536 no de 1941 a 1945.

Não só uma décima parte de todos os óbitos são causados pela tuberculose, como esta atinge os indivíduos no período mais activo da vida.

Dos 15 aos 40 anos, em cada dez portugueses que morrem, quatro são vítimas da tuberculose.

Por isso, e não obstante o esforço realizado nos últimos anos para a combater, esforço que se traduz no aumento do número de dispensários e no de camas destinados aos tuberculosos — 2.486, em 1938 e 4.126 em 1947, sem contar com os pavilhões do Sanatório do Lumiar, a inaugurar no corrente mês; no número de doentes sanatorizados — 2.468, em 1938, e 6.653, em 1946 — é necessário intensificar a luta contra a tuberculose,

reduzindo ao mínimo o número de vítimas deste terrível flagelo social.

Se ao dispensário, como centro coordenador da organização anti-tuberculosa, compete um papel preponderante na luta, cumpre aos Delegados de Saúde, além de uma acção profiláctica intensa, encaminhar para o dispensário os doentes recuperáveis e os simples suspeitos.

Com a publicação do Decreto-lei n.º 36.450, de 2 de Agosto de 1947, que estabeleceu o regime jurídico de combate à lepra, e com a abertura e funcionamento do Hospital Colónia Rovisco Pais, enfrentamos, no seu conjunto, e com ânimo de o resolver definitivamente, este grave problema da lepra.

Cerca de 500 leprosos internados no Hospital Colónia Rovisco Pais atestam a seriedade dos nossos métodos e constituem garantia de que o numero de lázaros no nosso País diminuirá dentro de período relativamente curto.

Tomámos parte no Congresso Internacional da Lepra, realizado em Havana, em Abril último, e tivemos o prazer de verificar que os votos e resoluções deste Congresso plenamente consagraram a solução dada em Portugal à organização da luta anti-leprosa.

5 — Para coordenar e efectivar a prestação da assistência médico-social à maternidade e à 1.ª infância foi criado em 1943 o Instituto Maternal.

Através das suas delegações e subdelegações, centros de assistência social e materno-infantis, postos de consulta pré-natal e post-natal, creches e abrigos de pequeninos, é prestada assistência a muitos milhares de mães e crianças.

A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

O número de camas existentes nas Maternidades é dez vezes superior ao que existia há 20 anos.

Os números estatísticos, na parte relativa à mortalidade infantil, exprimem com singular eloquência o trabalho realizado.

Ao passo que em 1941 o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade, por mil nado-vivos, foi de 150, em 1946, desceu para 119.

Quer dizer: em 5 anos, por cada mil nascimentos pouparam-se trinta e uma vidas.

No entanto, nota-se uma grande diferença de distrito para distrito e para ela chamo a atenção dos Delegados de Saúde.

É preciso averiguar as suas causas e procurar os meios de as fazer cessar.

As percentagens de óbitos de crianças até um ano de idade sobre os nascimentos verificados em 1946 vai de 8 %, em Coimbra, até 15,3 %, no Porto.

O quadro que passo a ler é elucidativo.

Ano de 1946:

Óbitos de crianças até um ano, por cada mil nascimentos:

Coimbra, 80; Leiria, 86; Santarém, 88; Faro, 93; Aveiro, Viana do Castelo e Viseu, 101; Lisboa, 109; Beja e Setúbal, 114; Castelo Branco, 115; Évora, 117; Portalegre, 118; Bragança, 128; Guarda, 131; Vila Real, 133. Braga, 136; Porto, 152.

A percentagem dos nado-mortos sobre os nado-vivos foi, no mesmo ano, de: Guarda, 2,3%; Bragança, 3%; Braga, 3,2%; Viana do Castelo, 3,7; Viseu, 3,8; Aveiro e Vila Real, 3,9; Castelo Branco, 4%; Porto, 4,3%; Faro e Santarém, 4,9%; Leiria, 5,1%; Coimbra e Lisboa, 5,3%; Portalegre, 5,5%; Beja, 6,1%; Évora e Setúbal, 6,5 %.

6 — A melhoria da assistência prestada nos dois últimos anos aos doentes afectados de doenças mentais foi verdadeiramente notável.

A assistência aos alienados e anormais regulada pela lei de 4 de Julho de 1899, e posteriormente pelo decreto de 11 de Maio de 1911, necessitava de ser actualizada de harmonia com os progressos da psiquiatria.

No relatório deste último diploma escreveu-se:

« É preciso reparar a monstruosidade que a monarquia nos legou. A isso tende este decreto, que autoriza o Governo da República a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas, para a assistência de alienados incuráveis e válidos, ao mesmo tempo que regula técnica e administrativamente este abandonado serviço público. ».

Mas se a assistência aos loucos era aquele « abandonado serviço público » a que se referia o legislador de 1911, abandonado continuou após a publicação daquele diploma, visto que, com base nele, não foi aberto qualquer manicómio, nem criada nenhuma da dez colónias agrícolas ali previstas.

Os manicómios existentes continuaram a ser *depósito de alienados*, de que em mais de 80 % dos casos não se saía com vida.

Coube ao Governo de Salazar a honra de submeter à aprovação da Assembleia Nacional a proposta de lei sobre assistência psiquiátrica que veio a converter-se na lei n.º 2.006, de 11 de Abril de 1945, depois do notável parecer da Câmara Corporativa.

Em 18 de Abril do mesmo ano foi publicado o respectivo regulamento (decreto n.º 34.502) e, finalmente pelos decretos n.ºs 34.534, 34.547 e 36.049, de 16 e 28 de Abril de 1945 e 18 de Dezembro de 1946 foi regulamentada a actividade e serviços dos centros de assistência psiquiátrica das zonas Sul, Centro e Norte do País.

A lei n.º 2.006 trouxe novos elementos à organização da da assistência psiquiátrica. São eles:

- a) a acção profilática e pedagógica;
- b) o regime aberto;
- c) a terapêutica de ocupação e trabalho.

Como se escreveu no relatório da proposta, « a primeira diferença entre o espírito da nova lei e o da anterior reside na atenção especial concedida à profilaxia e higiene mental, com vista à defesa e conservação da saúde do espírito, olhado como importante capítulo na sanidade geral ».

AS DOENÇAS MENTAIS PODEM SER EVITADAS PELA MEDICINA PREVENTIVA. FALAM AS ESTATÍSTICAS

As doenças mentais, como quaisquer outras, podem ser evitadas pela medicina preventiva e pela higiene mental. De harmonia com este princípio, foram criados em cada zona dispensários centrais e regionais.

Decorridos apenas 3 anos sobre a publicação da lei, funcionam com regularidade, nas cidades e vilas mais importantes do País, 32 dispensários e consultas: 15 na zona do sul, dez na zona do centro e 7 na zona do norte.

Para observar e tratar, em regime ambulatorio, os doentes afectados de doenças e anomalias mentais, brigadas móveis percorrem, periodicamente, os diferentes distritos.

O movimento dos dispensários de higiene e profilaxia mental da zona sul — não tenho ainda os números definitivos dos outros centros — basta para dar uma ideia de como, nesta parte, está a ser executada a reforma.

De 1 de Junho de 1945 — data da sua abertura — a 31 de Dezembro de 1947, inscreveram-se nos dispensários da zona Sul, 4.774 doentes, tendo sido dadas 14.958 consultas.

Relativamente à influência dos outros elementos — regime aberto e terapêutica de ocupação e trabalho — os números relativos aos doentes admitidos e que obtiveram alta por estarem curados ou por o seu estado ter melhorado, são bem significativos.

No relatório da proposta de lei escreveu-se que « seria ter da assistência às doenças e anomalias mentais uma visão grosseira, supor possível resolvê-la construindo simples depósitos de irresponsáveis, confiados a guardas mais ou menos humanitários ».

Ao escreverem-se aquelas palavras, tinham-se em mente os progressos realizados pela terapêutica psiquiátrica nos últimos 30 anos, e que os mesmos não podiam deixar de repercutir-se na percentagem de curas e na duração média da hospitalização dos doentes.

As esperanças do Governo não foram iludidas.

Decorridos apenas três anos sobre a publicação da reforma, já podemos tirar algumas conclusões.

No que respeita às altas por cura ou melhoria dos doentes, verifica-se que as mesmas sofreram um acréscimo superior a 400 %.

A mortalidade diminuiu; a duração média de hospitalização baixou para menos de uma décima parte.

Dos mapas relativos ao movimento de doentes no nosso mais antigo estabelecimento de assistência psiquiátrica — o Manicómio Bombarda, antigo Rilhafoles — que este ano festeja o seu centenário, extraímos os seguintes números, respeitantes a épocas diversas:

Em 1850 — curados, 21 %; melhorados, 8,6 %; mesmo estado, 7,6 % . mortalidade, 23,8 %.

Em 1911 — curados, 12 %; melhorados, 14,6 %; mesmo estado, 3,4 %; mortalidade, 26,6 %.

Em 1918 — curados, 4,9 %; melhorados, 9,1 % . mesmo estado, 3 %; mortalidade, 19,5 %.

Em 1924 — curados, 3,2 %; melhorados, 13,9 %; mesmo estado, 4,5 %; mortalidade, 12 %.

Em 1940 — curados, 10,9 %; melhorados, 9,7 %; mesmo estado, 5 %; mortalidade, 14,6 %.

Em 1944 — curados, 6 %; melhorados, 6,8 %; mesmo estado, 5,5 %; mortalidade, 15 %.

Em relação ao Hospital Conde de Ferreira, só conseguimos obter os números relativos às altas e óbitos ocorridos nos anos

de 1940 a 1947, todos demonstrativos de que este estabelecimento funcionava como depósito de alienados, visto que as altas por falecimento dos doentes eram em número bastante superior às dadas por todas as outras causas.

Assim :

1940 — doentes, 376; curados, 1; melhorado, nenhum; mesmo estado, 1; falecidos, 34.

1941 — doentes 416; curados, 2; melhorados, 3; falecidos, 16.

1942 — doentes, 417; curados, melhorados ou mesmo estado, nenhum; falecidos, 19.

1943 — doentes, 421; curados, nenhum; melhorados, 1; mesmo estado, nenhum; falecidos, 15.

1944 — doentes, 401; curados, 1; melhorados, 1; mesmo estado, nenhum; falecidos, 38.

1945 — doentes, 391; curados, 3; melhorados, 3; mesmo estado, 1; falecidos, 19.

1946 — doentes, 375; curados, 6; melhorados, 5; mesmo estado, 5; falecidos, 20.

1947 — doentes, 408; curados, 10; melhorados, 25; mesmo estado, 29; falecidos, 21.

Total — curados, 23; melhorados, 38; mesmo estado, 39, falecidos, 182.

O HOSPITAL CONDE DE FERREIRA COMEÇA AGORA A DESEMPENHAR AS SUAS FUNÇÕES COMO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.
NÚMEROS IMPRESSIONANTES

Em 8 anos saíram do Hospital Conde de Ferreira, 100 doentes, dos quais 23 curados, 38 melhorados e 39 no mesmo estado. No mesmo período faleceram no referido Hospital 182 doentes.

A situação mudou. No primeiro trimestre do corrente ano o número de doentes que tiveram alta por cura clínica e por terem melhorado foi de 16, não excedendo a quarta parte o número de óbitos.

O Hospital Conde de Ferreira começa agora a desempenhar as funções que lhe pertencem como Hospital psiquiátrico, nos termos do disposto na Base IX da lei n.º 2.006.

Vejamos agora os números relativos aos hospitais Júlio de Matos, Sobral Cid e ao próprio Asilo Miguel Bombarda, consi-

derando, em relação a este último, os números respeitantes aos anos de 1946 e 1947, ou seja na vigência da reforma:

HOSPITAL JÚLIO DE MATOS

ANOS	Admitidos	CURADOS		MELHORADOS		ESTACIONADOS		TOTAL		TOTAL		EXIST. ^a EM 31-12
		N. ^{os}	%	N. ^{os}	%	N. ^{os}	%	N. ^{os}	%	N. ^{os}	%	
2-4-42 a 31-12-43	678	323	57	104	26	70	17	406	59,8	25	3,6	247
1944	484	212	56,5	103	27,5	60	16	375	77,4	23	4,7	333
1945	633	272	57,2	112	23,5	91	19,1	475	75	29	6,1	461
1946	523	238	55,9	142	33,4	45	10,6	427	71,6	38	8,8	519
1947	653	218	53,5	133	32,5	57	18,9	408	62,4	39	9,5	725

NOTA: As percentagens incidem sobre o número total de doentes, incluindo portanto agudos e crónicos.

Considerando apenas os doentes agudos, a percentagem é de cerca de 80 %.

Hospital « Sobral Cid » — 1945: admissões, 42; curados, 8; melhorados, 1; mesmo estado, nenhum; óbitos, nenhum; total, 9; percentagem, 21,42.

1946: admissões, 128; curados, 41; melhorados, 16; mesmo estado, 11; óbitos, 3; total, 71; percentagem, 55,46.

1947: admissões, 180; curados, 82; melhorados, 50; mesmo estado, 10; óbitos, 6; total, 148; percentagem, 84,44.

1948: admissões, 93; curados, 29; melhorados, 9; mesmo estado, 1; óbitos, 3; total, 42; percentagem, 44,08.

Somam as admissões — 443; os curados, 160 (36,19 %); os melhorados, 76 (17,19 %); os de mesmo estado, 22 (4,97 %); os óbitos, 12 (2,70 %). Soma dos totais, 270 (60,94 %).

Asilo Psiquiátrico « Miguel Bombarda » — 1946: admitidos, 333; curados, 116 (35 %); melhorados, 42 (12,8 %); mesmo estado, 16 (4,8 %); falecidos, 28 (8,2 %).

1947: admitidos, 264; curados, 75 (28,4 %); melhorados, 49 (18,5 %); mesmo estado, 10 (3,7 %); falecidos, 21 (7,9 %).

Somam 191 curados, 91 melhorados; no mesmo estado, 26; falecidos, 49.

A diferença de percentagem dos doentes curados e melhorados, em relação aos anos atrás referidos, é de tal forma impressionante que dispensa quaisquer comentários.

Não se nega que a capacidade dos estabelecimentos oficiais e particulares é ainda insuficiente; mas pela actualização dos métodos de tratamento, foi possível admitir nos existentes na zona sul e em 1947 — 1900 doentes, dos quais tiveram alta clínica 1.418, tendo falecido 268.

7 — Para atender às necessidades da assistência hospitalar, o Governo elaborou e submeteu à aprovação da Assembleia Nacional uma proposta relativa ao plano geral da rede de hospitais.

A proposta veio a converter-se na lei n.º 2.011.

Para efeitos de organização hospitalar, foi o País dividido em zonas, regiões e sub-regiões, pela forma estabelecida no decreto n.º 36.600, de 22 de Novembro de 1947.

VAI ADIANTADA A EXECUÇÃO DO PLANO HOSPITALAR

Estão muito adiantados os programas de construção, adaptação, ampliação e equipamento dos estabelecimentos hospitalares, organizados pela Comissão de Construções Hospitalares, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo decreto n.º 35.621, de 30 de Abril de 1946.

Os hospitais são providos do número de camas correspondentes às necessidades da zona, da região ou da sub-região que servem.

O plano prevê 30.026 camas, sem contar as dos hospitais especiais.

Em 1926 dispunhamos de 6.500 camas; actualmente dispomos de cerca de 20.000.

Para a construção dos hospitais previstos na lei n.º 2.011 foi votada a verba inicial de 500 mil contos.

Os Hospitais Escolares, em adiantado estado de construção, serão custeados por força de outras verbas, estando previsto o seu custo em mais de 200 mil contos.

Os mesmos atestarão em breve a nossa capacidade de realização.

Como os hospitais regionais incluem serviços de doenças infecto-contagiosas, a sua construção e equipamento revestem especial interesse para a defesa da saúde pública.

8 — De pouco serviria construir hospitais e instalar serviços de saúde e de assistência, se, paralelamente, não se curasse de formar pessoal técnico e moralmente idóneo para os guarnecer.

Desde 1939 funcionam em Lisboa e Coimbra escolas destinadas à formação de assistentes sociais.

No Instituto Superior de Higiene funcionam cursos de visitadoras sanitárias.

Ao abrigo do decreto-lei n.º 36,219, de 10 de Abril de 1947, que reorganizou o ensino de enfermagem, abriram-se escolas de enfermagem geral e especializada em Lisboa, Porto, Coimbra, Braga e Castelo Branco, e está pendente de autorização a abertura e funcionamento duma escola no Funchal.

Os cursos de aperfeiçoamento sanitário, frequentados há 4 anos a esta parte pelos subdelegados; os cursos e os estágios de formação e aperfeiçoamento de médicos-tisiólogos e até esta reunião dos delegados de saúde mostram que existe presentemente o mais vivo interesse pelos problemas sanitários.

AUMENTAM DE EFICIÊNCIA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Por outro lado, mercê do pessoal e do material postos à sua disposição, os serviços que dependem directamente da Direcção Geral de Saúde aumentam de dia para dia a sua capacidade e eficiência.

A exposição do material do Parque Sanitário, a que ontem assistimos, constitui uma inegável prova do que afirmo.

9 — O tempo destinado a esta sessão não permite referir-me a outros serviços que praticam a medicina preventiva, nem tão pouco pôr em relevo as realizações que directa ou indirectamente têm contribuído para a franca melhoria do estado sanitário do País.

No entanto, se a organização não é ainda perfeita, os meios postos à sua disposição e que passamos em singela revista, e sobretudo o interesse do Governo por tão importante sector da administração pública, mostram que não há razão para desanimar e, pelo contrário, podemos encarar com confiança e optimismo o futuro da saúde pública em Portugal.

E podendo ficar por aqui, desejo ainda referir-me a dois pontos.

10 — O primeiro é de que tomei nota das sugestões feitas no decurso desta reunião, concernentes à necessidade de coordenar os diferentes serviços de saúde, de constituir brigadas móveis de vacinação, de alargar a rede dos dispensários e postos de higiene social, de criar centros e postos rurais, de aumentar o

número de parteiras municipais e de subordinar à Direcção Geral de Saúde, sob o aspecto técnico, os médicos municipais e ainda das relativas à forma de fazer a participação das doenças de notificação obrigatória, salvaguardando-se o segredo profissional e de outras.

De um modo geral, as sugestões feitas estão já a ser realizadas ou em via de realização.

Quanto ao uso da carta fechada para fazer a participação das doenças de notificação obrigatória, entendo que não pode haver segredo profissional no que respeita às doenças contagiosas, visto que ao interesse do indivíduo se sobrepõe o da colectividade — o que não quer dizer que, num caso ou noutro, o segredo não seja de respeitar, mais por motivos de ordem moral do que por dever estritamente profissional.

Além disso, hoje em dia, os doentes não só não ocultam a doença de que sofrem como até fazem gala em falar das chamadas « doenças secretas ».

O problema é outro.

Se a luta contra as doenças contagiosas é tanto mais eficaz quanto mais perfeito for o conhecimento da sua morbilidade e das perdas que ocasionam, não se compreende que a notificação não seja obrigatória para a tuberculose, para o tracoma e para as doenças venéreas, que se encontram entre as mais espalhadas e responsáveis pela perda de maior número de vidas e com mais graves consequências no futuro da raça.

É NECESSÁRIO EMPREENDER A EDUCAÇÃO SANITÁRIA

11 — O segundo ponto respeita à necessidade de empreender a educação sanitária.

Podendo a população adoptar, em relação às medidas sanitárias diferentes atitudes — hostil, indiferente ou compreensiva — a aplicação das mesmas terá tanto mais relevância quanto maior for a colaboração prestada pelas pessoas a que se destinam.

Na base da hostilidade ou da indiferença está o desconhecimento das noções de higiene e a falta de vontade para as aplicar na conduta quotidiana.

E porque a educação sanitária abrange todos os aspectos da vida humana e da sua defesa contra a doença, tendo por fim a criação de um estado de espírito favorável à prática dos preceitos relativos à prevenção das doenças e à higiene individual

e colectiva — não pode ficar exclusivamente a cargo dos médicos, cabendo à família, aos professores e, de um modo geral, a todas as entidades oficiais e particulares contribuir para a difusão das noções que estão na sua base.

Ao delegado de saúde compete vencer a incompreensão do público e persuadi-lo a colaborar com ele nas medidas que visem a combater a doença e a proteger a saúde.

Os meios a utilizar para esse fim podem ser os mais diversos: A Imprensa, o folheto, o cartaz, o cinema, a palestra despretenhiosa mas densa de ensinamentos.

Importa salientar os vários aspectos da medicina preventiva e os resultados obtidos nos países estrangeiros.

Aqueles podem avaliar-se pela experiência feita pela Metropolitan Life Insurance Company, que, tendo gasto na luta contra as doenças transmissíveis e na assistência profilática prestada aos seus segurados a importância de 30 milhões de dólares, pela diminuição da mortalidade nestes, em consequência daquela assistência, poupou em prémios de seguros, 75 milhões de dólares.

E se é certo que a saúde não tem preço, o exemplo referido mostra que o capital gasto em sua defesa é compensador... »

Os delegados de saúde, combatendo a doença e debelando as epidemias, contribuem para o bem estar dos povos e para a felicidade dos homens.

O êxito da vossa missão tão nobre como ingrata, depende, antes de mais nada, do entusiasmo e dedicação postos ao seu serviço e da consciência que tiverdes das vossas responsabilidades.

Os povos, como os indivíduos, só se lembram de quanto vale a saúde quando a perdem: uns e outros não costumam ser gratos a quem os protege e defende.

Como escreveu Marañon, os médicos parecem-se com os políticos quando carregam com as culpas de faltas que não cometeram.

Os doentes desabafam dizendo mal de quem os trata; os povos — de quem os governa.

Médicos e políticos «devem saber suportar estoicamente, como dolorosa obrigação, a injustiça »...

Livros comprados em 1949

- Vers la Médecine Sociale — René Sand
L'économie humaine — René Sand
Le Service Sociale a travers le Monde — René Sand
The practice of industriale medicine — Lloyd Davies
Historia de America — Manuel Ballesteros Gaibrois
Laboratory manual of general bacteriology for pre-nurses — G. Peltier e Lewis
Nutrição — Fern Silver
Patologia e terapêutica da febre reumática — Leopold Lichtwitz
Aspectos estacionais da natalidade em Portugal — Joaquim Fronteira
Notas demográficas — Júlio Castelo Branco
Observações e instrumentos meteorológicos — Amorim Ferreira
Estudos Eborenses — 2 vols. — Gabriel Pereira
Adolescência e Juventude — Perillo Gomes
Historia de la colonizacion española en America — Demetrio R. Perez
Clínica dermatológica e sifilográfica — Milio Blanco e Miguel Mazzini
L'air des locaux de travail — René Fabre
Techniques d'étude des sédiments — (Brajnikov) C. Francis-Boeuf e V. Romanovsky
Les conditions hygiéniques du travail dans diverses industries — René Fabre
Principes et techniques d'éducation sanitaire — Etienne Berthet
An introduction to entomology — John Henry Comstock
Handbook of nature study — Anna Comstock
Compêndio de Biologia — Umberto Pierantoni
Alguns aspectos de geologia dos granitos do norte de Portugal — Carlos Teixeira
Manual de Geologia — M. San Miguel de la Cámara
Engineering properties of soil — Hogentogler
Geología — P. Fábrega
Standard methods of the division of laboratories and research of the New York State — Wadsworth
La tuberculosis — Como evitarla, como curarla — Wander
Estudos demográficos — Marin
Études cliniques sur la tuberculose — Jean Paraf
Roberto Koch — Unger
Arquitectura higiênica — Banister Fletcher e Phillips Fletcher
Intalaciones frigoríficas — José Vives
Enseignement médico-social por coloniaux — Jean-Marie Habig
Médecine sociale de l'enfance — Lucien Garot
Dosage biologique et contrôle des médicaments — Jean La Barre e Jacque Thomas
La tuberculose dans le Monde — Mistal
Tratado de alergia — Karl Hansen

Hygiène Industrielle — Themsche
 Inspection médicale scolaire — Themsche
 Cours de prophylaxie des maladies contagieuses — Collard
 Como devo governar a minha casa — Adaptação de Virgínia de Castro e Almeida
 O problema sexual — Lacroix
 Codice del medico del lavoro — Angelo Altarelli
 Medicina ed igiene coloniale — Mario Giordano
 Infortuni sul lavoro e malattie professionali — Bartolotto
 Le péril vénérien — J. Payenneville
 O problema dos orçamentos familiares — Orlando Morbey Rodrigues
 Táboas topográficas e estatísticas 1801 — Publicação do Instituto Nacional de Estatística
 A ciência e o estado planificado — Tradução do inglês, por António de Sousa
 La vie intellectuelle — Sertillanges
 Morfologia social — Maurício Halbwachs
 Médecine sans frontières — George Menkès
 Discurso sobre o método — Descartes
 Déterminisme et libre arbitre — entretiens présidés par Ferdinand Gonseth, recueillis et rédigés par Gagnebin
 Les caractères — La Bruyère
 Bacterial and mycotic infections of man — edited by René Dubos
 Clinical hematology — Maxwell Wintrobe
 Standard methods for the examination of dairy products — 1948
 Quantitative Clinical Chemistry — John Peters e Donald Van Slyke
 Pina Manique — O político. O amigo de Lisboa — Oliveira Martins
 L'hérédité — E. Guyénot
 O bacilo de Koch e o homem — Ladislau Patrício
 Como evitar as doenças infecciosas — Fraga de Azevedo e Castro Amaro
 Os Estados Unidos de ontem e de hoje — Rog Nichols, William Bagley e Charles Beard
 A base biológica da natureza humana — H. Jennings
 Benjamin Franklin — Carl Van Daren
 Modern trends in public health — ed. by A. Massey
 An approach to social medicine — John Kershaw
 Principles of bacteriology and immunity — Topley e Wilson
 Rh... its relation to congenital hemolytic disease & to intragroup transfusion reaction — Edith Potter
 Milk and food sanitation practice — H. S. Adams
 Curso de Física — W. Watson
 Compêndio de Bioquímica — P. Rondoni
 Confidências de um investigador científico — Egas Moniz
 História de Portugal — 2 vols. — António G. Matoso
 Geografia da Fome — Josué de Castro
 Experimental immunochemistry — E. Kabat, Manfred Mayer, e M. Heidelberger
 Allen's Commercial Organic Analysis — vol. VII e VIII
 First aid — J. F. Sutherlands
 The training of a doctor — Report of the Medical Curriculum Committee of the British Medical Association

Méthods modernes d'analyse quantitative minérale — Charlot e Bézier
 Précis de chimie organique — Victor Grignard
 La malattia dell'Africa — Aldo Castellani
 Dictionnaire des termes techniques de médecine — Garnier et Delamare
 L'année médicale pratique — publiée sur la direction du Prof. C. Lian
 Modern trends in psychological medicine — ed. by Harris
 Coleção da Imprensa Médica — 1935 a 1946
 The care of the aged (Geriatrics) — Malford Thewlis
 Geriatric medicine — ed. by Edward Stieglitz
 Las enfermedades internas en la vejez — Albert Miller-Dehan
 Municipal and rural sanitation — Ehlers and Steel
 Elements of healthful living — Harold Diehl
 Textbook of healthful living — Harold Diehl
 The plant alkaloids — T. A. Henri
 História da Administração Pública em Portugal nos séculos XII a XV —
 Gama Barros
 De Koch a Waksman — La estreptomycina y la lucha contra el mycobacterium
 tuberculosis — Bustinza
 Bacterial chemistry and physiology — Roger Porter
 Les industries insalubres — Coreil et Nicolas
 Os ciganos de Portugal — Adolpho Coelho
 Contra um plágio do Prof. Theophilo Braga — Ricardo Jorge
 Higiene del individuo y de la comunidad — Turner
 Précis d'hygiène et d'épidémiologie — Sédallian e Sohler
 Climatologia — Wilhelm Koeppen
 Your hospital heritage and future — A. Wise
 As bibliotecas americanas — António Cruz
 Anthropotechnie — Jean Goldfiem
 Higiene escolar — Burgerstein
 L'Apogée de la Science Technique Grecque — Abel Rey
 Geología — Fritz Frech
 Standard construction for schools — Post-War Building Studies
 Plumbing — Idem, idem
 The lighting of buildings — Idem, idem
 School buildings for Scotland — Idem, idem
 School furniture and equipment — Idem, idem
 Domestic drainage — Idem, idem
 Heating and ventilation of schools — Idem, idem
 Antagonismes microbiens et substances antibiotiques — Salmom Waksman
 La herencia — Julian Huxley
 Écoles et établissements d'enseignement — éditions Albert Morancé
 L'éducation moderne — Hubert Lesmat
 Guia das enfermeiras — Ana Milesi di Girolamo
 Techniques de Laboratoire — Chimie physique, chimie biologique et chimie
 clinique
 Papers of Wade Hampton Frost-the Commonwealth Fund
 Sexual behaviour in the human male — Kinsey, Pomeroy e Martin
 Essentials of public health — William Shepard

Aquisições recentes de angio-cardiologia — Ciclo de lições promovido pelo
 Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra, no ano lectivo de 1948
 Vitaminoterapia — E. Gordon e Sevringhaus
 Sciencia e arte em medicina — Clementino Fraga
 Guide pratique de l'alimentation du sportif -- O. Loras
 La prévention de la tuberculose — Henri Brocard
 Primer libro de fisiologia e higiene — Cathcart
 Précis d'obstétrique -- Fabre
 Vilarinho da Furna — Uma aldeia comunitária — Jorge Dias
 The deshydration of food — Morris
 Os filhos de El-Rei D. João VI — Angelo Pereira
 Le vitamine — Edgardo Pace
 Catalyse et catalyseurs -- Marcel Prettre
 Les ultrasons — Pierre Biquard
 Les étapes de la médecine — Jean Fauvet
 Zinsser's textbook of bacteriology — revisto por vários autores

Livros em 2.^a mão

Dificuldades de interpretação histo-patológica — José Bacalhau
 Os aneurismas — aneurismas e aneurismectomias -- Idem
 Os epiteliomas dos lábios — Idem
 Ósteo-condromatose — Idem
 O síndrome de oclusão intestinal — Idem
 Rim semilunar — Idem
 Um caso de epitelioma adamantino do maxilar inferior -- Idem
 Um caso de quisto extra-peritoneal simulando um quisto vulgar do ovário e
 dando origem ao síndrome de oclusão intestinal — Idem
 Dois casos de quisto verdadeiro do pâncreas — Idem
 Neoplasmas da base do cérebro — Idem
 Um caso de aneurisma artério-venoso — Idem
 Modelagem de documentação anátomo-patológica e cirúrgica -- Idem
 Contribuição para o estudo das anomalias — Idem
 Angiomatose cutânea simétrica — Idem
 Dois casos de quelóides cicatriciais do pénis -- Idem
 A propósito dos resultados da opoterapia tirodeia e testicular num caso de
 gangrena seca do pé direito — Idem
 A propósito de um caso de hérnia umbilical monstruosa — Idem
 Um caso de seminomas bilaterais em testículos ectópicos -- Idem
 Um caso de cisticercose — Idem
 Sobre lipomas difusos do pescoço — Idem
 Polidactília — Idem
 Sobre hematomas simuladores -- Idem
 As úlceras gástricas e duodenais perfuradas — Idem
 O «Traço de Eberth» na fragmentação do coração — João Marques dos Santos
 A luta anti-cancerosa em Portugal — Idem
 Estudo anátomo-patológico das veias varicosas — Idem
 Inflamação, tumores — Marques dos Santos e F. Lopo de Carvalho

Noções gerais de anatomia patológica — Idem, idem
 Quisto hidático do rim simulando tuberculose — L. de Moraes Zamith
 Dois casos de rotura traumática da bexiga sem lesão óssea — Idem
 Aperto da uretra — suas aplicações e tratamento — Idem
 Anestesia e acidose post-operatória — Idem
 Um caso de fistula vesico-umbilical — Idem
 Sobre a anestesia epidural — Angelo da Fonseca e L. de Moraes Zamith
 Contribuição ao estudo do desequilíbrio cardio-renal post-operatório — L. de Moraes Zamith
 Higiene da alimentação — Meliço Silvestre
 O alcoolismo — Luís dos Santos Viegas
 Os semi-loucos — José Saavedra
 Degenerescência — Albino Pacheco
 Choque anafilático (teoria físico-químico) — Manuel Joaquim da Costa
 A propósito de um caso de sífilis gástrica — Célia de Almeida Leite
 Alguns casos anormais de sífilis — Abel Ribeiro Chaves
 Do peso de algumas vísceras de portugueses — João Jacinto de Melo
 Nota sobre os quistos serosos do ovário — Moura Relvas
 O Lupus vulgar e o seu tratamento — Luís Tomás Barateiro
 Theses de medicina — theorica e prática — Alvaro de Mattos
 Três casos clínicos de espondilose rizomélica — Mário Rodrigues Martins
 A drenagem em cirurgia abdominal — Augusto da Fonseca Júnior
 Bradycardias — Diagnóstico e Tratamento — João Manuel Rodrigues
 Da etiologia do cancro — José Miguens
 Da terapêutica solar — António Sílvio Pélico de Oliveira Neto
 Luta anti-venérea — Carlos Clímaco
 Hypericum Androsoemum L. — Manuel José Fernandes
 Investigações histológicas — 2 vols. — Geraldino Brites
 Patologia do colo vesical — Angelo da Fonseca
 Trois cas de mort par le Salvarsan — José Miguens
 Notes on the climate of Mont'Estoril and the Riviera of Portugal — D. Dalgado
 Sobre assunto de diabetes — Augusto de Miranda
 Dos syndromas pancreáticos — Alberto Costa
 Dissertação inaugural para o acto de conclusões magnas — Manuel Pereira Dias
 O laboratório e a excursão no ensino da geografia — Manuel José Ferreira da Costa
 Relatório de um caso clínico interessante d'affecção cancrosa — J. Augusto de Sousa Refoios
 Febre de Malta — João Felicissimo
 A precipitação específica — Nogueira Lobo
 Contribuição para o estudo da influencia alimentar sobre as variações da função lactogénica — Baptista Ramires
 Sobre localizações cerebraes — Maximino Correia
 Um caso de neuro-epitelioma gliomatoso — João Rocha Santos e Aníbal Gomes Ferreira
 Aneurisma sacciforme da femural — João Rocha Santos
 As inoculações cerebraes no tratamento do tetano e o tetano cerebral — Angelo da Fonseca

Um caso de inversão visceral total — Geraldino Brites
 Note sur l'anesthésie chirurgicale par la cocaïnisation infrachnoïdienne — M. da Costa Alemão
 Les fonctions de la moëlle osseuse — Max Askanazy
 Estudo clinico e experimental sobre vinte e um casos de encefalite letárgica — Pulido Valente e M. David
 Um caso de gastrite chronica e arterio esclerose — Antonio Olympio Cagigal
 Dionisio Daza Chacon — apontamentos para a sua biografia — Maximiano Lemos
 Os portugueses da Renascença, a medicina tropical e a parasitologia — Carlos França
 Doutor Alexandre Rodrigues Ferreira — 1756-1815 — Idem, idem
 Historia do Mosteiro da Vaccariça e da Cerca do Bussaco — Antonio da Costa Simões
 Uma familia de poli-sindactilos — Fernando da Silva Correia
 A intercultura de Portugal e Espanha no passado e no futuro — Ricardo Jorge
 Na meca dos dispepticos — recordação de Lausana — Ricardo Jorge
 A responsabilidade penal do médico — José Calvet de Magalhães
 A investigação pedagógica — E. Planchard — tradução de Fernando de Miranda
 Introdução à Filosofia — Vieira de Almeida
 Psicologia estudo do comportamento — William McDougal
 A luta contra a morte — S. Metelnikov
 Paradoxos sociológicos — Vieira de Almeida
 Menores — legislação civil, penal e administrativa — Manuel Dias da Fonseca
 Manuel de médecine du travail et d'hygiène industrielle — Maurice Gautrelet
 Les microbes anérobies — Weinberg, Nativelle et Prévot
 Física para médicos — Júlio Palacios
 Public Health and social services — Geffen e Farrer-Brown
 Watter supply engineering — Harold Babbit e James Doland
 Sugar analysis — Brown e Zerban
 Recent advances in the study of venereal diseases — a symposium
 Studies in air hygiene — 1948
 Evaluation of chemotherapeutic agents — editet by Colin M. Mackod
 The epidemiology of hemolitic streptococcus — Alvim Coburn e Donald Young
 Cours de Pédiatrie Sociale — 2 vols. — Fonds International de Secours à l'Enfance-Organisation des Nations Unies
 Penicilina — Propriedades, ensaios e reparações galénicas — L. Silva Carvalho
 Tratado de quimica analitica quantitativa general e inorganica — Kolthoff e Sandeli
 Bacteriologia e Inmunidad — Topley, Wilson e Miles
 Toward public understanding of casework — Viola Paradise
 Código Civil Português — A. Vaz Serra
 Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira — N.º 19
 Psicologia prática — J. J. Milford
 Noções de psicologia — Iago Pimentel
 Enfermagem (3.º Vol.) — Alberto Costa
 Introdução à filosofia e psicologia — organizado por Joel Serrão e Jorge de Macedo

Livros oferecidos à Biblioteca no ano de 1949

- Notícias da Suécia
Zdwavotnická Revue (bulletin of the Ministry of Health) Vol. XXIII
Acta Endocrinologica et Gynaecologica
Arquitectura do Hospital de Todos os Santos
Índice Cultural Espanhol
Mouvement de la population en 1945 — par le Bureau Central de Statistique
Higiene e Medicina Social Concelhias
A Tuberculose como doença social — por Nuno A. Botelho de Medeiros
Apointamento para a tentativa de organização do controle da produção de
soros e vacinas pela D. G. de Saúde — por J. Maia de Loureiro
Tosse convulsa — por J. Maia de Loureiro
Boletim Epidemiológico da Colónia de Angola (Setembro e Outubro)
Bulletin statistique de la ville d'Oslo, n.º 2 e 3
Statistike Meddelersir
O Natal de 1941 na Maternidade Dr. Alfredo da Costa
A Anestesia na Antiguidade — por Costa Sacadura
Arquivo de Anatomia e Antropologia
Anais Azevedos (vol. I)
Boletim Climatológico da Praia da Rocha (Vol. 11)
Boletim Climatológico do Monte Estoril (Vol. 11)
Boletim Mensal das Observações Meteorológicas do Arquipélago da Madeira
(Vol. IV)
Resumo Mensal das Observações Meteorológicas (N.ºs 3 e 4)
Bulletin de statistique de la ville d'Oslo (n.º 4)
Arquivo de Patologia — n.º 20
Doce Años de assistência social en España
Boletim da Assistência Social (N.ºs 65 a 67, 68 a 70)
Rödsossaker år 1945
Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé (vol. 11 e 12)
Assistência Social — Princípios e Realizações
Jornal da Sociedade das Ciências Médicas
Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana
Berätteke öner nerksamsheten vid statens institut for Folkalsan
Boletim Pecuário
Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa
As Cerimónias do Encerramento do Ano Escolar de 1947-1948 — na Escola de
Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca
Endeavour (revista)
Altitude (O Espirito na Medicina) — Ladislau Patricio
Boletim Geral das Colónias
Boletim Mensal do Commissariado do Desemprego
Boletim do Instituto Português de Oncologia
La Reforma Médica
Jornal da Federação Nacional dos Productores de Trigo
Casa Pia de Lisboa — Relatório da Provedoria relativo ao ano de 1947

Centro de Estudos Demográficos (revista) n.º 5
 Anais da Faculdade de Farmácia do Porto
 O Hospital Termal das Caldas da Rainha — Fernando da Silva Correia, Manuel de Melo Ferrari e António de Melo Ferrari
 Bulletin de Hygiène
 Caixa de Previdência — relatório do Conselho de Administração
 Relatório da Comissão de Estudo de um projecto de assistência clínica aos sócios — Caixa de Previdência do Ministério da Educ. Nacional
 Boletim Oficial da Cruz Vermelha Portuguesa — 1947
 Crónicas da Vida Médica — Velho Galeno
 Cartas Abertas a um Jovem Médico — Escolha da Carreira (1943) — Velho Galeno
 Exame de Consciência — Velho Galeno
 Sousa Martins — Apóstolo da Assistência médica — Fernando Correia
 Uma ciência esquecida: — a Deontologia — uma ciência desprezada: — A Medicina Preventiva — uma ciência ignorada: — a Administração — Fernando Correia
 Uma reforma da Assistência — Fernando da Silva Correia
 Pediatria Social — A Medicina preventiva e a escola — Fernando da Silva Correia
 A Ordem na Medicina — O que o público pensa da medicina — Velho Galeno
 Alguns aspectos do problema do cancro em Portugal — Fernando da Silva Correia
 Um caso raro de intoxicação alimentar colectiva — por F. da Silva Correia
 Abastecimento dos produtos hortícolas a Lisboa — Maria de Lourdes Santos Pereira
 Boletim da Direcção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar — Fasc. I a V — 1948
 O Abuso do Alcool — Couto Nogueira
 Regulamento Geral das Canalizações de Esgotos — Lisboa 1948
 Boletim da Casa de Portugal — Ano II n.º 16/17 — 1948
 Sobre a organização social da medicina — circular
 Anais Nestlé
 Infecção Respiratoria Experimental por haemophilus pertussis — José Cutileiro
 Breves e Simples regras para uma produção higiénica e racional de leite — José Casal Ribeiro (Junta Nac. dos Productos Pecuários)
 A Saúde Escolar — N.º 5 Ano I — 1936 — N.º 9 — Ano II — Jan.º 1937
 Medicina Legal Corrente nos Desastres do Trabalho — Luís Guerreiro
 Hernias e desastres do Trabalho — Luís Guerreiro
 Legislação sobre desastres do trabalho — anotada e comentada pelo Dr. Luís Guerreiro
 Guia Médico-Legal dos acidentes no trabalho — Luís Guerreiro
 Boletim da Associação dos Diabéticos Pobres
 Congresso Europeu da Federação Internacional de Ginastica Ling — Ano VIII
 Bulletin du Ministère de la Santé de la Turquie
 Regulamento Geral de Abastecimentos de Água — Lisboa-1948
 O Alentejo — sua descrição geral; principais produções e projecto de irrigação — Mário Vieira de Sá
 Apontamento para a história do azeite em Portugal — F. P. Langhans
 Ensaio e Críticas — Dr. Fernando Gracías

- O Morgado Figueirôa — idem
- A Fortaleza de Bissau e a Companhia do Grão Pará e Maranhão — José Mendes da Cunha Saraiva.
- Acêrca do melhoramento da batateira — António de Matos Moraes
- Documentos da fundação do Convento de Santa Marta de Jesus em Lisboa — José Mendes da Cunha Saraiva
- Livro dos Forais, escrituras, doações, privilégios e inquirições — José Mendes da Cunha Saraiva
- Memória sobre um inventário artístico do ano de 1564 do Paço dos Duques de Bragança — Idem
- Index historico e diplomático do Cartorio de Leça — Idem
- Nótula sobre a geomorfogenia de Setúbal — sep. de «Técnica» — Falcão Machado
- A Profilaxia da febre tifoide na tecnica da salubridade — Arruda Furtado
- As hormonas negativas — Luis da Silva Carvalho
- Notas sobre algumas modificações preconizadas à técnica de J. Régnier de avaliação do poder anestésico local — L. Silva Carvalho
- Breves noções históricas sobre a forma medicamentosa óvulo — L. Silva Carvalho
- Le sérum artificiel salin de Locke Ringer au point de vue de son isotonicité — Silva Carvalho
- Appreciação espectrofotométrica das modificações sofridas pela solução aquosa de isobutirato de novocaino por efeito de autoclavagem — Idem
- Les Abaissements cryoscopiques de diverses solutions injectables de glucose hypertoniques utilisées en thérapeutique — Idem
- Sur la concentration de la solution de glucose injectable isotonique dans les pharmacopées espagnole et portugaise — Idem
- Alguns séculos de administração sanitária na cidade do Porto e no seu termo — Alvaro de Mendonça e Moura
- Os cegos como cidadãos e como homens—L. Albuquerque e Castro
- O problema agrícola português considerado à luz da psicologia, da pedagogia e da sociologia—Mário Gonçalves Viana
- Leve ensaio sobre sociologia—Eurico Jorge
- Assistencia Post-Prisional — Renato Gonçalves Pereira
- Silva Porto na vida e na morte — Rodrigo Abreu
- Seguros Sociais e Medicina do Trabalho — Luis Guerreiro
- Medicina do Trabalho — seu conceito e aspectos — dermatoses profissionais — Aureliano da Fonseca
- Profilaxia do crime—Gregório Pereira
- A psiquiatria na vida moderna—Barahona Fernandes
- Relatório e Contas da Direcção do Grémio Nac. dos Industriais de Especialidades Farmacêuticas—Ano de 1948
- Politica Económica Farmaceutica Luso-Espanhola—S. Fontoura de Carvalho
- Anuário Demográfico — 1948
- Vinte e três anos ao serviço do País no contacto de doenças em África — Bernardino Bruto da Costa
- A Profilaxia da lingua Portuguesa—Carlota Almeida de Carvalho
- British Social Services
- Assistencia Medica Rural — Albano da Cunha Leal

Arquivos da Escola Médico-Cirúrgica de Goa—série A—fasc. 21—1948
 Boletim clínico e de estatística do Hospital Colonial de Lisboa—n.º 2—1949
 Revista de Medicina Veterinária
 Jornal dos Farmacêuticos
 Assistência social—diplomas coordenados e anotados—vol. II—Diogo de Castelo Branco de Paiva Brandão
 Travaux de laboratoire—Ferreira de Mira—tomo XVIII—1949
 Actualidades biológicas—vol. 22—1949
 A cloromicetina—Luis da Silva Carvalho—sep.
 Comissão Reguladora dos productos quimicos e farmaceuticos—(2 vol.) 1948/9
 Sobre os syndromas das serosas coelomicas — Arruda Furtado
 Alocação proferida perante S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social, na inauguração do Dispensário de Higiene Social de Faro—Jaime Bento da Silva
 Resumo das Doenças transmissíveis epidemicas — Boletim epidemiológico da Colónia de Angola
 O Plankton da Baía de S. Martinho do Porto — Estela de Sousa e Silva e Jaime dos Santos Pinto
 Service Sanitaire de la ville de Stockholm
 Service hospitalière de la ville de Stockholm
 Actas do primeiro Congresso Nacional de Ciências naturais—Aspectos e problemas de urbanismo—F. Falcão Machado
 Manual de Higiene da Mocidade Portuguesa — fasc. 1 a 3—Lx.^a 1945
 Boletim clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa
 Boletim do Sind. Nac. dos Médicos Veterinários
 Centenário do Hospital Miguel Bombarda—1948
 Comemoração do I Centenário do I Hospital de Alienados instalado em Portugal
 Le secret professionnel dans le service social au point de vue de la joie naturelle — Walter Mc Guinn
 O serviço de inspecção de toleradas—Tovar de Lemos
 Anuário Estatístico — 1948
 Boletim Mensal do Instituto Nacional de Estatística
 The Journal of laboratory and clinical medicine n.º 10
 Communications de l'Institut Sérothérapique de l'État Danois
 Publicações Periódicas Estrangeiras-inventariadas nas bibliotecas portuguesas — Ciências Médicas — Instituto para a Alta Cultura — Zeferino Paulo

A responsabilidade dos Médicos na sanidade da Nação ⁽¹⁾

As palavras que vou proferir são banais à custa de as repetir em lições e conferências, conselhos, discussões e artigos de vulgarização. A sua actualidade todavia é tal que julgo oportuno insistir nelas.

Só para que não se me atribuam afirmações que não tenha feito as escrevi. Escrevê-las para vanglória seria ridículo, visto nada dizerem de novo nem original. Além disso corriam V. Ex.^{as} o risco de me verem alongar se as não lesse, tanto e tanto há a dizer sobre o assunto e tão útil é sempre aproveitar oportunidades difíceis de obter para falar a médicos, dando-lhes de mais a mais, como dou sempre, o direito a contradita, imediata ou tardia.

* * *

Quando o Conselho Regional de Coimbra expôs ao Conselho Geral da Ordem dos Médicos o seu desejo de realizar nesta cidade, tal como havia sucedido já no Porto e em Lisboa, um Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, e o Conselho-Geral, grato à Faculdade de Medicina, que iniciara há 12 anos cursos neste género, antes da Ordem o fazer, concordou, como homenagem a tão honrosa precedência, em que o primeiro curso aqui realizado se anunciasse como organizado pela Faculdade

(1) Lição proferida no Salão do Hospital da Universidade, no XII Curso de Férias, organizado pela Faculdade de Medicina de Coimbra, em 1949.

com a colaboração da Ordem, homenagem julgada justa, no género das que se costumam fixar em lápides e que em nada tocava o prestígio da Ordem que, em anos subsequentes, organizaria, com a colaboração das três Faculdades de Medicina, tais cursos, o Sr. Director-Geral de Saúde, ao ser-lhe feito o pedido de indicação dos nomes dos funcionários seus subordinados que viriam trazer colaboração da Direcção-Geral, dignou-se juntar-me aos que aqui viriam fazer conferências.

Embora recebida a ordem em circunstâncias de particulares afazeres e fadiga, não podia aiosamente escusar-me e não pude deixar de agradecer a Sua Ex.^a a escolha, para mim tão honrosa.

Tendo porém o Conselho Regional desistido do Curso por motivos e em circunstâncias que ignoro e por certo a história nunca conseguirá desvendar, por paradoxais, visto ter sido possível remover obstáculos e justos melindres do Conselho-Geral e da Direcção-Geral de Saúde; a pedido do Conselho Regional organizador, sendo este, depois, a não aceitar o que pedira, tendo ficado assente que a Faculdade de Medicina realizasse ainda este ano sòzinha o Curso, mostrando ser capaz, mais uma vez, de o fazer com os próprios recursos e apesar de desajudada, assim, inesperadamente, quis esta ter a delicadeza de manter os convites verbalmente feitos à Direcção-Geral e me honrar uma vez mais com uma pública prova de consideração. Antes de começar a expor o assunto da minha fala não quero deixar de agradecer essa gentileza.

Desde que há 32 anos (fá-los precisamente em 20 deste mês) completei os meus exames obrigatórios nesta Universidade, é esta a sexta vez que uso da palavra em Coimbra e sempre, excepto uma, debaixo dos tectos da Universidade.

A primeira foi em 1925, no Congresso para o Avanço das Ciências, a convite do malogrado e culto Prof. Doutor Alberto Pessoa. A segunda foi, noutra Universidade — a Universidade Livre — em 1931, para trazer aqui um manifesto sobre a necessidade de em Portugal se organizar a Protecção à Infância. Bem pouco havia então em Coimbra em tal campo e bem pouco auxiliado, apesar dos esforços dos pioneiros, entre os quais se contaram os Professores Filomeno da Câmara, Novais e Sousa e João Porto, este último no C. A. D. C.

Entre os que escutaram essa fala longínqua e esquecida contavam-se os Professores Maximino Correia, Rocha Brito, João

Porto e Geraldino Brites, meus queridos amigos, presidindo, como Governador Civil, essa figura nobilíssima de médico culto, inteligente e bom que foi António de Sousa Gomes, meu tão querido condiscípulo, bem cedo roubado pela morte e que foi um dos melhores alunos do Curso em que o maior e o melhor de todos na nossa opinião unânime e de sempre foi o vosso actual Reitor, o Professor Maximino Correia, cujo prestígio, apesar de eleito por vós, e aqui tão grande, é ainda maior em Lisboa e Porto do que em Coimbra, como repetidas vezes tenho verificado pessoalmente, quer nos meios universitários, quer fora deles, entre amigos e até entre adversários.

Depois dessa fala de há 18 anos, voltei aqui a passar, como meteoro, em 1938, ao vir doutorar-me serôdiamente, para que não se julgasse que ia ocupar, sem provas públicas de estudo, o cargo de Inspector da Saúde Escolar; em 1940, na Associação Académica, a convite do malogrado Reitor Prof. Doutor Moraes Sarmento; no mesmo ano, no Congresso do Mundo Português, e há dois meses para dizer em mau latim as frases do ritual ao serem-me impostas as insígnias doutorais.

Ao receber o convite para colaborar no Curso de Aperfeiçoamento, como colaborara nos que a Ordem dos Médicos realizou, no ano passado, no Porto, e este ano em Lisboa, hesitei sobre o título e assunto a versar, tantos e tantos há necessidade de bradar por esse País fora, chamando a atenção distraída da classe médica para os perigos a que se expõe a cada passo. Assentei em me ocupar de *A responsabilidade dos Médicos na Sanidade da Nação*. Porquê?

É que, ao fazer-se o balanço do que existe e falta em Portugal em matéria de Sanidade e depois duma análise profunda assente na História, na Deontologia, na Técnica e nos factores psicológicos, verifica-se que as responsabilidades do que nos falta, em geral levianamente atribuídas — injusta e levianamente — à Direcção-Geral de Saúde, cabem a muito mais entidades do que se julga. Já em épocas diferentes me ocupei da responsabilidade dos universitários (dos diplomados por quaisquer Faculdades) na Sanidade e na Puericultura da Nação, na dos Industriais e na dos Ministros, Deputados, Directores Gerais de vários Ministérios, Governadores Cívís, Presidentes de Câmaras, directores de empresas, Comandantes de Regimentos, Professores, influentes de qualquer ordem, enfim.

Há, em todos eles, todavia, um factor comum que influe nessa responsabilidade. Esse factor é o da ignorância do valor essencial da Higiene e da Medicina Preventiva e o da falta de formação duma consciência sanitária nacional, de onde resulta que quaisquer esforços isolados a bem da Saúde colectiva, toparam sempre, não só com a indiferença e resistência passiva da maioria da gente, mas com a sua hostilidade quase organizada, — facto paradoxalmente grave num País como o nosso em que o espírito de organização é excepional — pois nos leva a recear que esse espírito e a atitude anti-sanitárias estejam lamentavelmente... na alma nacional.

Ora como entre os responsáveis e dos maiores e mais frequentes, se contam médicos, pareceu-me oportuno chamar a atenção para tal assunto, pois ele se prende com o prestígio duma classe a que muito me honro de pertencer.

* * *

Não se diga que é inoportuno este brado.

A Organização Mundial da Saúde, a cuja reunião neste momento está a assistir uma delegação de Portugal, presidida pelo Sr. Director Geral de Saúde, proclamou em termos bem claros o conceito moderno e o valor da Saúde.

Recordemos os princípios que foram reunidos e espalhados *urbi et orbe* na « Magna Carta da Saude » ou « Declaração dos Direitos do Homem a ter Saude » em 22 de Julho de 1946, em Nova York, como introito à Constituição da Organização Mundial da Saúde, princípios que Portugal aceitou e por isso tem de cumprir para sua honra:

« A Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, não consistindo apenas na não existência de doença ou enfermidade.

Constitue um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, qualquer que seja a sua raça, religião, opiniões políticas e condições económicas ou sociais, a posse do mais perfeito estado de saúde que lhe seja possível atingir.

A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para a paz e segurança do mundo e depende da mais íntima cooperação dos indivíduos e dos estados.

Os resultados alcançados por cada Estado no melhoramento e protecção da saúde são preciosos para todos.

As desigualdades que se verifiquem entre os diversos países no que respeita à melhoria da saúde e à luta contra as doenças, especialmente as transmissíveis, representam um perigo geral.

O desenvolvimento normal da criança é duma importância fundamental; a aptidão para viver adaptado a um meio em plena transformação é essencial a esse desenvolvimento.

A expansão a todos os povos dos conhecimentos benéficos adquiridos pelas ciências médicas, psicológicas e correlativas é essencial para atingir o mais alto grau de saúde.

Uma opinião pública ilucidada e uma cooperação activa por parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde das populações.

Os Governos são responsáveis pela Saúde dos seus povos e, como tal, cumpre-lhes tomar as medidas sanitárias e sociais apropriadas.

Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os restantes Estados para melhorar e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes dão o seu acordo à constituição e, entre os presentes, estabelecem a Organização Mundial da Saúde (O. M. S. em português, espanhol e francês, W. H. O. em inglês) como instituição especializada nos termos do artigo 57 da Carta das « Nações Unidas ».

« Os Governos são responsáveis pela saúde dos seus povos ». Responsáveis como? Por intermédio de quem? Com que meios? Com quem podem contar?

Vejamos o caso português, entrando finalmente no assunto de que nos propusemos tratar.

* * *

Uma das regras elementares da boa administração, pública ou particular, é a de distribuir a cada pessoa, organismo ou classe, o papel correspondente à sua preparação técnica, à sua força física ou à sua psicologia.

Tratando-se de defender a saúde nacional é lógico que nenhum governo inteligente e cónscio das suas responsabilidades pense em confiar tal tarefa a outra classe que não seja a médica.

Está todavia a classe médica portuguesa apta a tomar sobre si tal responsabilidade? É o que vamos analisar.

Como está constituída a classe médica em Portugal?

Apenas diremos o suficiente para se poder compreender a gravidade da situação. A minúcia levar-nos-ia muito longe e seria imprópria deste lugar.

O número de habitantes apurados na Metrópole pelo Censo de 1940 foi de 7.722.152 e o número de médicos que podem exercer a Medicina, isto é, actualmente inscritos na Ordem, é de 5.812, 1.566 inscritos na secção regional do Porto, 1.084 na de Coimbra e 3.162 na de Lisboa.

Entre os 5.812 há 2.452 que já alcançaram o título de especialistas, ou sejam mais de 42 %.

Predominam os cirurgiões gerais (352), os estomatologistas (351), os ginecologistas (232) e os pediatras (201), seguindo-se-lhes os tisiologistas (199) os parteiros (139), os analistas (132), os oto-rino-laringologistas (116), os urologistas (115), os oftalmologistas (114), os radiologistas (111), os dermatovenereologistas (83), os psiquiatras (55) os fisioterapeutas (53) os ortopedistas (50), os cardiologistas (48), os gastro-enterologistas (45), os neurologistas (42) e os tropicopatologistas (14).

Partindo do princípio de que todos estes especialistas praticam efectivamente as especialidades de modo exclusivo, única justificação do título (pois exercer sem se intitular especialista é direito de todo o médico consciencioso, que só faz o que sabe fazer e para o que tem instrumental próprio); descontando os acumuladores de especialidades (e há-os que têm mudado de especialidade como se dançassem o vira, não por imposição de vocação nova irresistível, mas apenas devido a vagas que surgem e que os levam à tentativa de *travesti* apressados) atendendo mesmo aos que surgem como especialistas quase antes de demonstrarem que são já médicos e aos que vendem o que herdaram dos pais para comprarem o mais caro material, antes de saberem lidar com ele, semelhantes a esses pobres camponeses que vendem as propriedades para comprar um automóvel e, antes de saberem guiar, despedaçam este contra uma árvore; mesmo depois de feitas todas as contas e descontos, em face da tendência epidémica para a especialização, em geral precoce e a cada passo lamentavelmente precocíssima, em Portugal está cada vez mais a haver falta de médicos que saibam essa coisa elementar, tradicional e

séria, que consiste em examinar clinicamente um doente e tirar do exame clínico todos os elementos que ele pode fornecer.

Porque lho não ensinaram nas Faculdades? Não. Porque se envergonham positivamente de não serem especialistas. Como apuramos nós isto? Por espionagem? Ou é fantasia de mau gosto?

Não. Quem o diz é o público, mesmo quando a pessoa examinada é um médico, pois ninguém já hoje escapa a tão desgraçada técnica, reveladora da mais lamentável deformação profissional, que a cada passo roça pela inconsciência... e ruína, desistência do doente ou desânimo da família.

E, em nome de que se faz tudo isto? Da perfeição técnica, da profundesa do exame semeológico, e da « última palavra » em matéria de terapêutica.

Temos de concordar que o número de clínicos gerais competentes e atentos está a baixar perigosamente (já se chegou, pretendendo-se valorizá-los, a especializá-los, chamando-se-lhes... *internistas*, numa incompreensão lamentável duma denominação inglesa). E em compensação o número de especialistas, competentes e atentos também, não está a subir em proporção com o número de titulares proclamados pela Ordem, a tal ponto que talvez venha, a bem do público e do prestígio da classe, a tornar-se necessário classificá-los em três classes, a dos consagrados há muito, a dos médios e a dos estudantes das especialidades, médicos já formados embora...

Os especialistas são indispensáveis, evidentemente; só as radiografias e as análises tornam possíveis certos diagnósticos, toda a gente o sabe. Daí porém à orgia de certos baralhos de cartas formados por boletins de análises, relatórios radiológicos, receitas de múltiplos especialistas, grande parte dos quais inúteis, devido à falta de atenção, à pressa, ou até a motivos menos claros, vai um abismo.

A classe médica terá meditado suficientemente sobre este problema? Pois ele tem merecido e está cada vez a merecer mais a atenção de membros inteligentes, justos e sensatos de outras classes.

Vejamos outros aspectos das actividades médicas portuguesas.

Estarão esses 5.812 médicos bem distribuídos? Não estão.

Já por mais de uma vez fizemos a conta. Não vale a pena repeti-la, visto tratar-se duma observação elementar e corrente.

A miragem dos grandes centros, mesmo que não passem de pobres vilorias ridículas, mas que têm cafés, associações desportivas, campos de futebol e semelhantes centros « intelectuais » considerados indispensáveis por certos ingénuos ou levianos « para não embrutecerem nas aldeias », como eles dizem, têm arrastado para eles a maior parte dos médicos, atacados duma verdadeira agrofobia.

Que bem me sabe recordar aqui, entre muitas, as excepções de três médicos distintos, um, artista requintado, outro, dos melhores clínicos de Portugal e o terceiro, clínico geral infatigável — todos eles vivendo em aldeias modestas e nelas havendo criado prestígio e justa fama! O primeiro não deixou por isso de estar sempre em dia com o que no campo da música se passava em Lisboa e no estrangeiro, chegando a partir, directamente da sua aldeia, para ir assistir a um concerto em Paris, Milão ou Berlim, a ela regressando também directamente; o segundo, para estar sempre ao facto das últimas novidades médicas, raras vezes recebendo surpresas quando fala com médicos da Capital, dos mais cultos; o terceiro, casado com uma senhora *chic* de Lisboa, mas ela própria bem diferente de tantas que têm horror à vida rural, antes encorajando e acompanhando o marido nos passos amargos da vida profissional, sem deixar de vestir sempre com o mais requintado gosto e de manter as mais distintas relações de sociedade.

O espírito que leva a fugir das aldeias ou é leviano e precipitado ou é o mesmo desses pobres volframistas que julgam que só em Lisboa é que se faz figura... que eles aliás não conseguem aqui fazer, coitados, perdendo oportunidade de se prestigiarem, honrarem e até enriquecerem e terem melhor saúde, nos meios rurais de onde fugiram.

* * *

Verifica-se pois que há, em certos especialistas, precocidade e pressa na especialização; falta cada vez maior de médicos que saibam colher da clínica os recursos objectivos e sérios que ela oferece; êxodo dos médicos para os grandes e médios centros populacionais e sua má distribuição pelas diferentes regiões do País. Os distritos de Bragança, Castelo-Branco, Guarda, Leiria, Viana do Castelo e Viseu, têm desde velha data médicos em número insuficiente em relação aos habitantes, e os de Beja, Évora e Portalegre, além daquela insuficiência também, áreas sucessivas sem médicos nem farmácias, do que resulta, apesar dos maiores esforços, o número de óbitos de causa ignorada ou mal definida, ressentir-se lamentavelmente nalguns daqueles distritos.

* * *

Pergunta-se agora: — São os médicos portugueses competentes? Dum modo geral são, de qualquer das Faculdades que saiam. A formação geral do médico português não é inferior à da maior parte dos médicos dos países mais civilizados. Confunde-se muito formação com técnicas e especializações, por isso há muito quem meça o valor dum médico pelas técnicas que aprende, principalmente as que envolvem novidade, tantas delas de vida efémera.

É claro que quem fizer juízo da competência dos médicos portugueses pelo mal que uns dizem dos outros, seguindo uma tradição de inferioridade mental lamentável, à qual não fogem mesmo alguns professores, fará ideia diferente dessa competência.

Colocando-nos todavia no ponto de vista objectivo e sem esperar, como fazem os maledicentes, que eles morram para os bemdizer e lhes fazer justiça, podemos garantir e demonstrar que não nos iludimos. O que não quer dizer que as excepções devam expor livremente a população a malefícios desprestigiantes.

Menos, porém, do que a falta de conhecimentos e de técnicas, verifica-se, nos que fazem excepção, ânsia de êxito

rápido, leviandade, preguiça, precipitação ou transigência com práticas que talvez possam admitir-se noutras profissões, mas incompatíveis com a profissão médica e com as suas tradições nobilíssimas, milenares e austeras.

Estou convencido de que muito se podia evitar, quer no campo do aperfeiçoamento clínico, quer no da deontologia, se as aulas todas dos cursos de Medicina passassem a ser de frequência obrigatória e se todos os mestres, sem excepção dum só, nunca dissessem, diante dos alunos, mal de qualquer colega, embora, discreta e inexoravelmente, combatessem os erros por alguns cometidos (em geral não são os erros que geram a maledicência, antes pelo contrário, por vezes) e nunca dessem lugar a que os alunos os pudessem criticar a eles próprios por maus exemplos.

* * *

Mas o conceito moderno de Saúde, essa Saúde que se comprometeram a defender por todos os meios os representantes de mais de 60 países, entre os quais Portugal, não exige apenas actividades clínicas, laboratoriais, radiológicas, semeológicas ou terapêuticas. Não se limita a tratar a doença ou a garantir que ela não existe. Impõe a conjugação de esforços para que a Saúde, ou seja o equilíbrio anatomo-fisiológico, não só somático mas psíquico, debaixo de todos os pontos de vista, seja perfeita, e que o bem estar seja não só individual, mas social.

Para isso é preciosa, indispensável e insubstituível a colaboração dos médicos, mas tem de haver também colaborações múltiplas de actividades não médicas.

A formação geral dos médicos tem de continuar a ser perfeita e haver permanente ânsia de a tornar cada vez melhor. Mas não pode limitar-se a ser clínica, terapêutica, tem de se adaptar ao novo conceito.

Se não evoluciona, assemelhar-se-á a uma cidade que fosse iluminada a luz eléctrica, em vez de gás ou petróleo, mas em que as lâmpadas continuassem a ser acendidas, uma a uma, desaparafusando-as, pelo mesmo lampianista que antes da instalação eléctrica alumiaava cada candieiro. Seria um absurdo anacronismo.

Não se julgue que exageramos.

Observações pessoais atentas, em escolas, em grupos desportivos, em dispensários, etc., mostraram-nos que a cada passo se

vêem médicos fazer, em qualquer destes centros de actividade, consultas apenas com a preocupação de procurar a doença actual, de que se queixe ou que queira encobrir o examinado, e o consecutivo tratamento ou atestado, por sinal com frequência apressados e levianos... alegando-se como argumento a fraca remuneração do serviço, remuneração todavia que já era conhecida anteriormente e não impediu os que assim procedem de verdadeiras montarias aos colegas concorrentes, com denúncias políticas, tanta vez caluniosas, intrigas sórdidas, etc.

Mesmo que nós o não vissemos, há muita gente que está com os olhos na classe médica por esse país fora, e o que é mais grave, que generaliza a toda a honrada, sacrificada e explorada classe médica, o que, lamentável e impunemente, faz uma ínfima minoria de ambiciosos levianos ou sem escrúpulos.

Seria sensato calar esses factos, occultando-os à nossa classe?

Mas há mais.

Exigem determinadas leis e regulamentos que não se possam praticar certos desportos e entrar em competições sem prévio exame médico e correspondente atestado de saúde e robustez. Se os interessados inaptos topam com quem lhes não passe tais atestados, nem por isso deixam de entrar nos desafios, pois há sempre um médico desportista (na melhor das hipóteses) ou *especialista* em atestados que toma a «responsabilidade» e lhes passa um papel assinado com todos os selos legais...

Toma, todavia, a responsabilidade do que afirma? Quem lha pede? Ninguém. Há, porém, uma sanção desaparecida há muito dos códigos, por anacrónica e selvagem, e à qual nenhum escapa: a do pelourinho, a do desprezo público.

E porque toda a gente os vê no pelourinho e eu também já lá vi alguns, pergunto:

— Será inteligente e honesto quereremos ignorar o que é do domínio público?

* * *

E entretanto há quem em tais circunstâncias, proceda de boa fé, porque julga simploriamente que não se tendo febre, nem sinais clínicos de arritmia cardíaca, de pneumonia, de febre tifóide, de abcesso incómodo ou semelhantes e *tendo-se vontade de jogar o futebol*, nada deve impedir o jogador de o fazer.

Tal como fazem os curandeiros quando deixam comer sardinhas salgadas a um nefrítico ou a um tifoso, porque lhes apetece, o pedem e «estão melhores...»

* * *

Seria um nunca acabar de exemplos.

Mas vamos direitos à causa geral desse estado de coisas. Abstraimos, evidentemente, dos de má fé, dos indignos.

O médico português tem de juntar à sua formação clínica, tão apreciável, uma formação médico-social. Não para, nos serviços médico-sociais chamados, ir seguir a mesma técnica da consulta do Banco Hospitalar, mas para ser iniciado no conceito, técnicas, história, expansão e valor da autêntica Medicina Social, que a cada passo pessoas ilustres, entre as quais médicos categorizados, confundem com medicina colectiva; compreendendo bem o seu carácter essencialmente preventivo, abrangendo não só a defesa do corpo mas a do espírito, nem só a do indivíduo, mas da família, da oficina, fábrica, profissão, etc., utilizando no estudo do meio, mas utilizando-as consciente e inteligentemente, as assistentes sociais e visitadoras, pondo-se, por intermédio destas ou directamente, em contacto com patrões e chefes variados, etc.

Utopias? Não. Realidades, mesmo em Portugal, mais do que se julga. O que têm é sido alcançados por enquanto fragmentariamente, sem método.

E quem deve cuidar dessa formação? As Faculdades? Outras instituições? É um assunto a estudar com calma e boa fé, como infelizmente nem sempre se verifica entre nós, devido a paixões e a fraquezas próprias da raça, em que os sangues de Tartarin, de Quixote e Sancho Pança se cruzam com os de linhagens por vezes mais práticas, mas menos simpáticas e inofensivas...

* * *

O ensino universitário da Medicina Social é deficiente em geral em toda a parte. Di-lo quem tem particular autoridade para depor sobre o assunto, nada mais nada menos do que o médico que foi escolhido, por unanimidade, para presidir à Assembleia de técnicos que aprovou a Constituição da Organização Mundial da Saúde, o Prof. René Sand, que na Faculdade de Medicina

da Universidade de Bruxelas rege um curso obrigatório de **Medicina Social e História da Medicina** desde 1945, depois de ter dirigido, no Hospital de São Paulo da mesma cidade, clínicas de Medicina Social de 1938 a 1940, além de ter, desde 1912, em que criou a Associação Belga de Medicina Social, sido um apóstolo da nova orientação, consagrada em 1946 em Nova York.

Diz René Sand que «na maior parte das escolas de Medicina estes aspectos económicos, sociais e profissionais da Medicina não fazem parte dum ensino regular. Os estudantes podem entre-vê-los ocasional e fragmentariamente. Ladeiam esse domínio, mas não penetram nele. A sua formação biológica é admirável, a sua formação social nula ou quase» (*Vers la Medecine Social*, pág. 589) Cá e lá más fadas há...

Mas há já muitas universidades onde esse ensino é praticado.

Citaremos a de Oxford, onde, a seguir a um relatório apresentado, em 1939, por Artur Mac Nalty, foi resolvido criar a cadeira, regida pelo Professor Jonh Ryle. Birmingham, Edimburgo, Sheffield e Londres, seguem o exemplo de Oxford.

Nos Estados Unidos da América desde 1890, pelo menos, que Osler, em Baltimore, orientava o ensino clínico no sentido médico-social verdadeiro, como Richard Cabot na Universidade de Harvard e outros nas Universidades de Indiana, Michigan, Yale e Jonh Hopkins (de Baltimore), Mimesota, etc.

Medicina Social, Sociologia Médica, Economia Médica, Elementos Económicos da Saúde, etc., as denominações têm variado. Na Universidade de S. Marcos, de Lima, o Prof. Paz Soldan iniciou distintamente em 1916 o ensino da Medicina Social no Peru.

No Chile, em Buenos Aires, no Uruguay, em S. Paulo, no Brasil, no México, etc. esse ensino tem-se feito e expandido cada vez mais.

Interessa talvez pouco a muita gente saber quais têm sido os pioneiros do ensino da Medicina Social.

As pessoas práticas costumam apenas prender-se com as realidades imediatas, fugindo a gastar tempo e dinheiro nas fases do apostolado. É certo que por vezes, ao ouvirem os trovões e verificando que se descuidaram com o pára-raios da sua casa, bradam por Santa Bárbara e, embora cépticos, rezam-lhe então automaticamente orações quase esquecidas...

Em Portugal é-se céptico em muitos campos.

No da Medicina Social têm-no sido muitos médicos com responsabilidades, em geral clínicos de nomeada.

Alguns em ocasiões em que querem mostrar-se modernos e acertar o passo com processos progressivos ou revolucionários, embora no assunto sejam ateus, põem-se a rezar a Santa Bárbara...

Outras vezes, investidos em funções oficiais e querendo aplicar o critério terapêutico tradicional, instalam luz eléctrica na sua cidade, mas mandam acender uma a uma as lâmpadas pelos antigos lampianistas...

Não será tempo de pensar no caso e arripiar caminho?

Não incorrerão as Faculdades e os Médicos que colaboram no Ministério da Educação Nacional numa grande responsabilidade neste momento em que o conceito de Saúde é iluminado com projectores poderosos e são pela Organização Mundial da Saúde? Ou entender-se-á que as Faculdades se devem desinteressar do assunto?

No Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, que tenho a honra de dirigir há 3 anos e meio e está apenas na primeira fase da sua remodelação, temos procurado iniciar todos os alunos, quer nos Cursos de Medicina Sanitária, quer nos de Visitadoras e nos Cursos de Aperfeiçoamento, sobre os princípios modernos da Medicina Social.

No Instituto de Serviço Social de Lisboa, há 14 anos que nos cursos de História da Assistência e, transitòriamente, nos de Profilaxia das Doenças Venéreas e de Legislação Sanitária, temos procurado incutir espírito médico-social a todas as lições. Para isso não basta a técnica, a ciência e os ensaios. É preciso calor, fé, entusiasmo, que vença cepticismos, resistências passivas, desconfianças, preguiça e interesses criados, — espírito social enfim.

Não se julgue que é possível ensinar Medicina Social automática e fonogràficamente, por correspondência, ou em regime de cursos livres, tratando-se de portugueses.

São muitos os chamados, como no Evangelho, mas poucos devem ser os escolhidos para a verdadeira prática da Medicina Social.

Se a Medicina clínica isolada pode tornar-se irresponsável, a Medicina Social tem *contrôle* permanente e, ou se pratica com entusiasmo e fé ou é destinada a fracasso, tornando-se numa caricatura, imitando os gestos, cabalisticamente, como ritos praticados

por sacerdotes hipócritas ou falhados, apenas com a mira no vencimento...

Para compreender e praticar conscientemente a Medicina Social é indispensável a preparação sanitária dos Médicos, iniciada na cadeira de Higiene. A cadeira de Higiene tem de ser mais auxiliada pelas Faculdades, pois não há talento e saber que possam suprir a falta de certo material que tem sido sempre regateado aos professores de Higiene nos orçamentos das Faculdades. A cirurgia e certas outras cadeiras que, ou pouco influem na formação geral do futuro médico ou cuidam de técnicas, sem dúvida preciosas, mas que o clínico geral não pode praticar, estarão muito bem em cursos de especialização post-formatura, mas são inadmissíveis quando as verbas não chegam para apetrechar devidamente as cadeiras indispensáveis à formação do médico moderno, entre as quais se contam a Higiene, a Epidemiologia e a Medicina Social.

Por outro lado a preocupação das Clínicas tem sido tal que é excepcional que as notas da cadeira de Higiene influam na classificação dum aluno, por ser considerada quase uma tolerada.

Os professores de Higiene, honra lhes seja, dão lições excelentes, mas os rapazes, desde longa data, a não ser excepcionalmente, estudam-na à pressa, o suficiente para passarem ou se livrarem de ver baixar as classificações no exame.

É fácil documentar o que acabo de dizer.

De quem é a culpa? A quem podem atribuir-se responsabilidades? Será inteligente, elegante e sensato metermo-nos num paraíso artificial e ignorarmos o que está à vista de toda a gente e é um obstáculo difícil de remover para se poder criar uma consciência sanitária na classe médica, indispensável para a formação duma consciência sanitária nacional?

Entendemos que não, e que é preferível encarar o problema de frente a ladeá-lo, por lisonja, cobardia ou inconsciência.

*
* *

Formação duma consciência sanitária! Esse pouco! Criar hábitos higiénicos que depois se repitam automaticamente e sejam imitados por toda a gente; educar, enfim!

É essa uma das finalidades fundamentais da Medicina Social e da Higiene modernas.

Criada essa consciência das responsabilidades sanitárias é indispensável criá-la nos Ministros, Directores Gerais, Deputados, Governadores Civis, Presidentes de Juntas de Província, de Câmaras, de Juntas de Freguesia, Administradores de Concelhos, autoridades militares, civis e policiaes, autoridades eclesiásticas, industriais, patrões, chefes de quaisquer empresas commerciaes ou outras.

O povo, o único a quem em Portugal é reconhecida ignorância pela maior parte dos dirigentes, é quem menos culpa tem e quem mais depressa aprenderá o que se lhe ensine, se vir bons exemplos. Os jornaes precisam de ser orientados e tornar-se-ão preciosos elementos de pedagogia social sanitária.

É indispensável pôr cõbro à panacea dos desportos como elemento fundamental do robustecimento físico da população, pois eles nem sequer servem à maioria da gente para combater o sedentarismo. Com effeito, a quase totalidade dos entusiastas pelos espectáculos desportivos, e até desportistas, têm tanto horror ao esforço físico que não são capazes de praticar o exercício elementar de ir a pé para o campo de jogos, preferindo ir de automóvel, camionete, carroça ou pendurados perigosamente nos eléctricos. Tudo, menos fazer um esforço pessoal, mesmo que o passeio exigido seja de 3, 2 ou mesmo um quilómetro...

Os jogadores têm de ser cada vez mais vigiados e não seleccionados apenas pelo entusiasmo, a ambição, a vaidade ou a ganância, numa selecção invertida de valores.

Mas a saúde não se defende apenas com desportos, mesmo partindo-se do princípio de que são sensatamente praticados.

Há que seguir as regras que a Higiene e a Medicina Preventiva ensinam, mas para isso é preciso que os médicos as estudem metódicamente e dêem eles próprios o exemplo de as pôr em prática.

Será um bom exemplo a bem da saúde um médico beber *whisky*, *cognac* e outras bebidas alcoólicas a cada passo?

Passar ao aluno duma escola, que teve escarlatina incontestável, um atestado em como teve apenas uma erupção de origem intestinal, para não perder as aulas; deixar de participar casos de febre tifóide da sua clínica, contribuindo assim para se expandir uma epidemia; atestar à pressa a robustez e a vacinação de crianças, para seguirem numa colónia de férias, sem as observar

e sem estarem vacinadas; afirmar por escrito a robustez de um professor, sem o observar, professor que está tuberculoso contagiante e vai contaminar os seus alunos; garantir que uma meretriz não sofre de doença venérea sem exame cuidadoso; certificar a robustez dum candidato a funcionário público sem sequer o ver, isto para alcançar a fama de *bom rapaz* e resolver problemas familiares, pessoais ou sociais que não depende dele resolver e só ficam assim complicados, por vezes irremediavelmente; admitir numa companhia de seguros um candidato após um exame tão sumário que o podia fazer igual um ajudante de farmácia de 14 anos; fazer abortos ou colaborar neles, dar ou receber percentagem por doentes indicados a certo cirurgião, numa dicotomia mal disfarçada, etc., etc.?

Será isto má língua? Não é! É um brado amigo, desesperado se quiserem, de quem, estando a observar a classe médica portuguesa no Conselho Geral da Ordem dos Médicos há 10 anos, desde a sua criação, verificou que, ou a classe faz uma *mea culpa*, sinceramente resolvida a unir-se em volta da Ordem para elevar alto o nível moral profissional, praticando constantemente as normas deontológicas milenares e não deixando que estas sejam infringidas, ou maus dias lhe estarão reservados, pela acção implacável da selecção natural e do determinismo que a rege.

Quanto mais respeitável é uma pessoa ou uma classe maiores são as suas responsabilidades.

Pretende-se explorá-la, parasitá-la, vilipendiá-la?

Unamo-nos todos para o evitar, pois a arte médica é cada vez mais longa e mais difícil e cara de aprender.

Mas que a grande maioria da classe, pois é digna, seja inexorável para com os lobos que, diplomados em Medicina, lhe entrem no redil e lhe envergonhem o rebanho honrado e sacrificado. Os levianos caiam em si, os que a miséria levou a prevaricar sejam amparados fraternalmente, mas os incorrigíveis e os relapsos sejam implacavelmente exautorados e afastados da classe para sempre ou, pelo menos, até darem garantia de emenda.

A Medicina Social, a verdadeira Medicina dos pobres, não é mais fácil, mais apressada, nem exige menos dignidade do que a Medicina individual terapêutica. Pelo contrário! Exige a mesma preparação e escrupulo científicos e além disso uma preparação social que não tem sido dada aos médicos portugueses, a não ser excepcionalmente e sem método.

No Instituto de Serviço Social de Lisboa e na Escola Normal Social de Coimbra podem ser colhidas sugestões valiosas a bem da preparação médico-social dos médicos.

Que todos meçam bem a responsabilidade que sobre a classe impende neste momento histórico em que a Organização Mundial da Saúde lhe confia, como é lógico, a missão principal na defesa da Saúde do povo português!

Ou terá ela, devido à indiferença dos médicos, de ser confiada a outra classe?...

* * *

Os mortos mandam! Os mortos e também os pioneiros que prêgaram em vão as ideias novas, no meio da indiferença da maioria.

Em Portugal tivemos pioneiros da Higiene Pública e da Medicina Social. René Sand ignora-o, lamentavelmente. Estou a juntar elementos para lhe demonstrar que Portugal não ficou atrás de outros povos que ele considera precursores e pioneiros. Recordemos alguns nomes: Ribeiro Sanches, Santos Cruz, Lima Leitão, Francisco José de Almeida, Cunha Belém, Guilherme Enes, D. António de Lancastre, Miguel Bombarda, António de Azevedo, Alfredo da Costa e Ricardo Jorge, entre os mortos, e Costa Sacadura, Almeida Garrett e José Alberto de Faria, entre os vivos. De Coimbra recordemos Macedo Pinto, Augusto Rocha, Filipe Simões, Lopes Vieira, Filomeno da Câmara, Daniel de Matos, Adelino Vieira de Campos, Uriel Salvador, entre os mortos.

E saudemos entre os vivos Serras e Silva, Lopo de Carvalho, Novais e Sousa, Elísio de Moura, José Lopes Dias, Bissaia Barreto, Rocha Brito, João Porto, Matos Beja, Lúcio de Almeida, Mário Trincão, Vaz Serra, Guilherme de Oliveira, estes cinco últimos, tendo causado sensação em Lisboa, quando se apresentaram no enorme salão da Voz do Operário, dirigidos pelo prestigioso Doutor Adelino Vieira de Campos, num modelar comício sanitário.

Melhor do que eu sabem V. Ex.^{as} o que todos fizeram, a bem da Higiene ou como pioneiros dos diversos ramos da Medicina Social.

Os mortos e os pioneiros mandam! É nosso dever obedecer-lhes, segui-los e honrar o seu esforço, tanta vez sacrificado.

* * *

Prometi vir fazer uma lição e afinal li-lhes um manifesto. Perdoem. Em boa hora seja! Sirvam-se dele e da minha fé sincera nas possibilidades e valor da nossa honrada e sacrificada classe. E sirvam-se de tal modo que dentro em pouco esta fala possa ser esquecida por inútil e o calor do vosso próprio entusiasmo queime rapidamente, sem deixar vestígios, o pobre archote com que trouxe a minha pálida e pobre chama entusiástica, deixando dele a cinza que o vento leve para longe.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Exames Médico-legais nas Comarcas ⁽¹⁾

O exame médico-legal é o exame feito por determinação da autoridade, por médicos para esclarecimento da Justiça e para a justa aplicação da lei.

Em Lisboa, Porto e Coimbra os exames médico-legais são atribuição dos Institutos de Medicina Legal e das clínicas especiais das Faculdades de Medicina e dos Hospitais Cíveis. Nos Tribunais do Trabalho, as Varas podem ter médico privativo. Nas outras comarcas, os Juizes podem convocar os médicos da área da comarca, sempre que os haja, para todo o exame da sua competência, e quando não os haja, podem requisitá-los à comarca próxima.

Não existe lei que directa e expressamente confie aos Juizes tal faculdade. Mas o art.º 250.º do Código Penal é muito expressivo:

« O facultativo que em caso urgente recusar o auxílio da sua profissão, e bem assim aquele que competentemente convocado ou intimado para exercer acto da sua profissão, necessário segundo a lei, para o desempenho das funções da autoridade pública, recusar exercê-lo, será condenado à prisão correccional de 2 meses a 1 ano e multa correspondente ».

(¹) Lição proferida no 5.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde Concelhios do Continente, no Instituto Superior de Higiene, Dr. Ricardo Jorge, em 29 de Abril de 1949.

Os exames para que os médicos podem ser convocados com mais frequência são os chamados de corpo de delito directo ou seja o exame do objecto do crime nos casos de ofensas corporais ou morte por agressão ou desastre, nos crimes contra a honestidade ou aborto criminoso, e no foro civil nos casos de alienação mental, verificação de gravidez, etc.

No caso de ofensas corporais ou morte, o regulamento de 1 de Fevereiro de 1900, preceitua que os exames cadavéricos sejam feitos em casa com bastante luz natural e ventilação e que à falta desta se prefira um simples abrigo e, embora nada indicando acerca do local onde devem ser examinadas as vítimas, deixa ao critério do Juiz a faculdade de remover os cadáveres ou as vítimas de ofensas corporais para onde for julgado mais conveniente.

Esta remoção, embora possa facilitar a execução da autópsia ou do exame, pode ter o inconveniente de privar os peritos de tomarem por si conhecimento da situação, atitude e condições particulares em que se encontraria o cadáver ou ferido de gravidade, bem como alterar a posição e estado de órgãos que convinha encontrar intactos.

A remoção deve pois, ser precedida dum auto de levantamento do ferido ou do cadáver, dirigido pelo próprio perito, em que se escreva minuciosamente, sendo possível com fotografia do local, desenhos e gráficos, a posição do corpo, as manchas ou feridas, erosões ou equimoses que observe, o arranjo do vestuário, a disposição dos arredores, os vestígios que possam existir no corpo e em volta, a presença de instrumentos, drogas, pêlos, cabelos, panos, marcas dos dedos ou dos pés.

Determina o art.º 903, § 1.º da Nova Reforma Judiciária:

« O exame será feito na presença do Juiz com assistência do Ministério Público, escrivão e duas testemunhas, sob pena de nulidade: as declarações dos peritos serão lançadas no auto que, sob a mesma pena, será assinado por todos ».

Uma vez que a lei impõe a obrigação social de servir de peritos em exames médicos a que não podem eximir-se sob cominação penal, os médicos comarcãos e sobretudo, os médicos sanitários têm de tomar conhecimento da técnica própria para

bem desempenharem a missão social a que são obrigados e evitar as censuras que lhes são dirigidas pela insuficiência e impropriedade dos seus relatórios, quer na descrição das lesões, quer na elaboração das conclusões.

Exames no vivo

Preceitua o Regulamento de 1 de Fevereiro de 1900:

« Nos casos de exames por motivo de ofensas corporais, deverão os peritos observar, minuciosamente, as lesões que existirem, indicar o número destas, precisar-lhes a sede, referindo-as a regiões determinadas do corpo, e descrever a sua forma, extensão e direcção, abstendo-se todavia, de praticar explorações e sondagens que magoem o ofendido ou que possam ser inconvenientes para o mesmo.

« Do mesmo modo devem procurar avaliar com que instrumento, actuando em que direcção e com que condições de violência e com que intenção indicam tais ofensas haver sido feitas e qual a antiguidade da lesão.

« E do confronto de todos os dados objectivos e subjectivos que puderem colher, deverão os mesmos peritos deduzir, com a possível segurança, que grau de gravidade inculcam as lesões, que tempo demandarão para curar-se, que impossibilidade de trabalho determinarão, expressa em dias; as consequências do aleijão ou deformidade, privação de órgão importante, ou perda de faculdade valiosa e qual, que delas haja de resultar; isto tudo partindo da hipótese de que o ofendido se sujeita a um tratamento regular, que possa auxiliar e promover a cura; e não de que ele as despreze, ou entretenha e agrave por qualquer forma e com ou sem intenção ».

Dos preceitos tão largamente expostos deduz-se que a descrição das lesões deverá ser cuidada e minuciosa, definindo a sua forma, extensão e direcção e localizando-as convenientemente sem tentar sondagens ou explorações.

Não bastará dizer-se que são contusões ou feridas contusas ou queimaduras de 1.º ou 2.º grau. Será necessário descrever o seu aspecto, tal como ficou expresso atrás, podendo acrescen-

tar-se no fim, entre parêntesis, a expressão técnica correspondente ao diagnóstico.

Contusão é uma lesão fechada. Pode limitar-se a simples atrito na pele, produzindo apenas uma escoriação, enrugamento ou apegaminhamento da pele, ou pode ir mais além e romper os vasos superficiais em maior ou menor extensão e produzir *equimose*, *sugilação* ou *hematoma*.

Quando o traumatismo for mais violento, pode destruir os tecidos moles superficiais ou profundos, músculos e tendões, vasos e nervos, ossos e articulações, derivando daí contusões de diversos graus.

A equimose varia de coloração com o tempo, vermelho-lívida a seguir à produção, negra nos dois dias seguintes, azulada até ao sexto dia, esverdeada até ao duodécimo e amarela até ao 15.º ou 20.º dia. Na conjuntiva ocular mantém-se porém, sempre vermelho-viva.

É preciso, porém, evitar confundir as manchas da pele que surgem em estados como púrpura, eritema nodoso, hemofilia, escorbuto e outras aritaminoses. Não confundir igualmente com colorações simuladas por meio de diversos corantes como azul de metilena, lavando com álcool ou éter.

Sucedeu-me certa vez examinar um agente de polícia que tivera um conflito com um advogado. O advogado trazia evidentes sinais de ter recebido bom número de socos na cara. Mas o agente que era muito mais robusto que o antagonista, alegava que tinha recebido pontapés nas pernas. Observei no bordo anterior duma das pernas uma extensa mancha vermelho-arroxeadada que me pareceu suspeita. Denunciei a minha dúvida ao próprio agente e mandei lavá-la com éter e a mancha desapareceu. Contou então o agente que lhe tinham aconselhado pôr azul de metilena para curar... um traumatismo que não existira.

Há também derrames, verdadeiras equimoses, produzidas por contracções bruscas sem qualquer choque exterior. E. Martin conta que numa contenda um dos contendores ameaça outro com uma chicotada, este último, porém, evita e repele o braço do agressor. Este aparece depois com uma equimose extensa no braço e pretende que o seu adversário o tem batido de maneira subreptícia.

Da dilaceração dos músculos, tendões, vasos e nervos, podem resultar aderências, retracções e atrofias musculares ou

nervosas, nevrites, nevralgias, perturbações de sensibilidade e motricidade variadas.

Das luxações e fracturas podem resultar deformações e atitudes viciosas dos membros, anquilose e rigidez das articulações.

É necessário evitar confundir, como succede por vezes, anquilose com rigidez. Anquilose é imobilidade total e irreversível da articulação e rigidez é mobilização difficil, dolorosa e limitada da articulação; o seu valor médico-legal e indemnizável é inteiramente diferente.

FERIDAS CONTUSAS: — São lesões abertas, cujos bordos são irregulares e os instrumentos capazes de produzi-las chamam-se contundentes. Mas quando a pele repousa quase ou directamente sobre um plano ósseo resistente, como na cabeça ou no joelho sobre a rótula, a pele estala segundo uma linha regular e esta rotura assemelha-se a uma ferida incisa. As feridas contusas podem igualmente ter todos os graus de profundidade mencionados nas contusões.

FERIDAS INCISAS: — São lesões quase sempre lineares, de bordos regulares, bem talhados. Mais longas que largas e quase sempre com grande cauda. Os instrumentos produtores são facas, navalhas, foices, formão, tesoura, vidros, etc.

FERIDAS PERFURANTES OU PERFURADAS: — São feridas de abertura curta e maior profundidade; são produzidas por instrumento de ponta ou de ponta e gume, tais como agulhas, estiletos, punhais, espadas, canivetes, floretes, espetos, tesouras, pregos, compassos, limas, tira-linhas, lascas de madeira, ponteiros, etc.

FERIDAS POR ARRANCAMENTO: — São lesões de superficie irregular, desigual, de fundo anfractuoso, produzidas quase sempre por engrenagens ou rodas de máquinas. Há uma ferida por arrancamento frequente; é arrancamento à dentada de orelha ou do nariz.

FERIDAS POR ARMAS DE FOGO: — Os caracteres do orifício de entrada de um projectil de arma de fogo dependem da natureza da arma, da forma e dimensões do projectil, da quantidade e qualidade da carga, do ângulo da incidência de tiro e, sobretudo, da distância da boca da arma ao alvo.

As armas que podem interessar habitualmente o médico-legista são revólveres e pistolas e espingardas, carregadas com balas e grãos de chumbo.

Depois de várias experiências e confrontadas as opiniões de eminentes peritos-médicos chegamos às seguintes conclusões:

Quando o tiro é disparado em contacto com o alvo ou à distância de 1 a 3 centímetros, o orifício de entrada é caracterizado por mancha negra em volta, produzida por depósito de fumo e de outros produtos mais leves de deflagração da pólvora e por vezes pelos grãos mais finos de pólvora; pela queimadura superficial da pele e eventual dos pêlos, cabelos ou roupa pela pólvora em ignição; enegrecimento inicial do trajecto e excepcionalmente, descolamento subcutâneo em galeria de mina, rebentamento da pele, aspecto estrelado da ferida e a presença da bucha.

Quando é disparado à distância de 2 a 20 centímetros do alvo, o orifício é rodeado pela tatuagem concêntrica de grãos de pólvora, decrescente em densidade à proporção do afastamento do alvo; pela mancha negra do depósito de produtos de deflagração que graças à pequena distância atingissem a pele e pela queimadura ou chamuscadura eventual da pele e dos pêlos das roupas.

Se, porém, o disparo for à distância de 40 a 50 centímetros, o orifício de entrada caracteriza-se, apenas, pela presença em volta de grãos pouco numerosos de pólvora não deflagrada e, excepcionalmente, pelos vestígios de queimadura e de depósito de fumo.

Estão postos de parte expressões como tiro à *queima-roupa*, ou tiro a *curta distância*, de significado vago e pouco preciso, distância que varia de arma a arma e de munição para munição.

O orifício de entrada caracteriza-se por três zonas: uma contígua ao orifício, zona apergaminhada ou colar de limpa-mento; uma média, zona das tatuagens e a terceira, mais clara ou zona de esfumagem.

O colar de limpamento é característico do orifício de entrada; encontra-se até ao limite extremo do alcance da bala e seria exclusivamente produzido pelo limpamento da bala ao penetrar no alvo.

A zona de tatuagem propriamente dita é constituída por duas ordens de elementos: depósito pouco aderente de substância pulverulenta de pólvora deflagrada e grãos de pólvora não queimada ou em combustão incompleta que se incrustam na pele e a zona

de esfumagem constituída exclusivamente por depósito pulverulento superficial de produtos de deflagração e de substâncias corantes empregadas na fabricação da pólvora.

A tatuagem permite, segundo Chavigny, apreciar a distância até a 1,5 a partir da boca do cano. As nossas experiências deixaram-nos chegar às conclusões acima mencionadas.

Nas *queimaduras* não interessam ao médico-legista os seus graus, mas os seus caracteres, a vermelhidão, a tumefacção, as flictenas, a destruição da pele e doutros tecidos, a sua limitação ou extensão, a sua localização; deles depende a sua insignificância ou a sua gravidade.

Se são caracterizadas apenas por eritema, curam-se sem deixar vestígios. Se, pelo contrário, há flictenas, seguidas de carbonização e escara dura, a cura é lenta e deixam consequências permanentes.

Os ácidos e álcalis quando lançados sobre a pele produzem também, queimaduras mais ou menos graves. A escara é variável, sendo dura com os ácidos que são coagulantes e mole com os álcalis que são liquefacientes.

Exames contra a honestidade

Outro dos exames ao qual os médicos são com frequência convocados, é o do desfloramento. Como sabem, o desfloramento de mulher virgem, maior de 12 anos e menor de 18, por cópula, por meio de sedução, constitui o crime de *estupro*; mas cópula ilícita com qualquer mulher contra a sua vontade, por meio de violência ou intimidação ou qualquer outra fraude que não seja sedução, ou em estado anormal ou perda de sentidos, ou com menor de 12 anos, com ou sem violência, constitui o crime de *violação*.

É fundamental verificar-se se há ou não desfloramento e se pode ter sido produzido por cópula.

Sucedee, porém, nestes exames, os médicos umas vezes dizem que não encontraram o himen, outras vezes confundem os entalhes congénitos com roturas e outras não apreciam convenientemente o calibre da abertura himental.

A vulva forma uma saliência, à entrada da vagina, cuja orientação geral quando a mulher está de pé é de diante para

trás e não de cima para baixo: compõe-se tudo, indo do Monte de Vénus para trás, dos grandes lábios, dos pequenos lábios, do clítoris, do meato urinário e do himen.

Os grandes lábios são duas pregas cutâneas que vão do Monte de Vénus ao extremo anterior do períneo e circunscrevem lateralmente a vulva, formando na parte posterior uma espécie de brida que se designa com o nome de *fúrcula*.

Afastando as coxas e os grandes lábios encontram-se duas outras pregas, ou pequenos lábios ou *ninfas*, situados para dentro dos grandes lábios, que se desdobram para diante em dois folhetos, um posterior muito curto que passando por trás do clítoris se une ao do lado oposto e forma o *freio* e outro anterior que cobre o clítoris, unindo-se ao do lado oposto forma o *prepúcio* do clítoris.

O clítoris é um pequeno órgão erectil, tendo na ponta uma extremidade arredondada que se chama *glande*.

Entre a glande e a *fúrcula* encontram-se na linha mediana o vestíbulo, o meato urinário, o orifício vaginal e a fossa navicular.

O meato urinário fica situado adiante da abertura da vagina sobre uma pequena eminência que corresponde à terminação da coluna anterior da vagina.

O himen é uma espécie de diafragma que ocupa a entrada da vagina, diafragma encolhido quando as coxas se colam e esticado quando se afastam.

Se segura entre os dedos das duas mãos os pequenos lábios e se os puxa para diante e para fora, vê-se o himen estendido no seu verdadeiro aspecto morfológico. O himen compõe-se de duas partes: uma porção anterior em relação com o meato urinário e outra posterior em relação à vagina. Salvo excepcionalíssimos casos, há sempre himen à entrada da vagina. A sua forma é variada.

Fundamentalmente, porém, a sua configuração admite dois tipos: *circular*, se a porção uretral se mostra desenvolvida e *semi-lunar* ou em *crescente*, se esta porção é ausente.

Normalmente é perfurado. A perfuração é única, dupla ou múltipla.

Em geral o anel ou crescente tem o bordo liso mas, por vezes, tem entalhes, pequenos cortes de lábios lisos, simétricos ou não que a inexperiência confunde com roturas adquiridas. As roturas, se são recentes distinguem-se pelo aspecto sangrento

e irregular dos seus bordos. Se são anteriores a 10 ou 12 dias, mostram os bordos irregulares e rugosos e no fundo uma cicatriz branca e dura.

As roturas podem ser produzidas por dedos, unhas, instrumento cortante ou cilíndrico duro. Se a abertura bimenial obtida, tem um calibre superior a 20 ou 25 mm., admite-se que o desfloramento foi produzido por cópula, se inferior a 20 mm. por qualquer outro meio e não por órgão viril em erecção.

No caso de se admitir que o desfloramento foi produzido por outro meio que não por cópula, será considerado como crime de atentado ao pudor.

Se o orifício do himen está íntegro, mas permite pela sua elasticidade uma abertura de calibre superior a 20 mm. considera-se como sendo dos que se chamam complacentes; isto é: que permitem cópula sem rotura ou sem vestígios traumáticos.

Há necessidade de observar a existência de vestígios traumáticos nas regiões extra-himeniais, na face antero-interna das coxas, nos braços, no peito, lugares em que se encontram sinais nos casos de cópula com violência. Deve-se anotar a existência de quaisquer corrimentos ou lesões cutâneas que possam ter relação com o crime presumido.

Exame de gravidez

Em matéria criminal, quer para prova dum crime de estupro, quer quando uma mulher pretende eximir-se a uma pena a que é condenada ou retardar, ou aliviar a pena, ou justificar pelo estado em que está a irresponsabilidade.

Em matéria civil para impedir a nulidade dum casamento, garantir um direito de sucessão, obter uma doação ou simular o nascimento de um herdeiro.

São sinais prováveis de gravidez, a pigmentação da linha branca, o aumento do volume do ventre, vergões na parede anterior do abdomen, desenvolvimento do útero, palpação das extremidades fetais, percussão de som maciço em contraste com a sonoridade clara das massas intestinais, pigmentação e hipertrofia da vulva e da vagina; pigmentação das aréolas mamárias, aumento das mamas, dos tubérculos de Montgomery e secreção dos seios, etc.

Mas a afirmação da gravidez só pode confiar-se aos movimentos activos ou passivos do feto devidamente interpretados ou aos ruídos cardíacos fetais.

A idade da gravidez será calculada pela altura do fundo do útero à razão de 4 cm. por mês, excluído o primeiro e pelos sinais de certeza.

Exame de parto ou aborto

O parto é expulsão espontânea pelas vias naturais de feto de termo ou viável.

O aborto é a expulsão prematura do feto em qualquer idade; quando provocado é punível.

O exame será feito em posição ginecológica e serão procurados todos os sinais de gravidez em regressão ao parto:

Sinais de fluxo mamária (saliência dos tubérculos de Montgomery, secreção láctea), volume do útero em involução, loquios uterinos, rasgaduras das vias genitais inferiores. No parto antigo, sequelas de distensão do ventre e lesões ou cicatrizes do canal genital.

No aborto, além de sinais de parto recente, lesões traumáticas no colo do útero, lesões de fluxo mamária e presença de produtos fetais.

É contudo necessário ser prudente e circunspecto nas conclusões.

Exames em casos de sodomia

Outro exame que sucede com certa frequência é o exame do anus em casos de *sodomia* passiva.

No exame do anus devem-se procurar alguns sinais característicos que vou descrever: a deformação infundibiliforme do anus, o relaxamento do esfíncter, o apagamento das pregas, as cristas e carúnculas de contorno do anus, a grande dilatação do orifício anal, a incontinência das matérias, as ulcerações, ragodas, as hemorroidas, as fistulas, a blenorragia e sífilis rectais e os corpos estranhos introduzidos no anus.

Exame do cadáver

O regulamento de 1 de Fevereiro de 1900, expõe minuciosamente o procedimento.

Quando se tratar de cadáver de desconhecido é preciso um exame minucioso para se poder averiguar a identidade, medir-se a estatura, avaliar-se a idade, apreciar-se a nutrição, a cor e abundância dos cabelos, a cor da iris, a dentição, as cicatrizes e quaisquer outros sinais observados.

Descrever quaisquer lesões exteriores, tendo o cuidado de distinguir se foram feitas em vida, pelo aspecto dos bordos, pela infiltração sanguínea circundante, pelos sinais de reacção local.

Segue-se a abertura de todas as cavidades começando pela cefálica, torácica etc. e do canal raquidiano quando necessário.

A abertura das cavidades pode começar pela que se supõe mais atingida, quando haja motivos para isso.

Não nos é possível seguir toda a técnica e orientação indicada que merece leitura dos peritos médicos.

A autópsia do recém-nascido, tem certas particularidades que convém lembrar.

Deverá começar-se por determinar se é ou não de termo, para o que haverá necessidade de medir-se os diâmetros da cabeça, o comprimento total, tomar-se o peso, o grau de desenvolvimento do cabelo e das unhas, verificar a existência do ponto de ossificação na cartilagem epifissoria inferior do fémur, etc.

Seguidamente trata-se de averiguar se a criança nasceu ou não com vida. Para isso abre-se primeiro a cavidade abdominal e examina-se a posição do diafragma em relação às costelas. Aplica-se depois uma ligadura à traqueia da parte de cima do esterno e abre-se a cavidade conforme técnica descrita no regulamento; examina-se o volume dos pulmões, a sua extensão, a sua cor e consistência. Mergulham-se na água primeiro em conjunto e depois isolados e depois cortados e espremidos dentro da água (provas bacimásicas).

Não nos é possível seguir a técnica tão minuciosa tal como está descrita no regulamento.

Depois do exame, determinar a causa da morte, se possível.

Exames de laboratório -

No auto de levantamento do cadáver, é necessário colher pêlos, cabelos, panos, instrumentos que podem servir para identificar a arma ou criminoso, sangue para se verificar se é sangue humano, esperma ou líquidos genitais, loquios para se descobrir crime contra a honestidade ou parto ou aborto.

Os objectos que melhores impressões digitais permitem obter, são os de superfície lisa, nomeadamente vidro, os utensílios vidrados, a faiança, a porcelana, a madeira polida ou envernizada, os metais polidos. Os objectos devem ser apanhados pelos topos, sem contactar com faces lisas. Arranjam-se para o transporte meios de ocasião com pranchas, cartões, rollhas, dispostos convenientemente, guiando-se pelo princípio que é preciso imobilizar as peças e evitar o contacto das superfícies lisas.

Nos exames contra a honestidade há, por vezes, colheita de pús vulvar ou saugue para se verificar doença venérea ou sífilítica.

No diagnóstico precoce da gravidez pode-se recorrer a colheita de urina em frasco estéril, de preferência de manhã em jejum, após prévia desinfecção da vulva, por micção voluntária e enviada imediatamente para o laboratório, para reacção de Ascheim-Zondeck pelo método de Friedmann.

* * *

Nas mortes por desastre de trabalho ou atropelamento convém colher sistematicamente sangue para pesquisa de álcool.

Nas autópsias em que há suspeitas de envenenamento as vísceras devem ser colhidas em frascos de boca larga, limpos e selados segundo determina o regulamento, pesando-se convenientemente antes e depois de enchidos.

As vísceras devem ser recolhidas segundo a ordem determinada pelo regulamento que expõe minuciosamente o procedimento a haver.

É indispensável fornecer a cada médico que tenha de intervir em exames ou autópsias, uma cópia do regulamento de 1 de Fevereiro de 1900.

Todos os produtos a enviar para laboratório devem ser bem acondicionados, rotulados, selados e lacrados e depois rubricados pelos médicos e pela autoridade que presidiu ou determinou o exame.

O relatório

O relatório deve conter uma informação com os elementos fornecidos pela autoridade que determinou o exame ou pelas peças do processo, uma *descrição*, exposição detalhada do que foi observado no examinado, discutindo em capítulo especial ou em nota as dúvidas suscitadas que careçam de esclarecimento e as conclusões.

As conclusões compreenderão :

Resumo das lesões verificadas e sua correspondência com o que consta da Informação ;

Presunção do instrumento ou instrumentos que podem ter produzido as lesões observadas ;

SE PRODUZEM OU PRODUZIRAM DOENÇA E POR QUANTO TEMPO :
— do tempo depende a pena a arbitrar.

Nem todas as lesões produzem doença. O Código Penal Francês não engeita a admissão de feridas e outras violências que não produzam doença.

Brouardel nos seus comentários aos *Nouveaux Éléments de Médecine Légale* de Hoffmann pensa que não deve significar doença uma lesão como a equimose ou sugilação.

Não obstante a doutrina corrente, eu opto pela doutrina que tenho defendido considerando doença só as lesões que se acompanham de múltiplos fenómenos objectivos de reacção local ou geral.

SE HÁ OU NÃO IMPOSSIBILIDADE PARA O TRABALHO : — A impossibilidade para o trabalho deve ser a inaptidão, parcial ou absoluta, temporária ou permanente para certa espécie ou para toda a espécie de trabalho, resultante directa ou indirectamente, mas necessariamente do traumatismo.

SE RESULTAR A MORTE: — é preciso verificar se a lesão era ou não necessariamente mortal.

Necessariamente mortal, quer dizer, lesão de que resulta, em qualquer circunstância, invariavelmente a morte.

Assim, por exemplo, eram antigamente considerados necessariamente mortais as fracturas da coluna e as grandes fracturas do crânio, hoje só raramente mortais. Ainda há pouco tive em mãos um relatório médico-legal, que dava como mortal, uma simples fractura da escama do temporal, quando uma rápida trepanação, seguida de limpeza do foco é suficiente para a curar sem consequências. No caso de não ser mortal, torna-se necessário dizer o tempo presumido para a cura e suas possíveis consequências permanentes.

SE DAS LESÕES RESULTA DEFORMIDADE PERMANENTE: — Define-se como deformidade a alteração de forma que afeie o organismo no seu conjunto, seja qual for a sede dessa alteração. *Notável* ou *pouco notável*, conforme o critério do perito. A perda de um dente ou de falange ou de pedaço de orelha seriam consideradas deformidade.

SE DAS LESÕES RESULTA ALEIJÃO OU INABILITAÇÃO: — Aleijão seria toda a deformidade acompanhada de impotência ou diminuição da potência funcional de órgão ou membro e *inabilitação*, impotência funcional sem deformidade.

A fractura de um osso quando consolidada normalmente, sem desvio, sem limitação função, não daria aleijão. O antigo professor de Medicina Legal, Dr. Azevedo Neves, considerava aleijão toda a fractura. Nada justifica esta interpretação, uma vez que o osso consolide, sem qualquer diminuição de resistência nem desvio da função.

À inabilitação pertencem os casos de disestesias e anestésias por aderências ou compressões pos-traumáticas, acinesias ou hipocinesias por compressões, distensões ou roturas traumáticas sem defeito exterior.

SE DAS LESÕES RESULTA CERTAMENTE OU PRIVAÇÃO DE ÓRGÃO OU MEMBRO: — Por certamente deve entender-se a ablação parcial de membro ou órgão e por privação a sua perda total.

Serão abrangidos no cortamento a perda do braço, do antebraço, da mão, dos dedos ou de parte importante da orelha.

Há, porém, casos extremos que embora logicamente devam incluir-se no cortamento, seriam melhor considerados como deformidade, tal como perda de um dente ou de um bocado do nariz ou de orelha. *Certamente* faz parte de um parágrafo em que se encontram as lesões mais graves pelos seus resultados, como são a perda total de um órgão ou de parte importante de um órgão, capaz pela sua extensão de prejudicar grandemente e permanentemente a vítima na sua actividade.

Seria pouco razoável incluir no mesmo capítulo a perda de braço e a perda de um dente.

É PRESUMÍVEL A INTENÇÃO DE MATAR: — A presunção de matar baseia-se sobre o instrumento empregado, a região atingida e a violência das lesões.

Assim, a agressão à faca ou navalha no ventre ou no peito ou uma paulada vibrada à cabeça com força suficiente para produzir fractura de crâneo, justificam a presunção de matar. Pelo contrário facada na cabeça exclui tal presunção.

Sendo possível, determinar-se-á a posição do agressor em relação ao ofendido, a direcção do instrumento ou do projectil em relação à vítima, se há condições físicas ou orgânicas da vítima que contribuam para a demora da cura ou para o agravamento das lesões. Como sabem, o agressor só é responsável pelos dados que resultem normalmente da agressão.

Poderá o perito exigir quaisquer exames complementares, laboratoriais ou outros para o acabamento do seu relatório.

Nos exames de accidentes de trabalho, deve-se determinar se a lesão ou lesões são derivadas do accidente acusado ou provocadas; se resultam de qualquer predisposição patológica da vítima; se são lesões novas ou antigas, agravadas; se são curáveis ou não; e se delas resulta incapacidade para o trabalho e qual a desvalorização, segundo a tabela oficial.

Nos exames por crimes contra a honestidade, deve-se dizer se há desfloramento, se o desfloramento é feito por cópula ou não; se é recente ou antigo; se há sinais de violência; se há gravidez e no caso positivo a sua idade.

No aborto, se é recente ou antigo, se espontâneo ou provocado.

Eis, meus senhores e ilustres colegas, a lição sumária de graves problemas médico-legais que, por vezes, lhes passarão pelas mãos.

Seriam necessárias várias lições para se explanar com desenvolvimento algumas das questões aqui passadas em revista.

SANTANA RODRIGUES

A acção do médico veterinário na defesa da saúde pública ⁽¹⁾

Esquema-Resumo ⁽²⁾

- 1.º — Relações e afinidades entre a medicina veterinária e a medicina humana; o veterinário como sanitarista e como higienista; o conceito e as perspectivas actuais do « Serviço Veterinário Militar ».
- 2.º — Principais doenças infecto-contagiosas e parasitárias comuns ao homem e aos animais ou transmissíveis pelos animais domésticos e caça, ou seus produtos, à espécie humana.

A — BACTERIOSES

I — ANAEROBIOSES:

- a) — **Necrobacilose** ou « difteria dos vitelos » (em Pat.^a Vet.^a) — *Actinomyces necrophorus* (Fam. *Bacteriaceae*). Não esporulado. Bovinos, equinos, ovinos,

(¹) Principais notas de uma lição do V curso de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente.

(²) Este esquema foi distribuído dactilografado a quantos assistiram à lição.

suínos e aves. Transmissível ao homem. Geralmente *doença profissional*.

— Género *Clostridium* — (Fam. *Bacillaceae*) — Esporulado.

b) — **Tétano** — *Cl. tetani*. Equinos, bovinos, ovinos, caprinos, suínos, homem.

c) — **Edema maligno ou gangrena gasosa** — *Cl. septicum*. Bovinos, ovinos, equinos, suínos, homem.

Toxi-infecções de origem alimentar (1) (2) (3).

d) — **Botulismo** (1) — *Cl. botulinum*. Equinos, aves. Homem, por alimentos infectados e seguidamente mal esterilizados, preparados e conservados.

II — AEROBIOSES:

a) — **Salmonelloses** — (2) — (Grupo paratífico) (Fam. *Enterobacteriaceae*).

<i>S. enteritidis</i>	GRUPO B	Toxi-infecções alimentares nos animais e homem. Neste último, sobretudo, por ingestão de carnes e outros alimentos contaminados, mal preparados ou conservados.
<i>S. schottemuelieri</i>		
<i>S. aertrycke</i>		
<i>S. bovis morbificans</i>		
e outras		

<i>b</i>) — <i>Staph. albus</i>	{ (3) (Fam. <i>micrococcaceae</i>)	Toxi-inf. alimentares no homem provenientes da ingestão de alimentos infectados, por ex. leite de mama com mamite estafilocócica.
<i>Staph. aureus</i>		

c) — **Furunculose** — *Staph. albus, aureus* e outros. Animais e homem.

d) — **Estreptococcias hemolíticas** — (Fam. *Lactobacteriaceae*).

Grupos estabelecidos segundo precipitação com substância «C»	Habitat comum	Habitat secundário	Designação da espécie-tipo
A	Homem portador » infectado <i>Escarlatina</i> <i>Anginas</i> , etc. <i>Erisipelas</i> <i>Septicémia puerperal</i> <i>Pneumonia</i> <i>Inf. cirúrgicas</i>	Mamite bovina Animais de laboratório	<i>St. scarlatinae</i> <i>St. epidemicus</i> <i>St. corysiphilatis</i> <i>Pneumococcus</i>
B	Bovinos, leite <i>mamite bovina</i>	9 casos referidos de sept. puerperal humana (2 c/ endocardite). Presente sem infecção na garganta e vagina.	<i>St. agalactiae</i> <i>St. pyogenes</i> (América)
C	Equinos; <i>gurma</i> Bovinos e outros animais	Raro no homem, mas provavelmente pode causar infecção	<i>St. equi</i>

NOTA — Os outros grupos não têm interesse em patologia.

c) — **Tuberculose** — *Mycobacterium tuberculosis*. (Fam. *Mycobacteriaceae*). Todos os animais domésticos. Homem infecta-se frequentemente com *tipo bovino*, *tipo aviário*. Mais vulgar forma de contaminação do homem: criança pelo tipo bovino e através o leite;

depois, carne. Admitem-se outras vias de infecção além da digestiva.

f) — **Mormo** — *Malleomyces mallei* (Fam. *Parvobacteriaceae*) Equinos. Transmissível ao homem por contacto directo. *Doença profissional*. Também ataca o gato, cão, cabra.

f') — **Pseudomormo** — *M. pseudomalley* — o mesmo que o anterior.

g) — **Carbúnculo hemático** ou **pústula maligna** — *Bacillus anthracis* (Fam. *Bacillaceae*). — Bovinos, ovinos, equinos, suínos, caprinos e todos os outros mamíferos. Transmissível ao homem por contacto directo e indirecto (por ex. leite). Pode ser *doença profissional*.

h) — **Mal Rubro, «Negras ou Malditas»** (Hum.) *Erysipelothrix rhusiopathiae* (Fam. *Actinomicetaceae*). Suínos. Acidentalmente pode transmitir-se ao homem, citando a literatura casos fatais. *Doença profissional*.

i) — **Difteria** — *Corynebacterium diphtheriae*. (Fam. *Bacillaceae*). Pode ser carregada pelo leite.

j) — **Cólera** — *Vibrio comma*. (Fam. *Pseudomonadaceae*). Pode ser carregada pelo leite.

k) — **Pasteurelloses** (Fam. *Parvobacteriaceae*).

— TULARÉMIA. *P. tularensis*. Coelhoos bravos (caça), ovinos. Transmissível ao homem por contacto directo e indirecto, por ex : carne infectada e pouco cosinhada. Sobretudo uma *doença profissional* dos esfoladores de peles de coelho.

— CÓLERA AVIÁRIA. *P. avicida*. Aves. Acidentalmente transmissível ao homem, causando abcessos, provocando gastro-enterites após ingestão de carnes doentes. No primeiro caso *doença profissional*.

— SEPTICÉMIA HEMORRÁGICA DOS SUÍNOS. *P. suilla*. Raramente transmissível ao homem onde não tem carácter grave.

1) — **Brucelloses.** (Fam. *Parvobacteriaceae*).

— ABORTO INFECCIOSO DAS CABRAS — *Brucella melitensis*. Caprinos. Transmissível ao homem por contacto directo (*doença profissional*), ou indirecto, por ex.: através o leite e lacticínios frescos de cabra. No homem toma o nome de FEBRE ONDULANTE.

— ABORTO INFECCIOSO DAS VACAS E PORCAS — *Brucella abortus* (*bovis* e *suis*). Transmissível ao homem por contacto directo (*doença profissional*), e indirecto, por ex.: através o leite e lacticínios frescos de vaca. No homem toma o nome de *doença de Bang*.

B — RICKETTZIOSES

a) — **Febre escaro-nodular** — *R. conori*. O cão é, pelo menos aparentemente, um importante reservatório. Transmissível ao homem pelo *Rhipicephalus sanguineus*.

b) — **Febre Q** — *R. burneti*. Ovinos, caprinos, homem muito receptivos. A infecção é possível nos equinos, cães e gatos. Os casos mais vulgares dão-se em operários de matadouros, guardas florestais e vaqueiros. *Doença profissional*. Também transmissão pelo leite.

c) — **Febre purpúrea das Montanhas Rochosas** — *R. rickettzii*. Carraça do cão. (*Dermacentor variabilis* *Rhipicephalus sanguineus* é capaz de transmitir a *R. rickettzii*). Outras carraças. O cão é, pelo menos aparentemente, um importante reservatório.

d) — **Conjuntivite granulosa dos ruminantes** — *R. conjunctivae*. Ovinos, caprinos, bovinos e camélf.

deos. Semelhanças com o *tracoma do homem*. (*R. trachomatis*): 1.º — hiperplasia do tecido linfóide da conjuntiva palpebral (com formação de granulações); 2.º — parasita estrito das células epiteliais da conjuntiva, mesmo da mucosa pituitária; 3.º — desenvolve-se no interior das células segundo um ciclo particular. (PALMEIRO).

O quadro nosológico das rickettsioses animais é muito extenso e assume grande importância no estudo das rickettsioses humanas.

C — VIROSES

I — Caracterizadas por lesões da pele :

a) — **Febre aftosa** — Animais de «unha rachada». Transmitted acidentalmente ao homem por contacto directo (*doença profissional*), e indirecto através o leite e lacticínios de animais doentes.

b) — **Variolas**

1 — **BOVINA** ou **VACÍLIA** — Bovinos. Transmissível ao homem por contacto directo e indirecto através o leite de animais doentes. Benigna.

2 — **CAPRINA** — Caprinos, transmissível ao homem por contacto directo e indirecto. Benigna.

3 — **EQUINA** — Equinos, transmissível ao homem.

4 — **HUMANA** — Transmissível aos animais. Vulgar o contágio às tetas das vacas por portadores humanos.

5 — **SUÍNA** — Suínos. Não se transmite ao homem; e dum animal ao outro só indirectamente pelo *Hematopinus suis*.

c) — **Exantema vesicular do coito ou varíola genital dos equinos e bovinos**. — Equinos e bovinos. Transmissível ao homem produzindo graves infecções da pele.

II — Caracterizadas por lesões do sistema nervoso central:

- a*) — **Raiva** — Todos os mamíferos e muitas aves, mais frequentes no cão e carnívoros selvagens. Transmissível ao homem por contacto directo — em geral mordedura — . Admite-se o contágio pelo leite de animais no período de incubação da doença.
- b*) — **Encefalomielite equina ou doença de Borna** — Equinos. Em 1938 foi provado, na América (onde a doença tem um carácter grave), em número de casos fatais em crianças.

III — Caracterizadas por infecções catarrais ou generalizadas:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <i>a</i>) — Doença de Carré | DOENÇAS DOS CÃIS NOVOS de que o homem pode ser reservatório de virus.
<i>Relações epidemiológicas:</i> as epidemias podem desenvolver-se paralelamente.
<i>Relações clínicas:</i> sintomas semelhantes em ambas as gripes. |
| <i>a'</i>) — Gripe de porco | <i>Relações imunológicas:</i> as três espécies de virus infectam o furão de forma semelhante. Furões atacados de virus humano são refractários ao virus do porco. |
| <i>a''</i>) — Gripe do homem | Furões infectados de virus do porco infectam-se com virus humano. Furões atacados com virus humano são refractários ao virus de Carré. |
- b*) — **Doença de Newcastle ou Pneumoencefalite** — Aves de capoeira. No homem toma a forma de grave conjuntivite. Parece provar-se a infecção pelo leite quando as aves doentes estejam em contacto com várias.

c) — **Anemia infecciosa dos cavalos** — Transmissível ao homem pelo sangue dos animais doentes?

d) — **Psitacose** — É principalmente uma doença das aves, particularmente da família *Psitacidae*; secundariamente do homem. Transmissão por inalação.

D — PARASITOSE

I — MICOSES:

a) — Dermatomicoses

EMPIGEM OU TRICOFITOSE.

<i>Trichophyton mentagrophytes</i>	— bovinos
» <i>granulosum</i>	— equinos
» <i>caninum</i>	— caninos

TINHA FAVOSA OU ACORIOSE

<i>Achorion caninum</i>	— caninos
» <i>gypseum</i>	— equinos
» <i>gallinae</i>	— galináceos

Transmissível ao homem por contacto directo e indirecto.

b) — Micoses internas

COCCIDIOMICOSE OU GRANULOMA COCCIDIOIDICO — *Coccidioides immitis* («Valléy Fever» ou «S. Joaquin Valley Disease») — Bovinos, ovinos, caninos. Infecta o homem por inalação. A transmissão nunca se dá de animais para animais.

LINFAGITE EPIZOÓTICA — *Cryptococcus farciminosus*. Equinos. O homem pode ser infectado se o fungo cair em qualquer ferida ou escarificação da pele; geralmente *doença profissional*.

II — ACTINOMICOSES:

a) — *Actinomyces bovis* — Bovinos, podendo transmitir-se ao homem.

b) — *Actinomyces asteroides* — Bovinos. Homem.

III — PROTOZOONOSES:

a) — **Leichmanias**

KALA-AZAR. *L. donovani*. Caninos (reservatório natural segundo autores); homem.

b) — **Tripanosomas**

1 — NAGANA. *T. brucei*. Segundo certos autores o *T. rhodesiense* é uma estirpe do *brucei*. As tripanosomiasas formam um vasto capítulo da patologia exótica veterinária que é muito importante para o completo estudo das tripanosomiasas humanas e sua profilaxia.

2 — MAL DE CHAGAS. *S. cruzi*. Homem, gato, cão.

c) — **Espiroquetas**

1 — ICTERÍCIA HEMORRÁGICA OU LEPTOSPIROSE. *L. icterehemorrhagiae*. Homem, cão, além do rato. Transmissão ao homem directa e indirecta. O cão é também um reservatório de parasitas.

2 — LEPTOSPIROSE CANÍCOLA. *L. canicola*. Cão, transmissão ao homem directa e indirecta.

3 — FEBRE RECORRENTE DA CARRAÇA. (*Ornithodoros monbata*). *Spirocheta duttoni*. Homem. O porco é um reservatório de parasitas.

d) — **Amebas**

— DISENTERIA AMEBIANA — *Amaebae dysenteriae*. Homem, cão e muitos outros mamíferos.

e) — **Ciliados**

— BALANTIDIOSE. *Ballantidium coli*. Geralmente em suínos, mais raramente em equinos e homem.

IV — HELMINTÍASES:

a) — Cestódeos

- 1 — CISTICERCOSE PORCINA. *Cysticercus cellulosae*. Larva da ténia solium. Larva — músculos do porco. Forma adulta — intestino delgado do homem.
- 2 — CISTICERCOSE BOVINA — *Cysticercus saginatus*. Larva da *T. saginata*. Larva — músculos do porco. Forma adulta — intestino delgado do homem. A infestação do homem faz-se pela ingestão de carne com cisticercos.
- 3 — EQUINOCOCOSE — *Ech. granulosus*. Duodeno do cão e do gato. Estado larvar em hospedeiro intermediário que geralmente é o fígado e mais raramente o pulmão dos ruminantes e porcos; mas pode encontrar-se em todas as espécies, designadamente o homem. É este estado larvar que produz o *Quisto hidático*.
- 4 — DIPILIDOSE — *Dipylidium caninum*. Ténia adulta parasita no cão. Infestação do homem faz-se pela ingestão da pulga. Raro.

b) — Nematódeos

- 1 — ASCARIOSE — *Ascaris lumbricoides*. Homem; suínos funcionam como disseminadores da doença para o homem e outros animais.
- 2 — TRIQUINOSE — *T. spiralis*. Porco e homem. A infestação faz-se pela ingestão de carne triquinosa mal cozinhada ou esterilizada.

V — ARTOPODO — PARASITOSSES:

a) — Acarinos

— SARNA (Sarcóptica) — *Sarcoptes scabiei*. Principalmente cavalo e cão, transmissível ao homem por contacto directo. Acidentalmente o homem pode ser atacado por outras sarnas dos animais domésticos mas por via de regra toma carácter benigno.

3.º — A luta contra as doenças infecciosas, infecto-contagiosas e parasitárias em medicina veterinária.

I — Polícia sanitária

a) — Regulamento Geral de Saúde Pecuária de 7-2-1889:

1) — Declaração obrigatória — (Decreto de 16-12-1886).

N.º de ordem	Nomenclatura vulgar das moléstias	Espécies animais sujeitas ao regime sanitário
I	Peste bovina	Todas as espécies ruminantes
II	Peripneumonia exsudativa	Bovinos
III	Raiva	Todas
IV	Baceira ou febre carbunculosa	Todas, menos a espécie porcina
V	Tabardilho ou mal rubro	Porcina
VI	Mormo, Laparão	Equina, asinina
VII	Gafeira ou morrinha	Ovina, caprina
VIII	Tísica tuberculosa	Bovina, aves de criação
IX	Febre aftosa	Bovina, ovina, caprina e porcina
X	Sarna ou «ronha»	Ovina, caprina e equina
XI	Difteria	Bovina, aves de criação
XII	Daurina ou moléstia do coito	Equina, asinina
XIII	Cólera das galinhas	Todas as aves de criação e outras
XIV	Carbúnclo sintomático	
	<i>Por decreto de 10-1-1895:</i>	
XV	Triquinose dos suínos	Suínos
	<i>Por decreto 25.426, de 29-5-1935:</i>	
XVI	Linfangíte epizoótica	Equinos

2) — Isolamento ou sequestro

3) — Visita oficial do médico-veterinário

4) — Inoculações e imunizações

5) — Emigração ou transumância

- 6) — Morticínio, sacrifício, occisão
- 7) — Enterramento ou inumação
- 8) — Queima, incineração ou cremação
- 9) — Transformação dos cadáveres em guano
- 10) — Desinfecção e desinfectantes

II — Inspecção sanitária de produtos animais

- a) — Inspecção de carnes :
 - 1) — Decreto n.º 15.982 de 28-9-1928
 - 2) — Inspecção do animal em vida
 - 3) — Inspecção «post-mortem»
 - carnes frescas
 - » preparadas, conservadas, etc.
- b) — Inspecção de peixe fresco, salgado, preparado, etc.
- c) — Inspecção de mariscos
- d) — Inspecção de leite e lacticínios
- e) — Inspecção de ovos

III — Fiscalização

- a) — Decreto 16.130, de 12-11-1928
- b) — Decreto 10.195, de 18-10-1924
- c) — Decretos 36.973/74, de 17-7-1948

IV — Campanhas profiláticas em curso

- a) — Do gado bovino leiteiro :
 - 1) — Contra a tuberculose. Decreto 26.114 de 23-11-1935
 - 2) — Contra o aborto infeccioso e mamite das vacas.
Decreto 29.181 de 24-11-1938.
- b) — Campanha anti-rábica
 - 1) — Decreto 29.441, de 11-2-1939.

4.º — O Frio, a Indústria animal e a saúde pública.

- a) — Refrigeração e congelação;
- b) — Transportes frigoríficos;
- c) — Armazéns frigoríficos.

* * *

5.º — Os serviços de saúde e os Serviços Veterinários. Necessidade duma mais estreita cooperação.

a) — O curso de medicina sanitária professado no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge daria melhor formação aos licenciados que o frequentam, se estabelecesse mais íntima união entre a sanidade e higiene pecuárias e humanas.

b) — Os veterinários municipais e Intendentes de Pecuária deveriam, obrigatoriamente, possuir o curso de medicina sanitária, pois que nos sectores da sanidade e higiene pecuárias encontram o seu paralelo, respectivamente, nos subdelegados e delegados de saúde, no campo médico.

* * *

Meus Senhores: Hoje é um veterinário que toma a palavra neste curso intensivo de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde. O facto pode ser susceptível de causar dupla surpresa: primeiro, por se tratar de um veterinário; segundo, por ser eu a intrometer-me nesta comunidade que V. Ex.^{as} médicos, constituem.

Por mim apresento todas as desculpas, se bem que, e sem intenção de recriminar seja quem for, não deva ser a mim mas ao Ex.^{mo} Sr. Doutor Fernando Correia a quem mais justiceiramente deverão V. Ex.^{as} pedir contas do tempo e paciência que lhes irei consumir, pois foi Sua Excelência quem teve — sem ofensa — a infeliz lembrança de me convidar, o que, aliás, deveras me honrou.

O mesmo já não penso se abstrair de mim próprio e me considerar apenas um veterinário, porquanto entendo ser esta ligação absolutamente indispensável para o pleno e mútuo cumprimento das missões que nos estão cometidas. Portanto, é este aspecto — o das relações e afinidades entre o médico e o veterinário —, que, em primeiro lugar, entendo dever abordar, o que procurarei fazer por forma sucinta em obediência ao respeito que a paciência alheia sempre me merece.

Dizia Sousa Martins no prefácio de um livro da autoria do Prof. Veterinário Paula Nogueira: « porque não havia patologia geral sem patologia comparada, também não haveria medicina humana sem medicina veterinária ». Assim concretizava o Mestre insigne o seu pensamento quanto às relações e afinidades que se verificam entre estes dois ramos das ciências médicas — o humano e veterinário —. « Na realidade, *e cientificamente*, já dizia o grande Chauveau, não há senão uma medicina. O homem perante a doença, o sofrimento e a morte, não é mais do que um pobre animal ».

« Scientia medica non est duplex, sed unica » — tal é a divisa da Faculdade de Medicina Veterinária do México.

Não se trata neste momento de encarar todas as facetas da actividade profissional do médico-veterinário. Deixemos a económica, sem dúvida de magna importância; deixemos ainda a tecnológica e a meramente clínica. Voltemo-nos, sim, para a faceta higiénica e sanitária que, se tem os seus reflexos seguros e directos no campo económico, não tem menor projecção no da saúde pública, único aspecto que interessa, por agora, considerar.

Com o humor de uma frase que não me pertence pode traduzir-se o valor da acção do veterinário dentro da economia: « Se a morte dum homem é por vezes um desastre, a dum animal é sempre uma perda ».

* * *

Desde a Antiguidade que as duas medicinas andam ligadas, ou porque eram indistintamente praticadas pela mesma pessoa, ou porque os estudos médicos eram por via de regra realizados nos cadáveres animais. Daqui resultou que, primitivamente, eram maiores os conhecimentos sobre o corpo dos animais do que do do homem, donde a verificação de maiores sucessos no tratamento dos animais domésticos do que no dos seus possuidores. A anatomia da Antiguidade compreendia apenas a anatomia dos animais, pela relutância, consubstanciada por preconceitos religiosos e proibições legais, em profanar os cadáveres humanos. Quanto à patologia, fisiologia e outras ciências, deu-se precisamente o mesmo. E, passando aos tempos modernos, cabe perguntar se a Pasteur teria sido possível um tão largo desenvolvimento dos estudos acerca das doenças contagiosas e infecciosas, sem a contribuição basilar que foi buscar à patologia animal!

Todos conhecem suficientemente os factos para me permitir passá-los em claro, devendo apenas fazer notar que anteriormente a Pasteur já o veterinário Toussaint preconizara a atenuação da bacterídia carbunculosa e Galtier demonstrara a inoculabilidade do vírus rábico ao coelho, sendo ambos estes investigadores veterinários, respectivamente, da Escola de Lyon e Tolouse.

E, neste ponto, já que falei em Pasteur, têm os veterinários o mais belo título de glória, que lhes é concedido pela circunstância de terem sido eles os primeiros a apoiar entusiasticamente as descobertas do sábio. A atestá-lo e a simbolizar essa atitude científica do pensamento veterinário — de alguns grandes veterinários, padrões da emulação profissional —, está, por exemplo, um diálogo travado na Academia de Medicina, entre o médico Peter e o veterinário Bouley. Dizia o primeiro: « Depois de tantas e laboriosas investigações nada haverá de novo em medicina, além de alguns micróbios a mais. A desculpa do Sr. Pasteur é de ser um químico que quis, inspirado no desejo de ser útil, reformar a medicina à qual ele é absolutamente estranho », ao que Bouley retorquiu: « Faça o Sr. Peter como eu! penetre bem no que há de admirável, pela certeza absoluta dos resultados, na longa série de investigações que o conduziram desde a descoberta da natureza dos fermentos à natureza dos vírus, e então, posso garantir-lhe, que em lugar de descrever nesta grande glória da ciência francesa, da qual todos nos devemos orgulhar, deixar-se-á conduzir também pelo entusiasmo e inclinar-se-á cheio de admiração e respeito perante o químico que, por não ser médico, ilumina a medicina e dissipa, com a claridade das suas experiências, as trevas que até ao presente pareciam impenetráveis ».

Era isto, meus Senhores, que eu tinha desejo de lembrar-lhes em primeiro lugar, pois estou certo que talvez assim melhor aceitem esta intromissão dum veterinário nas lides em que presentemente andam empenhados.

Na base de todo o progresso médico, está a experimentação « in anima villi », é a verdadeira ilação que se tira de todas estas minhas palavras.

Se os veterinários prestaram valiosa contribuição ao progresso das ciências médicas, foi particularmente no campo sanitário — no estudo das doenças infecciosas — onde essa acção foi sem qualquer hesitação dum valor extraordinário. A prová-lo estão, entre muitos outros, os nomes de Arloing, Chauveau,

Nocard, Delafond, Toussaint, uns percursores outros discípulos dilectos e primeiros amparos de Pasteur; Ramon — a quem se devem os estudos sobre a anatoxina diftérica e tetânica e das vacinas associadas; Guérin que, em colaboração com o médico Calmette, estudou a vacina contra a tuberculose designada por B. C. G.; Salmon, Ostertag, Bang, Feldman ⁽¹⁾, Kelser, Meyer, Theiler, Evans, Galtier, Ercolani, Perroncito, Turró, Vallé, Railliet, etc., tendo sido no nosso país o veterinário Inácio Ribeiro o fundador do primeiro laboratório português de bacteriologia.

Como será possível conceber um plano sério de saúde pública sem a intervenção do sector veterinário, quando tantas e tão variadas doenças do homem têm a sua origem nos animais, como se pode verificar pela simples análise do esquema-resumo que abre estas considerações? Pois dessas doenças transmissíveis dos animais ao homem, antes da intervenção do médico no seu campo de acção profissional, o veterinário procura evitá-las, combatendo-as nos próprios animais e intercedendo na inspecção sanitária das espécies comestíveis, quer em vida ou post-mortem, quer ainda dos alimentos por qualquer forma preparados, conservados ou transformados.

Assim, a medicina veterinária é, perante a saúde pública e até perante a saúde animal, essencial e profundamente uma *medicina preventiva*, a base das organizações de Serviço de Saúde Pública em todo o Mundo, tanto na paz como na guerra. E, nesta última emergência — na guerra — não têm os veterinários militares hoje menor importância do que tiveram em tempos por motivo da mecanização quase integral dos exércitos; pelo contrário: à função de clínico hipíatra sobrepoz-se a dupla função de higienista e sanitarista. É assim que nos modernos exércitos em luta, quando da ocupação de territórios tomados ao inimigo, o oficial veterinário imediatamente inicia a sua tarefa: controlando primeiramente na área em questão as doenças dos animais que são transmissíveis ao homem, inspecionando os alimentos de origem animal para consumo das forças e até das populações quando isso se torna necessário, e só em terceiro grau de importância vem a função clínica, hoje reduzida à sua expressão mais

(1) — Feldman esteve há alguns anos em Portugal, enviado pela « Mayo Fondation ». Participou com algumas lições no primeiro Curso Internacional de Medicina de Urgência, realizado nos Hospitais Cívicos de Lisboa.

simples nos exércitos altamente modernizados, e ao contrário quase a única razão de existência do Serviço Veterinário Militar, nos menos actualizados.

* * *

A matéria do segundo ponto apresentado no esquema-resumo é, por assim dizer, o documento vivo das relações e afinidades existentes entre as duas medicinas; é portanto a confirmação insofismável do enunciado no começo desta palestra. Estou, evidentemente, limitando o horizonte às doenças infecto-contagiosas e parasitárias, comuns ao homem e aos animais ou transmissíveis entre si directa ou indirectamente, por ser este o campo de maior interesse sanitário no ponto de vista aqui focado — o da saúde pública —. Não quer isto dizer que em muitos outros aspectos não existam também estreitas afinidades entre ambas as medicinas.

* * *

Constitui um sério problema querer abarcar em toda a sua extensão, dentro do limite máximo de uma hora, todos os pontos contidos no título desta lição. Igualmente tem enorme dificuldade o simples apontamento das matérias, tantas, tão variadas e importantes elas são. Passar em silêncio capítulos sobre capítulos para me deter mais em detalhe apenas num ou noutro por mim escolhido como mais oportuno, importante ou especulativo? Seria um critério, mas pesar-me-ia na consciência o remorso de não ter cumprido a missão que foi confiada. Tentei, pois, rodear a dificuldade fazendo distribuir pela ilustre assistência o presente esquema-resumo que, só por si, dará a noção precisa da extensão das interrelações existentes entre a patologia veterinária e das ligações que necessariamente terão de verificar-se entre ambos os Serviços ou profissionais ao pretender-se fazer medicina preventiva em defesa da saúde do homem. Nestas condições ser-me-á mais fácil navegar no mar tormentoso a que me fiz, pois poderei prender-me a uma que outra particularidade que julgue merecer mais interesse, saltando por cima de outros assuntos, uns já tratados e outros a tratar especialmente neste Curso por pessoas bem mais competentes do que eu, como sejam por exemplo as rickettzioses, as varíolas, a escarlatina, etc., outros sem interesse notório para o momento, porém, todos assinalados e devidamente classificados.

* * *

Dentro do primeiro grupo de causas mórbidas designadas por bacterioses, as *Toxi-infecções de origem alimentar* constituem um grupo, cuja importância se vai avolumando de dia para dia pelo muito que ele ainda tem por esclarecer, e pela ameaça que representa para as populações. A inspecção dos alimentos visa primordialmente evitar a acção desses variados morbos, estando os de origem animal, seja ela qual for o estado em que se apresentem ao consumo — preparados, transformados ou apenas frescos ou naturais — entregues à vigilância do médico-veterinário.

Dentre estas toxi-infecções, a designada por « botulismo » é verdadeiramente mais uma intoxicação do que propriamente uma infecção, pois que o acidente surge motivado pela ingestão de alimentos onde a toxina existe pre-formada pelo microorganismo infectante do alimento. É por isto que o botulismo está ligado ao consumo de conservas alimentares, pois a ingestão de alimentos frescos não dá oportunidade à elaboração de toxina, aumentando a gravidade na razão directa do período de conservação, durante o qual a toxina elaborada se vai acumulando cada vez mais. É também devido ao facto do acidente ser provocado por toxina pre-formada, que ele surge dentro do prazo de poucas horas após a ingestão do alimento alterado. No entanto, não é exacto afirmar-se que o *Cl. botulinum* não tem poder invasivo e que não é capaz de elaborar a sua toxina no corpo ou organismo vivo, pois está demonstrado que esporos destoxicados injectados no animal permitem o crescimento do microorganismo nos tecidos e do seu metabolismo resulta a produção de toxina fatal para o hospedeiro.

A toxina botulínica actua sobre o sistema nervoso, causando, entre outras manifestações, paralisias graves.

Diferentes são as toxi-infecções devidas a salmonelas as quais, ao contrário da anterior, cabe perfeitamente a designação de toxi-infecção. De facto, neste caso, o acidente surge pela ingestão de alimentos infectados, mesmo não havendo toxina pre-formada. É, sim, a actividade microbiana dentro do tubo digestivo que dá origem aos fenómenos de gastro-enterite que caracterizam estas toxi-infecções. A demonstração do facto foi feita introduzindo filtrados de culturas de salmonelas no estômago de animais que não exibiram quaisquer alterações de saúde por isso.

O terceiro grupo de causas de toxi-infecções engloba uma flora um tanto heterogénea, como seja o *B. proteus*, *enterococcus*, *colibacilo*, mas com certa predominância os *Stph. albus e aureus*.

Nestes casos tem-se a impressão que, por um lado, o acidente surge por motivo da ingestão de alimentos com toxina preformada, identicamente ao caso do botulismo; por outro lado, supõe-se que a alteração orgânica seja devida à ingestão de alimentos em que, por virtude da acção microbiana, parte mais ou menos importante da sua proteína se encontrava desdobrada, com amino-ácidos livres de grande poder tóxico. Estes amino-ácidos seriam: a histamina, a tiramina, a triptamina e metilaminas. De facto, estes amino-ácidos foram encontrados em carnes, peixes, queijos, mas a sua pesquisa, que se mostra cheia de dificuldades, nunca foi coroada de êxito, salvo para a histamina que, experimentalmente, provoca acidentes diferentes dos observados.

* * *

Passando às *estreptococcias hemolíticas* do grupo A de Lancefield, apenas desejo fazer ligeira referência ao papel dos «portadores», particularmente importante quando eles são profissionais de leitaria — ordenhadores, operários de centrais, distribuidores de leite a granel, etc. —. Na erradicação destes portadores dos misteres ou locais oferecendo perigo à salubridade do leite ou dos animais leiteiros, que, como se vê no esquema-resumo, podem servir de habitat secundário ao agente infeccioso, têm os subdelegados de saúde concelhios um papel da mais alta importância para o qual não posso deixar de chamar a atenção. O mesmo se diz em relação à *difteria*, *cólera* e outras doenças.

* * *

Falemos agora de *tuberculose*. Todos sabem que esta praga ataca quase todos os animais superiores, de sangue quente ou frio. Sob o ponto de vista sanitário, porém só a tuberculose dos de sangue quente interessa, porquanto a dos outros nunca se transmite ao homem nem aos animais domésticos.

Em resumo quer-se dizer que o *Mycobacterium tuberculosis* tem três tipos diferentes, cujos nomes correspondem ao seu

habitat comum, e em que o interesse sanitário é do mesmo modo importante quer nas espécies animais, quer no homem. Esses três tipos são: *tipo humano*, *tipo bovino*, *tipo aviário*.

Pelo quadro I se vê quanto o tipo bovino é temível, pela facilidade que tem de infectar e provocar lesões graves e mortais nas outras espécies, nomeadamente o homem, ao passo que o tipo humano limita a sua virulência quase praticamente ao habitat comum. O tipo aviário por seu turno, que é virulento para quase todas as aves, é-o também bastante para o porco e raramente para o cavalo e carneiro.

QUADRO I

Total do número de casos de tuberculose natural
em diferentes animais
nos quais foi determinado o tipo de bacilo

Espécie de animal	N.º de casos	Tipo de bacilo encontrado		
		Bovino	Humano	Aviário
Cavalo	25	24	—	1
Porco	163	118	5	43
Gato	20	20	—	—
Cão	4	1	3	—
Cabra	1	1	—	—
Carneiro	4	2	—	2
Boi	52	50	1	1
Aves de Capoeira	13	—	—	13
Porco da Índia	6	5	1	—
Coelho	8	4	—	4

Tem-se posto em dúvida a infecção do homem pelo tipo aviário, mas Feldman afirma que teve suficientes provas para responsabilizar o tipo aviário em 13 casos de infecção humana que observou.

A infecção pelo tipo humano no porco e no cão (as espécies mais expostas e mais receptivas ao contágio pelo homem) é sobretudo devida, no primeiro caso, à ingestão de material baciloso, pois por via de regra nos pequenos casais agrícolas o porco é alimentado com os restos dos alimentos do homem; no segundo

caso, à inalação de bacilos carregados em gotículas de saliva, sabido como é da frequente promiscuidade em que a espécie canina vive com o homem. Como aviso, no caso das comuns explorações de porcos existentes nos sanatórios não serem dirigidas por veterinários, devem os subdelegados de saúde tomar todas as providências para que nunca deixe de se esterilizar pela fervura prolongada a alimentação dos porcos em que entra uma grande percentagem de restos de alimentos infectados, a fim de evitar que esses animais sejam fonte de reinfecção dos mesmos doentes ou possam carrear a doença para o exterior do estabelecimento, disseminando-a... ainda mais pela população.

O quadro II assinala a importância da infecção pelo tipo bovino na espécie humana que, como se observa, incide particularmente em crianças sob as formas escrofulose e tuberculose abdominal.

QUADRO II

Tipo de bacilo isolado em casos de tuberculose humana

Tipo de tuberculose	Idade do paciente					
	— de 5 anos		Dos 6 aos 16 anos		Acima dos 16 anos	
	H	B	H	B	H	B
Pulmonar	28	1	6	0	497	3
Escrofulose . . .	9	11	17	14	27	1
Abdominal	9	11	7	8	15	4
Generalizada . . .	72	76	7	5	33	1
Total de todas as espécies de tuberculose	201	51	85	37	625	14

Entre muitas citações que a literatura oferece para demonstrar a gravidade do tipo bovino do *M. tuberculosis* ocorre citar as conclusões de J. Francis ⁽¹⁾ sobre o caso inglês, onde afirma ser de 5% as causas de morte por tuberculose em todas as idades,

(¹) In «Bovine Tuberculosis», including a contrast with human tuberculosis, London 1947.

devidas ao tipo bovino, e que nas crianças abaixo de 5 anos a proporção é de 30 %.

Isto corresponde à morte anual de cerca de 2.000 pessoas.

Mais adiante voltarei a ocupar-me deste assunto da tuberculose que se me afigura de bastante importância.

* * *

São estas as notas mais importantes que entendi dever registar acerca do segundo ponto desta lição, onde em esquema se assinalam as principais doenças dos animais que interessam sob o ponto de vista da saúde pública e às quais me referi com ligeiras observações pelos motivos já atrás explicados. Por isso vou passar à terceira parte do programa que tracei e que desejo concluir dentro dos limites normais a respeitar dos 50 a 60 minutos.

* * *

Perante o perigo mais que evidente que os animais oferecem ao homem pelas doenças que podem transmitir, directa ou indirectamente, há que erguer todas as defesas ao alcance e estas são de natureza vária.

Lògicamente, surgem em primeiro lugar as medidas de *polícia sanitária* que no nosso país estão definidas no **Regulamento Geral de Saúde Pecuária**, de 7/2/1889. A avançada idade deste regulamento não lhe destruiu ainda inteiramente o seu valor. Não fora a competência excepcional do seu autor — o Prof. Inácio Ribeiro — e certamente a sua resistência ao tempo teria sido em muitos anos diminuída. Sem dúvida que se verifica uma desactualização do velho regulamento e que se impõe uma revisão norteadada pela ciência e a vida moderna; mas por estranho que pareça, são mais sentidas as faltas no campo da orgânica de actuação do que pròpriamente na matéria sanitária estricte. É de toda a justiça prestar homenagem a um dos mais esclarecidos estadistas que tem sobraçado os destinos da agricultura portuguesa e a quem se ficou devendo o regulamento em causa. Refiro-me a Emídio Navarro; foi ele quem promoveu a sua elaboração e escolheu o elemento mais competente para o efeito, o Prof. veterinário Inácio Ribeiro.

Como primeira medida de polícia sanitária aponta-se no regulamento de 89 a declaração obrigatória das doenças sujeitas ao regime sanitário. Apenas direi sobre este assunto que têm os serviços de sanidade pecuária tantas dificuldades quanto à obtenção por parte dos clínicos veterinários daquelas informações como os serviços de saúde, isto é: por via de regra a participação faz-se por forma assás deficiente, há omissões bastante generalizadas, donde a notação estatística resultar errada, com todos os agravos que desse facto advêm.

* * *

A segunda grande barreira erguida pelos serviços veterinários para defesa da saúde pública é a *Inspecção Sanitária* dos animais comestíveis e seus produtos, a qual é feita pelos médicos veterinários municipais, ainda até há pouco tempo designados por « Inspectores municipais de sanidade pecuária ». A inspecção sanitária protege as populações da transmissão de doenças, algumas bem graves, e bem assim das intoxicações de origem alimentar.

A cabeça deste capítulo encontra-se a inspecção das carnes que assume particular importância em todo o país pela generalização do seu consumo, variedade das espécies consumidas, isto aliado, como se viu atrás, ao perigo sanitário que, em determinadas contingências, pode resultar a sua utilização como alimento.

No esquema-resumo dou nota do decreto n.º 15.982. É este documento que disciplina a questão dos locais de matança. Por este decreto todas as casas de matança que não se encontrem devidamente licenciadas são tidas como « matadouros clandestinos », e para o licenciamento, necessário se torna que obedeçam a determinadas condições de higiene. Sobre este tema haveria que fazer vastas considerações, mas como ideia geral basta dizer que os tão desejados e decretados princípios não são muitas vezes cumpridos nos próprios matadouros municipais, alguns, muitos mesmo, indesejáveis. As razões do facto são várias mas nenhuma será inultrapassável logo que outra mentalidade presida à resolução destes problemas, na realidade bem mais graves do que aparentemente se possam imaginar. Além de tudo, se o espírito do decreto, quanto a matanças, é satisfatoriamente cumprido no que respeita ao gado bovino, o mesmo não acontece com as espécies suína e ovina; e, em relação às aves de capoeira, nada existe. Em qualquer destes casos, porém, os perigos são

semelhantes; daí não se justificarem procedimentos diferentes. Com efeito, pode qualquer particular por via de regra, abater e consumir sem prévia inspecção um porco, ou um carneiro. Desse procedimento pode resultar dano não só para o próprio consumidor de tal carne mas, indirectamente e a prazo mais curto ou mais longo, para muitas outras pessoas. Quer dizer-se que, sanitariamente, nenhum indivíduo tem o direito de pôr a saúde em risco, já não digo pelo peso inerte que isso representaria para uma sociedade laboriosa da qual, ou duma maneira ou doutra ele passaria a viver, mas pior do que isso é a circunstância desse indivíduo poder constituir um foco de disseminação de qualquer moléstia que tanto pode lesar núcleos inteiros de população.

Se este aspecto assume gravidade quando o indivíduo abate para seu uso exclusivo (exclusividade lata como não podia deixar de ser) muito pior é quando abate para o público. É o caso, por exemplo, das matanças de cabritos, borregos, leitões, etc., comuns em toda as feiras do país, e da venda das aves de capoeira onde a questão atinge o máximo de negligência. Nos mercados as aves são vendidas de qualquer modo: vivas, mortas, inteiras desmanchadas, etc. Que inspecção veterinária é feita nos mercados que possa pôr o público a salvo de vendas menos convenientes? E qual é o consumidor que até hoje se tem preocupado com isso? Por este lado pode dizer-se que *o consumidor só tem aquilo que merece e aquilo que exige.*

Tem muitas vezes o subdelegado de saúde a incumbência, que obrigatoriamente lhe é determinada, de substituir o veterinário municipal durante os seus impedimentos. Por vezes essa tarefa accidental reveste-se de bastantes dificuldades pela circunstância de os mesmos subdelegados nunca terem tido qualquer vaga preparação no assunto de inspecções, facto que, ou ocasiona excessos de rigor, levando à inutilização de produtos utilizáveis, ou, pelo contrário, a excessos de benevolência que se acobertam à sombra duma irresponsabilidade, profissionalmente desculpável, mas por dever de cargo condenável. Qualquer das atitudes é inconveniente e deve ser evitada. Se o subdelegado de saúde, ao tirar o seu curso de medicina sanitária — sem o qual não pode exercer tal cargo —, recebesse meia dúzias de lições teóricas e práticas sobre inspecção de alimentos, certamente que, com outro à-vontade desempenharia aquelas funções que accidentalmente é forçado a desempenhar e que, para bem de todos, interessa que

as desempenhe o mais sensatamente possível. Não significa que alguma vez se possa obrigar um subdelegado de saúde à solução dum caso menos comum, mas, para estes é já viável recorrer, na maioria das vezes ou ao Intendente de Pecuária, ou a qualquer outro veterinário que resida mais próximo do local. *Eu sei que este serviço nunca é feito de boa vontade pelos subdelegados de saúde, e alegam-se para explicar tal atitude muitas justificações, aliás muito judiciosas. Não me compete discutir esses meandros da questão; eu estou discorrendo cingindo-me rigorosamente ao espírito das leis e dos códigos em vigor.*

* * *

A *fiscalização* é outro grande meio de defesa da saúde pública estando esses serviços, no que toca a produtos de origem animal, na dependência dos técnicos veterinários.

Como principais diplomas que visam este objectivo, citarei primeiramente o decreto n.º 10.195, que estabelece os preceitos higiénicos a respeitar no fabrico de lacticínios; o decreto n.º 16.130 que abrange a fiscalização dos produtos de origem animal e bem assim dos respectivos locais ou estabelecimentos de produção, preparação, fabrico, armazenagem e venda; finalmente, o decreto 36.974, que contém o regulamento de produção, tratamento e distribuição de leite para consumo público directo.

* * *

Como quarto recurso de que os Serviços veterinários lançam mão para proteger as sociedades humanas do flagelo da doença, há a mencionar as *Campanhas profiláticas* cujos fins são, não só sanitários mas também — e em alguns casos, principalmente — económicos, como por exemplo a campanha contra o aborto e a mamite.

É a campanha contra a tuberculose bovina aquela que tem prendido mais a atenção das autoridades sanitárias veterinárias.

Através esta campanha tem-se verificado não ser Portugal dos países que maior tributo paga á tuberculose bovina. Os resultados obtidos depois de iniciada esta medida sanitária deram como percentagem de incidência 7 %, o que foi em poucos anos reduzido a 2 %, sendo hoje inferior a 0,5 %. No entanto, é preciso

não esquecer que deste apuramento se exclui o distrito de Lisboa, onde tal trabalho não foi ainda realizado, por motivos bastante complexos, em cuja análise não me compete entrar — nem o momento é oportuno —. Segundo certas opiniões é possível que a percentagem no distrito de Lisboa se eleve a cerca de 20 % ou mais.

Na Grã-Bretanha a incidência de tuberculose em vacas leiteiras está avaliada em 30 a 35 %. Segundo Francis, veterinário inglês, no seu recente livro « Bovine Tuberculosis » já citado, a tuberculose bovina encontrava-se largamente espalhada na Europa em 1880, ano em que apareceram publicados os primeiros números de confiança sobre o assunto. A Alemanha, especialmente a Saxónia, sempre tem sido fortemente infectada. É aparentemente frequente na Morávia; e, nas herdades dos latifundiários da Hungria, Croácia e Jugoslávia a incidência deve ultrapassar 50 % ao passo que, contra toda a expectativa, é de 10 % nas pequenas explorações de camponeses.

A posição da França nesta questão não é bem clara. Calmette e Guérin dão uma percentagem de 25,9 % em 67.000 animais observados, mas os autores ressaltam que este número representa o resultado de provas em explorações onde foi assinalado um caso de tuberculose; Chaussé encontrou somente lesões em 11 % dos animais abatidos no matadouro de Versalhes. Duma maneira ou doutra a incidência de tuberculose nas vacas, em França, parece ser menor do que na Inglaterra ou na Alemanha.

Na Dinamarca aquela percentagem era em 1938, de 21,9 %; na Noruega, em 1945, estava praticamente o país liberto do morbo; na Bélgica, em 1933, era de 25 %; na Suíça, em 1930, de 40 %, etc.

Os Estados Unidos da América, encontram-se praticamente limpos de tuberculose no gado bovino leiteiro. E, verifica-se por outro lado, uma baixa incidência no Canadá e América do Sul, sendo de 5 a 10 % na Austrália e Nova Zelândia. Exceptuando pequenas áreas e certas raças especiais é muito baixa no continente africano e, possivelmente, na maior parte da Ásia.

Sabendo-se que a maior capacidade de produção leiteira da vaca descalcificando o organismo, faz baixar a resistência à infecção e à doença; sabendo-se ainda, como já atrás referi, da virulência do tipo bovino do *M. tuberculosis* para as restantes espécies, nomeadamente o homem, pode calcular-se, meus Senhores, e perante as cifras que tão resumidamente enunciei, a acuidade que

sob o ponto de vista sanitário tem a luta contra a tuberculose bovina.

Em que medida, em Portugal, o tipo bovino é responsável por casos de primo-infecção? Eis uma pergunta que se me afigura não ter resposta concreta, pois estou convencido que muito pouca atenção se tem dado entre nós a este assunto, pelo menos na escala que permita qualquer estudo estatístico sério. E, no entanto essa resposta seria fundamental, inclusivé para fundamentar cientificamente a campanha que os serviços veterinários oficiais vêm realizando, afinal apoiados em conclusões importadas, o que sendo muito, não é tudo para uma plena justificação.

* * *

Cabe referir, muito de passagem, as campanhas contra o aborto epizoótico das vacas e a mamite estreptocócica. É evidente que estas campanhas têm um aspecto sanitário em relação à espécie humana que não pode deixar de ser enaltecido. Porém, não é só por isso que elas se realizam, mas sim por constituírem uma medida de fomento pecuário de magna importância económica. São, efectivamente de muito vulto os prejuízos económicos que todos os anos se verificam por causa destas doenças, traduzidos em menos cabeças de gado e em menor produção de leite por cabeça.

* * *

Resta fazer breve alusão à campanha anti-rábica através a vacinação periódica de todos os cães, além da participação de certas medidas de polícia sanitária previstas no regulamento geral de saúde pecuária e também executadas mediante posturas municipais.

As estatísticas do Instituto Câmara Pestana atestam por si o valor da intervenção dos Serviços Veterinários na luta contra a raiva, pois em contraste com os milhares de casos de pessoas mordidas e suspeitas, de diagnósticos positivos, que até há escasos anos se observavam e registavam, hoje apenas um reduzido movimento desses serviços se verifica. Melhor do que eu o poderia fazer o meu colega Dr. Carmona Rodrigues que dá nota

circunstanciada deste assunto em um escrito publicado no boletim do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, e que foi o tema duma sua monografia para o curso de medicina sanitária. Para não alongar em demasia estas já tão pouco breves considerações aconselho V.^{as} Ex.^{as} à leitura do referido trabalho.

* * *

Aproveitando ciosamente os escassos minutos que me restam, quero fazer ainda menção a um quarto ponto em que a intervenção da ciência veterinária é imprescindível no ponto de vista da saúde pública e, mais do que isso, no ponto de vista económico e até social. Trata-se da questão que coloco sob a epígrafe « **O frio, a indústria animal e a saúde pública** ». De facto, o tratamento das carnes, por exemplo, desde a ocasião das rezes até ao envio para o consumo, passando por todas as operações que precedem, acompanham e sucedem os fenómenos de refrigeração e congelação; a inspecção sanitária dessas carnes à saída dos frigoríficos, bem como a análise do seu estado higiénico à entrada dos mesmos, constitui uma verdadeira especialização, delicada e cheia de problemas e dificuldades que competem estritamente aos médicos veterinários.

É evidente que, ao falar em carnes, torno extensiva a questão ao pescado, ovos, lacticínios, etc., na parte que lhes é aplicável.

* * *

No termo desta tarefa em que apenas se esboçou ao de leve a matéria a que tentei dar forma, resta-me fazer um apelo sincero para que no futuro venha a existir uma mais estreita cooperação entre médicos e veterinários para a resolução dos problemas inerentes à saúde pública, pois que dessa cooperação muito terá a lucrar a grei. Como base para essa cooperação ousou sugerir que os próximos cursos de medicina sanitária professados neste Instituto versem com mais profundidade os assuntos que estabelecem o traço de união entre a higiene e sanidade de ambos os ramos da medicina — humana e veterinária —; e bem assim considero também que seria de grande utilidade tornar obrigatório, no

futuro, o curso de medicina sanitária deste Instituto para todos os veterinários que fossem exercer cargos de Intendentes de Pecuária ou Veterinários Municipais.

Agradeço honrado ao Ex.^{mo} Sr. Doutor Fernando Correia o convite com que me distinguiu para vir falar perante assembleia tão distinta e a V. Ex.^{as} eu estou imensamente reconhecido pelo favor da vossa presença e paciente atenção.

Desejo pôr ponto final a esta palestra expressando junto de V.^{as} Ex.^{as} a minha respeitosa e humilde homenagem ao patrono desta Casa, **Dr. Ricardo Jorge**, cujo espírito de sacrifício no desempenho dos cargos que lhe foram confiados, tantas vezes atingiu as raias do martírio, do holocausto, e por isso se encontra à cabeça, e em letras de ouro, na « lista de honra » da *família sanitária*, não só de Portugal mas de todo o Mundo.

Lisboa, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge,
em 1 de Maio de 1949.

F. VIEIRA DE SÁ

Médico veterinário

Duas medicinas que se ignoram ⁽¹⁾

Ao ser organizado pela Ordem dos Médicos, em Novembro passado, o seu primeiro Curso de Aperfeiçoamento, no Porto, tive a honra de ser convidado a colaborar nele, ocupando-me do problema da *Higiene e Medicina Social Concelhias*.

Quando o Presidente do Conselho Regional de Lisboa, Sr. Dr. *Luís Figueira*, organizou o programa do actual Curso e pediu ao Sr. Director-Geral de Saúde colaboração dos médicos seus subordinados, dignou-se S. Ex.^a incluir também o meu nome entre os que haviam de colaborar no mesmo Curso, manifestando o desejo de que me ocupasse do problema tão actual da Medicina Social.

Teria porém tal assunto interesse para os clínicos que de todos os cantos da Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos acorrem ao Curso para escutarem algumas novidades que possam ser-lhes úteis na vida prática? Houve quem pensasse que sim e houve quem pensasse que não.

Pela minha parte não podia negar-me a aceitar a incumbência, qualquer que fosse o risco a correr, quer o de vir a ser fastidiosa a minha fala, quer o de roubar tempo digno de ser aproveitado com assunto mais interessante, versado por voz mais autorizada.

A minha autoridade para me ocupar do assunto apenas provinha da circunstância de dirigir o Instituto Superior de Higiene Dr. *Ricardo Jorge* e de ser quem nos Cursos de Medicina Sani-

(¹) Conferência proferida no Instituto Superior de Higiene, no 1.º Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa, no dia 21 de Abril de 1949.

tária e Visitadoras Sanitárias regia as disciplinas de Higiene Social e Medicina Social. Era apenas uma autoridade *oficial*, que, embora obrigando-me a aceitar, não garantia só por esse facto que fosse *real*. Não me incumbia evidentemente ser juiz em causa própria.

Mas seria o assunto interessante para os que teriam de me ouvir? Entendeu-se que sim. E entendeu-se que sim porque a Medicina Social está na ordem do dia em todo o Mundo, porque o conceito de Medicina Social é em geral confundido com coisas que dela só têm o nome; porque o futuro da Medicina cada vez lhe marca mais um rumo social; porque o grande *bluff* da socialização da Medicina traz inquieta neste momento a classe médica de todos os países; porque a panaceia dos Ministérios da Saúde, reclamada como inigualável *urbi et orbi*, tem de utilizar como um dos seus principais instrumentos a Medicina Social; porque a Política Sanitária moderna, enfim, quer nos países das esquerdas quer nos conservadores, quer nos católicos ou protestantes, quer nos budistas, maometanos ou ateus, tem como base a Medicina Social.

O eminente Prof. *Egas Moniz*, ao convidar-me para o corpo redactorial d'« A Medicina Contemporânea », confiou me a secção de Medicina Social.

Ao publicar há 11 anos a minha dissertação para doutoramento fui acusado (passe o termo) de ter nela abusado da Medicina Social.

Em 25 anos de pregação, iniciada obscuramente num meio rural e popular, como médico municipal, começada metódicamente há vinte anos, na Universidade Livre de Coimbra, e levada depois aos quatro cantos de Portugal, a Braga, Porto, Guarda, Coimbra, Figueira da Foz, Leiria, Portalegre, Lisboa, Setúbal, Évora, Beja e Faro, desde a Liga de Profilaxia Social à Sociedade das Ciências Médicas, em congressos nacionais e internacionais, alcancei o menos glorioso e menos rendoso dos cadastros, o de entusiasta pela Medicina Social. Ora como, ao aplicar-se-me a pena consecutiva, fui, *na alternativa*, obrigado a deixar a clínica e a vir oficialmente pregar Medicina Social em regime de prisão perpétua (a perpetuidade fugaz duma vida que já pouco longa poderá ser), eis porque, à falta de outros requisitos, V. Ex.^{as} têm de escutar-me. Perdoem a quem não é culpado, nem da escolha do assunto, nem de ter sido designado para dele se ocupar.

* * *

O Prof. *René Sand* — o médico eleito pelos colegas de todo o Mundo para presidir à primeira assembleia da Organização Mundial da Saúde que após a última guerra (ou última trégua?) substituiu a organização de Higiene da Sociedade das Nações e absorveu o Office Internacional de Higiene — *René Sand*, professor de Medicina Social da Universidade de Bruxelas, acaba de publicar um livro que merece ser lido por todos os médicos que se interessam pelo estado da medicina em todo o Mundo, pelo seu futuro, próximo e longínquo, e, mais, pelo prestígio com que a honrada classe médica venha a sair do cadinho de reformas, conceitos, paixões e experiências em que a meteram intencionalmente.

Esse livro, a que o autor deu o título sugestivo de «*Vers la Médecine Sociale*», mostra-nos com efeito que vamos a caminho, inevitavelmente, da Medicina Social, dando-nos o quadro histórico da evolução da prática da profissão médica, dos hospitais, da higiene individual, pública e social, da medicina do trabalho, da assistência, médica e geral, domiciliária ou não, das ciências do homem, indispensáveis à compreensão do conceito e à prática da Medicina Social, tais como a estatística, a demografia geral e médico-social, a antropometria geral e médico-social, a biotipologia, a psicologia geral e social, a medicina psico-somática, a sociologia descritiva, a genética e eugénica, a política da população, a política da família, a pedagogia, a criminologia e a penologia.

Depois de largamente nos descrever os traços históricos e as características das modernas *humanidades*, descreve finalmente as experiências, conceitos e técnicas da Medicina Social em todo o Mundo, lamentando que, sobre assunto tão complexo mas tão importante e actual, sejam por enquanto raras as Faculdades de Medicina que tenham compreendido o seu alcance e a gravidade da lacuna que para a formação dos médicos representa a não inclusão da Medicina Social no quadro das suas disciplinas formativas.

Pois bem!

René Sand, o médico ilustre que tem sido um dos mais escutados arautos da Medicina Social e do Serviço Social

moderno, tão lido e apreciado há tanto em Portugal por quantos, consciente e interessadamente, se têm ocupado do assunto — *René Sand*, que conhece pessoalmente alguns dos obreiros portugueses que em congressos internacionais com ele têm convivido e lhe entregaram já alguma documentação sobre o que entre nós se tem estudado, planeado e realizado em tal matéria — ao referir-se no seu belo livro, que não nos cansaremos de elogiar, embora outras lacunas ou lapsos lhe tenhamos notado, ao referir-se a Portugal, cita a conhecida passagem de *Estrabão* em que este diz o costume de os Lusitanos exporem os doentes na via pública para que os viandantes, olhando-os e ouvindo-os, lhes aconselhem os tratamentos que tenham verificado ser úteis em casos semelhantes; dá-nos conta da existência dum hospital na Colónia de Moçambique, em 1637, administrado pela Ordem de S. João, não citando mais nenhum hospital na Metrópole ou nas províncias ultramarinas; não se esquece de dizer que Portugal aboliu a escravatura nas suas colónias em 1858, embora acrescente que ainda houve um período transitório de tolerância de vinte anos; põe em foco, numa nota, que entre nós o número de filhos ilegítimos e de crianças abandonadas tem baixado...

Ao referir-se porém, nesse livro, publicado em 1948, ao que entre nós existe referente a Medicina Social, diz lamentavelmente que o nosso País e a Espanha não parece «terem fornecido contribuição assinalada à Medicina Social» («*Vers la Médecine Sociale*, pág. 55), colocando-nos a par da Espanha, em que entretanto cita um Instituto de Medicina Social criado em Madrid em 1919, o Instituto de Higiene, na mesma cidade, onde o Prof. *Gustavo Pittaluga* «impregnava o seu curso de noções médico-sociais», a publicação desde 1911, em Barcelona, por *Enrique Radua*, director dos Serviços Municipais de Estatística Demográfica Sanitária, da Revista de *Medicina Social* e do livrinho de *Alfredo Opisso y Vinas* com o mesmo título, além da criação dum Instituto Médico-Social.

Citando pioneiros da moderna puericultura em diversos países, mostra não conhecer os compêndios que sobre o assunto publicou no último decénio do século XVIII a Academia das Ciências de Lisboa, da autoria de *Francisco de Melo Franco* e *Francisco José de Almeida*, onde a influência de *Locke* e *Rousseau* são manifestas; não conhece também os que publicaram sobre higiene da primeira infância vários autores, entre os quais

Furtado Galvão e *Macedo Pinto*, que trataram de muitos outros assuntos de higiene individual e pública; ignora a existência do excelente estudo sobre puericultura que é a «*Educação Física*», de *Augusto Filipe Simões*.

Não fala de *Santos Cruz* e dos seus estudos sobre prostituição e outros, de *Guilherme Enes* e *Cunha Belém*, sobre desinfecção, etc.; não mostra saber que em 1892 *Augusto da Silva Carvalho* ⁽¹⁾ publicou um artigo sobre mortalidade infantil, estímulo da fundação do primeiro dispensário português, (precedido embora pelos anteriores dispensatórios, onde já eram examinadas as meretrizes em Lisboa há 80 anos), dispensário que foi inaugurado em 1893 em Alcântara, da iniciativa da *Rainha D. Amélia*, onde ela própria e a *Senhora Condessa de Sabugosa* trabalharam em autêntico Serviço Social, na mesma época em que, sem saberem dela, *Mary Richmond* iniciava na América a sua ação que tanto a havia de notabilizar.

Não sabia também *René Sand* que quando em 1899 *Calmette* veio ao Porto estudar a peste, ouviu da boca de *D. António de Lancastre* o plano dum dispensário antituberculoso com características essencialmente preventivas e utilizando serviço social, que nos refere aliás fielmente o romancista e médico *Teixeira de Queirós*, o *Bento Moreno*, no seu livro «*Caridade em Lisboa*», isto antes de criados por *Malvoz* em Bruxelas, por *Calmette* em Lille e por *J. Courmont* em Lyon os dispensários que os celebrizaram como pioneiros; não averiguou também que *Ricardo Jorge* desde 1884 se ocupou de Higiene Social e de outros ramos da Medicina Social; que *Alfredo da Costa* foi um apóstolo da higiene pré-natal e da puericultura, transmitindo a chama do seu entusiasmo a *Costa Sacadura* e a *Augusto Monjardino*; que a *Rainha D. Amélia* com *D. António de Lancastre*, traçou um plano admirável de profilaxia e luta contra a tuberculose, propondo meios ainda hoje preciosos; que a Sociedade das Ciências Médicas tomou a iniciativa da criação da Liga Nacional contra a Tuberculose, cujas campanhas educativas foram cheias de calor e competência, distinguindo-se nelas *Miguel Bombarda* e *António de Azevedo*, entre outros; que *Ricardo Jorge*, ao iniciar em 1903 os Cursos de Medicina Sanitária no Instituto de Higiene, incluiu

(1) N.º 11 da *Medicina Contemporânea*, de 6-III-1892.

no programa o estudo dos problemas médico-sociais, confiando a sua regência a *Miguel Bombarda*; que *Serras e Silva*, *Luís dos Santos Viegas* e outros estudaram o problema do alcoolismo; que nos Congressos de Medicina e particularmente os da tuberculose, iniciados em Coimbra em 1895, orientado o primeiro por *Augusto Rocha*, em todos foram versados os diversos aspectos da Medicina Social. A sanidade escolar, em que marcam posição de fundamental relevo *Costa Sacadura* e *Serras e Silva*, a luta contra a lepra, em que se distinguiram *Zeferino Falcão*, *Alvaro Lapa*, *Uriel Salvador* e *Rocha Brito*, até à realização do Hospital Rovisco Pais, cujos impulsionadores foram *José Alberto de Faria* e *Bissaia Barreto*; o início do ensino metódico do Serviço Social que se deve a *José Alberto de Faria* e posteriormente à falecida *Condessa de Rivas*, coadjuvada por *M.elle Marie Therese Levêque*, e depois a *Bissaia Barreto*; as campanhas a favor da puericultura devidas a *Costa Sacadura*, a *Almeida Garrett*, a *Novais e Sousa*, a *Branca Rumina*, *José Lopes Dias*, e outros; a luta contra o cancro, obra de *Francisco Gentil*; a obra do apostolado sanitário e médico-social da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, impulsionada por *António Emilio de Magalhães*, *Gil da Costa* e *Veiga Pires*; as realizações fáceis de catalogar, desde o Dispensário da Rainha, em Alcântara, que já completou 55 anos, à criação do Dispensário da Ribeira, ao Sanatório de Outão, ao da Guarda, aos do Caramulo e S. Brás de Alportel, da Covilhã, etc.; a obra dos dispensários resultante da acção de *Lopo de Carvalho* na Assistência Nacional aos Tuberculosos; a obra das Maternidades devida à iniciativa de *Alfredo da Costa*, *Daniel de Matos*, *Costa Sacadura*, *Augusto Monjardino*, *Alfredo de Magalhães* e outros; as Creches e os Lactários, em que se distinguiram a *Rainha D. Maria Pia*, *Rosa Araújo*, *Costa Sacadura*, *Aboim Ascensão*, *Lobo Alves*, *Alexandre Ferreira*, *Xavier da Silva*, etc.; os dispensários de puericultura e postos de protecção à infância, devidos a *Almeida Garrett* e *Novais e Sousa*, *Costa Sacadura*, *Bissaia Barreto*, *Pina Júnior*, *José Alberto de Faria*, etc.; os jardins-escolas João de Deus, obra enternecedora de *João de Deus Ramos*; os parques infantis devidos ao espírito requintado de *Fernanda de Castro Ferro*; as colónias de férias iniciadas pela *Rainha D. Amélia*, por *Bernardino Machado*, preconizadas calorosamente por *Samuel Maia*, no jornal «O Século», e estimuladas por tantos, entre os quais é justo destacar *Dinis da*

Fonseca; a obra das Tutorias da Infância, às quais estão ligados os nomes do padre *António de Oliveira*, *Bernardino Machado*, *Augusto de Oliveira*, *Manuel Rodrigues*, *Oliveira Ramos*, etc.; a luta anti-sezonática, impulsionada por *Ricardo Jorge*, executada calorosamente por *Fausto Landeiro*, *Luís Figueira*, *Francisco Cambournac*, etc.; a luta contra a habitação insalubre, em que tanto se distinguiu *António de Azevedo* e *Manuel Vicente Moreira*, entre outros; as inúmeras instituições criadas pelo Estado Novo, fáceis de visitar e apreciar, tais como Hospitais, Sanatórios, Manicómios, Dispensários, Bairros Sociais, etc., etc.; a orientação dada à moderna psiquiatria e á higiene mental, em que tiveram papel preponderante *Almeida Dias*, *Sobral Cid*, *António Flores*, *Fernando Ilharco*, *Almeida Amaral*, etc.

Tantas, tantas realizações, planos, projectos, instituições, obras, enfim, tão perfeitas ou mais do que muitas citadas por *René Sand* noutros países, são ignoradas ou caladas em livro de tanta responsabilidade.

Já não falamos do que a História documenta a nosso respeito em matéria de hospitais, assistência a doentes, a velhos, a crianças, a inválidos, a anormais, etc., e do que a História da Higiene, da Pedagogia, das Ciências do Homem chamadas, nos devem. Tudo o que a respeito da história ligada com a assistência e a saúde nos diz *René Sand*, além do já referido, é que João XXI «enumera remédios e conselhos no «*Thesaurus pauperum*» (cerca de 1270) e de *Ruy Dias de Isla* apenas deduziu que era «médico de Barcelona», não reparando no Hospital de Todos os Santos, que ele tanto contribuiu para demonstrar que foi um dos mais notáveis do mundo naquela época.

A quem deve ser atribuída a culpa de *René Sand* dizer que em Portugal nada há digno de nota em 1948 referente à Medicina Social? Ao próprio autor, que aliás cita o que de qualquer modo lhe chegou à mão, embora deformado e insuficiente? Evidentemente que também a tem, visto que quem escreve um livro no género do que publicou, deve documentar-se a respeito dos países, pelo menos, com que o seu próprio país tem relações diplomáticas e intelectuais, comerciais e artísticas. É certo que para muitos países da Europa (e eu pude verificá-lo já, quando em 1911 fui a primeira vez a Paris, e vê-lo confirmado em plena Grande Guerra, em que Portugal tinha um exército no *front* franco-britânico e em que na capital da França, franceses cultos nos

perguntavam quem éramos e onde era o nosso país), para a maior parte dos naturais dos países da Europa, Portugal é uma espécie de Africa, situado « là bas », cujos habitantes são « toujours gais ». A velha escritora *Gyp*, mãe do cirurgião francês *de Martel* (o que inventou o conhecido aparelho para trepanação), ao referir-se a certo português, com quem uma das suas personagens pretende casar e ao dizer alguém que se trata dum estrangeiro repugnante, depois de várias hipóteses sucessivamente desmentidas (grego, arménio, turco, salvo erro), conclui: — « Pior ainda: é português ». Console-nos a amostra lamentável que a Europa nos mandou com os refugiados de 1940 e em que o dinheiro gasto por alguns a rodos não conseguia cobrir as manchas que maculavam grande parte deles. Mas deixemos essa « santa ignorância » que sempre houve a respeito do nosso País e que infelizmente, quando leva a depreciações, por vezes é tomada como crítica conscienciosa por alguns dos nossos compatriotas, apaixonados...

René Sand na verdade queria ser-nos agradável, mais não dizendo por mais não saber. Num congresso recentemente realizado em Londres o nosso colega Dr. *Luís Guerreiro* teve de preencher, em resposta a outra lacuna sua, o efeito resultante da sua ignorância. Honra seja a *Luís Guerreiro* pela sua intervenção oportuna, feita na presença do próprio *René Sand*.

Posto isto, vejamos de quem é a culpa.

A culpa é evidentemente dos nossos serviços de propaganda que não se informam de quem são as individualidades e os meios estrangeiros a quem se devem enviar documentos referentes ao que existe no nosso país em matéria seja do que for, no caso presente, a Medicina Social; é dos nossos diplomatas, que não estão ao facto do que interessa ao prestígio de Portugal para esclarecer os que se ocupam de qualquer problema importante; é de muita gente que neste momento nos roubaria muito tempo a enumerar.

Os principais culpados, porém, são médicos. Por ignorantes? Por serem de má fé? Nada disso. Únicamente por pertencerem a uma medicina e desconhecerem ou desdenharem a outra medicina, sua irmã mais nova, citando-a aliás fora de propósito a cada passo... quando, conforme as ideias políticas, sociais ou literárias de cada um, ou apenas por birra mais ou menos passa-

geira ou justificada, pretendem pôr em destaque o que se passa noutros países.

Citam-na como maravilha, mas quando a vêem não a reconhecem. Essa medicina é a Medicina Social. Os que citam a medicina italiana, alemã, russa, argentina, americana, conforme as suas leituras, conhecem-na apenas de nome e de fama dos livros em que é feito o seu panegírico, porque são sacerdotes da velha medicina individual clássica e das suas técnicas.

Por sua vez, a alguns dos *sacerdotes* da Medicina Social, raros aliás, sobe à cabeça a nova deusa e, embriagados, querem fazer tábua rasa da medicina clássica e das suas virtudes. Os recém-formados, ansiosos da verdade e com direito sagrado a ocuparem um lugar no templo e nos ágapes inseparáveis do culto, ficam hesitantes e confusos em face das atitudes que verificam.

A maior parte dos médicos não se deram nunca ao trabalho de analisar as características da Medicina Social. Entre eles contam-se a maior parte dos mais prósperos, dos que mais podem viajar. Vão a Madrid, a Sevilha, a Paris, a Roma, à Suíça, à Alemanha (antes do actual paraíso...), a Londres, a Nova York...

Em Lisboa, Porto, Coimbra, etc., além dos seus consultórios, hospitais, casas de saúde, sanatórios, serviços, enfim, que lhes roubam exaustivamente o tempo, mal dão um salto a uma exposição, a um museu, a um concerto, a um teatro, a um cinema.

Aos domingos fogem de automóvel para o campo ou para uma praia, ou ficam a repousar em casa, muitas vezes a ler.

Já não falo dos que têm questões pessoais com os colegas que trabalham em qualquer ramo da Medicina Social.

Ainda estou a ouvir um prestigioso mestre que, repetindo a má-língua que ouvira a respeito da Obra Médico-Social realizada pelo Prof. *Bissaia Barreto*, ao perguntar-se-lhe se já visitara qualquer das instituições da sua iniciativa, me respondeu:

— Eu visito lá coisas criadas por esse homem!...

É nesse estado de espírito que a maior parte dos médicos portugueses, prósperos ou mesmo ricos, mas também os pobres, se apresentam no estrangeiro.

Está-se a ver como é que hão-de responder a uma pergunta feita em Paris, em Bruxelas, em qualquer cidade, ou até no combóio, onde tanto depoimento se colhe:

— V. Ex.^a é médico? Que há no seu país em matéria de Medicina Social?

A resposta em geral é esta :

— Medicina Social, Medicina Social... Eu digo a V. Ex.^{as} : Temos hospitais, temos companhias de seguros, temos sindicatos, casas do povo, casas dos pescadores, temos uma Federação de Caixas de Previdência, sanatórios... (— Tudo depende, é claro, das suas ocupações habituais, das suas simpatias pessoais, políticas e sociais, e o seu feitio meridional dá à resposta o tom quase sempre apaixonado).

Mas, mesmo nos não apaixonados, em geral a resposta é difícil e confusa ou insuficiente. Se um dia a Medicina Social passar a ter mais sacerdotes no seu templo é natural que suceda a mesma coisa, mas então... com prejuízo da medicina individual curativa.

Vejamos então se valerá a pena fixar algumas ideias, quando mais não seja para se evitar que o médico culto, ao ir ao estrangeiro colabore na campanha do silêncio ou da maldicência contra o seu país e na má-língua lusitana clássica contra os seus vizinhos e os seus colegas, às vezes contra os próprios correligionários e amigos, atingindo-se mesmo a si próprio...

Que distingue a medicina clássica da Medicina Social? Que confusão se estabelece entre esta e a medicina colectiva? Que acusações são feitas contra a medicina individual? e contra a social e a colectiva?

Que podemos esperar da socialização da medicina? Quais os culpados da ignorância, da confusão e da má impressão que por vezes certos médicos portugueses deixam em países estrangeiros, depois deturpada e especulada por gente vária, de onde resulta a injustiça de se considerar a classe médica formada por rebeldes, comunistas, etc.?

É o que agora vamos ver, sinteticamente, para não abusar da paciência dos que me escutam, mas que gostosamente documentarei a quem duvide de qualquer das afirmações que faça.

* * *

A seguir às transformações sociais consecutivas à vida moderna e em particular às resultantes da expansão e incremento sucessivo das indústrias; após o choque de ideais, conceitos e práticas que se seguiram à Revolução Francesa, há século e meio, e à revolução russa de há um terço de século, ao reverem-se em

cada país as instituições existentes, reconhece-se a inadaptação dessas instituições aos novos ideais delas resultantes ou a outros que nasceram das reacções por elas provocadas, procurando-se soluções parciais sem ter de bolir nas instituições que já haviam sido postas à prova dos séculos.

Não tanto as instituições políticas, como em geral julgam os espíritos simplórios ou comodistas, mas as profissionais ou sociais.

Uma daquelas em que a inadaptação se notou logo foi a da Medicina. A cada passo surgiram problemas novos que a fórmula tradicional do contrato entre a pessoa que sofria e a que lhe podia aliviar o sofrimento, entre a que tinha a vida em perigo e quem lhe podia salvar, entre o cliente e o médico, enfim, se mostrava ineficaz ou imprópria.

Por outro lado a complicação crescente das técnicas deu lugar às especializações médicas, que descambaram numa verdadeira orgia, tão precocemente abraçadas que surgiram especialistas que ainda não haviam tido tempo de ser antes disso verdadeiramente médicos e tornando a cada passo a Medicina um luxo, um desperdício e uma complicação, apenas acessível a ricos.

Os actos próprios da profissão médica, o interrogatório exigindo sinceridade, o exame clínico, o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica, ganharam uma complexidade tão grande, a pouco e pouco, que a cada passo quase roçam pelo acrobatismo, isto mesmo nos casos em que não pode pensar-se em que a ganância esteja em jogo, apreciáveis com frequência quando um médico ou um seu familiar adoece.

As ideologias políticas, em pugna umas com outras, puseram o problema da defesa da saúde dos pobres, que mais uma vez foram joguete de ambiciosos, como sempre o foram desde o começo do Mundo.

Foi nessa altura que surgiu a Medicina Social.

A coisa em si, embora sem organização (ou racionalização, como agora se convencionou chamar-se para lhe dar um ar mais científico), a coisa em si é tão velha como a humanidade, adaptada ao conhecimento, aos recursos e às circunstâncias de cada época ou país.

Já *Tomaz More*, esse chanceler ilustre, mártir decapitado por ter reagido contra os caprichos da menopausa feroz de Henrique VIII de Inglaterra e que a Igreja católica beatificou, deixou no seu livro *De optimo republicae statu de que nova insula*

Utopia » todo um programa de Medicina Social, em que se previam hospitais públicos para todos, ricos e pobres, refeições sãs, tomadas em comum, protecção racional à maternidade e à infância, etc. Mas a ilha da Utopia não teve realização, embora houvesse servido de estímulo a muitas iniciativas que alguns julgavam originais, modernas e anticatólicas, mas já corriam escritas por um servidor da Igreja de Roma, impressas em 1516, há precisamente 433 anos.

Em 1850 *Filipe Buchez*, médico, fundador de uma escola a que foi dado o nome «neocatólica», foi condenado à morte pelas suas ideias e a sua acção, verdadeiro programa igualmente de Medicina Social, precursor também de muitas *novidades* modernas...

Mau agoiro para os pioneiros da Medicina Social.

Talvez seja por isso que há tanto quem a desdenha e certos proprietários de cabeças, embora ocas, têm receio de as perder fazendo a apologia de doutrinas tão perigosas para a integridade dos que as defendem.

A denominação de «Medicina Social» é um pouco mais recente, completou em 1948 um século, certo, e deve-se a *Jules Guérin*.

Que caracteriza então a Medicina Social?

Antes de mais, a anatomia, indispensável à medicina clássica, embora paradoxalmente as conquistas fundamentais desta tenham precedido a dissecação, a sua anatomia alarga-se com a sociologia, ou ciência social.

Não dispensa nenhuma das ciências médicas, como a anatomia, a fisiologia, a histologia, a bacteriologia, a química, a física, a botânica, a anatomia e histologia patológicas, a fisiopatologia, a climatologia, a patologia, a semiologia, as clínicas, médica e cirúrgica, gerais e especiais, a medicina legal e a higiene.

Assenta todavia fundamentalmente na higiene e na medicina preventiva e nas suas técnicas especiais; em vez do hospital, que aliás não despreza e aproveita até, utiliza o dispensário, como centro de acção, e a visitadora e a assistente social, como colaboradoras directas e constantes do médico. Preventórios, colónias de férias, vacinas, serviço social, são, entre outros, os seus meios de acção correntes.

Certa de que a verdadeira medicina dos pobres, em todos os tempos e em todos os lugares, foi sempre a preventiva, procura

quanto possível evitar a estes as despesas, para eles inabordáveis, da moderna medicina curativa. Procura estudar o meio familiar, profissional, escolar ou recreativo, social enfim, onde o doente vive, bem como os que com ele convivem.

Para se exercer, embora dirigida por médicos, e médicos competentes e sérios, sem o que se compromete, exige colaborações de profissionais não médicos que trabalham nos diferentes sectores da administração sanitária, como exige campanhas de educação sanitária das populações.

A par do estudo do meio exige aquilo a que podemos chamar a história natural da classe médica, isto é, o estudo efectivo, objectivo, constantemente actualizado, dos médicos a utilizar, dos seus conhecimentos e inteligência, sim, mas também do seu espírito de colaboração, de *equipe*, da sua pontualidade, assiduidade, zelo, escrúpulo, humanidade, enfim.

Só com inteligência e saber não pode realizar-se boa Medicina Social.

A campanha a favor da Medicina Social tem paradoxalmente sido mais feita por estranhos à medicina do que por médicos. Alguns destes têm-na até falsificado inconscientemente. E porquê?

Porque o ensino da Medicina Social ainda não alcançou direitos de cidade, não só em Portugal, como noutros países, donde resulta um amadorismo, uma improvisação sem convicção e um autodidactismo de acaso, com todas as suas perniciosas consequências habituais. Em todo o caso, em vários países esse ensino é feito, nalguns há muitos anos, na Inglaterra, Alemanha, Suécia, Itália, Austria, Bélgica, França, Países Baixos, Roménia, Jugoslávia, Estados Unidos da América do Norte, Brasil, México, Argentina, etc.

Na Rússia, então chamada selvagem pelos que não vêem a sua selvajaria de hoje, e onde existem há muitas dezenas de anos das mais antigas e notáveis maternidades do Mundo, já em 1872 *Erismann* preconizava a Medicina Social, que « melhorasse as condições de saúde de grupos inteiros do povo, ou de toda a população ».

Nihil novi sub sole, a não ser os novos vaidosos que surgem na vida de novo em cada dia e especulam confiados na ignorância dos outros.

Fique pois assente que a Medicina Social não é coisa nova, nem a sua denominação é nova também. Mas, ao passo que a medicina clássica se tem enriquecido cada vez mais com técnicas terapêuticas novas, ela, aproveitando as técnicas semiológicas comuns a ambas, cuida, sim, mas é de aproveitar todas as descobertas científicas no sentido de prevenir o aparecimento da doença, aperfeiçoando o mais possível a saúde e a robustez individual e social.

Para isso põe, a par da ciência e da previdência, ao seu serviço a caridade ou a filantropia e a educação.

Há muita, muitíssima gente, incluindo no número grande percentagem de médicos, e médicos ilustres, que confunde Medicina Social com medicina colectiva.

Esta só se distingue da clínica individual por dizer respeito a grupos, a classes, a organizações de qualquer ordem. Mas a sua técnica é a da medicina clássica — apenas por vezes mais apressada...

A medicina colectiva pratica-se em consultórios, consultas externas de hospitais, em postos clínicos de fábricas, empresas industriais, ferroviárias, de companhias de seguros, sindicatos, casas do povo e dos pescadores, Federação de Caixas de Previdência, etc.

Evidentemente que em qualquer destes locais, como até nas enfermarias hospitalares ou na clínica individual, pode fazer-se concomitantemente Medicina Social. Mas isso é excepcional; o tempo é escasso para o fazer e a técnica é diferente.

A medicina colectiva, adaptação à vida social moderna da clínica individual clássica, é essencialmente curativa, ao contrário da Medicina Social, que tem técnicas próprias e é essencialmente preventiva, como já vimos.

A medicina colectiva acusa a medicina tradicional de muitos malefícios, esquecendo as suas virtudes a cada passo, quando ela é correcta e honrada.

Acusam-se os que a exercem de gananciosos, que devido a isso a cada passo andam envolvidos em lutas desprestigiadas; que é vulgar entre eles o charlatanismo doirado, a coberto do diploma; que entregam a enfermeiras actos próprios apenas da

profissão médica, para evitarem que outros colegas lhes roubem os clientes, durante ausências; que não é acessível aos pobres, a não ser em hospitais, e aqui utilizando-os como cobaias e tratando-os olímpicamente por tu, sem olharem a idade nem a respeitabilidade, apenas pelo delito... da pobreza; que a cirurgia se tornou tão complicada como cara e por isso acessível apenas a ricos; que a medicina oficial, particularmente a municipal, é um mito; que está cada vez mais comercializada ou industrializada; que dá a ilusão ao doente de lhe garantir a escolha do médico, quando esta é dirigida ou desorientada pela publicidade e pelos agentes dela; que, longe de garantir o segredo profissional, este é a cada passo violado e apenas teoricamente afiançado, quando isso convém; que abusa muito de certa «solicitude» que leva à prática de actos que não são próprios da profissão médica, confiando a enfermeiras, diplomadas ou improvisadas, em compensação, os que só um médico deve praticar; o fomentar a expansão de epidemias, por ser raro participar a tempo os casos de doenças transmissíveis que diagnostica; que a cada passo, com o auxílio de aliados de outras classes, influentes locais, toma as Bastilhas que são os hospitais ou as casas de saúde, reservando os lugares ali para os doentes apenas de certos médicos, formando *côteries*; falta de unidade na acção, com prejuízo da eficácia; uso de medicamentos novos sem mais base do que a dos reclames e obrigando a despesas inúteis as pessoas sem recursos; querer à *outrance* livrar-se da *socialização da medicina*, mas sacrificando constantemente a deontologia, só pugnando por direitos, mas considerando os deveres como anacrónicos...

* * *

A socialização da Medicina... Outra coisa de que toda a gente fala mas em que poucas pessoas atentam...

Os novos, que ouvem dizer tão mal da medicina clássica, da colectiva ouvem que é cada vez mais apressada, leviana e superficial; que lhe falta o estímulo legítimo da remuneração individual correspondente ao trabalho realizado; que sacrifica o pudor e o segredo profissional; que dá lugar à divisão dos que a praticam em *brâmanes*, pagos principescamente, e em *párias* recebendo miseráveis gratificações; que é uma escola de abusos da nobre arte de curar da parte dos que estejam em graça no

conceito dos dirigentes ; que não coloca o doente acima de tudo, mas sim o Estado ou o patrão ; que é uma caricatura da socialização da medicina, tendo perdido as virtudes da medicina clássica, e que só nela se salva, quando é bem praticada, o que é dos domínios afinal da medicina clássica . . .

Deste ralhar de comadres, cheio de veneno e inexactidões, alguma verdade se apura entretanto, que é a de, quer a medicina clássica, quer a colectiva, estarem «doentes» e a exigir tratamento. Qual?

Para alguns a socialização é não só tratamento, como panaceia. Em que se fundam? Na socialização realizada na Nova Zelândia, na Suécia, na Inglaterra e na Rússia.

Para outros o fim alcança-se com a simples criação de Ministérios da Saúde, primeiro aparecidos na Nova Zelândia em 1911 e a seguir, em 1918, na Rússia e na Jugoslávia, em 1919 na Inglaterra, em 1920 em França e mais na Roménia e no México.

Outras ilusões. Na Nova Zelândia, na Suécia e na Inglaterra não há socialização da medicina, mas simples nacionalização ou organização nacional da mesma, aliás mantendo concomitantemente o exercício da medicina clássica. Quanto à Rússia e tanto quanto é possível ver através da cortina opaca de ferro, só há socialização da medicina porque o regime político é na verdade socialista, embora *sui generis*, tão *sui generis* que enquanto durou a Sociedade das Nações nunca foi possível comparar as estatísticas russas com as dos outros países.

Na verdade, pelo que se depreende dos relatórios e publicações russas e do que dizem os autores insuspeitos, o que há lá é a aplicação em tempo de paz da organização rígida e disciplinada do tempo de guerra e a generalização duma velha instituição do tempo dos czares, os *Zemstvos*, criada em 1863, correspondente talvez às nossas velhas Juntas Gerais dos Distritos ou às modernas Juntas das Províncias, às quais incumbia desde há 60 e tal anos a iniciativa da assistência médica.

É claro que, se nem na Rússia soviética há verdadeira socialização da medicina, a sua implantação em países não regidos pelo regime socialista seria uma mistificação ou uma utopia infantil . . . Nalguns dir-se-ia que, para lisonjear certas classes inquietas, tingem de vermelho à pressa a medicina, como aquele

patriota que tingiu com graxa, por ocasião da invasão francesa, o altar de prata do Porto... a ver se a não roubam.

Está-se a ver o médico português, criado com independência e individualidade, à semelhança dos Mestres, como um páraquedista, a ter de obedecer às ordens de estranhos, transformados em marechais mais ou menos estalínicos, despóticos como são sempre os histéricos quando têm a vara na mão!...

Há positivamente o gosto de brincar com coisas sérias...

* * *

Mas é tempo de dizermos, finalmente, quem são os culpados de *René Sand* dizer que em Portugal nada há que mereça referência em matéria de Medicina Social.

Para evitar mal-entendidos diremos imediatamente que a culpa é de todos nós, médicos maiores de 40, 50 ou 60 anos, com 15 ou mais de exercício da profissão, e que, depois de nas Faculdades mal se nos terem dito escassas palavras sobre Medicina Preventiva, Higiene Social e Medicina Social, sem serem acompanhadas de qualquer treino sério ou esforços pedagógicos tendentes a fixar conceitos e hábitos novos, a não ser os de ordem clínica e terapêutica, nunca mais nos esforçamos por os adquirir correctamente em regime de autodidactismo.

A razão do desconhecimento da verdadeira significação da Medicina Social está numa verdadeira *crise de crescimento* da classe médica que, em leituras e em viagens apressadas, de aperfeiçoamento técnico ou turístico, colhe impressões vagas do que há em diversos países, mas de forma tão superficial, em regra, que os seus membros nem sequer reconhecem (quando se dignam visitá-las, o que é raro) as instituições de Medicina Social que há já em Portugal.

Crise de crescimento quando não é *crise da puberdade*, embora tardia, ou da *menopausa*, por vezes acompanhada de caprichos, invejas e despeitos...

Quem é que havia de informar *René Sand* sobre as experiências de Medicina Social portuguesas?!...

Mas teremos nós na verdade em Portugal alguma coisa que valha a pena citar em matéria de Medicina Social? Temos. Temos algumas instituições ainda fundadas no tempo da Monarquia, antes de 1910; temos outras criadas entre 1910 e 1927. Foi numa destas

por sinal a minha iniciação. A maior parte porém foram iniciadas, tal como em outros países, nos últimos 20 anos.

Há-as da iniciativa ou criadas pelo Estado e por este sustentadas, como as há devidas às juntas das Províncias, às Câmaras, a Organismos Corporativos ou à iniciativa particular.

Alguns exemplos a mostrar a *René Sand* :

Maternidades — Alfredo da Costa, Magalhães Coutinho e Júlio Diniz.

Dispensários pré-natais — Dependentes do Instituto Maternal, existentes em Lisboa, Porto, Coimbra e muitas localidades.

Jardins-escolas de João de Deus (Jardins da Infância), em Lisboa, Coimbra, Alcobaça, Castelo Branco, etc.

Saúde escolar — Organizada em todos os Liceus, nalgumas escolas técnicas, primárias e colégios particulares.

Dispensários antituberculosos — Em Lisboa, Porto e Coimbra, em todas as capitais de distritos e em muitas outras localidades.

Dispensários antivenéreos — Em Lisboa, Porto, Coimbra, Matozinhos, Castelo Branco, etc.

Dispensários de puericultura — Já referidos a propósito dos pré-natais, das delegações do Instituto Maternal, além dos criados pelas Juntas das Províncias, especialmente pelas de Lisboa, Porto, Coimbra e Castelo Branco.

Dispensários anti-sezonáticos — Espalhados por todo o País, nas zonas onde o sezonismo é mais frequente, como o Vale do Tejo, do Sado, Mondego, Alto Douro, etc.

Dispensários de higiene mental — Em Lisboa, Porto e Coimbra, além do serviço prestado em outros dispensários, por pessoal de *equipes* volantes.

Dispensários antitracomatosos — Em Lisboa, Setúbal, Faro, Matozinhos e outras localidades.

Dispensários de cardiologia — Em Coimbra e Lisboa.

Dispensários antileprosos — No Hospital Rovisco Pais e noutros dispensários de todo o País, aonde se desloca a *equipe* dirigida pelo seu director.

Dispensário antireumatismal — Em organização.

Dispensários polivalentes — Em Lisboa, Porto, Coimbra, Caldas da Rainha, Setúbal, Castelo Branco, Guarda, etc., tendo muitos deles o nome de **Centros de Assistência Social**.

Sanatórios de altitude, meia altitude ou planície — Na Guarda, Covilhã, Caramulo, Coimbra, Lisboa, Paredes de Coura, S. Brás de Alportel, Porto, Viseu e Madeira.

Sanatórios marítimos — Em Outão, Carcavelos, Parede e Valadares.

Preventórios — Em Penacova e Bucelas.

Colónias de férias — Cerca de 100, funcionando ao longo de toda a costa, desde Esposende a Vila Real de Santo António e na serra da Estrela, arredores de Lisboa, etc.

Serviço social — Exercido por mais de cem assistentes sociais, auxiliares sociais e umas quatrocentas visitadoras sanitárias.

Medicina do trabalho — Organizada em várias fábricas, entre as quais citaremos a União Fabril, no Barreiro, as dos Cimentos de Leiria, Tejo, Setúbal, Companhias dos Fósforos em Lisboa, organizações corporativas, etc.

Creches e Lactários — Em Lisboa, Porto, Coimbra, Figueira da Foz, Braga, Leiria, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Évora, Beja, Faro, etc.

Em todas estas e outras instituições, fáceis de catalogar e visitar, se pratica, nalgumas notavelmente, a Medicina Social. A lista sumária é rápida, insuficientíssima e não dá nem podia dar ideia do que se realiza nas Instituições.

As chamadas ciências do Homem têm sido cultivadas igualmente.

A *Estatística* e a *Demografia*, por Ricardo Jorge e outros da sua geração, por Pina Júnior, pelos que trabalham no Instituto de Estatística, Instituto Nacional do Trabalho, etc., distinguindo-se no campo médico-social Meliço Silvestre, João Maia, Almeida Garrett, Firmino Santana, entre outros.

A *Antropometria* recebeu subsídios valiosos de Costa Ferreira, Bernardino Machado, Eusébio Tamagnini, Victor Fontes, Barbosa Soeiro, Santos Júnior, Almeida Rocha, etc.

A *Biotipologia* de Luis de Pina, Barahona Fernandes, Alvaro Caires, etc.

A *Psicologia aplicada* e a *Orientação profissional*, de Faria de Vasconcelos, Victor Fontes, Oliveira Guimarães, Emilio Costa, Costa Cabral, etc.

A *Sociologia*, de Léon Poinsard, Paul Descamps, Serras e Silva, Bento Carqueja, Armindo Monteiro, etc.

A Pedagogia, de Adolfo Coelho, José Augusto Coelho, Faria de Vasconcelos, Luciano Pereira da Silva, Serras e Silva, António Sérgio, etc.

A Criminologia, de Beleza dos Santos, padre António de Oliveira, Augusto de Oliveira, etc.

A Política da Família, de António de Sousa Gomes, Serras e Silva, entre outros.

Na verdade muito se tem estudado e praticado em matéria de Medicina Social e das ciências dela subsidiárias. Entretanto...

* * *

Entretanto o rendimento das experiências não é correspondente aos conhecimentos e à dedicação dos que nelas trabalham. E porquê?

Porque grande parte da classe médica não se interessa pelos problemas da Medicina Social, desdenha-os mesmo, como se de Medicina não se tratasse, chegando-se ao cúmulo, já observado, de haver quem classifique os que nela trabalham como médicos falhados, embora, alguns deles, sejam entretanto dos mais competentes e brilhantes de Portugal.

E isto porquê? Por deformação profissional e rotina; por considerarem a clínica como a única actividade nobre, sem repararem que é possível alcançarem e alcançam a cada passo longa clientela médicos medíocres, ignorantes, pouco conscienciosos, com prejuízo de outros, inteligentes, sabedores e briosos, desde que sejam arrojados, bem-falantes (todos os charlatães o são), bem relacionados e tendo a ajudá-los verdadeiros corretores...

Por outro lado é frequente ver os que se dedicam à verdadeira Medicina Social, principalmente os que a abraçam precocemente, darem-se ao luxo de desdenharem os clínicos, os especialistas, os que apenas trabalham na medicina curativa — esse pouco!

É tempo de terminar essa atitude desprestigiante para todos, tanto mais que se vêem clínicos boquiabertos com certos pormenores do que julgam ser a socialização ou nacionalização da Medicina na Rússia, Alemanha, Itália, Suécia, Inglaterra, etc., e que ignoram que algumas das coisas que mais os encantam já existem há muito em Portugal, sem socialização nem naciona-

lização, precisamente as experiências em matéria de Medicina Social.

Por o saber e ter o maior culto e admiração pela classe que livremente escolhi e por ter feito clínica durante 25 anos e praticado e estudado Medicina Social há outros 25 anos (parte dela concomitante com a clínica, é claro) é que aproveitei esta oportunidade, como entusiasta pelas actividades dos profissionais destas duas medicinas, que se ignoram em geral uma à outra, para vir aqui fazer um apelo. Com ele fixarei em breves palavras as conclusões desta descosida fala.

CONCLUSÕES

1.º — A par da Medicina Curativa geral ou especial, clássica, desenvolve-se cada vez mais, em todo o mundo, a Medicina Social, com frequência confundida com a Medicina Colectiva, apenas curativa, ou com a socialização da medicina, neste caso como um ideal até hoje não alcançado em país algum, ou, finalmente, com a nacionalização da medicina, imperfeita, incompleta ou titubante em todos os países onde já foi iniciada.

2.º — A maior dificuldade que se opõe à prática da verdadeira Medicina Social é a indiferença dos clínicos, de que resulta desconhecerem a sua essência e as suas técnicas, agentes e colaboradores, provocando em contrapartida uma hostilidade, ou pelo menos alheamento, da parte de alguns dos que trabalham na Medicina Social, das actividades clínicas, prova de ignorância da valiosa colaboração indispensável que a clínica lhes pode trazer, tudo resultante da rotina, de deformação profissional ou de especialização precoce.

3.º — Uma das consequências deste estado de coisas é o desconhecimento, da parte dos que noutros países se ocupam da Medicina Social, das experiências e realizações que em tal matéria se têm feito em Portugal, bem mais importantes do que as de certos países que citam.

4.º — Para a maior parte dos clínicos os dispensários, as visitadoras, as assistentes sociais, etc., se não têm actividades de onde resulte qualquer acção terapêutica em doentes, são meros instrumentos de ilusões ou máquinas de moer dinheiro.

5.º — Ora a acção dos que bem trabalham em Medicina Social salva mais vidas e sofrimentos e impede mais diminuições

de capacidade para o trabalho do que a acção, por mais brilhante que seja, de todos os médicos e cirurgiões, de clínica geral ou especial, o que de modo algum diminui o valor precioso destes.

6.º — A maior parte dos pobres, em todos os países, incluindo aqueles que anunciam ter resolvido o problema da pobreza, sem aliás o provarem, a maior parte dos pobres não pode comportar as despesas com a terapêutica, nem tem quem o faça. (A Rússia quis fazer na Organização Mundial da Saúde o *bluff* de os outros países lhe fornecerem gratuitamente medicamentos para valer a um núcleo de experiências com que depois especulasse, dizendo ser devido ao governo que a governa o que era afinal pago pelos países com regimes em que pretende influir deslealmente).

7.º — A verdadeira Medicina dos pobres e de todos os que não são ricos é a Medicina Preventiva. Ora a Medicina Social aproveita as técnicas da Medicina Preventiva, que todo o médico deve conhecer, para colaborar nela ou, pelo menos, para não se desprestigiar ignorando-a ou menoscabando-a — o que o público interpreta sempre como devido a pôr a ganância acima do interesse geral.

8.º — É indispensável que todos os profissionais da Medicina conheçam bem as características que distinguem a Medicina Social da Medicina Colectiva, da nacionalizada ou da chamada socializada e todas elas da clínica — juiz e elemento fundamental que a todas julga.

9.º — Ciência, consciência, previdência, assistência, higiene, caridade ou filantropia, humanidade, enfim, postas à disposição dos que trabalham para a defesa da saúde, mais do que para a simples extinção da doença já declarada, acrescentando, à Anatomia e à Fisiologia normais e patológicas do corpo, a anátomo-fisiologia e patologia das colectividades, dos grupos sociais, sem desprezar nenhuma, eis, quando convenientemente organizadas, no que consiste afinal a Medicina Social.

Assim todos o queiram reconhecer para serem obreiros da missão mais honrosa e difícil que a Medicina tem desempenhado em todos os tempos.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Luta contra as doenças contagiosas

(Lei n.º 2036)

Em nome da Nação, a Assembleia Nacional decreta e eu promulgo a lei seguinte:

BASE I

Meios de acção

1. A luta contra as doenças contagiosas abrange a acção profiláctica, a terapêutica e a educativa:

a) A acção profiláctica é constituída pelo conjunto de medidas preventivas de natureza individual e colectiva;

b) A acção terapêutica consiste no tratamento, em regime ambulatorio, domiciliário ou de internamento;

c) A acção educativa é constituída pelas medidas destinadas à divulgação e propaganda dos preceitos de higiene e de medicina preventiva.

2. A luta contra a tuberculose e a lepra é regulada por diplomas especiais.

BASE II

Papel do Estado

1. A intervenção do Estado, na luta contra as doenças contagiosas, é exercida por intermédio da Direcção-Geral de Saúde.

2. Incumbe às autoridades administrativas e policiais, aos serviços de assistência e previdência e aos médicos, prestar à Direcção-Geral de Saúde a colaboração necessária à maior eficiência da luta contra as doenças contagiosas.

BASE III

Compete à Direcção Geral de Saúde:

a) Orientar e coordenar tecnicamente a acção dos serviços oficiais e bem assim a das Misericórdias, instituições de previdência e entidades particulares;

Papel da
Direcção-Geral
de Saúde

b) Elaborar a tabela das doenças contagiosas cuja declaração for obrigatória;

c) Promover o exame sanitário das pessoas que se entreguem à prostituição;

d) Determinar o internamento, que será obrigatório, dos doentes contagiosos sempre que haja grave perigo de contágio e não seja possível o tratamento ambulatorio ou domiciliário, com as aconselháveis medidas de isolamento e tratamento;

e) Propor a obrigatoriedade da vacinação contra determinadas doenças infecciosas, quando e onde for julgada necessária ou conveniente;

f) Publicar as instruções que devem guiar os médicos na luta contra as doenças contagiosas e fixar os períodos de isolamento para cada uma delas;

g) Coligir os dados estatísticos da morbilidade e da mortalidade, servindo de órgão de notação ao Instituto Nacional de Estatística;

h) Publicar anualmente um relatório do movimento dos serviços de combate às doenças contagiosas, baseado nos mapas preenchidos pelos serviços existentes na área de cada delegação de saúde;

i) Propor ao Governo as providências que julgue necessárias à maior eficiência da luta contra as doenças contagiosas e à assistência aos doentes.

BASE IV

1. As pessoas afectadas de doença contagiosa não devem tomar contacto directo com o público durante o período de contágio ou praticar actos de que possa resultar a transmissão da doença.

Obrigações
dos doentes
contagiosos
Limites
das suas
liberdades

2. As autoridades sanitárias poderão determinar que, enquanto existir perigo imediato de contágio, as referidas pessoas não possam frequentar escolas, estabelecimentos públicos ou par-

ticulares, casas de espectáculos ou locais de trabalho, nem utilizar meios de transporte em comum ou ainda exercer profissões que favoreçam a difusão da doença.

3. O Ministério da Educação Nacional, mediante proposta do Ministro do Interior, criará ou determinará o funcionamento de escolas para tracomatosos sempre que o número destes em idade escolar e o perigo de contágio para os alunos são o justifiquem.

BASE V

Vigilância
de
contagiosos

1. Os indivíduos afectados ou suspeitos de doença contagiosa serão objecto de vigilância sanitária e submetidos, conforme os casos, a um dos regimes seguintes:

- a) Observação e tratamento ambulatorio ou domiciliário;
- b) Internamento em estabelecimento adequado.

2. Serão observados e tratados em regime ambulatorio ou domiciliário os doentes que, não oferecendo perigo imediato e grave de contágio, se submetam e possam ficar sujeitos à disciplina e ao tratamento prescritos pela autoridade sanitária.

Internamento
obrigatório

3. Serão obrigatoriamente internados os doentes e suspeitos que, oferecendo perigo imediato e grave de contágio, não possam ser tratados na sua residência e ainda os que se recusem a iniciar ou a prosseguir o tratamento ou a abster-se da prática de actos de que possa resultar a transmissão da doença.

BASE VI

Hospitalização
de urgência

1. A admissão dos doentes contagiosos em regime de internamento pode ser ordinária ou de urgência:

a) A ordinária é precedida da organização do respectivo processo;

b) A de urgência é determinada pelo estado do doente ou pela necessidade de o isolar, sem prejuízo da organização ulterior do processo.

Alta
Isolamento
Reinternamento

2. Aos doentes contagiosos só poderá ser dada alta quando tenha cessado o perigo imediato de contágio.

3. Às autoridades sanitárias compete promover o isolamento dos doentes ou suspeitos que ofereçam perigo grave de contágio e o reinternamento dos que tenham abandonado o estabelecimento antes de lhes ter sido dada alta.

BASE VII

1. Quando os hospitais existentes não comportem os doentes que devam ser internados, poderão estes ser isolados em hospitais ou pavilhões de emergência.

Hospitais
de
emergência

2. Os hospitais e pavilhões de emergência serão instalados de harmonia com as indicações da Direcção-Geral de Saúde, que poderá propor ao Governo a requisição dos edifícios públicos ou particulares que sejam necessários.

3. A requisição dos prédios particulares só se efectuará depois de verificada a impossibilidade de utilizar edifícios públicos que reúnam as condições indispensáveis.

4. Os proprietários dos prédios terão direito a receber a justa renda e a ser indemnizados de todos os prejuízos sofridos.

5. Na falta de acordo, a renda e a indemnização serão fixadas por arbitragem, com recurso para os tribunais, nos termos da legislação sobre expropriações por arbitragem.

BASE VIII

1. Os médicos que prestem assistência aos doentes contagiosos deverão tomar as medidas convenientes para evitar a propagação da doença, sem prejuízo da eventual intervenção da autoridade sanitária.

2. A desinfecção e desinfestação das habitações ou dependências utilizadas pelos doentes contagiosos serão feitas de harmonia com as instruções dos serviços sanitários.

Desinfecção
e
desinfestação

BASE IX

1. Ao Ministro do Interior, sobre proposta da Direcção-Geral de Saúde, compete aprovar a tabela das doenças contagiosas de declaração obrigatória.

Tabela
das doenças
de
declaração
obrigatória

2. Os médicos que, no exercício da sua profissão, tenham conhecimento ou suspeita de casos de doença contagiosa, deverão comunicá-lo, no prazo máximo de quarenta e oito horas, ao delegado ou subdelegado de saúde da respectiva área.

3. Para os efeitos do disposto no número anterior, os médicos deverão utilizar os sobrescritos, cartões ou impressos de

Isenção
de
franquia

modelo especial fornecidos pela Direcção-Geral de Saúde, sendo isenta de franquia a sua expedição pelo correio.

BASE X

Análises
e outros
exames

1. Conhecido ou participado um caso de doença contagiosa, a autoridade sanitária, sempre que o julgue necessário, promoverá a observação do doente e os exames indispensáveis ao diagnóstico definitivo, e estabelecerá o regime adequado à defesa da saúde pública, tendo em atenção o maior ou menor perigo de contágio.

Juntas
de
recurso

2. Quando o doente ou a sua família se não conformarem com o diagnóstico, com o internamento ou isolamento obrigatório ou com outras medidas prescritas pela autoridade sanitária, poderão recorrer para uma junta médica, composta pelo delegado de saúde da área da sua residência, que presidirá, por um médico indicado pelo Conselho Regional da Ordem dos Médicos e por outro escolhido pelo doente.

Conselho
Superior
de Higiene
e Assistência
Social

3. Da decisão da junta cabe recurso para o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, com efeito suspensivo, salvo nos casos em que as medidas hajam sido determinadas pela necessidade de evitar perigo imediato e grave de contágio.

4. Para cada doente, haverá uma ficha ou cédula sanitária, da qual constarão a sua identidade, as condições higiénicas da sua habitação e, sendo possível, a origem da doença, com os elementos que permitam descobrir o presumível transmissor, sem prejuízo do disposto no n.º 2 da base XIII.

BASE XI

Emigrantes

1. Os emigrantes serão submetidos em Portugal aos exames e vacinações estabelecidos nos acordos internacionais e, na falta destes, aos exigidos pelo país a que se destinam.

2. As pessoas que entrarem no País, independentemente da apresentação dos certificados de imunização contra determinadas doenças, serão, quando suspeitas, submetidas à inspecção sanitária e isoladas durante o período em que haja perigo de contágio.

3. Poderá ser proibida a entrada e permanência em Portugal de doentes estrangeiros afectados de doença contagiosa, sem prejuízo do princípio da reciprocidade e do disposto nas convenções internacionais.

BASE XII

1. As pessoas afectadas de doenças venéreas, em fase de contágio, e aquelas em relação às quais existam presunções graves de estarem infectadas, são obrigadas:

Doenças
venéreas

a) A fazer-se observar e tratar por médicos de sua escolha, da instituição de previdência em que se achem inscritas e que conceda assistência médica ou dos serviços de saúde ou de assistência;

b) A proceder de modo a não expor outras pessoas ao perigo de infecção;

c) A submeter-se aos exames médicos e laboratoriais determinados pelas autoridades sanitárias, para averiguação da existência da doença em período de contágio.

2. Para os efeitos do disposto nesta base, são consideradas doenças venéreas a sífilis, a blenorragia, o cancro mole e o linfogranuloma (doença de Nicolas Favre).

3. São dispensadas dos exames sanitários previstos na alínea c) do n.º 1 desta base, sem prejuízo daqueles a que se refere a alínea c) do n.º 1 da base III, as pessoas que apresentem certificado médico em que se ateste a não existência de doença venérea em período de contágio.

Atestados

4. Quando a autoridade sanitária verifique haver contradição entre o certificado médico e os resultados do inquérito a que tenha procedido, poderá submeter o suspeito a exame em serviço especializado ou exigir novo certificado, passado por médico especialista.

Dúvidas

BASE XIII

1. Os médicos que procederem à observação, tratamento e exames, previstos na base anterior, são obrigados:

Obrigações
dos
médicos

a) A advertir os doentes da gravidade e consequências das doenças venéreas e do perigo do seu contágio;

b) A chamar a atenção dos doentes para o dever moral de não praticarem actos de que possa resultar a transmissão da doença e bem assim para a sanção legal em que incorrem, se a transmitirem;

c) A participar à autoridade sanitária da respectiva área os casos que observem ou tratem durante o período de contágio;

Participação
dos casos
de doenças
venéreas

d) A procurar, por meios suasórios, descobrir a origem ou foco de infecção, dando conhecimento do que averiguarem à autoridade sanitária da respectiva área, por meio de nota confidencial.

2. Na declaração, participação ou ficha sanitária relativas às doenças venéreas, omitir-se-á o nome e a residência dos doentes a que respeitem, salvo quando se trate de mulheres que habitualmente se entreguem à prostituição ou de pessoas que se tenham recusado a fazer ou a prosseguir o tratamento prescrito.

BASE XIV

Exame
pré-nupcial
e outros

Para a descoberta e tratamento das doenças venéreas, deverão fazer-se exames nos casos seguintes:

a) Antes do casamento, se isso for solicitado pelos interessados;

b) Nas consultas pré-natais e de puericultura;

c) Na classificação do grupo sanguíneo, para efeito de transfusão de sangue.

BASE XV

Prostituição

1. São proibidas novas matrículas de prostitutas e a abertura de novas casas de toleradas.

2. A autoridade sanitária determinará o encerramento das casas de toleradas quando se verifique que as mesmas funcionam em contravenção das normas de higiene por ela estabelecidas ou quando, constituindo focos de infecção, representem perigo grave para a saúde pública.

Recursos

3. Da decisão cabe recurso para o auditor administrativo.

4. O processo é de natureza reservada, salvo para os directamente interessados e seus representantes.

5. Compete à Polícia de Segurança Pública e, na sua falta, à autoridade administrativa da respectiva área, executar a decisão da autoridade sanitária relativa ao encerramento das casas a que esta base se refere.

6. Para o efeito do disposto na alínea c) da base III, será organizado o competente ficheiro.

BASE XVI

A Direcção-Geral de Saúde estabelecerá, com os serviços respectivos dos Ministérios da Justiça, Guerra, Marinha e Educação Nacional e do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, com os Comandos-Gerais da Guarda Nacional Republicana, Guarda Fiscal e Polícia de Segurança Pública e ainda com a Cruz Vermelha Portuguesa, os planos que orientem e coordenem tènicamente a profilaxia das doenças contagiosas em relação às prisões, forças armadas, marinha mercante, estudantes, inscritos nas instituições de previdência e voluntários dos serviços de saúde.

Profilaxia

BASE XVII

Os enfermeiros e mais pessoas que, em razão das suas funções, tenham conhecimento de que alguém está afectado de doença venérea, são obrigados, como os médicos, a guardar segredo, sem prejuízo do cumprimento das obrigações impostas por lei.

Segredo
profissional

BASE XVIII

1. A assistência aos doentes contagiosos é assegurada pelos seguintes organismos e serviços:

Assistência
a contagiosos

- a) Delegações e subdelegações de saúde;
- b) ~~x~~ Dispensários centrais em Lisboa e Porto;
- c) Dispensários regionais e sub-regionais;
- d) Hospitais;
- e) Brigadas móveis.

2. Os estabelecimentos previstos nesta base poderão funcionar com autonomia administrativa ou integrados noutros estabelecimentos ou serviços.

BASE XIX

Às delegações e subdelegações de saúde compete:

Delegações

- a) Orientar a acção profiláctica na respectiva área;
- b) Proceder a inquéritos epidemiológicos, com o fim de descobrir a origem das doenças contagiosas e tomar as medidas necessárias para evitar a sua propagação;

o
Subdelegações

c) Observar e tratar, em regime ambulatorio, os doentes contagiosos;

d) Promover o isolamento ou internamento dos doentes que ofereçam grave perigo de contágio;

e) Solicitar das autoridades administrativas e policiais a colaboração necessária à eficiência da luta contra as doenças contagiosas e à organização do ficheiro a que se refere o n.º 6 da base xv;

f) Organizar e enviar à Direcção-Geral de Saúde mapas das vacinações feitas e da morbilidade e mortalidade causadas pelas doenças contagiosas.

BASE XX

Dispensários

1. Aos dispensários cabe:

a) Exercer a acção profiláctica;

b) Observar e tratar, em regime ambulatorio, os doentes contagiosos;

c) Propor o isolamento ou internamento dos que ofereçam grave perigo de contágio;

d) Elaborar programas e planos a seguir na luta contra as doenças contagiosas;

e) Adoptar, quanto possível, as técnicas de laboratório, os métodos de diagnóstico e as aplicações terapêuticas, preconizados pelo serviço técnico de que dependam;

Vulgarização e educação sanitária

f) Divulgar, por meio de cursos, conferências, folhetos ou cartazes, os preceitos de higiene, relativos à profilaxia das doenças contagiosas, ao perigo de contágio e às consequências de ordem individual, familiar ou social daquelas doenças.

2. Para efeito de diagnóstico, os dispensários centrais devem possuir laboratórios próprios ou estabelecer acordos com os existentes noutros serviços.

3. Nos serviços de diagnóstico e consulta, atender-se-á ao sexo, profissão e condição social dos doentes ou suspeitos, de modo a serem observadas em locais, dias ou horas diferentes as pessoas cujo exame é periódico e as que voluntariamente ou mediante aviso a ele se submeterem.

Postos de profilaxia

4. Em ligação com os dispensários, funcionarão postos de profilaxia a instalar, de preferência, nas zonas ou locais em que a morbilidade ou o perigo de contágio forem maiores.

Cursos de vulgarização

5. Junto dos dispensários centrais, funcionarão cursos e estágios para formação e aperfeiçoamento do pessoal médico, de enfermagem e de serviço social.

BASE XXI

Aos hospitais de doenças contagiosas e aos pavilhões ou enfermarias dos hospitais gerais destinados ao tratamento de tais doenças cumpre tratar e isolar, em regime de internamento, os doentes ou suspeitos a que se refere o n.º 3 da base v, sejam ou não enviados pela autoridade sanitária.

Hospitais

BASE XXII

1. Às brigadas móveis compete:
 - a) Exercer a acção profiláctica;
 - b) Observar e tratar em regime ambulatorio, os suspeitos ou afectados de doenças contagiosas;
 - c) Promover o isolamento dos que ofereçam grave perigo de contágio;
 - d) Prestar aos delegados e subdelegados de saúde a colaboração de que estes necessitem para tornar eficiente a luta contra as doenças contagiosas.

Brigadas
móveis

2. A Direcção-Geral de Saúde pode determinar ao pessoal de um ou mais dispensários que se constitua em brigada móvel, para efeito de exercer a sua acção na zona que lhe for fixada.

BASE XXIII

1. Junto dos organismos e serviços destinados à luta contra as doenças contagiosas, funcionará o serviço social.
2. Ao serviço social compete:
 - a) Promover a prestação de assistência aos doentes contagiosos e suas famílias;
 - b) Assegurar a continuidade e regularidade do tratamento;
 - c) Educar os doentes e suspeitos, no que se refere à higiene individual e colectiva, advertindo-os do perigo do contágio;
 - d) Procurar o contaminador e as pessoas que correrem o risco de ser contaminadas, advertindo aquele da responsabilidade moral e legal em que incorre e estas do perigo de contágio e das consequências da doença.

Serviço social

Responsáveis

1. São responsáveis pelos encargos da assistência aos doentes contagiosos:

a) Os próprios assistidos, seus cônjuges, ascendentes e descendentes, de harmonia com as possibilidades da respectiva economia familiar;

b) As instituições de previdência social da 1.^a e 2.^a categoria, previstas no artigo 1.^o da Lei n.^o 1.884, de 16 de Março de 1935, ou as instituições em que aquelas se acharem integradas, para efeito da prestação de assistência na doença, relativamente aos sócios beneficiários e pessoas de família por elas abrangidos;

c) O Estado, por força das dotações destinadas à luta contra as doenças contagiosas e assistência aos doentes;

d) Os estabelecimentos ou serviços que prestem a assistência, por força das suas receitas próprias.

**Casas
do Povo
e dos
Pescadores**

2. As Casas do Povo e dos Pescadores não são abrangidas pelo disposto na alínea b) do número anterior.

3. A responsabilidade prevista no n.^o 1, alínea b), obriga à manutenção de serviços próprios ou ao pagamento dos encargos com a assistência prestada aos beneficiários das respectivas instituições, aos estabelecimentos e serviços referidos nesta lei.

4. O pagamento aos estabelecimentos e serviços regular-se-á por acordo celebrado entre estes e as instituições de previdência, ou conforme tabelas aprovadas pelo Ministro do Interior, ouvido o Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

**Reformas
de
regulamentos
Seguros**

5. Para efeito do disposto nesta base, as instituições de previdência procederão, no prazo de seis meses, à reforma dos seus regulamentos, podendo alterar o esquema do seguro actualmente em vigor na modalidade de doença, de modo a ficarem habilitadas a cobrir o risco inerente ao encargo que lhes é imposto, mas sem aumento das taxas das contribuições a pagar pelas empresas e beneficiários.

**Observação
dos doentes
e análises
a pobres**

6. A observação dos doentes suspeitos e as análises necessárias ao diagnóstico da doença dos pobres e indigentes serão feitas gratuitamente nos estabelecimentos e serviços oficiais.

**Vacinações
Subsídios**

7. As vacinações e revacinações serão sempre gratuitas nos estabelecimentos e serviços oficiais.

8. O Estado, pela Direcção-Central de Saúde, concederá subsídios especiais aos estabelecimentos particulares que prestam

assistência aos doentes contagiosos, ou compartilhará nas despesas com o isolamento e tratamento dos que as não possam pagar.

BASE XXV

1. As pessoas que, tendo conhecimento de estarem afectadas de doença venérea em período contagioso, a transmitirem serão punidas com prisão correccional de seis meses a dois anos e multa correspondente, sem prejuízo da responsabilidade civil.

Responsabi-
lidade dos
doentes
venéreos

2. A pena de prisão poderá ser substituída pelo internamento em estabelecimento de readaptação profissional, por igual período, e será elevada ao dobro quando o contaminado for menor de 18 anos.

3. No crime previsto no n.º 1 desta base, não haverá procedimento criminal sem prévia denúncia do ofendido ou de seus pais ou tutores.

4. O procedimento judicial prescreve no prazo de seis meses.

5. A infracção do disposto na base xvii é punida com a pena de prisão correccional até seis meses, independentemente da sanção disciplinar se o infractor for funcionário público.

Segredo
violado
Falsas
denúncias

6. Aquele que falsamente denunciar outrem, atribuindo-lhe a contaminação venérea, será punido com prisão de seis meses a dois anos e multa correspondente.

7. Às pessoas que, entregando-se habitualmente à prostituição, deixem de comparecer aos exames determinados pelas autoridades sanitárias, ou se recusem a fazer ou a prosseguir o tratamento prescrito por elas, serão aplicadas as medidas de segurança previstas no artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 35.042, de 20 de Outubro de 1945.

Inspecções
a que se
falte

8. As infracções ao disposto neste diploma, para as quais se não determina sanção especial, serão punidas com multa de 200\$ a 2.000\$.

Publique-se e cumpra-se como nela se contém.

Paços do Governo da República, 9 de Agosto de 1949.
— ANTÓNIO ÓSCAR DE FRAGOSO CARMONA — *António de Oliveira Salazar*.

LUGARES SELECTOS

História da Medicina

O agudo Carlyle dizia que afinal a história é a verdadeira poesia; sem jogo de paradoxo, com maior razão se poderá dizer, que afinal a história é a verdadeira ciência.

Toda a ciência é inconstituível e inerigível sem o alicerce histórico. É a história que presta a perspectiva ao quadro pintural dos nossos conhecimentos, ela quem lhes assegura a continuidade e a directriz, quem nos diz donde vimos e nos guia para onde vamos. E mórmente nesta nossa arte, sempre velha e sempre nova, aliando o timbre da mais alta antiguidade ao da mais fresca actualidade.

.
Aproveite-se essa lição permanente de ignorância e êrro; não desdenhemos a Medicina de outrora porque ignorou e errou, nem nos ensoberbecemos com a do presente que ignora e erra.

Há verdades médicas imanentes e eternas, vislumbradas pelo génio antigo, que os séculos revigoraram e o progresso moderno consagrou para todo o sempre. São o farol da nossa prática...

.
O século XIX foi apelidado o século da história geral. O século XX tem sido e virá a ser o século da história das ciências.

Das matemáticas às biológicas, neste primeiro quartel, reina uma actividade rebuscadora das questões históricas aferentes, no intuito de desprender as suas entidades influenciáveis e suas linhas evolutivas de país para país e dentro de cada país.

RICARDO JORGE

(MAXIMIANO DE LEMOS — in *Sermões dum leigo*)

O problema da higiene da habitação nos meios rurais ⁽¹⁾

A habitação rural portuguesa tem sido em geral construída desde os tempos mais remotos sem qualquer orientação técnica, apenas influenciada pelas condições geográficas e climatéricas, e também devido à influência dos hábitos e costumes dos invasores da península, especializando romanos e árabes.

Condições Geográficas e Climatéricas

Portugal Continental, mede 561 quilómetros no seu maior comprimento e 218 quilómetros na sua maior largura, tem a forma de um quadrilátero regular com uma área apenas de 89.000 quilómetros, mas com uma fronteira terrestre com a Espanha de 1.209 quilómetros a Norte e Este e uma fachada marítima de 845 quilómetros a Oeste e Sul com o Atlântico.

Apesar da sua pequena superfície territorial e da situação na zona temperada do Norte, próximo da zona de transição entre os climas temperados com estação quente e os climas temperados com estação fria, não há um clima português mas sim uma acentuada variedade climatérica.

Três factores influenciam em Portugal a diversidade do clima:

1.º — O Oceano Atlântico é o grande regularizador da temperatura na região septentrional do País, tanto mais que, devido à actuação das correntes de águas quentes que influenciam o

(1) Lição proferida em 11 de Maio de 1949 no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, durante o V Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde.

Ocidente europeu, o nosso País tem uma temperatura mais suave do que outras regiões situadas na mesma latitude. Os ventos marítimos do Oceano Atlântico penetram profundamente em Portugal até às montanhas que lhe servem de anteparo, devido aos dois centros de acção atmosférica do Atlântico septentrional; um de altas pressões nos Açores e outro de baixas pressões na Islândia que durante quase todo o ano originam os ventos pluviosos predominantes de Sudoeste e Noroeste que tanto beneficiam a região do Noroeste português.

2.º — O Mediterrâneo, mar fechado, muito menos extenso que o Atlântico, com latitude mais meridional e portanto mais quente, pouco influencia os ventos que do deserto de Saará o atravessam, sem tempo para se carregarem de humidade antes de atingirem a zona sul do nosso País. Por isso a zona sul influenciada pelos ventos do sul e sueste é mais quente e muito mais seca que a zona do Noroeste, influenciada pelo Atlântico.

3.º — Além destas duas influências marítimas, a Mesêta Ibérica com o seu clima continental de extremos, exerce a sua acção na parte Leste do País para além dos anteparos montanhosos que estabelecem o limite da influência atlântica.

Destas três influências resulta o polimorfismo climático português.

O clima é o conjunto de fenómenos meteorológicos que caracterizam o estado médio da atmosfera em qualquer ponto da superfície terrestre. São, portanto, a temperatura, a pressão atmosférica, o vento, a chuva, a humidade, a nebulosidade e a insolação, os elementos componentes do clima.

Das três influências climatéricas atrás citadas e da orientação das montanhas portuguesas resultam regiões climáticas muito diferentes.

ENTRE DOURO E MINHO, região litoral de maior pluviosidade devido à associação dos ventos marítimos atlânticos com o relevo que vai desde o mar até às serras do Gerez e do Marão, que lhe vedam o caminho para TRÁS-OS-MONTES, terra fria, de características continentais, de fraca pluviosidade, com invernos prolongados e ásperos, e estio curto e escaldante « nove meses de Inverno e três de Inferno » que abraça no seu interior o

ALTO DOURO, ou região quente no meio de regiões frias. É um sulco de Este a Oeste abrigado dos ventos pelas montanhas circundantes e, batido de Sol: é o solar do vinho do Porto.

A BEIRA ALTA, apesar de ficar separada do Oceano Atlântico pela Beira Litoral, é mais pluviosa do que esta, devido às montanhas circunjacentes onde se condensam os ventos atlânticos. É, depois de Entre-Douro e Minho, a província de maior pluviosidade.

BEIRA BAIXA, região de transição entre a Beira Alta e o Alentejo.

ALENTEJO, região uniforme, de relevo atenuado e clima seco e homogêneo.

O ALGARVE é orla marítima do Sul de Portugal, de influência climática africana.

São estas as principais zonas climáticas portuguesas, mas mesmo dentro destas zonas há diferenças climáticas, influenciadas pela orientação dos montes que as protegem ou expõem às influências predominantes locais, interpenetrando-se essas influências nas regiões de contacto.

Por sua vez, a altitude e a vegetação, esta já filha das condições climatéricas, muito influem para a disparidade do clima em locais vizinhos.

População e suas características

Nenhuma região da Europa, escreveu G. Delgado, foi percorrida por tão diferentes raças como a Península Ibérica. Isto devido à sua cobiçada situação geográfica.

Assim, a população autoctone, celtibérica na parte ocidental da península, recebeu a influência de vários povos aqui entrados, uns por via marítima, outros por via terrestre — fenícios, gregos, cartagineses, romanos, suevos, visigodos e muçulmanos, — deixaram traços étnicos nas regiões onde se estabeleceram, mas com maior acentuação os muçulmanos, os últimos a serem expulsos do sul do País, já com Portugal independente. Para essa expulsão contribuíram francos, ingleses, alemães e lombardos, que como cruzados os combateram e que, por sua vez, recebendo doações da terra que ajudaram a libertar, por aqui se fixaram, contribuindo assim para o povoamento das regiões conquistadas aos Muçulmanos.

Mais tarde, judeus estabeleceram-se em grande número nas regiões industriais, e mais tarde ainda, com os descobrimentos marítimos, escravos (negros e mouros) comprados para serviços

agrícolas e domésticos, mais complicaram a composição da nossa grei.

De todas estas influências rácicas caldeadas no meio geográfico português, dois tipos étnicos principais, subsistem: *um* de cabelos louros e olhos claros, relacionado com as populações do Norte da Europa; e o *outro* de cabelos e olhos escuros relacionado com as populações do Norte de África. Estes tipos étnicos encontram-se na mesma localidade e até na mesma família.

O professor Eusébio Tamagnini, em valioso trabalho, chegou à conclusão que o valor médio do índice cefálico da população portuguesa é de 76,39, pelo que coloca a raça portuguesa entre as mais dolicocefalas da Europa.

Relativamente à cor dos olhos concluiu que os olhos *azuis* aparecem em maior percentagem na metade norte do país e os *escuros* na metade sul.

Relacionando a população portuguesa com os 3 tipos étnicos fundamentais da Europa: o *Nórdico* de estatura elevada, dolicocefalo e de cor clara; o *Alpino* de baixa estatura, moreno e de crâneo largo e curto; e o *Mediterrâneo*, igualmente de baixa estatura mas de crâneo alongado (dolicocefalo) tirou a conclusão de que os portugueses de média estatura, dolicocefalos e morenos devem, especialmente, relacionar-se com o tipo mediterrâneo.

Todavia, na região Noroeste de Portugal, o elemento *Nórdico* é largamente representado.

Habitação

Nenhuns elementos possuímos das condições de construção e salubridade da habitação rural dos primeiros séculos da independência de Portugal.

As poucas casas contemporâneas da fundação da Monarquia, que chegaram até nós no Norte do País, são casas dos Senhores das terras, e não dos seus trabalhadores.

Estes deviam viver em cabanas e casebres miseráveis, muito semelhantes, talvez, aos que habitam ainda os rurais das regiões serranas e do Nordeste, de pavimento térreo e ainda recobertos de colmo ou de lages.

As casas dos Senhores das terras eram então torres quadriláteras, para efeitos de defesa. O interior da torre, quando habi-

ado no pavimento térreo, era lageado e subdividido numa ampla quadra e em poucos e acanhados aposentos, comunicando com ela por uma portada baixa de arco semi-circular ou já ligeiramente apontado.

Ainda hoje se encontram e constroem no Norte casas desse tipo, com uma sala grande, desproporcionada com os pequenos quartos de dormir, ordinariamente em número de dois e que fazem face para ela.

Num dos ângulos do aposento principal dessas torres medievas, rigorosamente nivelado com o pavimento, um fogão de pedra de aquecimento e cozinha, cuja chaminé cónica se desenvolve na espessura da grossa parede.

Nada se sabe sobre a existência de fôrros, mas é de supor apenas a montagem de travejamentos descobertos.

O leito, cama de bancos mouriscos, no ângulo do aposento onde se instalava, era isolado da alvenaria das paredes por um rodapé de couros. Também com couros era recoberto o pavimento lajeado sobre e em torno do qual o leito se instalava.

Mais tarde o senhor da torre abandonou a cama de bancos mouriscos e recolheu-a o morador rendeiro, para uma reprodução de muitos séculos, podendo ainda hoje encontrar-se em utilização no Norte do País muitas dessas camas primitivas, entre os trabalhadores da terra.

Habitação rural

Sua localização

A localização da habitação rural no continente português está sujeita à exposição dos terrenos onde ela se constrói.

É portanto muito heterogênea a sua localização. Mas, dentro das possibilidades do terreno a que está condicionada, a casa rural portuguesa tem a nítida tendência a tirar o melhor partido das condições geográficas e climatéricas locais.

Assim, *no Noroeste português*, região temperada e de grande pluviosidade, a casa procura as encostas soalheiras, alarga as janelas, abre largas varandas para o Sueste para receber o máximo de insolação e proteger-se desses ventos, pluviosos. A casa vira-se para fora, e a antiga janela quadrilátera e pequena do senhor da torre, assim construída para efeitos de defesa,

alargou-se e transformou-se mesmo em varandas para receber o máximo sol nessa região brumosa.

No Nordeste e Beira Transmontana, regiões de fraca pluviosidade com clima áspero e grande variação de temperatura, a casa tem tendência a abrigar-se, a proteger-se pelo relevo e a expor-se ao melhor quadrante local. A janela reduz as suas dimensões, e são mesmo frequentes os quartos sem janela para assim se abrigarem melhor da aspereza do clima.

No Sul do Continente português, de relevo muito menos acentuado e de pouca pluviosidade e muita insolação, já não se nota acentuada preferência à sua localização mas sim à sua orientação. A casa reduz também as suas janelas, mas aí para se proteger da forte insolação.

Mas, na localização da habitação rural, é de primordial importância a proximidade de água potável, sobretudo nas regiões de escassa pluviosidade e onde, portanto, a água é pouco abundante.

É porisso que, nas regiões muito pluviosas do Noroeste, as casas rurais têm tendência para a dispersão, ao passo que nas regiões do Nordeste e Sul, de pouca pluviosidade, tendem para se aglomerar perto dos mananciais aquíferos.

Também a casa tem natural tendência a construir-se ao longo das vias de comunicação. Construída uma estrada nova, logo surgem casas à sua beira desde que a existência de água, a exposição e a qualidade dos terrenos, o permitam.

São estas as bases fundamentais da localização das construções rurais, e de tal maneira estão no ânimo do povo estas naturais preferências, que as primeiras casas assim localizadas deram, por vezes, o nome às povoações que originaram (é ainda hoje conservam) tais como: Bemposta, Benfica, Benfica do Ribatejo, Soalheira, Rio de Moinhos, Rio Maior, Rio Tinto, Pôço, Pocinho, Pôço Novo, Casal da Estrada, Estrada Velha, Estrada Nova, etc.

Materiais de construção

A construção da casa rural foi sempre influenciada pelos materiais existentes na região.

Nas regiões graníticas do Norte e Centro do País, a habitação rural constrói-se de granito. *Nas zonas de contacto do xisto com o granito*, é utilizado o granito (pelos mais pobres) apenas nos

cunhais, vêrgas e umbreiras e na escada de acesso, quando esta tem 1.º andar.

Nessas regiões, ainda, os mais « abonados » fazem toda a construção de granito. Nas zonas xistosas são as casas rurais construídas de xisto, empregando-se a madeira de carvalho ou castanho nas padieiras, vêrgas e umbrais, presentemente com tendência a serem substituídas pelo tijolo e pelo cimento. O telhado é de telha serrana ou de telha de Marselha, consoante a fabricada na região.

Contudo, no Nordeste e regiões serranas da Beira, em zonas pobres e desprovidas de meios de comunicação, ainda se cobrem as casas rurais de lousas, e nas regiões onde a lousa não existe cobrem-se de colmo que escurece com o tempo, pelo que essas habitações estão de tal maneira camufladas que não se distinguem da paisagem ambiente.

Nas regiões calcáreas do Centro do País, é o calcáreo que se emprega nas construções rurais.

Em regiões de terrenos sedimentares e arenosos onde não existem materiais consistentes, utiliza-se o adôbe, o tijolo e o cimento. Nessas regiões também se constróem as habitações rurais apenas de madeira, com o seu aspecto lacustre quando construídas sobre estacarias, como acontece nas colónias piscatórias nas zonas inundáveis do Tejo.

Tipos de construção

A casa rural portuguesa, apesar de nunca ter tido uma directriz orientadora com a finalidade de adaptá-la às condições climáticas da região onde se construiu, nem por isso deixou de se defender das principais influências do clima.

Como todos nós sabemos, é muito heterogéneo o tipo de construção rural, sobretudo no *Norte* de Portugal. Mas, dentro dessa heterogeneidade, « grosso modo », nós observamos que, nas regiões do *Noroeste*, de influência atlântica com grande pluviosidade e portanto muito húmidas, todos os que tiveram possibilidade de levantar casa de sobrado (como o povo chama às casas de 1.º andar), assim o fizeram.

São muitas e numerosas essas casas, nessa região, porque a pluviosidade divide a terra.

É esta a casa do pequeno agricultor proprietário. A cozinha, onde se instala o forno de cozer brôa, é térrea, de telha vã e independente da casa principal. Outras vezes, embora instalada no 1.º andar, também é de telha vã e sem chaminé. No pátio uma escada de granito, de lousas, ou apenas de madeira, (consoante o predomínio desses materiais), dá acesso a uma varanda de madeira que a mesma linha de águas do telhado protege.

Nas Beiras é muito frequente a existência de um quarto de dormir no fundo dessa varanda. Este quarto de dormir, de acanhadas dimensões, destina-se aos filhos varões, quando estes, já crescidos, deixam de dormir no quarto interior, que fica então reservado às filhas do casal.

E isso acontece porque, na generalidade, este tipo de casa rural apenas se compõe da sala grande e de 2 quartos, um destinado, como disse, às filhas do casal e outro aos chefes da família, só se utilizando a sala de passagem para dormir quando a família é muito numerosa.

Quando a cozinha fica no 1.º andar entra-se para ela logo do patamar da escada, directamente se ela abrange toda a largura do edificio ou é de situação anterior, ou através de um corredor se ela fica na parte de trás do edificio. Em grande número de construções a cozinha ou o corredor que lhe dá acesso não tem comunicação directa com a sala e os quartos de dormir, isto para evitar que eles sejam invadidos pelo fumo proveniente duma cozinha sem chaminé.

Ora, esta disposição traz graves inconvenientes à saúde, pois que os seus moradores, aquecidos na lareira da cozinha, têm de atravessar a desabrigada varanda para irem para os quartos de dormir, situação esta que mais se agrava quando a cozinha térrea é independente da casa principal. A varanda dá entrada para a sala grande, no fundo da qual há dois ou três quartos pequenos, *forrados*, o que usualmente não acontece na sala.

Nas regiões abundantes de cal são estes compartimentos rebocados a cal grossa e caiados, mas esta caiação só muito raramente se repete.

As janelas, mais largas no *Noroeste*, estreitam-se ou deixam mesmo de existir a *Nordeste* e na *Beira Transmontana*, para assim protegerem a casa das intempéries e do clima excessivo, e onde a varanda também se reduz a um patamar ou deixa de existir também.

No *rez-do-chão*, duas lojas térreas, uma destinada a adegã e outra a celeiro.

As *cortes dos animais e telheiros* limitam um espaço em forma de rectângulo, onde se depositam os matos e lenhas e se amontoam estrumes.

As *latrinas*, quando existem, encontram-se geralmente no exterior da habitação e, às vezes, nas cortes de gado. — São cubículos de tábuas, de péssimas condições de higiene e de conforto, em que os dejectos se depositam sobre camadas de mato que se utiliza para adubar a terra.

É este o tipo de casa mais higiénico do pequeno agricultor-proprietário.

O *que não pode levantar casa de sobrado*, e está neste caso o agricultor-jornaleiro (quando não é rendeiro de propriedade que tenha casa própria), habita numa casa rural duma insalubridade que confrange; casa rural que se limita *em geral* a uma reduzida cozinha, *sem chaminé*, por vezes separada, por umas simples tábuas, do que se chama quarto, ambos de telha vã e de pavimento térreo, sem rebôco de cal, enegrecidos pelo fumo e apenas com uma janela ou postigo desprovido de vidraça, onde em promiscuidade vive toda a família, normalmente muito numerosa.

Nestas condições, não só periga a saúde como a moralidade.

A *latrina*, quando existe, é fora de casa, em péssimas condições higiénicas e de conforto, no que muito se assemelha à do lavrador-proprietário. Mas, como disse, é muito heterogéneo o tipo da casa no Norte do País e, entre os dois tipos a que me referi (do agricultor-proprietário e do agricultor-jornaleiro) há muitos tipos intermédios que, duma maneira geral, ainda mais agravam as já precárias condições higiénicas do tipo de casa já descrito do agricultor-proprietário.

Assim, é frequente situar-se a pocilga debaixo da varanda do lado da cozinha com a finalidade de, mais cómodamente, se despejar o alimento aos suínos por uma abertura da varanda, que se continua por um cano de madeira, de desenvolvimento oblíquo, que termina na masseira ou pia dos suínos.

Muitas são mesmo as casas rurais em que o homem vive em promiscuidade com os seus animais, ao instalar, nas lojas da sua residência, os galináceos, os coelhos, os suínos, os bovinos, os caprinos, enfim, todos os animais que possui ou traz à criação.

Vistas de longe essas habitações, dispersas ou aglomeradas, com a cor dos materiais da região em que se implantam, e em que facilmente se contam as providas de chaminé, pouco sobressaem da paisagem que as cerca, destacando-se aqui e além uma ou outra caiada, e também tipos de casa de construção mais aparatosa, ordinariamente pertença de emigrantes regressados, a quem a «sorte» bafejou.

Estas últimas casas são, muitas vezes, de tipo inadequado às condições climáticas regionais, sendo quase sempre influenciadas pelo tipo da casa onde o emigrante viveu. Porém, é digno de registo o facto de ir rareando a construção desse tipo de casa, nos meios rurais, em virtude do emigrante regressado com fortuna, ser atraído pelos centros urbanos mais próximos da sua aldeia, devido às comodidades modernas a que se habituou e que a terra onde nasceu lhe não pode proporcionar.

No centro do País, à medida que caminhamos para o Sul, a casa rural vai perdendo pouco a pouco as suas características nortenhas. A varanda reduz-se, até se transformar em alpendre, desaparecendo este em parte da *Beira Baixa*, no Ribatejo e na Estremadura, em que o acesso ao 1.º andar (quando este existe) se faz por escada interior.

Já nestas regiões, de pouca pluviosidade e muita luminosidade, rareiam as casas rurais de 1.º andar. As janelas vão reduzindo as suas dimensões para se abrigarem da insolação e da luminosidade, e começa a generalizar-se a caiação interior e exterior das casas rurais.

No sul do Ribatejo, Alentejo e Algarve, de clima seco, grande insolação e luminosidade, a casa atarraca-se, alarga-se, cinge-se ao solo, de que já não tem necessidade de se defender; as janelas reduzem-se ainda mais e a caiação interior e exterior é repetida e geral.

O delírio da cal chega ao ponto de se caiarem telhados, mas, mais uma vez, é a influência climática a principal causa desta característica higiénica das casas do Sul.

O clima e o solo são secos, e então a casa rural do Sul não tem a necessidade imperiosa de fugir à humidade do solo.

Porisso, a habitação é apenas de rez-do-chão, a que basta o pavimento de ladrilho de tijolo ou a pavimentação construída de camadas alternadas de argila e cinza, regadas e batidas a masso ou a pá de enxada. Este tipo de pavimentação, depois de seco,

é consistente mas pouco duradouro, pelo que, passado algum tempo, se desagrega e tem de ser novamente molhado e batido.

Clima quente, de grande luminosidade, razão esta porque as janelas se reduzem em tamanho e quantidade, para assim furtarem a casa ao calor ambiente ou ao frio excessivo, e receber apenas a luz que, ampliada pela alvura das paredes, baste para as lides domésticas.

Caíam-se frequentemente por fora e por dentro para que, abrigadas pela alvura da cal, melhor se defendam do calor e da luminosidade.

Nesta região, a casa rural tem ordinariamente o mínimo de uma cozinha, e 2 quartos forrados, com uma pequena dispensa anexa. O forno de cozer pão é fora de casa, caído exteriormente, tendo, por vezes, um alpendre, mas, o que impressiona a quem entrar dentro delas, é a frescura, a alvura e o asseio, da sua grande maioria. A cozinha, de chaminé de larga tiragem, é duma limpeza irrepreensível e toda a restante casa revela o mesmo asseio.

Parece mesmo contra-senso ser no Sul, onde a água menos abunda, que a casa rural seja asseada, o que tanto contrasta com as casas sujas do Norte de Portugal onde a água brota a jorros.

A prova de que é uma influência climática a alvura da casa rural do Sul, a que não é estranha também a prolongada influência árabe, está em que os habitantes do concelho de Coruche, de origem beirôa, mantêm os mesmos hábitos de asseio habitacional.

De recente migração beiroa, são os habitantes dos Foros de Salvaterra de Magos e Marinhais, e as suas casas, sob o ponto de vista de alvura e asseio, em nada se diferenciam das de outras povoações do Sul.

Aqui os animais nunca vivem em promiscuidade com os seus donos. São instalados em currais próprios, afastados da habitação, limpos e arejados.

Só a latrina, quando existe, não condiz com a limpeza da casa. Fora de casa reduz-se apenas a uma cova, sobre a qual há apenas uma tábuia transversal assente sobre estacas. Abriga esta cova uma sebe de canas, ramas de eucaliptos ou arbustos, por vezes sem porta e raramente com teto.

No Algarve mantêm-se as mesmas características de casas, só com a diferença de, devido à reduzidíssima pluviosidade, nalgumas ser substituído o telhado por um terraço para efeito de

aproveitamento das águas pluviais, e que tem comunicação com uma cisterna onde se armazenam, como reserva para os períodos de estiagem.

Pelo que atrás se expõe, a higiene da habitação rural em Portugal é francamente má no *Norte e Centro do País*.

No *Sul*, embora as casas rurais sejam mais asseadas, nem por isso deixam de ser acanhadas e com insolação e arejamento insuficientes. As suas poucas janelas com uma área por vezes inferior a 1:15, do pavimento a iluminar, não dão entrada a luz suficiente.

As instalações sanitárias das casas rurais são péssimas em todo o país, não falando em casas de banho que, mesmo entre os agricultores-proprietários mais ricos, são raríssimas e mal instaladas.

É sem dúvida necessário melhorar as condições de salubridade da habitação rural portuguesa.

O agricultor pobre, pouco ou nada instruído, não liga a falta de robustez ou a falta de saúde dos membros da família à ideia das más condições higiénicas e até da falta de conforto da habitação, embora, às vezes, essas faltas de robustez e de saúde venham afectar-lhe o rendimento, a prosperidade e mesmo a sua vida ou a dos seus familiares. Ele não sabe ligar as causas aos efeitos. Assim, sente mais a doença de uma vaca ou de um suíno, pelos prejuízos que daí lhe advém e que se traduzem na diminuição dos lucros provenientes da venda desses animais ou dos seus produtos. E esses lucros são-lhe precisos para aquisição de sementes, de alfaías agrícolas, para alimentação dos gados, e até para alimentação da própria família.

Pode saber mesmo que, certos cuidados higiénicos são necessários aos animais, para não perigar a sua saúde, porque da sua saúde ou da sua morte depende o rendimento do casal agrícola, mas, geralmente, ignora a influência que o mau alojamento familiar possa ter na saúde e na força dos braços de que dispõe, porque tal facto não se traduz directa e imediatamente em dinheiro.

A *casa do pequeno-proprietário rural* representa, porisso, o último obstáculo a vencer na organização da sua pequena empresa agrícola, porque está sempre à espera de dispor de reservas que lhe permitam afrontar esse obstáculo.

A necessidade de construção, amplificação ou modificação vai-se sempre adiando, porque as poucas reservas dum ano mais

favorável são absorvidas noutro mau ano agrícola, mas, se chega a efectuar essa derradeira ambição, a sua falta de conhecimentos sanitários leva-o a fazer uma obra incompleta e cheia de defeitos, por falta de conhecimentos e de assistência técnica.

E assim, só por acaso, estas obras obedecem a algumas das regras de salubridade.

Em vários países estrangeiros, já se tem legislado com a finalidade de orientar e proteger a construção rural. Assim, em *França*, o decreto de 24 de Maio de 1938, promoveu o saneamento e a melhoria da higiene das habitações rurais, tendo sido criados organismos especiais que tinham como finalidade dar conselhos técnicos. Os agricultores e os artistas rurais podiam solicitar das Caixas de Crédito Agrícola empréstimos de juro barato para melhorar as suas habitações.

Em 1934, constituiu-se na *Itália* uma comissão em que a «Reale Società d'Igiene» e a «Direzione Generale di Sanità» tinham cada uma o seu representante, para estabelecer as normas higiénicas construtivas para as novas construções rurais.

Em *Portugal*, até à presente data, pouco ou nada se tem feito com a finalidade de proteger e orientar a construção rural portuguesa. Muito já fez o Estado Novo, na construção de bairros económicos de boas condições higiénicas, mas esses bairros, afora os construídos nos meios piscatórios e nalgumas vilas de mais aguda crise habitacional, têm sido construídos, na sua grande maioria, nos grandes centros urbanos, com o intuito de debelar a crise habitacional desses meios, transferir famílias de pardieiros infectos que, por vezes, são condenados à demolição e também com a finalidade de, *por concorrência*, tornar mais acessíveis as rendas de casa.

Mas, quanto maiores forem as possibilidades de instalação nos meios urbanos, maior será a migração dos meios rurais para esses centros, porque o rural, pèssimamente instalado na sua casa sem higiene, sem conforto e sem espaço para albergar a família em crescimento, é atraído para esses centros urbanos com todos os inconvenientes que daí resultam, principalmente o despovoamento dos campos e o congestionamento dos centros urbanos, tornando inaparentes as construções aí efectuadas.

A Junta de Colonização Interna tem edificado algumas colónias agrícolas, mas a 3.^a Repartição da mesma Junta, que trata dos melhoramentos agrícolas, regulada pela lei 2.017 e pelos

decretos n.ºs 35.993 e 35.994 não faz empréstimos para a construção ou melhoramentos da casa rural existente; pois só abona para a residência de rendeiros cuja habitação esteja incluída nas explorações agrícolas financiadas, visto que a base I dessa lei diz:

« Compete ao Estado, pelo Ministério da Economia e por intermédio da Junta de Colonização interna, prestar assistência técnica ou financeira aos agricultores na execução de melhoramentos fundiários que tenham por fim manter ou aumentar a capacidade produtiva da terra ou facilitar a sua exploração, designadamente nos seguintes casos:

- a) — Captação, elevação e distribuição de águas, destinadas a rega ou ao abastecimento de explorações agrícolas;
- b) — Ampliação ou correcção de sistemas de rega já instalados;
- c) — Adaptação de terrenos ao regadio;
- d) — Enxugo, dessalgamento de terrenos e regularização de leitos de cursos de água;
- e) — Defesa contra inundações ou contra a erosão;
- f) — Construção ou melhoramento de abrigo para gado, silos ou nitreiras;
- g) — Edificação, ampliação ou melhoramento de habitações para o pessoal que viva permanentemente ou eventualmente nas explorações agrícolas;
- h) — Construção, apetrechamento ou aperfeiçoamento de oficinas destinadas à instalação de Indústrias agrícolas anexas às explorações;
- i) — Aquisição de terrenos ou árvores, encravados, e extinção de servidões prejudiciais à economia das explorações agrícolas;
- j) — Plantações de reconhecido interesse económico ou social.

É indispensável melhorar as condições de salubridade da habitação rural portuguesa: 1.º — Porque é confrangedora a maneira como vive a maioria do nosso povo rural, em casas sem as mínimas condições de salubridade e de conforto, e este desconhecimento do lar é uma das causas principais da procura da taberna, com todos os vícios que daí advém; 2.º — Porque o lar salubre

e confortável, fixa o componês à casa e à aldeia e é uma das condições primordiais da saúde do viveiro rural, meio prolífero por excelência, indispensável à Pátria, e portanto é preciso não deixar decair mais a saúde e a moral do bom povo rural português.

Problema vasto e difícil é este da higiene da habitação nos meios rurais, em que se entrelaçam a educação sanitária do rural, as directrizes e assistência técnica a dar às suas construções, não falando, claro está, nas condições económicas do meio rural português, de que eu não venho falar nesta troca de impressões.

Educação Sanitária do Rural

A educação sanitária do rural é indispensável, pois se este ignorar as regras mais elementares da higiene não tira todo o proveito dos benefícios que pode usufruir.

Sem educação sanitária a higiene não atinge finalidade, quando, por exemplo, se higieniza uma fonte de mergulho, se os seus consumidores continuarem a utilizar os cântaros e cântaras de boca larga, infelizmente ainda tão generalizados no Norte do País, visto que as crianças com as mãos sujas de terra e por vezes mesmo conspurcadas de fezes, mergulham o púcaro e a mão dentro do cântaro, de cuja água toda a família bebe.

Os próprios pais para lavarem as mãos começam por tirar a água, pelo mesmo processo, de dentro do cântaro.

A solução educativa deste simples caso, à primeira vista intuitivo, é, na prática, difícil e morosa, devido ao condenável hábito e à inadmissível comodidade de o simples mergulho do púcaro no cântaro exigir ao rural ignorante menor esforço do que ter de inclinar o cântaro para lançar a água no púcaro ou no copo.

Portanto, a extinção desta condenável prática que é a causa de várias doenças, só se consegue proibindo o fabrico e a venda de cântaros ou cântaras de boca larga, de modo que seja apenas permitido o fabrico e a venda das bilhas de boca estreita que se usam no Sul, onde não é possível exercer a condenável prática do mergulho do púcaro.

Neste e noutros casos ainda a acção coerciva pode dar resultado satisfatório sob o ponto de vista higiénico, mas, na

generalidade dos casos, só a educação sanitária e a influência do meio podem exercer acção eficaz.

A escola primária deve ser também uma escola sanitária pois que, na generalidade, o rural não tem oportunidade de adquirir outros conhecimentos. O asseio da escola e o bom funcionamento das suas instalações sanitárias são educativos. Porém, o mau funcionamento de uma fossa, é deseducativo, e a funcionar mal é melhor não existir.

Os livros escolares da 3.^a classe, aprovados oficialmente, que consultei, nada dizem que possa incutir no espírito das crianças qualquer preceito higiénico.

E como a maioria dos filhos dos rurais não fazem mais do que o 1.^o exame (3.^a classe de instrução primária), não levam na sua bagagem de conhecimentos escolares nada que possa interessar à higiene.

Nos 2 livros da 4.^a classe, aprovados oficialmente, de Joaquim Tomaz e Chagas Franco, e de Manuel Subtil, também nada se diz que interesse à higiene.

O livro da 4.^a classe, de Domingos Pimenta e Romeu Evangelista, tem incluídos 4 trechos que muito interessam à higiene, um sobre o « alcoolismo », que me parece modelar, outro sobre « higiene alimentar » e outro sobre a « higiene do aquecimento », todos em termos claros e simples, de maneira a ficarem gravados no espírito das crianças. No 4.^o trecho, sobre a « higiene da habitação », lê-se, a pág. 30, que « para haver saúde é necessário que a casa seja higiénica, construída em sítio seco, longe de cemitérios, pântanos ou quaisquer focos de infecção e com tal orientação que o sol e o ar entrem em todos os aposentos ».

O mesmo trecho aconselha também a limpeza das paredes, soalhos, tétos, móveis e roupas.

Pena é que este trecho diga também o que vou ler e em que se faz uma afirmação que só por lapso poderia escrever-se:

« A existência de cortes, estrumeiras ou águas estagnadas junto da habitação do homem pode dar origem a perigosíssimas doenças como o tifo que é transmitido por um mosquito que na água estagnada se desenvolve. »

Por consequência, não é satisfatória a educação sanitária nos livros de leitura das escolas primárias, pois os da 3.^a classe, que

consultei, nada dizem, e os da 4.^a classe são igualmente mudos sobre esse aspecto, excepção feita ao de Romeu Pimenta e Domingos Evangelista, a que já me referi.

Já foram editados os livros únicos para a 1.^a e 2.^a classes escolares. Seria muito útil que os livros únicos da 3.^a e 4.^a classes, que se esperam, tivessem incluídos trechos, devidamente seleccionados, que ajudassem a combater as deficiências e os vícios da nossa hygiene rural.

Normalmente, depois da escola, o rural só se afasta do seu lar e da sua maneira de viver, quando é encorporado no serviço militar.

É hoje o *Quartel* a principal escola higiênica do rural, sobretudo da sua hygiene corporal e da medicina preventiva anti-venérea.

E, se muitos não observam depois esses preceitos higiênicos nas suas casas, é porque não têm possibilidade de o fazer.

No Quartel dever-se-iam mesmo fornecer às praças prontas folhetos esclarecedores de que se pode montar um chuveiro portátil com um simples balde, munido de torneira e crivo, ligado a uma corda e suspenso por um gancho ou roldana, o qual seria cheio com um simples jarro de água quente ou fria, para assim não perderem esse hábito de hygiene corporal adquirido no Quartel, e tão raramente usado entre as classes rurais.

Por outro lado, as *Casas do Povo* muito poderiam fazer pela educação sanitária, entre os seus sócios.

E por último, porque os últimos são os primeiros, muito poderão fazer V. Ex.^{as} pelo seu conselho e pelo seu esclarecimento no exercício da clínica em meios rurais.

A *casa rural* insalubre, as latrinas e as estrumeiras são os principais problemas que se deparam ao médico sanitário rural.

O destino do efluente da fossa, ou a remoção dos dejectos da retrete rural, estão condicionados ao terreno disponível pelo interessado, em virtude do Código Civil não prever terrenos doutrem sujeitos a receber efluente da fossa. O art.º 2.338 do Código Civil obriga mesmo a distanciar dos prédios vizinhos a instalação de cloacas e canos de despejo.

As *estrumeiras* são indispensáveis ao rural para adubar a terra e, sobre a higienização dessas estrumeiras, muito se tem escrito e vários tipos de nitreiras têm sido aconselhados. O método bio-térmico de Roubaud, as fossas de Étienne Sergent, etc., são

inadaptáveis ao nosso meio agrícola, e se nós os tentássemos propagar seria o mesmo que «falar para o boneco», como se diz nas nossas revistas de teatro.

O n.º 4 das Instruções da Portaria n.º 6.114, diz :

«O estrume deve juntar-se em pilhas bem apertadas de 1^m,50 de altura e coberto inteiramente de terra em camada superior a 2 centímetros de espessura, para o que deve existir sempre ao pé de cada estrumeira a terra necessária para uso imediato. — Pode a terra onde assente a pilha regar-se com alcatrão, e as pilhas de estrume com leite de cal (10 quilogramas de cal para 100 de água) ».

Na prática, porém, a protecção da estrumeira pela terra, com 2, 3, 4 centímetros de espessura, não dá o resultado previsto, porque as galinhas esgravatam e põem o estrume a descoberto, por a chuva arrastar a terra e até porque, quando da fermentação, o estrume tem abatimentos parciais, pelo que a terra que o cobre abre fendas acessíveis à môsca e, assim, a protecção efectiva da estrumeira, segundo as citadas determinações, limita-se à acção do alcatrão e da cal, se estes foram utilizados.

Também pode afirmar-se que o rural não observa estas medidas.

Muito mais facilmente se convence o rural a fazer a cobertura das estrumeiras com uma espessa camada de mato, onde este abunde, em virtude do mato não só reter parte dos produtos voláteis da fermentação do estrume, como reter também a água das chuvas, evitando assim a sua lavagem com a correlativa perda do seu valor fertilizante.

É conveniente frizar também que estas camadas de mato espesso tornam o estrume inacessível às moscas.

PORÉM,

O recente apparecimennto do D. D. T., insecticida de largas possibilidades e de fácil difusão, revolucionará a hygiene rural por ser de applicação simples e económica, sendo eficaz sobretudo para os artropodos que mais prejudicam o rural, os seus animais e as suas plantas.

Por outro lado, nas doses em que é insecticida eficaz, não é tóxico para os homens e para os animais superiores, pelo que a sua aplicação não carece de vigilância, mesmo nos meios pouco cultos.

Consequentemente, o D. D. T. é facilmente aceite nos meios rurais, mas é necessário vigiar se o produto exposto à venda tem a concentração eficiente, e nunca deixar vender produtos pouco eficazes que desacreditem o insecticida que tantos benefícios pode trazer à higiene rural.

É preciso distribuir folhetos esclarecedores do seu manuseamento e diversas formas de aplicação, em que também se explique a sua diferente actuação sobre os diversos insectos.

É preciso evitar também o delírio do D. D. T. que pelo seu uso em *excessivas quantidades* já comprometeu a fertilidade do solo, originando a morte dos vermes que nas suas digressões abrem galerias que tanto favorecem o arejamento dos terrenos.

O homem do campo logo que tome conhecimento da eficácia do D. D. T. será um fervoroso adepto do insecticida, porque a sua acção é, por assim dizer, electiva para os artropodos que mais o incomodam e prejudicam, embora na generalidade ignorem os grandes benefícios que a morte desses insectos traz à sua saúde.

São as várias espécies de môscas, os piolhos e pulgas do homem e dos animais domésticos, as várias espécies de mosquitos, as traças e os percevejos, assim como os insectos que lhes destroem os frutos e as searas, as vítimas electivas do D. D. T.

Se a abelha não estivesse incluída no número dessas vítimas, nenhuma restrição haveria à sua aplicação.

Orientação e assistência técnica a dar à construção rural

Para que a casa do rural não continue como até aqui a ser construída ao acaso, apenas sob as mais prementes influências climáticas, é *necessário* que a construção das novas casas rurais obedeça a uma directriz em que as condições de salubridade se harmonizem com o clima e com as necessidades, hábitos e costumes da região onde são construídas.

É *necessário também* ter em consideração que as indústrias caseiras, tais como o fabrico do queijo e doutros produtos alimen-

tícios, tenham instalações higiénicas para assim não se comprometerem as qualidades higiénicas desses produtos.

Mas para isso é necessário que, sob a prestigiosa direcção dos nossos Serviços Técnicos de Salubridade, as Comissões Municipais de Higiene, com a colaboração da Direcção Geral dos Serviços de Urbanização, cuja acção eficiente já está comprovada, organizem para cada concelho vários tipos de casa rural em que sejam considerados os materiais predominantes na região, as possibilidades económicas do meio, as necessidades familiares e agrícolas e até a própria paisagem regional.

Estes modelos tipos, e a assistência técnica à sua construção, deveriam ser gratuitos e fornecidos pelas Câmaras Municipais e, todos os que não quisessem sujeitar a edificação das suas casas a essas plantas, teriam de apresentar um projecto de construção em que as regras sanitárias fossem observadas.

Aos rurais mais necessitados que não tivessem possibilidade de erguer o seu domicílio, deveriam conceder-se participações, não só para construções novas como para melhoramentos ou ampliações dos seus casebres, atenuando, assim, quanto possível, a confrangedora e insalubre promiscuidade.

O aumento populacional tem-se acentuado nos últimos anos e é necessário e urgente fixar à terra o maior contingente possível desse saldo fisiológico, para evitar a plethora dos nossos centros urbanos.

É preciso construir casas rurais salubres e melhorar as existentes, nas nossas aldeias e casais.

As recentes povoações do Sul com toalhas de água pouco profundas tendem para a dispersão, como por exemplo os Foros de Salvaterra de Magos e dos Marinhaes e as Fazendas de Almeirim.

Essa tendência há-de verificar-se no futuro povoamento das regiões do Sul já irrigadas ou a irrigar pelo grandioso programa dos Serviços de Hidráulica Agrícola e da electricidade barata.

É praticamente impossível urbanizar de futuro esses povoados dispersos; portanto, essas povoações a edificar têm de manter sempre características rurais e, para evitar aleijões irremediáveis, a Salubridade tem de estar presente desde o início da edificação desses povoados.

JOSÉ DE ALBUQUERQUE SANCHES DA GAMA

Delegado de Saúde de Coimbra

O saneamento nos meios urbanos e rurais ⁽¹⁾

Seus aspectos fundamentais

O conceito relativamente moderno que trouxe ao primeiro plano os trabalhos de saneamento dos aglomerados populacionais alicerçou-se estruturalmente na compreensão de que a Saúde Pública ocupa no domínio da acção Municipal uma posição de primeira importância e que dificilmente ela conseguirá um nível satisfatório, sem que na verdade, os sistemas de drenagem das águas residuais funcionem a contento de todos.

Esses sistemas estão na generalidade fora das vistas e também fora dos pensamentos dominantes, excepto para aqueles que como nós os recomendam, os projectam e os constroem; e mesmo quando os trabalhos da sua construção se patenteiam, em regra não se realiza na verdade a importância fundamental que têm na salubridade; o que não impediu, todavia, que assumissem um papel de relevo na higiene municipal.

Deve-se pois à Saúde Pública e aos seus técnicos, sem dúvida, a renascença notável que hoje em dia e também entre nós se vai firmando do saneamento, e esta lição é na verdade considerada nos últimos tempos uma das fases mais interessantes da sua história.

Até esta intervenção, acentuada de há um século a esta parte, sobretudo nos últimos 50 anos, os sistemas de drenagem eram construídos somente para as águas pluviais, e os historia-

(1) Lição proferida no Instituto Superior de Higiene, no dia 12 de Maio de 1949, no V Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde concelhios, do Continente.

dores da hygiene pública descobriram-nos quase tão velhos como a própria humanidade.

Babilónia, Jerusalém, as antigas cidades gregas e Roma, ilustram, no dizer dos mesmos, a sua existência.

As águas residuais domésticas eram geralmente excluídas e até proibidas de se vazarem nesses colectores. As exigências sanitárias eram de via muito reduzida e talvez mesmo a obrigatoriedade de ligação fosse vista como uma invasão dos direitos individuais.

De Frontinus — um comissário do serviço de águas, no século I, de Roma — a Lindley, engenheiro inglês que se ocupou do plano e da construção do primeiro sistema de saneamento, e considerado a justo título o pioneiro em tal matéria, aí por 1842, não houve progresso notável.

Hamburgo realizou nessa data e pela mão do mesmo Lindley, o primeiro sistema de conjunto com ideias novas, e a hidráulica aplicada revolucionou, pela utilização do prisma das marés do Buinsen-Alster, a técnica da limpeza que assegura a vazão, e a tal ponto que 25 anos passados uma comissão de peritos referiu os colectores limpos e sem cheiros.

Marca pois 1842 a renascença da técnica do saneamento, a que os ingleses por volta de 1845 a 1847 dão impulso pelos seus estudos e exigências de melhor servir o desenvolvimento dos grandes centros populacionais — com Londres à cabeça.

A epidemia macissa da cólera na primavera de 1849, em Londres, que se repete em 1852 e 1854, exige no Parlamento em 1855, medidas drásticas de melhoria do saneamento, descoberto que foi o curto circuito entre a água de abastecimento e o colector do esgoto.

Paris batido igualmente pela cólera deve a esta o seu actual sistema de esgotos, que tem sido melhorado e actualizado conforme as necessidades imperiosas da urbanização.

A evolução é nesse capítulo fatalmente lenta. Os povos que mais rapidamente assimilaram a sabedoria alheia, e os seus resultados, foram os norte-americanos, os escandinavos e os alemães.

A corrida não foi célere, nem todos os fenómenos eram conhecidos. Mas foi firme, ganha aos poucos, demolindo as velhas ideias e a rotina, modificando os hábitos, melhorando sucessivamente a técnica, e trazendo-se a lume os benefícios, a garantia sanitária, o conforto, e um tanto a civilização.

A resolução dum ponto importava o estudo e a compreensão de outros que ora se levantavam. A cadeia de problemas primários e secundários que tinha de ser enfrentada exigia a colaboração e a competência de técnicos de variados sectores.

É assim ainda hoje e se-lo-à sempre, na especialização cada vez mais acentuada das artes, dos ofícios e da ciência.

Quanto a nós, tem de se reconhecer que a partida não é ainda fácil de ganhar para transpor os cinquenta anos que nos distanciam das primeiras execuções com base técnica.

* * *

Um sistema de saneamento começa nas canalizações interiores dos prédios e termina no ponto ou no local aonde sem inconveniente de qualquer ordem se permite o abandono puro e simples das águas residuais. Os estudos que se desenvolvem para conseguir este desideratum agrupam-se em princípios sólidamente estabelecidos, alguns dos quais encontram já no articulado das leis e dos regulamentos as premissas que orientam a fisiologia e a execução.

Assim, nos prédios, desde os ramais de descarga aos tubos de queda e aos ramais de ligação, desde os materiais aos calibres, desde a disposição relativa que regula os declives e assegura a vasão, desde os sifões ao sistema de ventilação, tudo está regulamentado, bem regulamentado, de forma a assegurar a evacuação rápida, em óptimas condições de hidráulica das águas conspurcadas e dos materiais putrescíveis que elas carregam aos colectores públicos. A discriminação dos aparelhos sanitários ou melhor o apetrechamento da aparelhagem que permite a utilização ao abrigo das ameaças, que a deficiente construção ou o insuficiente funcionamento poderia representar para quem tem de os manipular, alcança um nível, nessa mesma regulamentação, que torna fácil e expedita a actuação do pessoal sanitário, que tem de velar pela eficiência da instalação.

Dos materiais o grês continua a ser o material de eleição.

O estudo sistemático do que legalmente se prescreveu é de interesse e obrigação para os que no Serviço de Saúde Pública desempenham tais funções.

O conceito que actualizou os sistemas em voga, até ao início da técnica de hoje em dia, acompanhou os trabalhos dos norte-

-americanos, abandonando-se as ideias inglesas, para se seguirem outras igualmente eficientes mas mais práticas, simples e económicas.

Procurou-se estabelecer traçados que diminuíssem os comprimentos das canalizações, reduzindo-se assim as probabilidades de fugas por desvedação, que são sempre causas directas ou remotas da inquinação dos alimentos, da existência de maus cheiros e de gases nocivos à saúde pública, uns provenientes directamente da degradação da matéria orgânica outros da infiltração através das juntas desvedadas. Os pontos culminantes do sistema interior dos prédios foram o agrupamento a pequena distância do tubo de queda dos aparelhos sanitários e a abolição do sifão geral interposto junto do colector público. A complicada teia de tubagem de arejamento foi igualmente simplificada.

Calibres e declives, pontos fundamentais, foram estabelecidos, do mínimo ao máximo, no jogo das probabilidades que é a utilização, principalmente, na habitação colectiva. E são essenciais. Fugir ao calibre que assegura a vazão rápida é atraiçoar a própria economia da instalação.

A inflexibilidade aí tem de ser a regra.

É certo que os objectivos dentro e fora dos prédios só se podem atingir como parte integrante dum sistema quando simultaneamente se dispõe de água de abastecimento canalizada nas habitações.

Vai já o tempo em que os sanitaristas se dividiram em duas escolas, uns advogando o método de remoção das excreções por via seca outros carreando-as pela água. Por um lado, o espectáculo que ainda se vê aqui e acolá, do carro metálico, de porta em porta, vazando os recipientes aonde se contém as excreções, ou até mesmo a vazão completa na via pública; por outro lado o sistema de canalizações que, usando a circulação da água, conduz essas excreções. Duas escolas, duas concepções, cada uma delas doutrinando e regulamentando em consequência.

Por 1820 os parisienses cometeram o erro de insistirem na construção de fossas na área urbanizada de Paris, e tempo passado as consequências foram tão sérias que houve que revogar e pensar doutra forma. Não há pois que imitar os velhos tempos de há um século, nesta matéria.

É certo que a topografia muitas vezes apresenta dificuldades para a construção de rede para circulação de águas residuais,

mas dispõe-se actualmente dos meios de fazer face a todos os problemas que surjam.

A carriage pela água é primariamente um método 100 % higiênico, remove immediata e economicamente excreções e resíduos da vida doméstica, e deve ser usado de preferênciã a qualquer outro método. Hoje mesmo encara-se com prespectivas promettedoras a própria remoção dos lixos caseiros pelos colectores. Aqueles portanto que advogam uma política sanitária contrária cometem um grande erro.

Mas a água é o factor principal e sem a sua existência em abundância não haveria possibilidade de conseguir um sistema satisfatório. Admite-se e insiste-se que nela se pense em primeiro lugar, ou mesmo simultaneamente, mas nunca em último lugar, como já tem sucedido. Seria muito difficil fazer vingar qualquer plano de evacuação de esgotos que não fosse na base da evacuação pela água. E se se constata que há zonas populosas em cidades importantes do nosso País e de outros países que se utilizam de fossas para essa evacuação, temos de reconhecer que 100 anos não foi tempo bastante para reforma integral de um sistema condenado. Afinal um século representa muito pouco na vida infinita da humanidade.

Mas alguma coisa ainda se aproveita.

A hygiene rural por enquanto debate-se no aproveitamento das velhas soluções, e algumas ajustam-se quando bem desenhadas e construídas às funções que isoladamente se lhes exigem. Estão neste caso as regras dimanadas dos Serviços de Saúde para a applicação restrita e condicionada a casais isolados e a pequenas instituições, com resultados de certa eficiência.

Mas a hygiene urbana vai mais além. Nos aglomerados populacionais, grandes ou pequenos, a política sanitária tem de firmar-se no saneamento como um sistema de conjunto, que sirva agora e em futuro distante.

* * *

Se a rede de esgotos começou nas canalizações dos prédios, como se referiu, a concepção dum tal sistema não admite soluções de continuidade.

É da utilização presente e futura que provém as bases que não de servir ao estabelecimento desse sistema, concretizadas nos

cálculos de previsão populacional das áreas a servir. Como se sabe o sistema é constituído por um grupo de canalizações implantado em locais determinados, em regra a meio da via pública, a profundidade bastante para permitir a descarga dos ramais de ligação em condições apropriadas.

No projecto e portanto no traçado tem de servir os prédios em todas as vias públicas actuais e naquelas que a urbanização prevê para o futuro. Nos calibres, nos materiais, na forma dos colectores, nos acessórios, impera a hidráulica, que tem por ponto de apoio a gravidade, e pode-se afirmar que há duas balizas a limitar o plano do traçado: a topografia e o destino dos esgotos.

As exigências da vasão em velocidades que inibam a deposição dos materiais em suspensão que o esgoto carrega, e isto tem de ser tomado em conta como peça fundamental da limpeza automática das canalizações em todos os tempos, são determinantes para o declive e para o calibre.

Ora um e outro são ditados pela topografia para assegurar que a gravidade pela sua força accione o sistema, sem mais despesas nem incómodos.

O traçado não é somente influenciado por estes básicos factores, que têm de ser ponderados em primeira mão. Mas o tipo do sistema tem igualmente influência, não tão decisiva, quanto a forma, calibres e implantação dos colectores.

Não se pode afirmar *à priori* a preferência ou as vantagens que um sistema tem sobre outro. Eles não são muitos e fundamentalmente o Regulamento Geral de Canalizações de Esgotos consagra os clássicos sistemas unitário, separado e misto.

Mas para cada caso, como para cada doença, o remédio tem de escolher-se, e a escolha terá de recair no tipo que preencha mais economicamente os fins em vista, tendo em atenção o destino final do esgoto.

Não é indiferente optar por um sistema que tenha de assegurar a evacuação simultânea de todas as águas residuais, domésticas, pluviais, industriais; tem de saber-se o que se vai fazer delas, até que ponto convém separá-las ou juntá-las e o destino dos esgotos.

As considerações que presidem a esta última tarefa são essencialmente económicas e sanitárias.

Se temos de enfrentar um tratamento de esgotos, convirá reduzir o volume dos mesmos, pois o equipamento e o apetrecha-

mento são uma função directa desse volume. E na verdade por pouco que custe, temos de cautelosamente não sobrecarregar o erário municipal com soluções dispendiosas, se outras houver, que respeitem os objectivos sanitários a ter em vista. Se dispomos de um curso de água aonde lançar os volumes de esgoto, quaisquer que sejam à roda do ano, sem que isso represente inconveniência, o sistema unitário salvaguardará as exigências totais.

E isto tem importância, pois se o traçado em globo tem de seguir as vias públicas, a construção terá de cingir-se aos dispositivos essenciais desenvolvidos nas dimensões que representem o mínimo de despesa, compatível com as funções da própria rede.

A solução gira quase sempre entre o separado e o unitário e podemos afirmar que, na maioria dos casos dos aglomerados portugueses com cursos de água de regime torrencial, se terá de recorrer ao separado, pois quase sempre o tratamento dos esgotos se impõe.

Traçado em troços rectilíneos em planta e em perfil; na mudança dum ou doutro, caixas de inspecção ou visita; calibres para juzante iguais ou superiores aos anteriores; declive que assegure velocidade bastante para os colectores se manterem limpos; profundidade de assentamento que dê passagem superior e bastante às canalizações de água de abastecimento, e amortença as vibrações do trânsito, impedindo o esmagamento dos colectores; materiais estanques, inalteráveis pela acção dos esgotos, que evitem, por desvedação fácil, as pressões hidrostáticas e as fugas no sub-solo; assentamento em soleiras firmes, lâmina líquida nos colectores, mínima de acordo com a hidráulica; eis algumas das mais importantes exigências.

Os vários elementos da rede dependem, na sua forma e dimensões, do cálculo prévio das águas residuais a evacuar, o que se faz geralmente no caso da rede separada a partir do consumo de água e na rede unitária a partir da média das precipitações atmosféricas. A economia é largamente afectada se um judicioso critério de exame e de estimativa não for seguido. Principalmente com o sistema unitário torna-se necessária a observação dos dados pluviométricos de largos períodos para se fazer uma ideia, a mais clara possível, da frequência, repartição e volume das chuvas que atingem o colector. Os calibres têm de se estabelecer para um serviço médio e não para o ocasional das grandes quedas de chuva que provocam as grandes inundações,

o que só em regra se verifica em períodos de larga frequência. Nesses momentos há que suportar os inconvenientes, de breve duração em regra.

A observação destes pontos na apreciação dos projectos e na sua preparação tem largo significado, pelo que não pode sobre eles passar-se de ânimo leve.

* * *

O que fazer aos esgotos quando os colectamos e dirigimos para locais previamente escolhidos para a sua descarga? A questão poderia pôr-se doutra forma: Quais as determinantes, em condições de topografia sensivelmente iguais, que obrigam a dirigir a rede para este ou aquele ponto?

Aqui renasce na sua essência o aspecto que mais particularmente interessa à Saúde Pública. Se a instalação de canalizações interiores nos prédios representa um importante passo para diminuir as probabilidades de conspurcações, inquinações e até de doença, se a evacuação das águas residuais por uma malha de colectores públicos marca sem dúvida um avanço não menos importante no saneamento, temos de concordar que o destino de todos os esgotos é o ponto para o qual as instâncias superiores de saúde procuram uma solução nitidamente satisfatória.

As populações fixaram-se em locais apropriados ao desenvolvimento das suas actividades e que garantiram a sua existência. Os hábitos de higiene foram-se desenvolvendo, e hoje os detritos de toda a espécie que resultam das actividades humanas, quer em águas residuais, quer em lixos, quer noutros aspectos, assumem proporções de importância sem par para a conservação das populações nos locais onde se fixaram.

A vida nómada cessou.

Criou-se, por força das circunstâncias, uma técnica nova: a que estuda, orienta, investiga, não só o aproveitamento desses desperdícios para a sua estabilização, de forma a impedir que se tornem, directa ou indirectamente, uma ameaça para a existência desses aglomerados, mas até para a sua recuperação e aproveitamento.

Os estudos e casos de recuperação dos efluentes depurados estão recebendo cada vez mais atenção.

Procura-se pela sua utilização diminuir o desequilíbrio das finanças, pois geralmente o tratamento de esgotos é quase uma despesa sem contrapartida de receitas.

O aproveitamento faz-se quase no campo industrial, aonde as águas residuais depuradas podem ser utilizadas sem quaisquer inconvenientes; refinarias de petróleos, abastecimento de centrais ferroviárias integradas na utilização hidro-eléctrica, nas indústrias pesadas para refrigeração e na maioria para rega.

As lamas convertidas em produtos estáveis e praticamente inócuos, que são cerca de 0,03 % dos materiais recuperáveis podem ser por via de regra vendidas como fertilizante, cujo preço é uma função do azoto que contém.

Ora pensar que cerca de 70 % das águas que utilizamos nas nossas habitações e nos serviços gerais públicos se transformam em águas residuais, que por indivíduo se contribue para a montureira municipal com cerca de 800 grs. a 1 kg. de detritos de toda a ordem, é passar pela nossa mente as dificuldades que as municipalidades e o seu corpo de técnicos enfrentam para garantir aos seus cidadãos uma vida salubre, livre de perigos de toda a espécie, que nos liberta da imundície e da porcaria.

Ora a principal dificuldade quanto à forma como nos desembaraçamos dos esgotos é devida à putrescibilidade das matérias orgânicas que o esgoto contém, e que, embora sejam muito menos de 1 % da sua composição, — o resto é água — obrigam em muitos casos à necessidade de tratamentos adequados para impedir que de facto se tornem perigosas e incómodas. E aqui reside o principal problema dum sistema de esgotos.

Se até este ponto as dificuldades relativas ao saneamento eram fundamentalmente questões que a engenharia pode resolver, na maior parte dos casos facilmente, a questão muda um tanto de figura ao considerar-se o estudo deste outro aspecto que acaba de se focar: ele situa-se no domínio da bioquímica, que à engenharia vem prestar o seu concurso.

São a bem dizer da nossa época os progressos realizados neste capítulo, e que não atingiram ainda para todos os casos um nível seguro e absoluto de aplicação indiscriminada.

O abandono dos esgotos pelo método mais facilmente possível, sem se olhar muito às condições locais e aos inconvenientes que viriam a revelar-se altamente nocivos, era seguido geralmente por toda a parte.

Nas zonas mais densamente povoadas, os protestos não se fizeram esperar e o reconhecimento da nocividade de tal prática sobretudo de 1880 para cá, com a descoberta do bacilo da febre tifóide, marcou decididamente uma nova era na evolução destes trabalhos. Apesar da bacteriologia estar naquela data na sua infância, foram iniciados estudos no sentido de aproximar mais as suspeitas da transmissão de certas doenças de forma imperfeita como se nos desembaraçássemos dos esgotos, e na verdade já em 1877 em França, em 1882 em Inglaterra, e um pouco mais tarde na célebre Lawrence Experimental Station nos E. U. A. se lançaram as bases dos estudos biológicos que conduziam à estabilização das substâncias putrescíveis. Daqui aos modernos processos de tratamentos de esgotos foi um passo.

Então, entre dois processos, ter-se-ia de escolher um para o abandono dos esgotos; ou um curso de água, aonde à diluição pura e simples se entregava à degradação da massa das águas residuais ou à irrigação de terras aráveis, aonde os esgotos se incorporavam como fase final da fisiologia dum sistema. E ambas as práticas, com as suas virtudes e defeitos, mal conhecidas e mal aplicadas, traziam dentro em pouco, na generalidade dos casos, altos inconvenientes sanitários que obrigaram ao estudo mais profundo da questão.

Na diluição entrega-se às forças naturais contidas na água a transformação das substâncias orgânicas putrescíveis, noutras estáveis; na irrigação aos elementos de transformação que a terra contém, que desenvolvendo processos físicos — como os da filtração — químicos — como os de oxidação — e biológicos — como os da decomposição pela concorrência vital —, se procura e se consegue a estabilização desejada.

Em ambos os casos temos a depuração natural cujos passos evolutivos mais compreendidos e conhecidos auxiliaram a desenvolver os métodos, pelos quais hoje se conseguem depurar adequadamente as águas residuais, quando os factos residindo os mesmos, simplesmente se podem acelerar, regular e aplicar com relativa segurança.

A depuração por irrigação está em franco declínio, em todos os países aonde foi durante largos anos seguida, como na Inglaterra, na América do Norte, à roda de Paris e à roda de Berlim, mantendo-se num ou noutro caso na Austrália e na África do Sul. Tem ainda os seus entusiastas, na ideia da valorização e

exploração da terra, mas sobretudo à custa da água que o esgoto contém.

Parece ser talvez o mais antigo processo de tratamento que com um pouco de técnica se associava ao estabelecimento dos sistemas de esgotos e actualmente só se torna comparável a sua aplicação, nos resultados, aos métodos modernos, desde que se disponha de largos tractos de terrenos a baixo custo, com uma direcção técnica eficiente, tanto sob o ponto de vista sanitário como de exploração agrícola e quando a água é escassa para fertilização da terra. Todavia as populações mostram-se quase sempre relutantes no consumo dos géneros produzidos. Não há que insistir, em nossa opinião, no processo.

Nos trabalhos da Real Comissão Inglesa que se occupou exclusivamente dos esgotos, embora se admitisse que até à sua actuação não se traçaram ou espalharam doenças ocasionadas pela irrigação — bem feita — nas zonas estudadas, pondera-se que é talvez maior o número de casos de má técnica nos trabalhos de tal prática que produzem má vizinhança, maus cheiros, moscas em abundância e que se tornam vectores de doenças, além de que, e mais directamente, o consumo de vegetais sem fervura e de leite cru proveniente de vacas pastando nessas zonas, aconselha a restrição.

Portanto na ausência de casos epidémicos a attribuir a tal processo, têm as considerações higiénicas de ditar a política segura a seguir.

Não é pois de advogar entre nós uma extensão destes métodos aonde falha a técnica e a compreensão. É preferível orientar o tratamento de esgotos não os associando directamente à alimentação pública.

* * *

A diluição pura e simples dum volume de esgotos num curso de água tem os seus limites. Não pode nem deve considerar-se indiscriminadamente. As possibilidades de estabilização que uma massa de água oferece a um volume de esgotos que nela seja encorporada são hoje sobejamente conhecidas e definidas. A diluição não é somente, como o seu nome o indica, um processo pelo qual nos vemos livres dum esgoto diluindo-o ou dispersando-o num volume de água tal e de forma que se não possa reconhecer.

Os cursos de água, os lagos, os estuários sujeitos às marés e as águas das praias de banhos, têm uma capacidade de poluição acima da qual não haverá mais depuração natural e a partir desse momento se levantarão inconvenientes graves que podem afectar a saúde pública. A capacidade é determinada pela auto-purificação realizável, e esta depende das condições físicas, químicas e biológicas existentes na água que recebe os esgotos.

Não é pois indiferente, hoje em dia, que se escolha um curso de água para lançamento de esgotos, sem que se considere que a higiene tem de responder pela contaminação ou poluição das águas de abastecimento público, pela conspurcação e desvalorização da propriedade particular, pela poluição dos parques de mariscos, dos locais de desportos e de banhos, pelo conforto dos que habitam na vizinhança dessas zonas; tem ainda de considerar os prejuízos económicos que resultam e tornam inadequadas águas que podem servir às indústrias; tem que saber defender ou preservar a criação ou existência da vida animal e ainda olhar à interferência mais indirecta que pode ocasionar aos direitos de utilização dessas águas a formação de bancos de lamas, sempre associados à descarga de esgotos.

A auto-purificação é definida como um processo natural ou uma combinação de processos naturais lentos e sucessivos que tornam estáveis e inócuas as substâncias que se incorporam na água, de forma a que esta volte à sua pureza anterior.

Sob o ponto de vista das forças físicas que actuam na auto-purificação, conta-se a dispersão, que diminue a concentração das matérias orgânicas com melhoria de condições de maus cheiros e de aspecto geral; a sedimentação, pela qual as substâncias mais pesadas, e as susceptíveis de aglutinação, em águas paradas ou quase, se depositam; a luz do sol que actua como desinfectante, destruindo muitas bactérias prejudiciais; o arejamento, que é particularmente importante para o fornecimento de oxigénio à água, e pela troca de gases que ocasiona.

A via química comporta a oxidação, pela qual certos aeróbios convertem as complexas substâncias orgânicas em substâncias minerais, gases e outras estáveis. Os próprios compostos minerais de ferro e manganéz, sendo oxidados, decantam como insolúveis; implica ainda a redução ou a hidrolização pelos anaeróbios que liquefazem e desdobram os complexos orgânicos do

esgoto, preparando o caminho para a oxidação e essa fase passa-se principalmente nos depósitos de bancos de lamas.

Considera-se ainda no domínio da via química a floculação que resulta da mistura de certas substâncias que se encontram nos esgotos com outras que a água contém, a desinfecção admite-se pela presença de cobre e arsénio derivados de águas residuais das indústrias, que destroem as bactérias e outros organismos vivos.

Os processos biológicos da auto-depuração enquadram a concorrência vital: as bactérias, os protozoários, as rotíferas, as algas, os fungos, no plankton — alimentam-se dos elementos desdobrados que resultam das decomposições, das substâncias orgânicas, e as formas mais elevadas da vida, quer animal quer vegetal, aproveitam o que podem.

Deriva destes fenómenos uma sucessiva mudança na composição, aspecto e grau de purificação da água, na qual inicialmente é descarregado um esgoto, demarcando-se zonas sucessivas que nitidamente se distinguem como de degradação, activa decomposição e recuperação.

Ciclos de vida e de morte, de devorar e de ser devorado, sucedem-se e ocorrem simultaneamente, até que todo o material orgânico desapareceu na forma de gás ou líquido, deixando atrás de si substâncias minerais que só voltam à vida animal muitas vezes através da absorpção pela vida vegetal.

É o ciclo do azote, que da ureia, das proteínas, desdobradas sucessivamente retoma a forma mineral do amoníaco, dos nitratos e dos nitratos em que de novo volta à vida vegetal, e daí pela alimentação à vida animal convertido noutras proteínas.

É igualmente o ciclo do carbono e do fósforo. É enfim a rotação da vida.

* * *

A capacidade de um curso de água para receber e oxidar um volume de esgotos depende não só do seu conteúdo de oxigénio, pois se demonstra que as transformações bioquímicas estão associadas à sua presença, mas das exigências de oxigénio que o esgoto apresenta, nos seus líquidos e sólidos para a estabilização. É o que se refere por carência bioquímica de oxigénio. C. B. O. ou B. O. D.

O laboratório intervém pois para duas ou três determinações fundamentais em tais casos: o oxigénio dissolvido, a carência bioquímica de oxigénio e as substâncias em suspensão num esgoto. As primeiras determinações deixam antever das possibilidades da estabilização completa de todo o esgoto se o balanço de oxigénio for positivo na prova laboratorial realizada. Quer dizer, se o curso de água tiver caudal suficiente para manter uma existência positiva de oxigénio em solução, quando nele se descarrega um dado volume de esgoto, poderemos afirmar, se outros inconvenientes de ordem geral ou sanitária não houver, que a diluição pode ser método eficaz. Neste caso, não haverá que temer quaisquer contrariedades, desde que o projecto tenha em conta a dispersão do esgoto. Se o balanço for negativo, e é-o quase sempre, em cursos de água de regime torrencial, há que beneficiar ou tratar o esgoto antes que ele se descarregue no citado curso de água.

A questão não é tão simples como aqui se enuncia, pois o estudo completo dum curso de água para determinação da sua capacidade de recepção e diluição dum esgoto é particularmente moroso, delicado e exige técnica aperfeiçoada.

O laboratório traz pois o seu concurso ao estudo detalhado do problema, mas nem sempre é absolutamente necessário.

A medição dos caudais e a inspecção sanitária realizada por pessoa competente pode dispensar inicialmente a prática laboratorial.

Todavia é fundamentalmente este um dos aspectos mais importantes no saneamento, pois geralmente as águas residuais têm de lançar-se num curso de água ou numa linha de água, para assim nos desembaraçarmos delas.

Tem pois ao encarar-se um esquema de simples diluição de considerar-se um conjunto de circunstâncias em que vai fazer-se a auto-purificação, e se realmente o curso de água no local escolhido reúne as condições citadas para bem se ocupar do esgoto.

O local para onde tem de se dirigir a rede de esgotos tem de ser aquele que servido pela gravidade permita sem restrições de ordem geral e sanitária o escoamento livre das águas residuais, purificadas ou não. Preferem-se as zonas não habitadas, arborizadas, afastadas dos centros populosos, e opostas aos ventos dominantes.

Se a diluição pura e simples não é possível, como sucede na maioria dos casos, nos aglomerados implantados nos cursos, superiores e médios dos rios, ou dos seus tributários, tem de encarar-se a depuração dos esgotos se se quiser respeitar a salubridade local e evitar os perigos que podem resultar para a saúde pública.

Até que ponto um esgoto tem de ser depurado?

A depuração dos esgotos envolve uma série de operações, muitas das quais são dispendiosas e tem por objectivo, na sua essência, facilitar às forças naturais, a eliminação completa das substâncias prejudiciais e putrescíveis. Se evidentemente a água residual não tem de voltar ao consumo, — o que a técnica actual poderia tornar possível — o tratamento dos esgotos far-se-á até ao ponto em que o efluente pode ser abandonado, — o que pode suceder em muitos casos — mesmo não totalmente estabilizado, sem inconveniente de qualquer ordem e se a sua recuperação não for realizável. E se o for ter-se-á de igualmente considerar até que ponto o efluente tem de ser depurado.

A depuração dos esgotos compreende fundamentalmente a separação dos líquidos e dos sólidos, o tratamento parcelar dos líquidos e por sua vez o dos sólidos. São fases diferentes, usando-se técnicas diferentes.

A separação dos líquidos consegue-se facilmente recorrendo à decantação natural ou em casos mais difíceis à aglutinação por via química. Separam-se assim cerca de 60 % de matérias em suspensão. E aos líquidos resultantes pode-se com a filtração, com a oxidação ou com a desinfecção, torná-los praticamente inócuos, se for necessário. Se o curso ou linha de água aonde se podem vazar for por região arborizada, de extensão, não habitada, não servindo plantações, não há inconveniente, desde que não contribua para abastecimento a juzante, do abandono puro e simples do efluente desembaraçado de 60 % das suas substâncias em suspensão. Uns quilómetros de percurso e a água retoma a sua pureza inicial. O tempo é o grande factor. De contrário há que ir mais longe no tratamento, sempre pelos processos mais económicos e eficientes.

Os sólidos entregam-se geralmente à digestão que assegura em dispositivos apropriados, a transformação das lamas em humus que podem sem perigo ser incorporados, nos terrenos, ou abandonados.

A redução da carência bioquímica do oxigénio e do teor bacteriológico dum esgoto consegue-se imediatamente nas primeiras fases de qualquer tipo de separação. É da ordem dos 40 %, após a simples decantação e atinge 90 e tal por cento após a oxidação, quer na filtração, quer na percolação, quer nos sistemas de arejamento. É portanto relativamente fácil determinar em que ponto do tratamento conseguimos um efluente que nos dê uma vez encorporado num curso de água um balanço positivo de oxigénio, se isso for necessário, como na maior parte dos casos.

Os processos de depuração devem entre nós escolher-se de forma a evitar a excessiva mecanização da estação, que exige o emprego de múltiplo equipamento e de energia a consumir. Tem de ser condicionado à natureza do esgoto, às suas características físico-químicas, e principalmente à sua concentração. Esta mede-se laboratorialmente pela determinação das matérias em suspensão e pela carência bioquímica do oxigénio, expressas em partes por milhão ou em miligramas por litro.

Esgotos concentrados são a regra nos aglomerados populacionais do nosso País aonde a capitação de água de abastecimento é mínima: torna-se indispensável ter água abundante, boa e barata; é preciso que seja consumida em largas quantidades para que, no efluente, os esgotos sejam fácil, económica e eficientemente depurados.

A elasticidade dos sistemas de depuração é maior nuns processos do que noutros, portanto ao ser recomendada a adopção dum tipo de tratamento tem de pensar-se se ele é o assegurado para o esgoto que se lhe destina, e se o projecto se baseia, como é indispensável, na composição desse esgoto, e se se realiza a maior economia para o tipo de efluente que se deseja.

Reside nestes pontos, na sua análise e na sua aplicação, a base que assegura a eficiência do sistema, cuja exploração constitue um encargo do Município.

Vivemos ainda entre nós, a este respeito, num período em que os Municípios a quem cabe resolver os problemas do saneamento, hesitam na aceitação de construções dispendiosas e que podem tornar-se no seu funcionamento um agravo constante dos seus encargos, sem contra-partida de receitas.

Aqui reside o grande interesse pela recuperação de que falámos já.

A renovação depende a nosso ver da reforma da política de salubridade, que se arrasta vagarosamente, e que trará ao Município as possibilidades técnicas e financeiras para desenvolver uma acção que no capítulo de hygiene lhe é exclusiva.

O saneamento, como factor primordial da saúde colectiva, paga-se. E quem tem de o pagar é quem dele se serve.

Isto é assunto arrumado nos países que marcham na vanguarda e a meia dúzia de estações de tratamento de que dispomos não poderão multiplicar-se sem também o arrumarmos entre nós, mantendo-se até lá as condições precárias insalubres e impróprias que todos conhecem, nos cursos de água e nas praias de banho.

AGNELO PRAZERES

O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

em 1949

(RELATÓRIO E CONTAS)

De acordo com o programa traçado e conforme costumamos, esforçar-nos-emos por ser sucintos no que dissermos, limitando-nos a referir factos, facilmente documentáveis.

O edificio e as instalações

Dados os beneficiamentos introduzidos nos três anos anteriores, foi relativamente pouco o que teve de se realizar no ano de 1949 em matéria de aperfeiçoamento e adaptação do edificio às finalidades do Instituto, a que o decreto-lei n.º 35.108 deu tão grande impulso e ao qual S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social, Sr. Dr. Trigo de Negreiros, nunca regateou o necessário auxílio, dentro das possibilidades da hora que passa.

Conforme fora já previsto, fez-se o apetrechamento das quatro salas destinadas no 2.º andar à ampliação do Serviço do Laboratório de Bacteriologia Sanitária, salas que ficaram todas com o material e móveis indispensáveis ao seu funcionamento, com secções separadas, conforme as exigências da técnica, para assegurar o melhor rendimento do trabalho.

Adquiriram-se igualmente móveis destinados á montagem dum laboratório de Bacteriologia Sanitária no Hospital de Curry Cabral, de modo a facilitar os estudos e investigações sobre doenças transmissíveis.

Igualmente se adquiriu material destinado ao Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia.

Procedeu-se a limpezas, reparações e pinturas nas salas da Biblioteca, do Curso de Visitadoras e de leitura, escada de serviço, sótão, corredores e retrete do 1.º andar.

Para evitar perdas de tempo, por os serviços estarem dispersos por três andares, além do sótão, instalaram-se aparelhos telefónicos em todas as secções, com P. B. X. junto da secretaria.

Pessoal

Não tendo sido nomeado médico nutricionista, lugar vago pelo pedido de exoneração do Dr. Moura Monteiro, nem por isso o material adquirido e as salas destinadas à nutrição ficaram por aproveitar, visto ter nelas vindo trabalhar um Médico adjunto do Serviço de Higiene da Alimentação e Bromatologia e duas visitadoras, ocupando-se em estudos da especialidade, conforme determinação superior e orientados pelo Director do respectivo Serviço que é concomitantemente Chefe do Serviço do Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia.

Dependente do mesmo, continuou a funcionar no Instituto o Laboratório da Junta Sanitária de Águas.

Durante o ano foram admitidos quatro preparadores, uma dactilógrafa e um servente. No Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia começou a trabalhar no estudo das vitaminas o Dr. Guilherme Jorge Janz, sem pertencer contudo ao quadro do Instituto.

Material

Além do material para os laboratórios, já referido, foi adquirido material de escritório para aperfeiçoamento dos serviços de Secretaria, Biblioteca e Laboratórios, tendo-se comprado uma máquina fotográfica «Leica» destinada a documentações e estudos vários, bem como livros, além dos oferecidos e das publicações permutadas.

Grupo de Amigos do Professor Ricardo Jorge

Conforme nos anos anteriores, continuaram a ser publicados trechos de trabalhos do Prof. Ricardo Jorge no Boletim do Instituto, entre os quais um discurso que proferiu em Tomar em 1928, por ocasião duma sessão de homenagem aos benemé-

ritos da Misericórdia, a que presidiu S. Ex.^a o Sr. Presidente da República.

Na sessão de abertura do V Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, com o título de *Uma lição da História da Higiene*, procurei sintetizar o que foi a acção de Ricardo Jorge, então médico municipal do Porto, por ocasião do surto de epidemia de peste de 1899.

Em 29 de Julho, data em que passou o 10.^o aniversário do falecimento de Ricardo Jorge, proferi na Emissora Nacional uma palestra a seu respeito, publicada no número de Agosto seguinte da *Medicina Contemporânea*.

Em 22 de Julho, na sessão dedicada a comemorar o *Dia da Saúde*, em que proferiu no Instituto uma conferência o Dr. Bernardino de Pinho sobre a *Organização Mundial da Saúde*, foi prestada homenagem à sua memória.

Os Subdelegados de Saúde que tomaram parte no V Curso de Aperfeiçoamento, deixaram no Instituto 1.000 escudos destinados à subscrição para se fazer um busto do seu Patrono.

Tivemos a lamentar durante o ano corrente a perda de dois amigos do Prof. Ricardo Jorge.

O primeiro foi o Dr. Fausto Landeiro, vítima dum desastre na América, quando ali se encontrava mais uma vez, dedicadamente, em serviço oficial, na companhia do Prof. Francisco Cambournac.

O segundo foi o Dr. Stefanopoulo, prestigioso director do Serviço da Febre Amarela no Instituto Pasteur de Paris, que foi vítima dum desastre de avião no momento em que aterrava em Alger. Não podemos esquecer a carta que espontaneamente nos enviou a propósito de Ricardo Jorge, publicada no n.^o II deste Boletim, de 1946, nem as palavras que ouvimos da sua boca, no Instituto Pasteur, em Setembro de 1948, demonstrando a alta consideração de que ainda goza o eminente Professor a quem se deve o Instituto de Higiene que tem o seu nome.

Publicação do livro «Diagnóstico Social»

Dada a falta de compreensão, da parte de muitas personalidades de categoria e com responsabilidades, a respeito do conceito e da técnica do Serviço Social moderno e dos altos benefícios que dele podem resultar para a Saúde Pública, e a necessidade dum livro fundamental para a formação das visitadoras sanitárias,

tomámos a iniciativa da publicação duma das mais notáveis obras dedicadas ao assunto. Escolhemos o livro *Diagnóstico Social*, escrito pela americana Mary Ellen Richmond, uma das mais prestigiosas obreiras da técnica do Serviço Social, principal orientadora do que em tal matéria se tem feito em França, Bélgica e outros países, citada com respeito justificado pelos mais categorizados autores que se têm ocupado da matéria.

Confiámos a tradução ao Dr. José Alberto de Faria e, obtida a autorização de S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Assistência Social para a publicação, puzemo-nos em comunicação com a Direcção da benemérita *Russell Sage Foundation*, de New York, proprietária da obra, que imediatamente nos concedeu autorização para a edição portuguesa em condições que a tornam credora do nosso reconhecimento.

Reconhecendo-se a vantagem de no prefácio da tradução se fazer um esboço histórico das origens, evolução e conceito do Serviço Social, não só nos diversos países, como particularmente em Portugal, ficou o volume com 500 e tal páginas.

O produto da venda (100\$00 cada exemplar) por autorização de S. Ex.^a o Sr. Subsecretário de Estado, será destinado à publicação do primeiro volume da reedição das obras do Prof. Ricardo Jorge, cujo Centenário passará no dia 29 de Julho de 1958.

Deste modo ficará ligado o nome de Mary Richmond, talvez a maior impulsionadora que o Serviço Social tem tido, ao de quem em Portugal, no decreto n.º 12.477, de 12 de Outubro de 1926, fez fixar numa lei portuguesa a primeira referência às Visitadoras Sanitárias.

Curso de Medicina Sanitária

No ano de 1948-1949 o Curso de Medicina Sanitária funcionou, nos termos do Decreto n.º 36.050 de 18 de Dezembro de 1946, nos mesmos moldes dos anos anteriores, continuando a realizar-se apenas em Lisboa, sendo os horários elaborados de modo a permitir que os alunos pudessem frequentar concomitantemente o Curso de Medicina Tropical e aproveitar alguns serviços hospitalares.

Requereram inscrição no Curso 51 alunos, sendo inscritos 43. Dos que requereram, eram médicos 48, sendo 2 engenheiros e 1 médico-veterinário. Dos inscritos perderam o ano por faltas 10, o que representa o aproveitamento de 77 % e a perda do ano de 23 %. Destes alunos haviam-se formado em Lisboa 20, no Porto 6, em Coimbra 4, e em Nova Goa 3, sendo todos licenciados em Medicina.

Aprovado o plano geral do Curso pelo Conselho Superior de Higiene e Assistência Social e pelo Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, foi feita distribuição das disciplinas, conforme foi publicada no n.º 17 deste Boletim.

O total das lições teóricas foi de 193, havendo 47 práticas e 46 visitas.

As lições teóricas realizaram-se das 9 às 11 e das 15 às 17 horas; as práticas e as visitas, a horas diversas, de manhã ou de tarde.

Além das aulas, os alunos fizeram estágios no Dispensário de Alcântara, Centro de Saúde de Lisboa e Delegação de Saúde, visitas sanitárias a vários estabelecimentos e sessões de estudo, com discussão de problemas de ordem prática, tendentes a estimular as suas qualidades de observadores e críticos justos e a sua sensibilidade para as faltas de ordem sanitária, ao mesmo tempo que revelavam a sua maior ou menor vocação para sanitaristas e a atracção que lhes mereciam os diversos sectores da Higiene.

Foram feitas visitas de estudo ao Instituto Nacional de Estatística, Hospital Escolar (em construção), Sanidade Marítima, Dispensário de Higiene Social, Instituto de Serviço Social, Hospital Miguel Bombarda, Cruz Vermelha, Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, Laboratório de Patologia Veterinária, Jardim-Escola João de Deus, Parque Sanitário, Instituto Português de Oncologia, a Sintra e Bairro da Boa Vista, (às estações depuradoras das águas residuais), a uma Fábrica de Fibro-Cimento, bem como visitas para treino, em serviço de inspecção, à Feira Popular (onde foi observado o problema das águas de abastecimento, esgotos, higiene alimentar, poeiras, higiene das crianças, etc.), Feira de Algés (com a mesma orientação), Parque Mayer, Carnaxide, ao próprio Instituto Ricardo Jorge, à Amadora, a vários hotéis, casas de hóspedes, mercados, cafés, mercearias, tabernas, carvoarias, cinemas, cabeleireiros de senhoras e garagens.

Todos os alunos fizeram monografias de interesse sanitário, que à excepção de duas, versaram esboços de Topografias Médicas.

Os títulos das monografias foram os seguintes:

Leishmanioses humanas — Luís António Corte Real Cayolla da Motta.

Nota sobre a assistência nas colónias — José Diniz Pereira Salvador Peralta.

Sintra — Angelo Fernandes Moreno.

Vila Franca de Xira — Aníbal da Silva Rodrigues.

Setúbal — Antero Jacques Pena.

Mangualde — Gil Viegas Dias Cabral.

Loulé — Sérgio Farrajota Ramos.

Cascais — Angelo Flora.

S. Tiago do Cacém — António Alves da Silva.

Sines — António Candeias Vargas Aboim Sales.

Alenquer — António Celestino do Rosário Pinto.

Portimão — António Duarte de Sousa Calaça.

Odemira — António José Leite Marreiros.

Seixal — António Loureiro da Fonseca.

Montijo — António Maria de Castro Ferreira.

Alcochete — Eustáquio W. António Nazaré Gomes.

Oeiras — João Alberto A. de Carvalho Guerra.

Sesimbra — João da Costa Milheiro.

Loures — João Gerardo Vieira Lisboa.

Azambuja — João Gonçalves da Silva Bastos.

Lourinhã — João Ramalho Martins Pisco.

Abrantes — Joaquim Alves Bento.

Almada — Joaquim Dias de Almeida Gomes.

Elvas — José António do Bico Cabeças.

Mora — José Gabriel S. Vieira de S. Nunes Barata.

Tomar — Manuel José da Luz.

Cartaxo — Maria Arlette Dinis Centeno.

Mirandela — Mário Augusto Rafael.

Mafra — Mário José Gomes Marques.

Arruda dos Vinhos — Vamona Shridhar Prabhu Sinari.

Beja — José Borralho de Sousa e Silva.

Torres Vedras — José Gomes da Costa Belo.

Cadaval — Alvaro Mateus Ferreira de Matos.

Pelo conjunto de dados colhidos por mim, não só durante as minhas lições, como nas sessões de estudo, convívio em visitas e exercícios, seguindo o critério já apontado em relatórios anteriores, classifiquei-os a todos, como classifiquei as monografias. Comparando as notas dadas com as das Faculdades e as obtidas no exame final, verifica-se o que consta do seguinte quadro:

Classificações	Durante o ano	Nas Monografias	No exame final	No Curso Universitário
11 valores . .	—	1	1	—
12 » . .	1	2	4	4
13 » . .	6	2	5	7
14 » . .	3	5	13	7
15 » . .	5	4	6	5
16 » . .	7	9	2	8
17 » . .	6	2	2	1
18 » . .	5	6	—	1
19 » . .	—	2	—	—

Do juri dos exames finais, a que presidi, fizeram parte os Drs. Aníbal do Couto Nogueira, Bernardino de Pinho, António Augusto de Carvalho Dias e Arnaldo Sampaio, havendo provas escritas e provas orais.

As observações de ordem pedagógica feitas durante este Curso confirmam as dos anos anteriores, sendo introduzida mais a disciplina de *Assistência Social e sua Organização Legal*, que se impunha e mereceu o maior interesse aos alunos e dando-se cada vez mais ao ensino a orientação prática, procurando-se pô-los em contacto com as realidades, estimulando e orientando a sua sensibilidade para notar as faltas sanitárias e para as procurar remover e remediar, ao mesmo tempo que se cuida, tanto quanto as circunstâncias o permitem, da sua cultura sanitária científica.

Instituiu o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social três prémios pecuniários destinados aos autores das três melhores monografias, prémios que vão ser atribuídos pela primeira vez às monografias dos dois primeiros cursos.

Curso de Visitadoras Sanitárias

Requereram a sua inscrição no Curso de Visitadoras de 1948-49, 36 senhoras, 35 das quais se apresentaram ao exame médico.

Do juri que fez as inspecções médicas, a que presidi, fizeram parte a Dr.^a D. Helena d'Ávila e o Dr. Francisco Fernandes Homem, tendo sido eliminadas 3 candidatas.

Ao exame de admissão, de cujo juri, presidido pelo Dr. Agostinho Pires, fizeram parte os Drs. Raul de Lima Amaral Marques e Adriano Rodrigues de Castilho, apresentaram-se 24 candidatas, 3 das quais foram excluídas.

O Curso iniciou-se com 25 alunas, das quais desistiram 2, adoeccndo uma e requerendo para fazer exame noutra época 1.

Das 22 que foram a exame, uma era do Curso de 1947-1948, não tendo podido fazer oportunamente exame por ter sido vítima dum desastre grave.

O plano do Curso foi o que consta do n.º 17 deste Boletim.

O total das lições foi de 130, havendo 86 lições práticas e 27 visitas de estudo.

Além disso foram feitos exercicios escritos nas diversas disciplinas e realizaram-se sessões de estudo e estágios.

As visitas de estudo foram ao Posto de Protecção à Infância, da Praça do Brasil, à Sanidade Marítima, Hospital Miguel Bombarda, Instituto dos Cegos Branco Rodrigues, à Colónia de Férias de *O Século*, ao Centro Social de Cascais, à Cruz Vermelha Portuguesa, ao Novo Hospital Escolar, Asilo-Escola António Feliciano de Castilho, Parque Sanitário, Delegação de Saúde e Posto de Desinfecção, Misericórdia de Lisboa, Dispensário Popular de Alcântara, Centro de Saúde de Lisboa, Instituto Maternal, Creche do Bairro da Liberdade, Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, Centro Social n.º 1, Dispensário de Higiene Social, Refúgio Central da Tutoria da Infância, Bairros Sociais da Quinta da Calçada e da Quinta das Furnas, Casa de Repouso dos Inválidos do Comércio, Instituto de Orientação Profissional, Albergue da Mendicidade, Preventório de Benfica, Oficinas de S. José, Asilo das Cegas de Nossa Senhora dos Aflitos, Florinhas da Rua,

Jardim-Escola João de Deus, « Colmeia » e dois Parques Infantis, Assistência Infantil da Freguesia de Santa Isabel, Hospital Infantil da Misericórdia de Lisboa, Protecção às Raparigas e Instituto de Nossa Senhora da Conceição (Rua do Sol ao Rato).

Os estágios foram realizados no Dispensário de Alcântara, Centro de Inquérito Assistencial, Assistência Infantil da Freguesia de Santa Izabel, Posto de Protecção à Infância, Centro de Saúde de Lisboa, Maternidade Alfredo da Costa, Delegação de Saúde de Lisboa, em Castelo Branco, nas Caldas da Rainha e em Setúbal.

Os exames foram feitos perante um juri, a que presidi, de que faziam parte os Dr. Agostinho Pires, António de Carvalho Dias, Américo Cortês Pinto e Francisco Fernandes Homem Rodrigues, sendo as classificações as seguintes:

10 valores		1	12 valores		5	13 valores		8
			14 valores		7	16 valores		1

Não houve nenhuma reprovação, tendo desistido durante o ano, como vimos, por motivos vários, 4.

As alunas diplomadas foram:

Maria da Conceição Gamboa Vaz, Maria Manuela Stoffel Certã, Cândida Costa Côrtes, Maria Antónia da Cruz Fernando, Maria de La Salette Pires dos Reis, Maria Ivette Carrilho Rebelo, Maria de Lourdes Martins Diogo, Anita da Conceição Ferreira Pastor Fernandes, Maria da Conceição Gonçalves Lopes, Maria Ester Pinheiro Correia Proença, Maria Tereza Blanc de Sousa Gomes, Maria Gabriela Magalhães Bastos, Maria Amélia da Conceição Sebarrinha, Elvira da Cruz Almeida Amaral, Arlette Garção Nunes, Estela Fernandes de Melo Cardoso, Adelina Benevenuto Ferreira, Laura Pascalino Tomaz, Rufina da Silva Calvário Condeço, Tília de Matos Gonçalves Rodrigues, Maria Isabel Sartoris Galvão e Aldevina Brigham Gomes.

Coadjuvou-me valiosamente na direcção do Curso a Dr.^a D. Helena d'Ávila. Chamo a atenção para as considerações da parte final do que a respeito do Curso de Visitadoras de 1947-48 disse no meu relatório publicado na página 461 do n.º 16 deste Boletim, que tem aplicação igualmente a este Curso,

V Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde

O V Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente, de 1949, realizou-se no Instituto Ricardo Jorge do dia 19 de Abril ao dia 18 de Maio, tomando parte nele 21 subdelegados e 2 médicos do Serviço de Defesa Sanitária dos Portos, Fronteiras e Transportes colectivos.

Conforme nos anos anteriores, o Curso consistiu em lições, visitas e sessões de estudo, discutindo-se, durante estas, assuntos vários de interesse prático, fornecendo os subdelegados de saúde elementos sobre a sanidade dos respectivos concelhos, bem como sugestões, ouvindo-se outras sugestões suas e esclarecendo-se-lhes dúvidas.

O programa das lições, foi o seguinte, tendo todas elas sido realizadas às 10 ou às 11 horas, excepto a da sessão de abertura que foi às 16,30:

Abertura do Curso — pelo Director Geral de Saúde.

Uma lição da História da Higiene — pelo Dr. Fernando da Silva Correia.

Reparos que se fazem à acção dos subdelegados de saúde. Aspectos de justiça e injustiça — pelo Dr. Carlos d'Arruda Furtado.

A Higiene do Trabalho ao serviço da moderna Medicina Social — pelo Dr. Aníbal do Couto Nogueira.

Recentes progressos em Mariologia — pelo Prof. Francisco Cambournac.

Proteínas Alimentares — pelo Dr. Bernardino de Pinho.

A Técnica da Higiene Habitacional — pelo Dr. Henrique Jorge Niny.

O serviço social — por D. Maria Carlota Lobato Guerra.

Profilaxia internacional — pelo Dr. António Augusto de Carvalho Dias.

Doenças profissionais — pelo Dr. Heitor da Fonseca.

O problema da higiene mental — pelo Prof. Barahona Fernandes.

Aspectos gerais da terapêutica pelos anti-bióticos — pelo Prof. Toscano Mendes Rico.

Aspectos e elementos de trabalho numa Delegação de Saúde — pelo Dr. Baltazar Bívar Branco.

Lesões dos membros e profilaxia das suas deformações — pelo Dr. Silva Ramos.

- Novos conceitos sobre as diarreias infantis* — pelo Prof. Carlos Salazar de Sousa.
- A notificação sanitária das doenças infecto-contagiosas* — pelo Dr. Trigueiros de Sampaio.
- Exames médico-legais nas comarcas da província* — pelo Prof. Santana Rodrigues.
- Novas directrizes da luta anti-venérea* — pelo Dr. Alfredo Tóvar de Lemos.
- Falsificação e alterações de géneros alimentícios* — pela Dr.^a D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes.
- As reacções de aglutinação em epidemiologia* — pelo Dr. F. Ramalho da Conceição Correia.
- Alguns aspectos do problema da construção hospitalar* — pelo Eng.^o Renato Berger.
- Dermatoses parasitárias* — pelo Dr. Neves Sampaio.
- O diagnóstico do tracoma pelo clínico geral* — pelo Dr. João Saraiva.
- Elementos da técnica epidemiológica* — pelo Dr. Gomes de Oliveira.
- Pneumonias atípicas* — pelo Dr. Cristiano Nina.
- A raiva* — pelo Dr. Luís Figueira.
- Aspectos da Medicina do Trabalho* — pelo Dr. Luís Guerreiro.
- Soro-reacção da sífilis. Novo conceito* — pelo Dr. Arnaldo Sampaio.
- Aspectos práticos da investigação epidemiológica* — pelo Dr. Castro Soares.
- Escarlatina* — pelo Dr. Afonso e Cunha.
- A acção do médico veterinário na defesa da saúde pública* — pelo Dr. Fernando Vieira de Sá.
- Vacinação anti-variolica* — pelo Dr. António A. de Carvalho Dias.
- O problema da higiene da habitação nos meios rurais* — pelo Dr. Sanches da Gama.
- O laboratório na técnica epidemiológica moderna* — pelo Dr. Arnaldo Sampaio.
- O saneamento nos meios urbanos e rurais* — pelo Eng.^o Agnelo Prazeres.
- Progressos nos meios de combate à tosse convulsa* — pelo Prof. João Maia de Loureiro.
- Um aspecto da preparação puerícola dos médicos portugueses* — pelo Dr. Francisco Fernandes Homem Rodrigues.
- Aferição de penicilinas* — pelo Dr. Souto Teixeira.

A luta contra a lepra — pelo Dr. Santos e Silva.

A colaboração dos Subdelegados de Saúde no combate às doenças transmissíveis — pelo Dr. Fernando da Silva Sardo.

A vacinação contra a tuberculose pelo B. C. G. — pelo Prof. Cândido de Oliveira.

Epidemiologia das Rickettsioses exantemáticas — pelo Dr. José Cutileiro.

Estado actual do tratamento da sífilis recente — pelo Dr. Juvenal Esteves.

Campos inexplorados da higiene infantil — pelo Dr. Américo Cortês Pinto.

Alguns aspectos do problema da assistência social — pelo Dr. Agostinho Joaquim Pires.

Na sessão de abertura do Curso, realizada em 19 de Abril, o Sr. Director Geral de Saúde proferiu as seguintes palavras:

« Srs. Subdelegados de Saúde :

Tenho o maior prazer de me encontrar entre vós e de lhes desejar o maior proveito neste 5.º Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, que hoje se inaugura.

A colaboração do Subdelegado de Saúde nos diferentes ramos de actuação sanitária é condição imprescindível de êxito para os serviços de Saúde Pública. Pede-se-lhes acima de tudo dedicação e compreensão.

A ideia sanitária, que tem de ser entendida como de base essencialmente educativa, deve portanto procurar impor-se mais pela persuasão, sempre que possível com exemplificação prática, do que pela imposição.

Estão arreigados no espírito das massas e em todas as classes sociais, sejam falsos conceitos ancestrais já banidos pela Higiene Moderna, sejam ideias fatalistas com laivos de incredulidade por afirmações e factos que para nós são banais.

Quantas vezes, não estará por detrás de uma aparente fatalidade e incredulidade, apenas uma noção verdadeira ou falsa, mas presumível, de comodismo ou de interesse material ferido.

Assiste-se também, quase como ironia, tantas vezes, a uma aceitação e compreensão bruscas das necessidades de Higiene,

para servir de base a um pedido de imposição legal, que satisfaça um interesse pessoal. Reclama-se então fortemente, em nome da mesma ciência higiénica que tanto tempo se desdenhou e talvez se voltará a desdenhar.

Como regra geral o subdelegado de saúde exerce a sua acção sanitária no mesmo meio em que angaria os seus recursos de vida e, na dependência da Organização Administrativa. É certo que se por um lado este duplo condicionalismo da sua vida o coloca por obrigação em contacto mais íntimo e perfeito com as necessidades que tem por função conhecer e procurar resolver, diz-se que também assim se cria uma situação de dependência material, que lhe coarta a liberdade de acção.

Mas, também nos parece que nenhuma missão, como a de médico rural, com tantas tradições de nobreza entre nós, pode conduzir a uma situação de prestígio nas massas populacionais que sirva de boa base ao apostolado higiénico.

Tudo estará depois em duas premissas fundamentais: o entusiasmo pela missão sanitária e a compreensão do seu papel.

A aplicação fria de instruções e posturas, através de um critério puramente policial, é aborrecida de executar e difícil de aceitar.

O conselho oportuno com sóbrio aproveitamento de exemplos negativos e seu confronto com exemplos positivos, o trabalho de persuasão feito de preferência junto de pessoas ou entidades, com especial projecção ou ascendente nas diferentes categorias populacionais, são elementos importantes de sucesso.

Sempre que possível a própria demonstração experimental de técnicas higiénicas, facilita a propaganda educativa.

Precisa por isso o subdelegado de saúde de formar o seu espírito de molde a bem compreender a verdadeira finalidade da sua missão.

O ensino médico académico não evoluciona paralelamente ao desenvolvimento do sentido da Medicina Moderna.

Assistimos assim ao facto paradoxal, do alargamento do âmbito de acção da ciência médica, com foros de ciência social de primeiro plano, elevando-a a uma situação de prestígio nunca alcançada, não corresponder a idêntica posição dos médicos perante a sociedade. Pelo contrário observamos que estes perdem prestígio à medida que o da Medicina cresce.

Desrespeita-se a ética profissional e acorrenta-se o espírito a um conceito apertado de Medicina curativa. Esquece-se que a Medicina já não pode ser definida simplesmente, como a «arte de tratar de doentes» mas sim como a «ciência da conservação da saúde e da vida humana».

O médico moderno não se pode confinar ao estudo da «doença do indivíduo isolado», tem uma missão mais elevada e precisa de se preparar para ela; não pode considerar o indivíduo separado do meio social, mas sim estudá-lo como integrado nele e com todas as influências que este, sobre ele exerce. É esta a essência do conceito da Higiene Social moderna. A Higiene Social absorveu e dominou a Medicina. Aumentou-a em extensão e em meios de acção. Determinou a intervenção de numerosos técnicos subsidiários, como engenheiros, arquitectos, veterinários, agrónomos, técnicos económicos e sociais etc. Mas, o elo de ligação, as directrizes, têm de ser essencialmente médicas, porque de ciência médica se trata.

Quando um colega ilustre de Pasteur, o grande génio criador da ciência higiénica moderna, gritava sob a cúpula do Instituto: «abre-se uma doutrina nova para a medicina; prepara-se um grande futuro»... teve uma antevisão, que se transformou em realidade.

O médico moderno e particularmente o funcionário sanitário, não podem ignorar e deixar de se integrar nestas tendências evolutivas da chamada Medicina Social. É preciso compreendê-la, não confundindo palavras com conceitos e aceitá-la como imposição fatal da época em que vivemos. E, acima de tudo, não perder terreno gastando na contemplação estéril de um passado que não volta, energias bem melhor aproveitáveis dentro de um critério verdadeiramente construtivo.

* * *

Pareceu-me oportuno, neste momento, apenas chamar-lhes a atenção, de um modo sintético, para os fundamentos de um problema, cuja análise o fará desdobrar em múltiplos outros problemas elementares, muitos dos quais serão tratados em pormenor, através do Curso que ides frequentar.

Srs. Subdelegados de Saúde: os Serviços de Saúde Pública precisam de poder contar com o vosso esforço e dedicação.

Sem vós, verdadeiros soldados de primeira linha, nada se poderá conseguir para melhorar as condições sanitárias do País e alcançar aquele nível de Saúde Geral a que é justo aspirar-se. É o que sem dúvida todos desejamos, por obrigação moral de função e por devoção ao prestígio da Nação. »

* * *

O programa apenas sofreu uma alteração digna de registo, a de terem sido impossibilitados de fazer as suas lições os professores Toscano Rico e João Maia, o primeiro devido a falecimento de seu Pai e o segundo por ter de ir a assistir, precisamente então, a trabalhos profissionais no estrangeiro, todos lamentando o motivo da primeira e a inoportunidade da segunda alteração, que privou o curso das suas lições.

De resto o programa foi cumprido com ligeiras alterações.

Foram feitas 42 lições teóricas, todas elas todavia versando assuntos de interesse prático para os sanitaristas, 24 a respeito de doenças transmissíveis e 18 sobre outros assuntos. Além destas lições realizaram-se 12 visitas e 10 sessões de estudo.

As visitas de estudo foram feitas a todas as dependências do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, ao Hospital de Curry Cabral, ao Centro de Saúde, Dispensário de Alcântara, Instituto Português de Oncologia, obras do novo Hospital Escolar, Instituto Camara Pestana, Centro de Transfusão Sanguínea do Hospital de S. José, além duma excursão, durante a qual foi visitado o Sanatório do Outão, o Posto Anti-Sezonático de Benavente, o Centro de Saúde de Almeirim e a Misericórdia de Alpiarça. Ao Hospital de Curry Cabral foram feitas 4 visitas, dirigidas pelo Dr. Cristiano Nina, coadjuvado pelos Drs. D. Helena Castelo Branco, Frederico Madeira, Horta e Costa e F. Caeiro.

Ao Centro de Saúde foram feitas 3 visitas, assistindo os Subdelegados a consultas, sendo recebidos pelo Dr. José Cutileiro que os acompanhou e esclareceu.

No Dispensário de Alcântara recebeu-os o Dr. D. Fernando de Lancastre, com os Drs. Fernandes Homem, Brito e Abreu, Casanova Alves e Fernando Moreira; no Instituto Português de Oncologia, o Prof. Francisco Gentil e os seus assistentes; no novo Hospital Escolar, o Engenheiro Jacome de Castro, Architecto Tavares Cardoso e os seus colaboradores; no Instituto

Câmara Pestana, o Prof. Cândido de Oliveira e os seus assistentes; no Centro de Transusão Sanguínea do Hospital de S. José, o Dr. Almerindo Lessa e os seus assistentes; no Outão, o Dr. Mendes Dordio; em Benavente, o Dr. Raul Roque, em Almeirim, o Subdelegado de Saúde e, em Alpiarça, o Provedor da Misericórdia, Presidente da Câmara e Subdelegado de Saúde, que tomaram a iniciativa de ser oferecido um almoço ao Curso.

Nas sessões de estudo foram versados assuntos de ordem prática de interesse sanitário, tais como o da *acção das comissões municipais de hygiene, participação dos casos de doenças transmissíveis, estatística sanitária, isolamento de contagiosos, Misericórdias e Hospitais concelhios, deontologia, licenciamento e fiscalização sanitária, construção de cemitérios* e outros, tendo o Dr. Arnaldo Sampaio orientado as referentes a *problemas laboratoriais de Bacteriologia Sanitária*, particularmente ao do *diagnóstico das rickketsioses, e à educação sanitária da população*.

Em todas as sessões de estudo intervieram nas discussões, ou expuseram dúvidas, que foram esclarecidas, os diversos subdelegados de saúde.

Assistiram estes a 3 sessões da Assembleia Nacional em que foi discutido e aprovado o projecto de lei referente à Luta contra as Doenças Contagiosas. Assistiram também à conferência realizada no Instituto Ricardo Jorge pelo Dr. Ladislau Patrício, a alguns trabalhos do Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário organizado pela Ordem dos Médicos e, alguns, a duas conferências da série promovida pelo Prof. Ferreira de Mira, no Instituto Rocha Cabral.

As lições e as sessões de estudo realizaram-se todas na sede do Instituto Ricardo Jorge.

Tomaram parte no V Curso de Aperfeiçoamento os doutores:

SUBDELEGADOS DE SAÚDE:

Júlio Ramalho Gois, de Alvito; José Martins Dias Serpa, de Ourique; João Tavares Vieira, de Belmonte; Alfredo Heliodoro dos Santos, de Montemor-o-Novo; Mário de Miranda, de Baião; Bernardino José Fernandes Ribeiro, de Valença do Minho; Alcino Miranda de Moraes, de Chaves; Luís Fernandes do Nascimento Loureiro, de Nelas; Aurélio Augusto Neto Crespo, de Trancoso; Aleixo Pereira Patinha, de Estarreja; Abel Augusto Gomes de

Almeida, de Vale de Cambra; António Amado Cardoso de Freitas, de Ancião; Adriano Vieira Pimenta, de Soure; Virgílio Ferreira da Silva, de Arronches; Leopoldo Maior, do Entroncamento; António de Campos Ferreira da Trindade, de Montijo; José Alberto Bastos, de Torres Vedras; António Ribeiro Guimarães, de Vila Verde; Carlos Augusto de Ataíde Figueiredo Sarmiento, de Alfandega da Fé; António Emílio Sendas, de Alijó.

ADJUNTO DO DELEGADO DE SAÚDE DE BRAGA:

José Francisco Xavier de Almeida Soares.

MÉDICO SANITÁRIO EM SERVIÇO NO AEROPORTO DE LISBOA:

Joaquim Vítor Arnaut Pombeiro.

ESTAGIÁRIO NA ESTAÇÃO MARÍTIMA DE LEIXÕES:

António de Aguiar Branco.

* * *

No dia 18 às 11 horas foi encerrado pelo Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social o V Curso de Aperfeiçoamento, sendo incluída na sessão a lição do Dr. Agostinho Pires, Inspector Chefe da Assistência Social, sobre « Alguns aspectos do problema da Assistência Social », síntese lúcida de vários factores que havia analisado em lições do Curso de Medicina Sanitária, com geral interesse e agrado dos alunos, verdadeira lição sobre Política da Assistência que os subdelegados e todos os presentes apreciaram como merecia.

A seguir, como director do Curso, dei conta sumária do que ele fôra, pondo em destaque o valor das lições, a todas as quais assisti, como às de todos os cursos de aperfeiçoamento, e o benéfico resultado do convívio dum mês entre os subdelegados, não só pelos ensinamentos colhidos dos prelectores, como da troca de impressões entre eles próprios sobre o modo de realizarem na prática as suas atribuições e de removerem obstáculos, recebendo estímulos provenientes do êxito obtido por um ou outro em igualdade de circunstâncias.

O Curso durou um mês, o que só parecerá demais a quem desconheça a sua finalidade e necessidade, dada a tendência natural que há para os assuntos ligados à clínica e a vantagem de se focarem, debaixo de vários aspectos, os problemas predominantemente sanitários. De resto, durante esse mês, não se tem nunca perdido tempo e nunca se esteve ocioso, a ponto de que os Cursos antes poderiam chamar-se de «trabalhos forçados» se os subdelegados não tivessem vindo todos espontaneamente, embora convidados, e se não se manifestassem até hoje agradecidos pelos ensinamentos que se lhes ministraram.

Comecei por evocar a memória do Dr. Fausto Landeiro, que foi colaborador destes Cursos, lamentando a sua morte trágica e pondo em destaque as suas qualidades e os serviços valiosos que prestou. A seguir pus em foco a circunstância de a maior parte das lições, ou sejam 27 em 39 (70 %) terem sido feitas por funcionários da Saúde Pública, o que mostra os recursos de que esta dispõe e a competência dos que compõem os seus serviços. Podiam mesmo todas as lições ser feitas por eles, e bem. Há todavia vantagens evidentes em serem ouvidas sugestões estranhas, quando feitas por pessoas competentes e de boa fé, em vez de se lhes preferir a maledicência, mesmo que fosse fundamentada, tanto do agrado dos que desconhecem os problemas, preguiçosos em regra, julgando alguns a Saúde Pública pelos seus próprios defeitos ou os dos seus serviços. Entre os prelectores contavam-se 6 professores ou assistentes da Faculdade de Medicina. Devido a tão valiosos colaboradores é que o Curso se tem elevado de ano para ano.

Congratulei-me pela coincidência de ter sido precisamente na véspera publicado o despacho que nomeou definitivamente Director Geral de Saúde o Dr. Augusto da Silva Travassos, pois dele tem o Instituto recebido sempre o maior apoio e a melhor orientação, em boas sugestões, inteligentes, sensatas, oportunas e competentes. Nada tenho feito de bom no Instituto que não tenha tido o seu prévio apoio, estímulo e crítica construtiva. Se errei, esses erros cabem-me só a mim, embora não intencionais. Felicitei o Sr. Subsecretário por o ter escolhido para superintender na Saúde Pública, estimando que sejam postos à sua disposição os meios indispensáveis para bem poder actuar, evitando-se dispersões prejudiciais, segundo as regras da boa administração, aproveitando-se o mais possível os técnicos

que a Direcção Geral tem à sua disposição, dando-se a estes condições para poderem dedicar-se inteiramente ao serviço, tudo para bem do País.

Terminei por recordar que não me cabe a honra de ter criado estes cursos, visto o primeiro, o de 1939, ter sido da iniciativa do então Director Geral de Saúde, Dr. José Alberto de Faria, dirigindo-o o Dr. Arruda Furtado.

Falou a seguir, por delegação do Curso, o Dr. Joaquim Vítor Arnaut Pombeiro, que, depois de saudar os Srs. Subsecretário do Estado da Assistência Social, Director Geral de Saúde e prelectores, agradeceu os ensinamentos colhidos, cedendo a palavra ao Subdelegado de Saúde de Torres Vedras, Dr. José Alberto Bastos, que leu as seguintes sugestões, pôr todos votadas, a bem da eficácia do serviço dos Subdelegados de Saúde:

1 — Que sejam promulgadas disposições atinentes a criarem aos subdelegados de saúde uma independência em relação às Câmaras Municipais, colocando-os em condições de poderem agir com prestígio e autoridade em tudo quanto se refira à higiene e à salubridade das áreas dos seus concelhos.

2 — Que os subdelegados de saúde, afim de se tornarem menos dependentes da clínica, sejam remunerados de harmonia com a categoria das suas funções.

3 — Que sejam criados lugares de subdelegados de saúde privativos ou ainda em regimen *full time* não só nos concelhos em que a sede tenha mais de 10.000 habitantes, mas também nos concelhos em que pela sua população, extensão territorial ou importância industrial, se tornem necessários para que a sua acção médico-social possa ser profícua.

4 — Que aos subdelegados de saúde sejam fornecidos em igualdade com os outros funcionários públicos, meios de transporte ou ajudas de custo quando tenham que sair em serviço para fora da sede.

5 — Que os subdelegados de saúde passem, por imposição do cargo, a fazer parte dos Conselhos Municipais com carácter apenas informativo e consultivo, com o direito a fazerem consignar nas actas os pareceres por eles emitidos sobre os assuntos de higiene e salubridade.

6 — Que os subdelegados de saúde sejam sempre ouvidos antes de serem dadas altas a quaisquer doentes infecto-conta-

giosos internados em hospitais das suas áreas, afim de se evitarem os perigos dos porta-bacilos e facilitar os inquéritos epidemiológicos, sem prejuízo de quaisquer outras medidas que as circunstâncias exigirem.

7—Que seja elaborado um regulamento com disposições gerais de ordem sanitária aplicável a todo o país com a maleabilidade suficiente, para se adaptar às características de cada Concelho.

8—Que a notificação das doenças infecto-contagiosas se faça por carta fechada e isenta de franquia.

O Sr. Subsecretário do Estado da Assistência Social associando-se às palavras de saudade e louvor proferidas, agradecendo os cumprimentos que lhe foram dirigidos e fazendo considerações sobre as sugestões apresentadas, fez ver que só não foram ainda todas satisfeitas por motivos impossíveis de remover, fazendo notar que a última, referente à isenção de franquia postal nas participações de casos de doenças infecto-contagiosas, acaba de ser aprovada pela Assembleia Nacional ⁽¹⁾.

Terminou por se congratular com o modo como decorreu o Curso, estimando que os ensinamentos colhidos possam vir a contribuir para o aperfeiçoamento da prática sanitária concelhia.

Como já vimos, conforme nos Cursos anteriores, contribuíram os componentes deste com 1.000 escudos para a subscrição para um busto do Prof. Ricardo Jorge.

*
* * *

Foi manifesto o interesse, assiduidade e atenção com que o Curso assistiu a todas as lições, visitas e sessões de estudo, demonstrando cada qual a sua cultura sanitária, o seu desembaraço nas discussões dos problemas postos e todas as demais qualidades indispensáveis aos sanitaristas, que os próprios subdelegados de saúde apreciaram, devidamente, uns nos outros.

(1) Publicada no n.º 21 deste Boletim.

Conferência

Numa das noites que os subdelegados de saúde passaram em Lisboa, devido ao Curso de Aperfeiçoamento, na do dia 16 de Maio, realizou o Dr. Ladislau Patrício, Director do Sanatório Sousa Martins, da Guarda, uma conferência sobre *Medicina Preventiva da Tuberculose*, à qual, como às anteriores desta série, presidiu o Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Movimento da Secretaria

Em qualquer serviço convenientemente organizado o movimento de secretaria é sempre um índice da vida da instituição. Não faz excepção o Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Tendo aumentado notavelmente o movimento no laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia e no de Bacteriologia Sanitária, principalmente neste último, como se pode verificar pelos mapas estatísticos, em que não se deve apenas olhar aos números mas à natureza dos trabalhos; havendo-se intensificado a actividade da Biblioteca, exigindo a aquisição de livros e revistas; realizando-se obras de reparação e limpeza e aquisição de múltiplo material, que obrigou a vários concursos, ao mesmo tempo que os cursos de Medicina Sanitária, de Visitadoras e de Aperfeiçoamento exigem cada vez mais trabalho, em cópias de sumários de lições, mapas, etc., tudo contribuiu para que os serviços de Secretaria tivessem sido intensificados.

O movimento durante o ano, comparado com o dos anos anteriores, foi o seguinte:

	1940/44 Média	1945	1946	1947	1948	1949
RECEBIDA						
Total	957	981	1.268	1.539	2.003	3.565
Média mensal	79	82	105	127	168	297
EXPEDIDA						
Total	2.424	2.568	2.600	2.893	3.966	6.037
Média mensal	202	214	216	241	331	503

Impõe-se a fixação, no quadro do pessoal do Instituto, de todos os que tem prestado serviço na Secretaria, bem como da telefonista, cargo que tem estado a ser exercido por uma assalariada, o que, dado o crescente movimento de todos os serviços, se impõe, pois se evitam inúmeras perdas de tempo ao pessoal dos diferentes serviços, que assim se desloca apenas excepcionalmente, quer para ir à Secretaria, quer para trocar impressões comigo, evitando ter de sair do Instituto em muitas circunstâncias (explicações técnicas a fornecedores, escolha de certos livros, troca de impressões de ordem técnica com pessoal de outros laboratórios, etc.) que um contínuo não pode realizar, evidentemente, e anteriormente era impossível evitar.

Não é ainda agora o momento de dizermos, em conjunto, em que moldes temos procurado orientar a administração do Instituto, nem de revelar certos pormenores que possam fazer compreender a todos quais os motivos de certas modificações introduzidas.

Dado porém que alguns desses pormenores se devem a iniciativas e zêlo do funcionário que tem estado ultimamente a desempenhar as funções de secretário, José Vaz dos Reis, e que, pelos beneficiamentos que trouxeram, demonstram bem porque este funcionário tem merecido não só o nosso louvor como o do pessoal técnico que connosco trabalha, não deixaremos de lhe fazer rápida referência:

Tem-se mantido actualizado o inventário do material do Instituto; a contabilidade foi aperfeiçoada; a arrumação dos arquivos permite a rápida consulta de qualquer documento; os pagamentos a fornecedores e a colheita dos respectivos recibos têm sido feitos de modo a poderem empregar-se os saldos judiciousa e oportunamente, em material de uso corrente ou em livros que, não se tendo tornado de urgente aquisição, eram todavia, todos eles, de manifesta utilidade para o Instituto, aproveitando-se oportunidades para comprar alguns em saldos; tem-se procurado distribuir o pessoal da Secretaria, não só conforme as necessidades do serviço mas segundo as especiais tendências e vocação de cada um; as receitas dos laboratórios e dos cursos de Medicina Sanitária têm sido contabilizadas como receita privativa, sendo de 69.181\$00 em 1948 e de 83.263\$00 em 1949. Dado que os pagamentos aos fornecedores têm sido feitos a pronto pagamento, obteve-se de quase todos o abatimento comercial cor-

rente, o que trouxe em 1948 a economia de 10.901\$34 e em 1949 a de 7.915\$12; a despesa em energia eléctrica, elevada, dada a circunstância de muitos aparelhos dos laboratórios a exigirem, poudes evitar-se que fosse maior por se terem feito instalações separadas para a energia motriz e luminosa, o que permitiu em 1949, primeiro ano em que se gosou do benefício, a economia de 7.392\$00, o que excedeu a importância gasta com a dupla instalação, não permitindo a má iluminação natural de grande parte dos laboratórios instalados na cave e impossíveis de transferir por o edificio não o permitir, fazer correspondente economia na energia luminosa; na aquisição de material, tem-se evitado ao pessoal técnico o trabalho importuno e evidentemente aborrecido a que era obrigado para esse efeito, ouvindo-o sempre, sim, mas pondo à sua disposição pessoal da Secretaria e organizando sempre processos de concurso particular, nos termos do decreto n.º 27.563.

Regulamento do Instituto

Cada vez se impõe mais a aprovação dum Regulamento, visto que o actualmente em vigor, de 1912, devido às disposições legais posteriores, é cada vez mais anacrónico.

Os projectos que apresentei superiormente em 1946 e 1947 terão evidentemente de ser actualizados. O quadro do pessoal terá de obedecer ao incremento dado aos diversos serviços nos últimos anos, estimulando-se as boas-vontades e o trabalho dos mais dedicados.

O facto de o edificio do Instituto ser, como é, cada vez mais insufficiente para a realização das suas actuais funções, e que há muito impõe a construção dum edificio próprio, longe de adiar, mais aconselha a aprovação dum regulamento adaptado às actuais circunstâncias, visto que este pode ser ensaiado e permitirá depois uma mais fácil adaptação ao futuro edificio.

Reuniões da F. A. O.

No mês de Fevereiro recebi convite do Prof. António Câmara, Presidente da Comissão Nacional da F. A. O., (Organização da Alimentação e da Agricultura das Nações Unidas) para assistir às reuniões que o Director da mesma na Europa, Mr. A. H. Boerma, e alguns especialistas estrangeiros, ao serviço da

mesma, vinham realizar em Portugal, de 21 a 25 do mesmo mês. Fazendo ver a vantagem de assistirem às reuniões os Srs. Director Geral de Saúde e Director dos Serviços de Higiene da Alimentação e Bromatologia da Direcção Geral de Saúde, prontamente ambos foram convidados, vindo o Dr. Augusto Travassos a presidir à Comissão de Saúde e à sessão referente aos problemas que lhe diziam respeito. Assisti a todas, intervindo nos trabalhos, como intervieram, além do Dr. Travassos, os Drs. Bernardino de Pinho e Guilherme Janz. Tendo-se tirado separatas do estudo feito pelas Dr.^{as} D. Maria Ernestina Graça Mendes e D. Raquel de Carvalho sobre *Os queijos portugueses*, foram distribuídos exemplares do mesmo a todos os que tomaram parte nas reuniões, sendo por eles assim devidamente apreciado.

Pela minha parte, chamando a atenção para estudos portugueses sobre Nutrição escritos por médicos há muitos anos, entre os quais os dos professores Macedo Pinto (1863) Costa Simões, Silva Amado (1884) Pereira da Silva e recentemente pelos Profs. Meliço Silvestre, João Maia de Loureiro, Almeida Garrett e os Drs. Guilherme Janz, Moura Monteiro, Rocha Faria, Magalhães Ramalho e Bernardino de Pinho, entre outros, a juntar aos realizados por agrónomos, veterinários, economistas e pedagogos, chamei a atenção para os inúmeros trabalhos referentes a nutrição do lactante e a outros, dispersos por revistas médicas e arquivos de serviços de puericultura, assistência à infância, a inválidos, a doentes, a presos, a militares, a operários de fábricas, a crianças de colónias de férias, etc., em que colaboraram médicos na elaboração de inquéritos, na organização de regimes e na educação sanitária.

Chamei a atenção para a necessidade urgente de em todas as Faculdades de Medicina se ensinar intensiva e metódicamente a Medicina Preventiva, nela incluindo a Nutrição sob o aspecto médico-social, bem como para a urgência de se praticar, também de maneira metódicamente organizada, dando-se mais apoio aos professores de Higiene, a educação sanitária da população e de dar elementos e condições de trabalho a todos os actuais funcionários médicos da Saúde Pública, de modo a poderem colaborar nessa campanha educativa, estendendo a acção aos médicos que trabalham nas instituições corporativas, mutualistas, de Medicina do Trabalho, etc., de modo a todos realizarem, no capítulo da Nutrição, como em outros, o mais possível, a Medicina Social, essencialmente preventiva.

Dessa campanha faria parte a colaboração, com carácter permanente, dos médicos dos serviços de Saúde Pública e outros do Estado, com agrónomos, veterinários, pedagogos, economistas e os demais que se interessassem pela Nutrição.

Tais trabalhos exigem estudos, nomeadamente os de ordem estatística, em que todos terão de colaborar, nomeadamente os que se ocupam nos serviços de Saúde Pública, Assistência, em particular no Instituto Maternal, F. N. A. T., Obra das Mães pela Educação Nacional, Instituto de Serviço Social, entre outros.

Foram valiosos e cheios de sugestões de ordem prática os trabalhos realizados nas reuniões da F. A. O. a que assisti.

Prof. João Maia de Loureiro

Foi fatídico este ano de 1949 para os colaboradores e amigos do Instituto ou do seu Patrono. Pouco depois do Dr. Stefanopoulo, sucumbiu, após uma doença implacável e rápida, o Prof. João Maia.

Não é agora o momento de a ele nos referirmos pormenorizadamente, como merece e é nosso intento.

Apenas aqui queremos registar a nossa saudade e admiração pelas suas qualidades de inteligência e trabalho, pela sua fé nas possibilidades da Ciência, pelo seu dinamismo raro, pelo seu saber e pelo espírito investigador e estimulador que o caracterizou como Mestre.

O Instituto ficou-lhe devendo mais duma prova de apreço e amizade, quer na regência de lições, quer na elaboração do programa da disciplina de estatística, além de incitamentos em ocasiões em que outros apenas prègavam pessimismo.

Por mais dum motivo foi útil para a Saúde Pública a passagem de João Maia pelos seus serviços, quer pela sua acção no Centro de Saúde, quer em lições em que lutou contra a rotina.

Considerações finais

Também, conforme nos anos anteriores, nada teria sido possível aumentar o prestígio do Instituto Ricardo Jorge se não fôsse o constante auxílio, atenção e carinho dedicados a este pelos Srs. Ministro do Interior, Eng. Cencela de Abreu, Subsecretário de Estado da Assistência Social, Dr. Joaquim Trigo

de Negreiros, e Director Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos.

Aqui fica registado o nosso agradecimento sincero, não só pessoal como o de quantos trabalham nesta casa. Não é por formalidade ou cumprimento que o digo, pois o calaria se o não pudesse dizer com verdade. Iguais agradecimentos registo aos directores dos laboratórios, Dr. Bernardino de Pinho e Arnaldo Sampaio, aos seus adjuntos, Dr.^a D. Maria Ernestina da Silva Graça Mendes, Júlio Vidal e Dr. Fernando Ramalho da Conceição Correia, bem como aos seus colaboradores dedicados e ao secretário do Instituto, José Vaz dos Reis, ao pessoal da Secretaria e ao que presta serviço na Biblioteca, que, no ano corrente, além do habitual, teve mais o que exigiu a edição do *Diagnóstico Social* de Mary Richmond, no qual trabalharam dedicadamente D. Maria de Lourdes Rodrigues Rebelo de Andrade, D. Paz Correia Gomes e D. Maria Manuela Pimentel Montenegro. A todo o pessoal do Instituto devo agradecimentos, que gostosamente aqui arquivo.

Aos professores dos Cursos de Medicina Sanitária e de Visitadoras e aos prelectores do Curso de Aperfeiçoamento, igualmente os devo, especializando a particular dedicação dada este ano ao último pelos Drs. Cristiano Nina, Arnaldo Sampaio e colaboradores de ambos e ao segundo pela Dr.^a D. Helena de Ávila.

Não deixarei finalmente de distinguir pela sua dedicação e correcção o contínuo Francisco Vaz da Silveira.

* * *

Não foi ainda possível este ano, pelos mesmos motivos expostos no Relatório do ano passado, instalar no Instituto, nos termos do decreto n.º 35.108 o serviço de *Comprovação de Medicamentos*.

* * *

Por indicação do Sr. Director Geral de Saúde tomei parte em dois Cursos de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, o primeiro realizado em Coimbra e o segundo em Lisboa, este último pela Ordem dos Médicos e o primeiro pela respectiva Faculdade de Medicina.

No primeiro fiz uma lição subordinada ao título *A responsabilidade dos Médicos na Sanidade da Nação*, no segundo outra sobre *Duas Medicinas que se ignoram*.

* * *

Continuaram instalados no Instituto, o segundo com mobiliário e material a ele pertencentes, destinados inicialmente ao Médico Nutricionista, cujo cargo não voltou a ser provido, como já vimos, o Laboratório da Junta Sanitária de Águas, dirigido pela Dr.^a D. Helena de Ávila e o serviço de inquérito dependente da Direcção de Serviços de Higiene da Alimentação em que trabalham duas visitadoras orientadas pelo Dr. Fausto de Campos.

No Laboratório de Bacteriologia Sanitária, que sofreu durante este ano notáveis beneficiamentos na sua organização, têm colaborado, como no ano anterior, os Drs. Cristiano Nina e José Cutileiro, tendo-se deslocado a Braga o respectivo director, Dr. Arnaldo Sampaio, para melhor execução do trabalho que ali realizou com a colaboração do Adjunto da Delegação de Saúde, Dr. José de Almeida Soares, já publicado no n.º 23 do Boletim.

É escusado encarecer o prestígio que resulta para o Instituto de todos estes trabalhos e o valor das colaborações, pois ele é bem manifesto e compensa-nos dos contratempos e contrariedades inerentes à função de Direcção.

* * *

Os números estatísticos que vão a seguir, não dão, evidentemente, ideia, só por si, da qualidade dos trabalhos executados no Instituto durante o ano de 1949, fornecendo todavia os dados suficientes para se apreciar a intensidade desse labor e dos esforços nele dispendidos.

Conclusões

I — O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, continuando durante o ano de 1949 a apetrechar os seus laboratórios e a sua Biblioteca, pôde durante este ano colher já mais frutos dos esforços e verbas com ele dispendidos, vendo aumentar a sua produção e a qualidade dos trabalhos realizados, quer no Laboratório de Higiene da Alimentação e Bromatologia, quer,

principalmente, no de Bacteriologia Sanitária, que sofreu profunda e benéfica remodelação, abrindo caminho a novos e férteis trabalhos, quintuplicando o movimento das suas análises em relação às feitas em 1945 e excedendo o dobro das realizadas em 1948.

II — O prestígio dos técnicos que trabalham no Instituto firmou-se cada vez mais durante o ano de 1949.

III — Os serviços de secretaria aperfeiçoaram-se igualmente durante este ano.

IV — Os Cursos decorreram com toda a normalidade, permitindo cada vez mais aperfeiçoamentos e estímulos, bem como a apreciação das necessidades pedagógicas e possibilidades futuras.

V — A construção dum edifício próprio para o Instituto impõe-se cada vez mais, pois o impulso dado a todos os serviços pela execução do decreto N.º 35.108, a que tem dado tão vigoroso e lúcido rumo o Subsecretário de Estado, Sr. Dr. Trigo de Negreiros, corria o risco de se perder se não tivesse a lógica e oportuna sequência, tão honrosa para o País.

VI — Igualmente se impõe a aprovação dum novo Regulamento, provisório embora, e a fixação, no quadro do Instituto, do pessoal que tem tornado possíveis os beneficiamentos alcançados.

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento geral de Análises Bacteriológicas

PRODUTOS	QUANTIDADES					
	Média de 5 anos 1941-1945	1945	1946	1947	1948	1949
Águas	9	5	5	6	—	28
Cabelos	—	7	7	72	94	87
Contagem de glóbulos, fórmulas leucocitárias e velocidade de sedimentação.	94	120	194	34	128	101
Esfregaços de pus para pesq. de gonococos	29	19	44	52	29	175
Expectorações para pesq. de B. de Koch	98	108	109	230	473	521
Exsudados de ulceração peniana	30	29	27	27	26	30
Fezes para pesq. de b. tíficos, disentericos, de Koch, parasitas e seus ovos	15	16	136	311	22	555
Hemoculturas	150	207	212	243	252	885
Hemoculturas para pesq. de estreptococos viridans	—	—	—	—	2	2
Hemoglobina	—	—	9	20	—	30
Leites	—	—	3	—	—	7
Líquido céfalo-raquidiano	30	28	29	20	45	156
Pesquisa de bacilos de Löffler	—	—	—	—	9	445
Pesquisa de estreptococos hemolíticos	—	—	—	—	—	10
Reacção de F. de complemento para Virus e Rickettsias	—	—	—	—	—	476
Reacção de Kahn	630	685	681	1.405	1.851	4.665
Reacção de Wright ou Huddleson	31	38	60	77	157	234
Reacção de Wassermann	1.322	1.308	1.474	1.890	3.212	5.582
Reacção de Weil-Felix	49	44	25	120	68	191
Reacção de Widal	411	371	490	478	519	1.114
Sangue para aglutinação Vi	—	—	58	282	—	109
Exsudato nasal (pesq. B. Hansen)	—	—	—	9	56	26
Urinas para exame citobacteriológico e inoculação	5	24	6	13	4	20
Vacinas anti-variolicas para verificação	—	—	—	1	—	9
Várias (¹)	30	34	35	91	27	104
Total	2.933	3.043	3.604	5.381	6.974	15.562

(¹) Toucinhos, pirolitos, laranjadas, fios, queijadas e outros doces. R. de Weinberg — provas de virulência, crioaglutininas, titulação de reagentes, carraças para identificação e inoculação ao cobaio, etc.

Esterilização e distribuição de material às Delegações e Subdelegações de Saúde, para colheita de produtos a analisar.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Movimento geral de Análises Químicas

PRODUTOS	QUANTIDADES					
	Média de 5 anos 1941-45	1945	1946	1947	1948	1949
Açúcar	7	15	4	15	48	34
Agua (cloretos, etc.)	—	—	3	4	—	—
» (completa)	0,6	—	1	—	—	—
» (simples)	55	95	57	63	—	109
» (sumária)	143	100	187	124	192	237
Azeite	68	57	45	61	121	105
Banha	—	—	—	—	29	81
Aguardentes	—	—	—	—	—	10
Cacau e chocolate	8	3	2	2	1	2
Café	—	—	5	—	2	5
Chá	—	—	4	2	1	—
Cominhos	17	10	3	13	3	4
Conservas de frutos	6	—	14	1	2	1
Conservas de peixe e mariscos	9	6	4	10	41	23
Côrantes	—	—	13	53	23	47
Farinhas diversas	44	47	33	68	21	40
Leite de mulher	10	24	20	25	12	11
» em pó	—	—	3	—	—	4
» de vaca	259	401	485	391	407	292
» pasteurizado	—	—	—	—	3	7
Licores	7	4	11	1	2	1
Manteiga	22	44	6	4	64	12
Mariscos	—	—	2	—	—	—
Margarina	—	—	4	1	6	—
Massa de tomate	19	22	30	36	46	33
Massas alimentícias	—	—	—	—	5	—
Oleos de peixe — fígados de bacalhau e outros	5	12	4	2	19	59
Oleos vegetais, excepto o azeite	—	—	—	—	—	37
Pimenta	9	11	13	2	2	3
Pimentão	50	66	29	6	1	19
Queijos	12	47	19	46	5	—
Refrigerantes	—	—	20	10	36	24
Sangue (açúcar)	1	5	8	5	—	5
Sangue (ureia, açúcar etc.)	9	19	29	20	72	81
Sumo de uva	—	—	2	2	—	—
Trigo	—	—	8	4	1	22
Urina	58	73	84	87	221	174
Vinagre	11	14	3	7	15	16
Vinho	14	8	14	29	25	10
Outras análises (¹)	210	173	95	77	227	165
Total	1.053,6	1.256	1.264	1.171	1.653	1.673

(¹) Agua oxigenada, amendoim, azeitonas, arroz, bolachas, canela, centeio, cera, cerveja, dextrina, erva doce, extracto de cola, farinhas para gados, farinheiras, feijão branco, fermento em pó, figos, infusão de grainha de uva com aguardente, mel e melaço, medicamentos, pão, peixe, toucinho e trigo, etc., que, aproveitando a competência do pessoal do Instituto, e os recursos oferecidos pelos seus laboratórios, foram requisitados, embora não fazendo parte do seu trabalho de rotina, Agua de Javel, vários produtos corados, Cálcio Sandoz, Digitalina, líquidos céfalo-raquídeos, produtos cresolados, etc.

NOTA:

Como já se informou, nos anos anteriores, trata-se de análises globais, sumárias ou completas, correspondendo a cada uma delas várias determinações. Acrescente-se que elas exigem os mais variados ensaios, e não simples pesquisas seriadas, respeitantes a dezenas de espécies, o que tem de levar-se em conta para avaliar o trabalho do laboratório. Pesam ainda as análises clínicas — 174 urinas e 86 doseamentos de ureia e glicémias — solicitadas pelos Delegados e Subdelegados de Saúde. Embora não seja função de um laboratório de higiene da alimentação a análise clínica, não pôde deixar de atender-se às necessidades dos serviços médico-sanitários — dispensários, centros de saúde, etc.

O quadro inclui os produtos mandados analisar por particulares e as amostras de géneros alimentícios colhidas pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, da Direcção Geral de Saúde. Mas exclue alguns trabalhos de investigação científica e 48 análises de recurso respeitantes a géneros alimentícios considerados impróprios para consumo humano, tais como farinhas, massas, azeite, vinho e extracto de malte, análises de recurso efectuadas a pedido da Inspecção Geral dos Produtos Agrícolas e Industriais.

ERRATA

No n.º 15 deste Boletim, de 1948, na página 347, linha 31, onde se lê *A profilaxia da tuberculose na técnica da salubridade*, leia-se *A profilaxia da febre tifoide na técnica da salubridade*.

No n.º 19, de 1949, na página 187, linha 3, onde se lê Muleford, deve ler-se *Mustard*.

No n.º 20, na página 273, linha 29, deve ler-se *haver regra*.

No n.º 20, na página 241, linha 6, onde se lê «nas nações» deve ler-se *nas regiões*.

Junta Sanitária de Águas

Movimento geral de análises no laboratório no ano de 1949

I — Análises bacteriológicas de Águas de Abastecimento. As amostras em número de 597, foram colhidas pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, nas seguintes terras :

A-da-Beja — Boletins n.º 560-583.
Abrantes — Boletins n.º 668-695 (Bemposta)-696
Aqualva — Boletim n.º 600
Alcanhões — Boletim n.º 712
Algeruz — Boletim n.º 609
Aljezur — Boletim n.º 708
Almada — Boletins n.º 680-686-691-699-699A-709
Amarante — Boletim n.º 742
Anadia — Boletim n.º 685
Arouca — Boletins n.º 591-688-688 A
Atrozela — Boletins n.º 566-569-632-755
Aveiras de Cima (Azambuja) — Boletim n.º 764
Aveiro — Boletins n.º 656-766-767
Beja — Boletins n.º 563-564-597-598-670-770
Cadaval — Boletins n.º 659-735
Caldas da Rainha — Boletins n.º 750-776
Canha — Boletins n.º 584-771
Carcavelos — Boletins n.º 551-676
Carregueira (Monte-Real) — Boletim n.º 758
Cartaxo — Boletins n.º 588-697-726-734-751
Cascais — Boletim n.º 580
Castelo de Vide — Boletim n.º 630
Celorico da Beira — Boletim n.º 548
Coimbra — Boletins n.º 727-727 A
Coima — Boletins n.º 561-772
Covilhã — Boletins n.º 567-657
Espinho — Boletim n.º 728
Estarreja — Boletins n.º 554-556
Estoril — Boletins n.º 581-711
Estremoz — Boletins n.º 715-769
Evora — Boletins n.º 625-660-661
Faro — Boletins n.º 730-736
Ferreira do Alentejo — Boletim n.º 547
Ficalho — Boletim n.º 671
Figueira da Foz — Boletim n.º 612
Gerez — Boletins n.º 638-638 A
Grândola — Boletins n.º 608-653-662
Guarda — Boletim n.º 690
Guiães (Vila Real de Trás-os-Montes) — Boletim n.º 611
Idanha-a-Nova — Boletim n.º 669

Leiria — Boletins n.º 595-602-613-636-636 A-637-637 A-642-643-644-646-649
 652-655-658-673-674-717-759
 Linhaceira (Tomar) — Boletim n.º 654
 Lisboa — Boletins n.º 549-601-621-765
 Loures — Boletim n.º 555
 Lousa — Boletim n.º 553
 Mirandela — Boletins n.º 718-719
 Moita — Boletins n.º 585-586
 Monte-Estóril — Boletins n.º 568-631-710-754
 Montemor-o-Novo — Boletins n.º 575-590-626
 Monte-Real — Boletim n.º 647
 Montijo — Boletim n.º 562
 Murça — Boletim n.º 665
 Nazaré — Boletim n.º 617
 Odemira — Boletins n.º 558-559.
 Oliveira de Azeméis — Boletins n.º 578-579
 Parede — Boletim n.º 582
 Pedrógão — Boletim n.º 757
 Pedrulha (Mealhada) Boletim n.º 596
 Ponte de Sor — Boletins n.º 749-749 A
 Portimão — Boletim n.º 731
 Porto — Boletim n.º 624
 Porto Brandão — Boletins n.º 565-574-603-614-615-622-675-684-743
 Porto de Mós — Boletins n.º 557-628-645-648
 Póvoa de Varzim — Boletins n.º 618-722
 Praia da Areia Branca — Boletim n.º 706
 Praia do Ribatejo — Boletins n.º 640-682-706
 Quarteira (Loulé) — Boletim n.º 737
 Queluz — Boletim n.º 570
 Ramada (Odivelas) — Boletim n.º 633
 Régua — Boletim n.º 704
 Salvaterra — Boletim n.º 552
 Santa Comba Dão — Boletins n.º 550-692-693
 Santarém — Boletins n.º 587-606-607-623-634-650-651-678-694-713-725
 Serpa — Boletim n.º 672
 Sertão — Boletim n.º 720
 Setúbal — Boletins n.º 610-700-701-733
 Sintra — Boletins n.º 571-573-592-681-702-703-707-724-740-746-756
 S. João do Estoril — Boletim n.º 546
 S. Martinho do Porto — Boletim n.º 616
 Tancos — Boletim n.º 687
 Tavira — Boletim n.º 729
 Tomar — Boletins n.º 683-689-716-716 A-738
 Torres Novas — Boletins n.º 741-744-753
 Torres Vedras — Boletins n.º 572-593-604-620-635-739-747-761
 Vale de Santarém — Boletim n.º 641
 Vendas Novas — Boletins n.º 576-577-589-627
 Vila do Conde — Boletins n.º 619-639-666-723

Vila da Feira (Concelho) — Boletins n.º 698-762-763
Vila Franca de Xira — Boletins n.º 594-679
Vila Nova de Ourém — Boletins n.º 629-721
Zebreira — Boletim n.º 667

II -- Análises bacteriológicas de águas de mesa e minero-medicinais:

Caldas de Monchique — Boletins n.º 599-605
Carasona (Alentejo) — Boletim n.º 760
Carvalhelhos — Boletim n.º 714
Casais da Charneca — Boletim n.º 748 A
Fonte do Cedro — Boletim n.º 752
Fonte Velha (Colares) — Boletim n.º 775
Luso — Boletim n.º 774
Monfortinho — Boletim n.º 745
S. Marçal (Oeiras) — Boletins n.º 748 B-768
Vale de Cavalos — Boletim n.º 748
Vimeiro — Boletins n.º 677-705-732-773

III -- Análises de águas residuais; em número de 54, nas seguintes estações depuradoras:

Boavista (Lisboa)
Évora
Ferreira do Alentejo
Sintra (Estefania — Chão de Meninos)

O número total de análises efectuadas durante o ano foi de 681.

Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Mapa comparativo das despesas processadas e pagas

Despesas com o pessoal	1936/45 (Média)	1946	1947	1948	1949
Compreendendo pessoal dos quadros, contratado, assalariado, gratificações e despesas com os Cursos, fardamento e batas, Suplemento, subsídio eventual, ajudas de custo, etc.	216.945\$80	414.822\$70	697.390\$10	671.575\$24	802.053\$40
Despesas com o material					
Compreendendo aquisições e reparações de máquinas, aparelhos, utensílios, mobiliário de laboratórios e secretaria, obras de reparação, aquisição de impressos, material de consumo corrente, livros e outras publicações . .	44.033\$30	258.653\$85	592.462\$09	560.272\$36	445.050\$20
Pagamento de serviços e diversos encargos					
Compreendendo luz, aquecimento, água, limpezas, despesas de comunicações, renda de casa, Boletim, participações em receitas, força motriz, Caixas de Previdência e Abono de Família e outros serviços e encargos não especificados	60.035\$60	101.854\$75	197.394\$96	237.334\$22	336.159\$40
Total	321.014\$70	775.331\$30	1.487.247\$15	1.469.181\$82	1.583.263\$00

CONTA DE GERÊNCIA DE 1949

Receitas diversas	83.263\$00
Subsídio do Estado	1.500.000\$00
Soma	1.583.263\$00
Despesa total	1.583.263\$00

Revistas assinadas em 1949

American Journal of Public Health
Biochemical Journal
Public Health Reports
The American Journal of Hygiene
Journal of Nutrition
The Journal of Medical Association
Tropical Diseases Bulletin
Bulletin of Hygiene
The Journal of Tropical Medicine and Hygiene
The Analyst
The Lancet
The Journal of the Royal Sanitary Institute
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine
The Journal of biological chemistry
Journal of bacteriology
Journal of Immunology
Journal of Hygiene
Nutrition Abstracts and Reviews
Scientia
Revista Clinica Española
Ion
Annales de l'Institut Pasteur
Bulletin de l'Institut Pasteur
Chimie Analytique
Bulletin de la Société d'Alimentation
Comptes rendus de la Société de Biologie
Revue d'Immunologie
La Presse Médicale
Archives de Médecine Sociale
Techniques Hospitalières
Revue du Rhumatisme et des Maladies Osteo-Articulaires
Archives des Maladies Professionnelles, de Médecine du Travail et de Sécurité Sociale
Bacteriological Reviews
Clinica, Higiene e Hidrologia
Amatus Lusitanus
Jornal do Médico
Medicina Contemporânea
Gazeta Médica Portuguesa
Population
Medical Microbiology and Hygiene (Secção IV da Excerpta Médica)

Publicações permutadas no ano de 1949

O Ocidente (revista mensal)
Current List of Medical Literature
Medicamenta
Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé
Arquivo de trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto
Boletim Geral das Colónias
Archives de l'Institut Pasteur de Algérie
Revue Turque d'Hygiène et de Biologie expérimentale
Revista Clínica do Instituto Maternal
Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose
Boletim da Assistencia Social
Bulletin d'Hygiène (Montreal)
Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa
Bibliografia Médica Portuguesa
Estatística Sanitária da Armada
Tuberculose — I. A. N. T.
Fundação Rockefeller (Relatório do ano de 1948)
Boletim da Direcção Geral dos Serviços de Urbanização
Anais do Observatório Central Meteorológico do Infante D. Luís
Arquivos de Anatomia Patológica
Les Instantanés Medicaux
Cadernos Científicos
Anais Portugueses de Psiquiatria

Relação das publicações editadas pela Direcção
Geral de Saúde

(1931 a 1942)

- 1 — *Boletim 8.º dos Serviços Sanitários* — Direcção Geral de Saúde (1931).
- 2 — *Combate do sezonismo (Cadastro malárico)* — Drs. Luís Figueira e Fausto Landeiro (1931).
- 3 — *A região sezonática de Benavente* — Dr. António de Carvalho Dias (1931).
- 4 — *Os sais de amónio na correcção da cloragem das águas* — Dr. Bernardino de Pinho (1932).
- 5 — *Relatório da missão oficial na Holanda e na Suíça* — Dr. Manuel de Vasconcelos (1933).
- 6 — *O sezonismo em Portugal* — Drs. Fausto Landeiro e Francisco Cambournac (1933).
- 7 — *A salubridade habitacional do Porto* — Drs. Azeredo Antas e Manuel Monterroso (1934).
- 8 — *Boletim 9.º dos Serviços Sanitários* — Direcção Geral de Saúde (1934).
- 9 — *Administração Sanitária* — Dr. José Alberto de Faria (1934).
- 10 — *Salubridade na América do Norte* — Eng.º Agnelo Caldeira Prazeres (1934).
- 11 — *Inquérito de higiene rural* (vol. 1.º) — Direcção Geral de Saúde (1935).
- 12 — *Inquérito de higiene rural* (vol. 2.º) — Direcção Geral de Saúde (1935).
- 13 — *Exemplo de Sanidade* — Dr. H. S. Mustard (1935).
- 14 — *La Leishmaniose au Portugal* — Dr. Ricardo Jorge (1935).
- 15 — *Sobre ensino sanitário* — Dr. José Alberto de Faria (1935).
- 16 — *A higiene da Capital* — Dr. Carlos d'Arruda Furtado (1935).
- 17 — *O carbúnculo profissional* — Dr. Manuel de Vasconcelos (1935).

- 18 — *Sobre higiene industrial* — Dr. Manuel de Vasconcelos (1935).
- 19 — *Defesa Sanitária da criança* — Dr. António Pina Júnior (1935).
- 20 — *Como funcionam algumas piscinas* — Dr. Bernardino de Pinho (1935).
- 21 — *A purificação das águas de abastecimento de Londres* — Dr. Bernardino de Pinho (1935).
- 22 — *A purificação das águas de abastecimento de Paris* (esgotada) — Dr. Bernardino de Pinho (1935).
- 23 — *A depuração das águas residuárias* — Dr. José do Souto Teixeira (1935).
- 24 — *Esgotos em cursos de águas* — Eng.º Agnelo Caldeira Prazeres (1935).
- 25 — *Adução de água potável* — Dr. Arnaldo d'Almeida Ribeiro (1935).
- 26 — *Estatística do tratamento de tuberculose no Caramulo* — Dr. Jerónimo de Lacerda (1935).
- 27 — *Plano da luta contra a mortalidade infantil* — Dr. Almeida Garrett (1935).
- 28 — *Estação depuradora das águas de Valladolid* — Eng.º Afonso Zuzarte de Mendonça (1935).
- 29 — *Incidência da febre tifóide em 1935* — Dr. Carlos Gomes de Oliveira (1935).
- 30 — *A Febre tifóide e o abastecimento das águas em Ponta Delgada* — Eng.º Agnelo Caldeira Prazeres (1936).
- 31 — *Notas epidemiológicas* — Dr. Raul de Carvalho (1936).
- 32 — *Preceitos sanitários* — Dr. José Alberto de Faria (1936).
- 33 — *Parques e jardins* — Dr. Alberto Gomes (1936).
- 34 — *O Perigo dos ratos* — Dr. J. Bettencourt Ferreira (1936).
- 35 — *Juntas de freguesia (Comissões paritárias)* — Dr. António de Sousa Gomes (1936).
- 36 — *Profilaxia da tuberculose no domicílio* — Dr. Carlos Gomes de Oliveira (1937).
- 37 — *O problema da malária em Portugal* — Dr. Rolla Hill (1937).
- 38 — *Factos epidemiológicos em Lisboa e arredores, em 1936* — Dr. Carlos Gomes de Oliveira (1937).
- 39 — *Portugal Sanitário* — Dr. Fernando da Silva Correia (1938).
- 40 — *Inquérito da lepra* — Direcção Geral de Saúde (1938).

- 41 — *A purificação das águas do abastecimento na cidade do Porto* — Dr. Bernardino de Pinho (1938).
- 42 — *Medidas anti-epidémicas em Matosinhos* — Drs. Vítor Macedo Pinto e Mário Pereira Lage (1939).
- 43 — *Considerações sobre Saúde Pública* — Dr. Rolla B. Hill (1939).
- 44 — *Relatório do Centro de Saúde de Lisboa — Julho — Dezembro* — Dr. João Maia de Loureiro (1940).
- 45 — *Alguns serviços europeus anti-epidémicos — Escolas de visitadoras sanitárias* — Dr. António de Carvalho Dias (1940).
- 46 — *Centros de Saúde em Portugal* — Dr. José Alberto de Faria (1940).
- 47 — *A medicina Social nas colectividades militares* — Dr. José Alberto de Faria (1941).
- 48 — *Aspectos de salubridade* — Dr. Carlos d'Arruda Furtado (1941).
- 49 — *Protecção das águas de abastecimento* — Eng.º Agnelo Caldeira Prazeres (1941).
- 50 — *Elementos de Apreciação sanitária das águas de abastecimento* — Dr. Bernardino de Pinho (1941).
- 51 — *Subsidios para o estudo das condições sanitárias no efluente urbano* — Dr. José do Souto Teixeira (1941).
- 52 — *Colecção de folhetos sobre higiene rural* — Serviços de Engenharia Sanitária (1941).
- 53 — *Sobre cemitérios* — Dr. Carlos d'Arruda Furtado (1941).
- 54 — *Inquérito habitacional* — Dr. Henrique Jorge Niny (1941).
- 55 — *A brotoeja da palha centeia* — Drs. António Neves Sampaio e Arnaldo Tanissa (1942).
- 56 — *Sobre o tifo exantemático* — Dr. António de Carvalho Dias (1942).
- 57 — *Intoxicação pelo Óxido de carbono* — Dr. Aníbal do Couto Nogueira (1942).
- 58 — *Mal-Rubro Humano* — Dr. J. J. Pimenta Prezado (1942).
- 59 — *Meningite cérebro-espinhal em 1942* — Dr. António de Carvalho Dias (1942).
- 60 — *Contribuição para o estudo dos leites de vaca* — Dr. Raul Lupi Nogueira (1942).
- 61 — *Segunda notícia dos inquéritos de higiene rural* — Direcção Geral de Saúde (1942).

Índice do ano IV do Boletim (1949)

	Fasc.	Págs.
A ABRIR	17	3
<i>Aspectos da prática sanitária nas subdelegações de Saúde</i> — pelo Dr. Domingos Braga da Cruz	17	5
LUGARES SELECTOS (algumas páginas de Ricardo Jorge):		
1928 — <i>Discurso proferido na sessão de homenagem aos beneméritos do Hospital de Tomar</i>	17	27
1926-1927 — <i>A Saúde Pública em Portugal — Declaração das moléstias inficiosas — Estatística e profilaxia das doenças inficiosas — A utilidade da História da Medicina</i>	18	156
1925 — <i>História da Medicina (Sermões dum leigo)</i>	21	400
<i>Sarna e tinhas</i> — pelo Dr. Neves Sampaio	17	36
<i>Directrizes de trabalho da Engenharia Sanitária</i> — pelo Engenheiro Agnelo Prazeres	17	47
<i>As criadas — portadoras da saúde e da doença</i> — pelo Dr. Fernando da Silva Correia	17	55
<i>Planos e programas dos cursos de Medicina Sanitária e de Visitadoras Sanitárias em 1948-9</i>	17	78
<i>Contribuição para o estudo do valor alimentar das manteigas portuguesas</i> (Esclarecimento) — pelo Dr. Bernardino de Pinho	18	81 +
<i>Contribuição para o estudo do teor em caroteno e vitamina A das manteigas portuguesas</i> — pelos Drs. G. Jorge Janz e D. Gabriela L. Pinto	18	83
<i>Contribuição para o estudo da composição química das manteigas portuguesas</i> — pela Dr. ^a D. Maria Ernestina da Silva Graça	18	91 -
<i>O leite alimentar como problema sanitário</i> — pelo Dr. Bernardino de Pinho	18	97 -
<i>Aspectos da Medicina do trabalho</i> — pelo Dr. Luís Guerreiro.	18	123 .
<i>Administering of aureomycin during the pre-exanthematic period of rickettsiosis</i> — pelos Drs. José Cutileiro e Arnaldo Sampaio.	18	143
I REUNIÃO DOS DELEGADOS DE SAÚDE.	19	161
Discurso inaugural — pelo Dr. Augusto da Silva Travassos	19	165
Palavras do Ministro do Interior	19	184

	Fasc.	Págs.
Exposições feitas pelos Directores de Serviços e outros :		
Dr. Fausto Landeiro	19	186
Dr. Bernardino de Pinho	19	190
Dr. Arruda Furtado	19	194
Dr. Couto Nogueira	19	197
Dr. Castro Soares	19	201
Dr. Fernando Correia	19	209
Engenheiro Agnelo Prazeres	17	47
Dr. Souto Teixeira	19	214
Dr. Carvalho Dias	19	219
Sessões de estudo (sugestões e críticas dos Delegados)	19	223
Comunicação do Dr. Gorjão Henriques	20	241
» » Dr. Braga da Cruz	20	245
» » Dr. Sanches da Gama	20	251
» » Dr. Montalvão Machado	20	261
Visitas realizadas	20	265
Exposição de material sanitário	20	267
Jantar de confraternização	20	268
DISCURSOS NA SESSÃO DE ENCERRAMENTO DA I REUNIÃO DOS DELEGADOS DE SAÚDE :		
Dr. Augusto da Silva Travassos, Director Geral de Saúde	20	269
Dr. José Lopes Dias, Delegado de Saúde de Castelo Branco	20	273
Dr. Joaquim Trigo de Negreiros, Subsecretário de Estado da Assistência Social	20	275
Livros comprados para o Instituto Ricardo Jorge em 1949	20	292
» » em segunda mão	20	295
» oferecidos	20	298
<i>A responsabilidade dos médicos na sanidade da Nação</i> —pelo Dr. Fernando da Silva Correia	20	302
<i>Exames medico-legais nas comarcas</i> —pelo Prof. Santana Rodrigues	21	321
<i>A acção do Médico veterinário na defesa da Saúde Pública</i> — pelo Dr. F. Vieira de Sá	21	337
DUAS MEDICINAS QUE SE IGNORAM—pelo Dr. Fernando da Silva Correia	21	366
Luta contra as doenças contagiosas (Lei n.º 2036)	21	388
<i>O problema da Higiene da habitação nos meios rurais</i> —pelo Dr. José de Albuquerque Sanches da Gama	22	401
<i>O saneamento nos meios urbanos e rurais</i> —pelo Engenheiro Agnelo Prazeres	22	421
<i>O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 1949</i> (Relatório e Contas)—pelo Dr. Fernando da Silva Correia	22	438
Movimento geral de Análises Bacteriológicas	22	466
Movimento geral de Análises Químicas	22	467
Movimento do Laboratório da Junta Sanitária de Águas	22	469
Mapa comparativo das despesas feitas no Instituto	22	472
Revistas assinadas e publicações permutadas pelo Instituto	22	473
Relação das publicações editadas pela Direcção Geral de Saúde	22	475

Índice das gravuras

	Fasc.	Págs.
Fig. 1 — <i>Aspecto microscópico dum cabelo com tinha fávica</i> . . .	17	44
Fig. 2 — <i>Aspecto microscópico dum cabelo com tinha tricoftica</i> .	17	44
Fig. 3 — <i>Aspecto microscópico dum cabelo cheio de esporos.</i> . .	17	44
Fig. 4 — <i>Aspecto microscópico dum cabelo com o agente do Kerion</i>	17	44
Fig. 5 — <i>Escala portuguesa de lacto-filtração, elaborada pela Direcção Geral dos Serviços Pecuários</i>	18	112
Fig. 6 — <i>Rolha de borracha para fechar garrafas com leite esterilizado</i>	18	118
Fig. 7 — <i>Diagrama da operação de pasteurisação «high-temperature-shorttime»</i>	18	120
Fig. 8 — <i>Gráfico referente a um caso humano de tifo murino</i> . .	18	149
Fig. 9 — <i>Viaturas para transporte do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde</i>	20	272-3
Fig. 10 — <i>Viaturas para transporte do pessoal auxiliar</i>	20	id.
Fig. 11 — <i>Auto-maca para 4 doentes</i>	20	id.
Fig. 12 — <i>Auto-maca</i>	20	id.
Fig. 13 — <i>Viatura laboratório da Fiscalização de águas</i>	20	id.
Fig. 14 — <i>Viaturas do serviço de desinfecção</i>	20	id.
Fig. 15 — <i>Estufa de Geneste — Herscher móvel</i>	20	id.
Fig. 16 — <i>Aparelhagem móvel de desinfecção</i>	20	id.
Fig. 17 — <i>Auto-tanque com aparelhagem de colheita e cloro-depuração de águas</i>	20	id.
Fig. 18 — <i>Aparelhagem de cloro-depuração de águas</i>	20	id.
Fig. 19 — <i>Posto de consulta — Enfermaria e Balneário com posto de despioalhamento</i>	20	id.
Fig. 20 — <i>Tenda para material de desinfecção</i>	20	id.
Fig. 21 — <i>Balneário com 12 chuveiros (desmontável)</i>	20	id.
Fig. 22 — <i>Interior duma Barraca Enfermaria.</i>	20	id.

